

## Tartalom

### FELMÉRÉSEK

- A sportolás szerepe lelki egészségünk megőrzésében 2  
*Pusztafalvi Henriette, Keller Judit*
- Depressziós tünetek előfordulása adolescens korú fiataloknál 12  
Budapestben, a XIV. kerületben, 2011-ben  
*Dr. Kalmár Patricia*
- Személyenyek a VIII. kerületi általános iskolások 17  
szájhygiénés felmérésének tapasztalataiból  
*Dr. Kovács Aranka*
- Idős emberek életkörülményeinek és egészség- 24  
magatartásának vizsgálata  
*Olvasztóné Balogh Zsuzsanna, Herpainé Lakó Judit,  
Bognár József, Kopkáné Plachy Judit*

### TOVÁBBKÉPZÉS

- Kergessük el a rákot jókedvvel, mozgással, étrenddel, szűréssel! 31  
*Prof. Dr. Simon Tamás*
- Hugonnay Vilma, az első magyar orvosnő 33  
*Dr. Gróz Andrea*

### PÁLYÁZAT

- Országos Elsősegély-ismereti Verseny 37

### RECENZÍÓ

- Fekete György: Nőj föl! 38  
*Szendí Gábor*

### LELKI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS

- Útmutató munkáltatóknak a munkahelyi egészség fejlesztéséhez 40

### HÍREK, INFORMÁCIÓK

- Méltó megemlékezés a Magyar Tudomány Ünnepe 47  
alkalmából Győrött  
*Prof. Dr. habil. Schmidt Péter*
- „Egész(séges) lélekkel” Program 48  
TÁMOP – 6.1.2/AKMR/09/1  
*Dr. Simich Rita*

### VADEMECUM

- Szabaduljon meg a stressztől! 50

### AZ EGÉSZSÉG ÜGYE ANNO ÉS MOST

- A dohányzás visszaszorításának aktuális kérdései 52  
*Demjén Tibor, Koncz Barbara, Bóti Edina*

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

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

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



Országos  
Egészségfejlesztési  
Intézet

# A sportolás szerepe lelki egészségünk megőrzésében

Pusztafalvi Henriette adjunktus<sup>1</sup>,  
Keller Judit<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar

## Bevezetés

Több hazai és külföldi kutatásban már bizonyítást nyert, hogy a sportnak az egészségmegőrzésben jelentős szerepe van. Az egyik meghatározó hazai kutatás, amely a serdülők egészségmagatartását vizsgálta, a *HBSC-kutatás* (Assmann, 2004, 14.) volt, amelynek adatai alapján elmondható, hogy a 11–17 évesek 29,8%-a sokat, 32,2%-a elfogadható gyakorisággal, 35,5%-a – több mint egyharmaduk – az elégségesnél kevesebb testmozgást végez. Ismert tény az is, hogy az életkor előrehaladtával a sportolás gyakorisága mindkét nem esetében csökken. Ebből a nézőpontból vizsgálva rendkívül elkeserítő ez az adatsor, hiszen a sportolás szerepe bizonyított. A rendszeres testedzés preventív hatást gyakorol a szív- és érrendszeri és bizonyos daganatos megbetegedésekkel szemben, segít megelőzni az osteoporosist, és lelki egészségünkre is jótékony hatással van. (Csányi, 2010, 43.)

Mindenki számára ismert tény, hogy mindennapi életünk elkerülhetetlen jelensége a stressz, de lelki egyensúlyunk fenntartásához elengedhetetlen annak kezelése. Ha a stressz krónikussá válik, súlyos betegségekhez is vezethet.

## Irodalmi áttekintés

Napjainkban tág értelemben használjuk a stressz fogalmát, vagyis stressznek nevezünk minden olyan környezeti hatást, amely alkalmazkodásra, magatartásunk megváltoztatására készítet bennünket. (Kopp–Berghammer, 2005, 291.)

A stresszre több módon reagálhatunk: elhárítással, ami egy, a múltra irányuló cselekedet, amely eltorzítja

a valóságot, de egyben énvédő, énkép-védő funkciója is van. Válaszolhatunk rá megküzdéssel is, amely mindig a jövőre irányuló, tudatos tevékenység, s segítségével valóban megoldható a probléma. (Kopp–Berghammer, 2005, 291.)

A megküzdési stratégia irányultsága szerint megkülönböztetünk probléma- és érzelmi fókuszú, illetve társas támogatást kereső *copingot*.

A problémaorientált megküzdést jellemzi, hogy közvetlenül a stresszhelyzet megoldására irányul. Magában foglalja a probléma elemzését, értékelését vagy átértékelését, az új helyzethez való alkalmazkodást. Ezt a megküzdést alkalmazva magát a kiváltó okot tartjuk kontroll alatt. Az érelemlorientált megküzdés célja az érzelmi egyensúly fenntartása, a feszültség csökkentése. Jellemezheti egyensúlykeresés, visszahúzóds, illetve segítségkérés. Ezen megküzdést alkalmazva ritkán fordul elő, hogy valamilyen cselekvést is végrehajtunk, ha ez mégis megtörténik, az mindenképpen érzelmi indíttatású. Általában a kontrollálhatatlannak látszó helyzetekben alkalmazzuk, következmények feletti kontrollt jelent.

A támogatást kereső stratégiák közé soroljuk azt a viselkedést, amely során társaink, ismerőseink, vagy egy szakember egy adott témában kompetens személyként kapcsolódik be, s tőle segítséget, támogatást kérünk. (Tiringer, 2007, 177.)

Vizsgálatunkban ezeket a viselkedési mintákat, cselekvési formákat próbáltuk azonosítani.

Ha mai világunkban gyermekeinknek tálcán kínálunk mindent, szinte gondolkodniuk sem kell semmin, ez később – önálló életvezetésük idején – súlyos gondokat okozhat. Kállai szerint (Kállai–Oláh–Varga, 2007) is jelentős ez a probléma, mert „Napjainkban a gyere-

kek nem tanulnak meg küzdeni, hiszen autóval járnak iskolába, és minden mást készen kapnak, így később nem tudnak megbirkózni az őket érő stresszhatásokkal.” De ismerjük azt a tényt is, hogy „A sport önfegyelmre, higgadtságra tanít, és jellemformáló ereje van.” (Coubertin, 1931, 4.)

Kállai János és Pierre De Coubertin szavainak hatására fogalmazódott meg bennünk kutatásunk célja. Úgy gondoltuk, hogy a Kállai által megfogalmazott küzdésbéli hiányosságok rendkívül jól pótolhatóak a sporttal. Ezt erősíti meg Coubertin is, aki a sport jellemformáló erejére hívja fel a figyelmet. Hasonló külföldi kutatások – mint például a Kínai Népköztársaságban végzett felmérés – is bizonyították, hogy az ottani sportolók többsége a problémaközpontú *copingot* részesíti előnyben az érzelemközpontúval szemben. (Mark-Anshel-Gangyam, 2008, 3.)

Pikó Bettina és munkatársainak kutatása rámutatott arra is, hogy a sportolók a stressz levezetésére sokkal ritkábban alkalmazzák az egészségkárosító vagy önsorsrontó magatartásformákat, mint nem sportoló társaik, sokkal inkább választják erre a célra a sportot. Pikó Bettinának (Pikó-Pluhár-Keresztes, 2004, 40.) hozzáfűzték azt a tényt is, hogy ez csak abban az esetben igaz, ha megfelelő belső motiváció áll a sportolás mögött. Ha a motiváció kívülről érkezik, akkor a sportolók gyakran nyúlnak alkoholhoz vagy droghoz.

## A vizsgálat célja

Kutatásunk célja, hogy megvizsgáljuk, vajon a rendszeresen sportoló fiatalok valóban könnyebben küzdenek-e meg az őket ért stresszhatásokkal, mint egyáltalán nem sportoló társaik. Továbbá vizsgálni kívántuk, hogy előnyben részesítik-e a problémaközpontú megküzdést az érzelemközpontúval szemben. Célunk volt annak vizsgálata is, hogy kiderítsük, lelki egészségünk megtartásához melyik életkorban érdemes elkezdni az irányított testmozgást.

## A minta és a módszer bemutatása

Kutatásunk keresztmetszeti, kvantitatív vizsgálat, ahol a megkérdezés egyszerű, nem véletlenszerű mintavétellel történt. 300 főt terveztünk bevonnunk a vizsgálatba, végül 224 személy töltötte ki értékelhető módon kérdőívünket, tehát a válaszadási arány 75%-os volt.

Az átlagéletkor 23,1 év volt, 3,5 év szórással.

A felmérésben a nők felülreprezentáltak, ugyanis a mintában a férfiak és a nők aránya 40:60% volt.

A szülők iskolai végzettsége közel azonos volt. A vizsgálatban résztvevők 42%-ának szülei felsőfokú, 46%-ának pedig középfokú iskolai végzettséggel rendelkeznek.

A felmérésben részt vehetett mindenki, aki a bevételek kritériumoknak megfelelt, vagyis minden olyan 18 és 30 év közötti személy, aki valamely felsőfokú oktatási intézmény hallgatója.

Az adatok feldolgozása Microsoft Excel programmal történt, az adatok értékeléséhez – 95%-os megbízhatósági szinten – Khí-négyzet próbát és T-próbát alkalmaztunk.

A felmérésben résztvevők válaszoltak néhány sportolási szokásra irányuló kérdésre, illetve kitöltöttek két, hazai viszonyokra adaptált, standard kérdőívet – a Rahe-féle rövidített stressz és megküzdés kérdőívet (Rózsa és mtsai, 2005, 275.), illetve a Lazarus- és Folkman-féle konfliktusmegoldó kérdőívet (Rózsa és mtsai, 2008, 217.), amelynek segítségével megállapíthatóvá vált az egyének stresszel való megküzdésének mértéke, illetve hogy milyen megküzdési stratégiát alkalmaznak leggyakrabban.

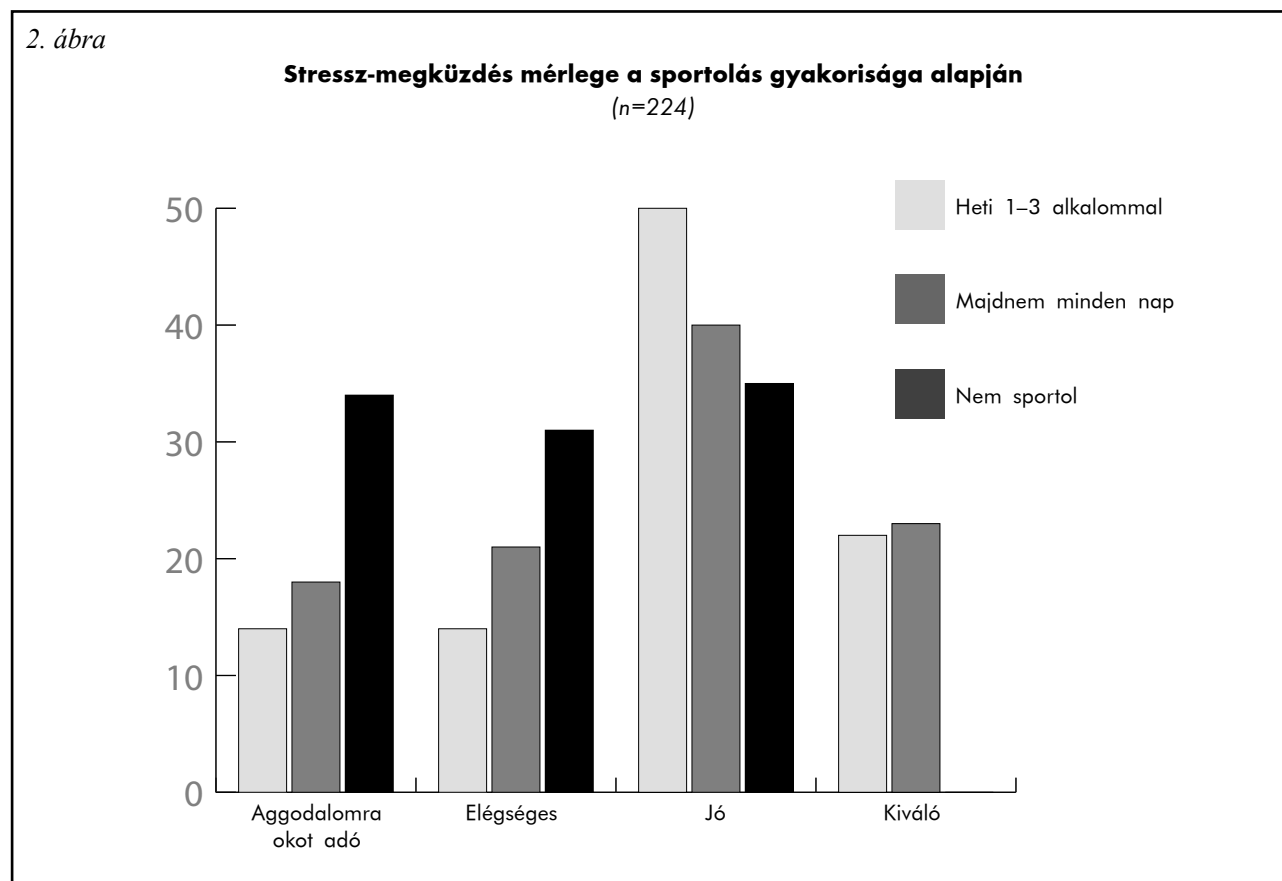
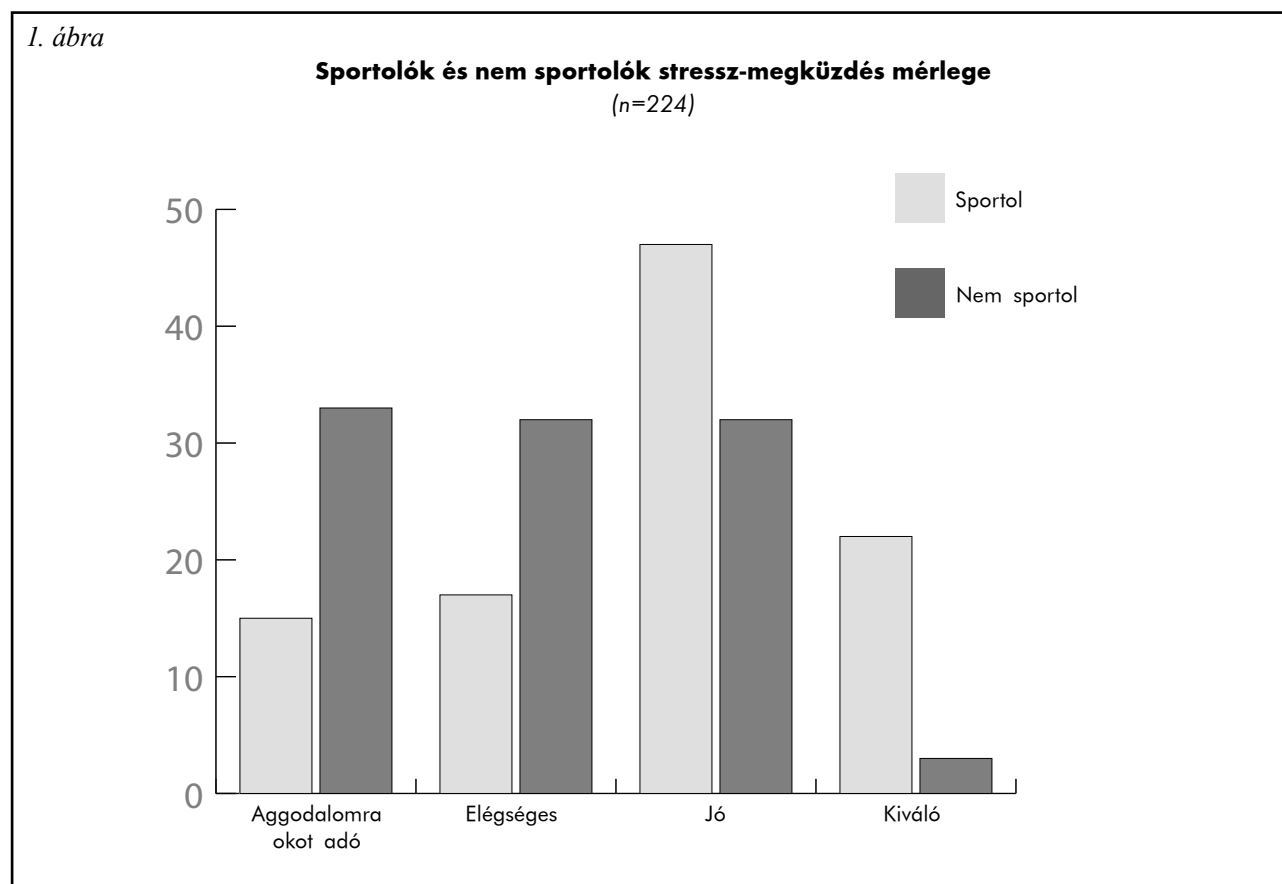
224 személy adatait dolgoztuk fel, köztük 58 versenysportolót, 94 hobbisportolót és 72 nem sportolót. A válaszolók önmagukat sorolták be az alábbi kategóriákba. Versenysportolónak számítanak azok a sportolók, akik egyesületi keretek között edzenek és/vagy rendszeresen indulnak versenyeken. A hobbisportoló kategóriába tartoznak az egészség megőrzése érdekében, kedvtelésből, kikapcsolódás céljából rendszeresen testedzést végző személyek. Nem sportoló pedig az a fiatal, aki a hétköznapi tevékenységeken kívül nem végez rendszeres edzést.

## Az eredmények bemutatása

Jelen írás keretein belül legfőbb eredményeinket emeljük ki.

A sportoló és nem sportoló csoportosítás (1. ábra) igazolja feltételezésünket, amely szerint a nem sportolók körében szignifikánsan magasabb az aggodalomra okot adó megküzdési képesség aránya, mint sportoló társaik esetében ( $p < 0,001$ ). A nem sportolóknak mindössze 3%-a rendelkezik kiváló megküzdéssel, míg ez az arány a sportolók csoportjában szignifikánsan magasabb (22%). A nem sportolók esetében, az aggodalomra okot adó megküzdési képesség (33%) kétszer gyakoribb, mint sportoló társaik esetében (15%). Ez az összefüggés annak ellenére igaz, hogy a vizsgálatban fele annyi nem sportoló (72 fő) vett részt, mint amennyi sportoló (152 fő). Az ábráról leolvasható továbbá az is, hogy míg a sportolóknál a jó (47%) vagy kiváló (22%) megküzdés dominál, addig nem sportoló társaiknál az aggodalomra okot adó (32%), az elégségesnek (32%), illetve jónak (32%) minősített *coping* azonos arányban jelentkezik.

A sportolás gyakorisága alapján vizsgálva a kérdést (2. ábra) láthatjuk, hogy a heti 1–3 alkalommal fizikai aktivitást végzők között a legalacsonyabb az aggoda-



lomra okot adó (14%) és az elégséges (14%) megküzdés. Erre a csoportra jellemző a jó (50%) vagy kiváló *coping* (22%), illetve a három csoport közül itt a legmagasabb (50%) a jó megküzdés aránya. Azonban azt is leolvashatjuk, hogy ezen csoportosítás szerint nincs olyan nem sportoló személy, aki kiváló megküzdéssel rendelkezne. Az ilyen mértékű megküzdés a heti 1–3 alkalommal (22%), illetve a majdnem minden nap sportolóknál (23%) szinte azonos mértékben jelentkezik.

A nem sportolók esetében az aggodalomra okot adó (34%), az elégséges (31%), illetve a jó (35%) megküzdési képesség közel azonos arányban van jelen. Ez egyben azt is jelenti, hogy a nem sportolók esetében szignifikánsan magasabb az aggodalomra okot adó megküzdés aránya, mint sportoló társaiknál. (Khí: 29,926,  $p < 0,001$ ) Ez megerősíti előző eredményünket.

Ahogy a 3. ábrán látjuk, a sportolási kategóriák alapján vizsgálva megállapítható, hogy az aggodalomra okot adó megküzdés a versenysportolók esetében a legalacsonyabb (10%), és szignifikánsan ennél a csoportnál a legmagasabb a kiváló (34%) megküzdési képesség aránya ( $p < 0,001$ ). Itt is a hobbisportolók (heti 1–3 alkalommal sportolók) esetében a legmagasabb a jó megküzdés (49%). Az ilyen mértékű megküzdés a versenysportolók 41%-ára és a nem sportolók 33%-ára jellemző. Az elégséges *coping* a versenysportolók esetében a legkevésbé

(14%), míg a nem sportolóknál a legjellemzőbb (29%). Az ilyen mértékű megküzdés a hobbisportolók 20%-ánál jelentkezik.

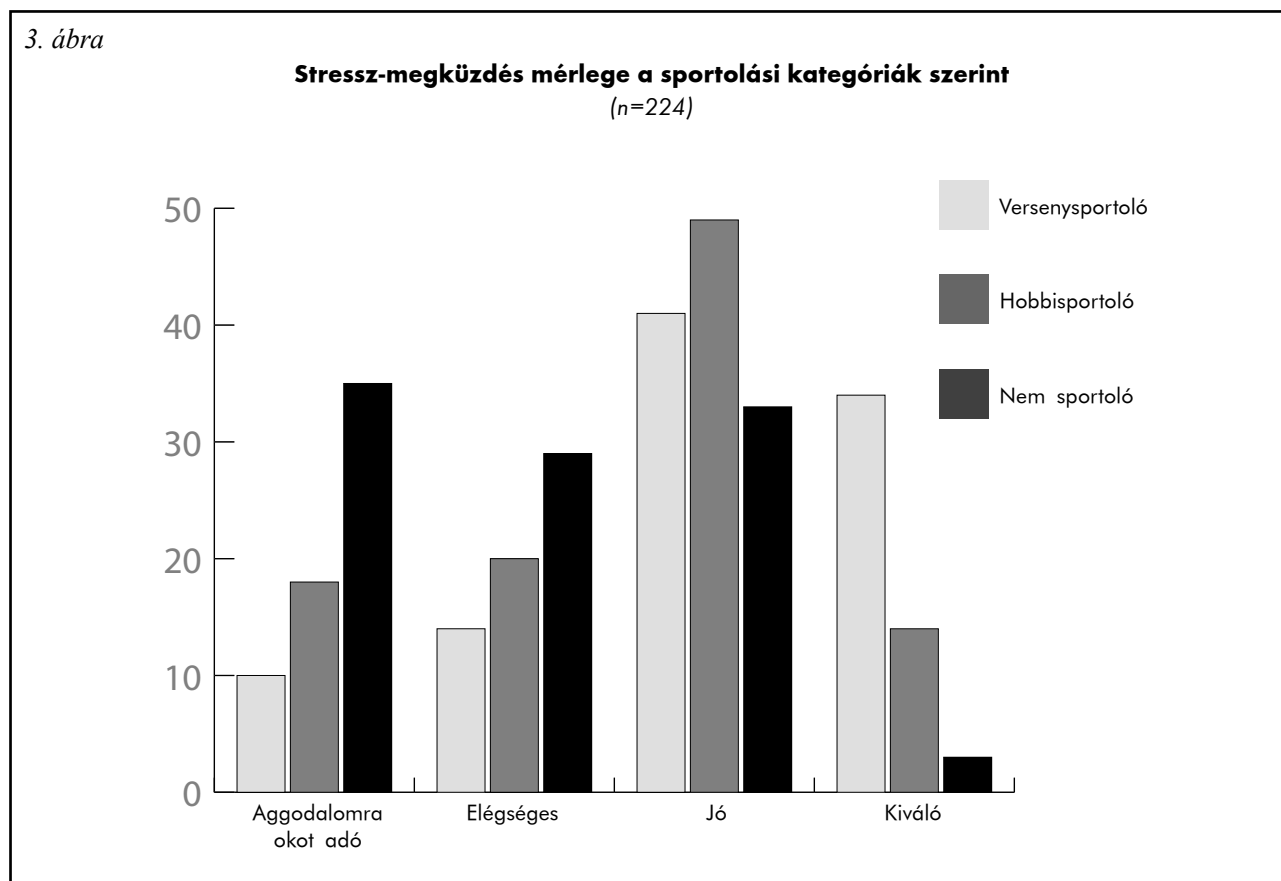
Ezek az eredmények is megerősítik az előző összefüggést, bizonyítják a sport és a megküzdés kapcsolatát.

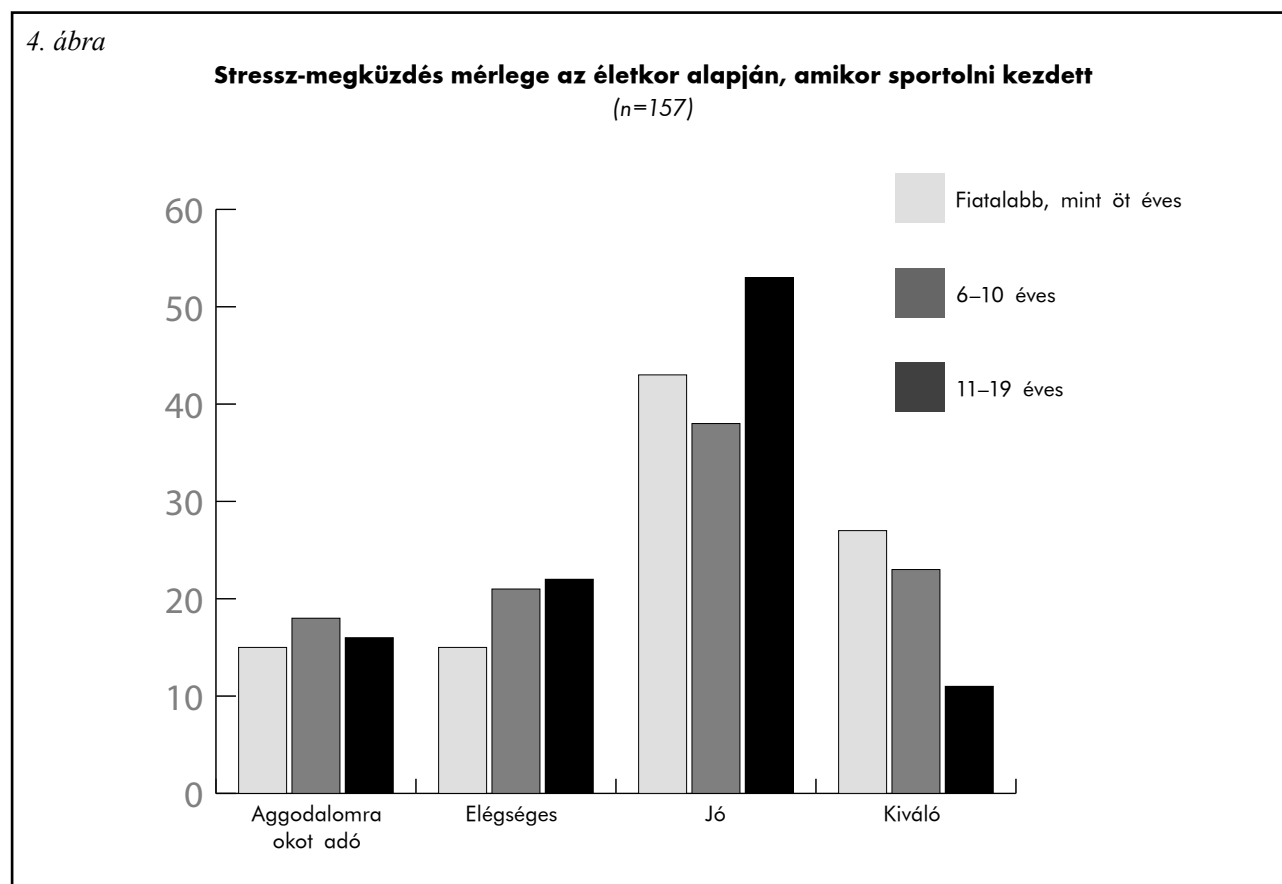
Elvégeztük azt az elemzést is, amelyben a rendszeres fizikai aktivitás kezdetének idejét vizsgáltuk, de meglepő eredményt kaptunk (4. ábra). Feltételezésünk szerint a minél fiatalabb korban elkezdett sport az egyént kiváló megküzdési képességűvé teszi. Ez a feltételezésünk azonban nem bizonyosodott be, hiszen nem találtunk szignifikáns eltérést ( $p = 0,96$ ) a különböző életkorban sportolni kezdő személyek *coping* minőségében. Ebből, illetve az előző adatokból arra következtettünk, hogy a rendszeres testedzést bármely életkorban megkezdve javíthatunk megküzdési képességünkön.

Nem találtunk szignifikáns eltérést az egyéni, illetve csapatsportot űzők megküzdési képessége között. ( $p = 0,26$ ). Az 5. ábra azt mutatja, hogy mindkét esetben a jó vagy kiváló *coping* jelentkezik leggyakrabban. A jónak minősített *coping* inkább a csapatsportot űzőkre (51%), a kiváló mértékű megküzdés pedig inkább az egyéni sportolókra (24%) jellemző.

Megküzdési képességünk javítása szempontjából tehát mindegy, milyen sportot választunk, a lényeg, hogy rendszeres legyen az edzés.

3. ábra





Kutatásunk rákérdezett arra is, hogy vannak-e pszichológiai tünetei a válaszadóknak. Elemeztük a sportolási szokások és a pszichológiai tünetekre adott „igen” válaszok száma közötti összefüggést. E kérdéscsoportban kérdőívünk a szorongásos, illetve depressziós tünetekre kérdezett rá. Itt sem találtunk szignifikáns eltérést a sportolók és nem sportolók pszichés tünetekre adott „igen” válaszai között. (6. ábra) Mindkét csoportban az 5-nél több „igen” válasz volt a legjellemzőbb (sportolók 38%, nem sportolók 40%).

Szignifikáns ( $p < 0,001$ ) eltérést kaptunk viszont a pszichológiai tünetek és a sportolási kategóriák kapcsolatát vizsgálva, amint a 7. ábrán is láthatjuk. Az elmúlt évben a versenysportolók 24%-a egyáltalán nem szenvedett pszichológiai tünetektől. Ugyanezt a hobbiszinten sportolók mindössze 5%-a, és a nem sportolók mindössze 4%-a mondhatja el magáról. Szintén a versenysportolók között a legmagasabb (28%) azoknak a száma, akik csak 1–2 pszichológiai tünettől szenvedtek az elmúlt 1 évben. A hobbisportolók 23%-a, a nem sportolók 18%-a érzékelt az elmúlt évben 1–2 alkalommal szorongásos vagy depressziós tünetet. A másik két válaszkategória esetében fordított tendencia figyelhető meg. Ezek a versenysportolókra a legkevésbé és a nem sportolókra a legjellemzőbbek. Elszomorító, hogy mindhárom csoport

esetében az 5 vagy ennél több szorongásos, illetve depressziós tünet jelenléte volt a legjellemzőbb. Ilyen sok pszichológiai tünetre emlékezett a nem sportolók 43%-a, a hobbisportolók 39%-a és a versenysportolók 31%-a.

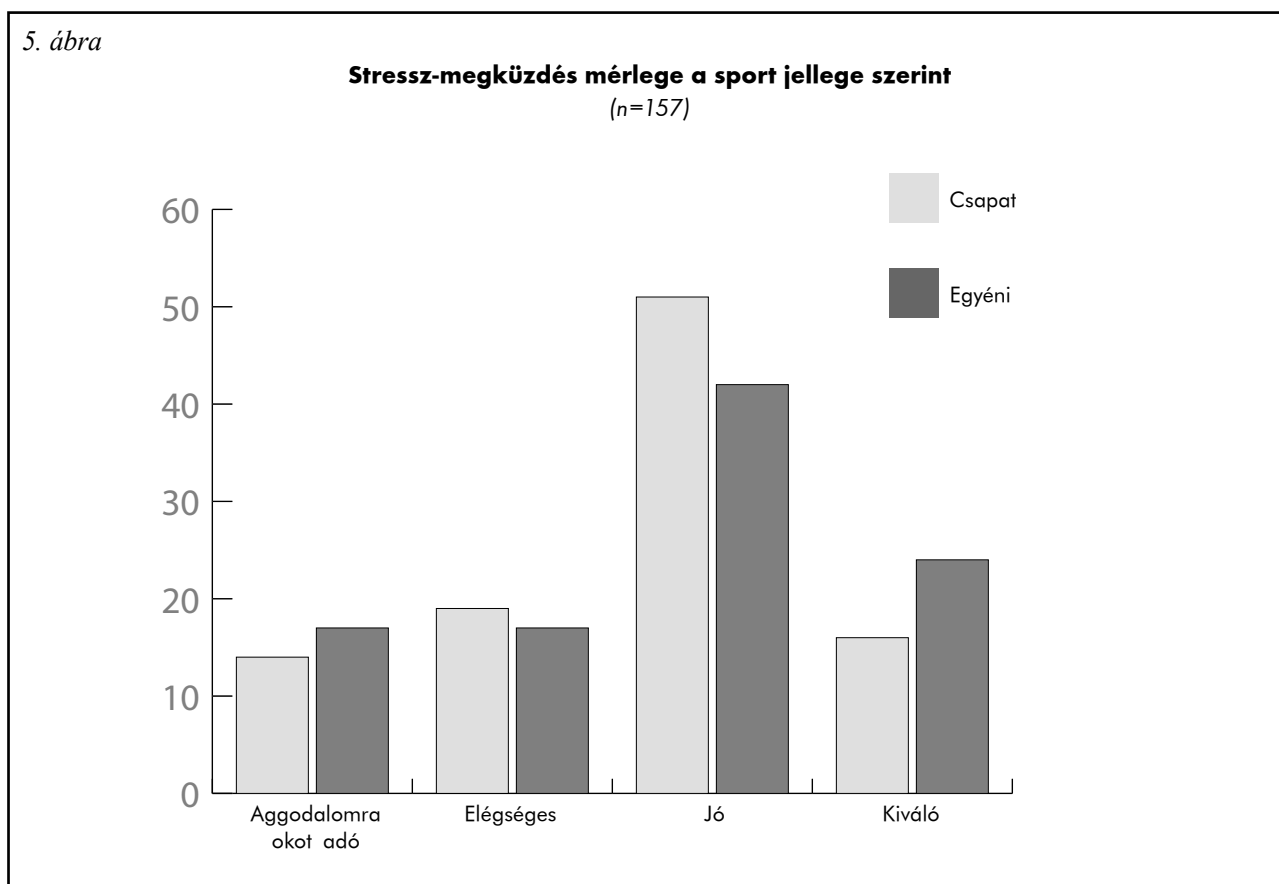
Megvizsgáltuk a különböző testi tünetekre adott „igen” válaszok száma és a sportolási szokások közötti összefüggést is. Sajnos a fiatalok többsége – minden csoportosítás szerint – évi 7, vagy ennél több testi tünetet érzékel (46%).

Szignifikáns eltérést találtunk a sportolók és nem sportolók csoportja közt (8. ábra): a nem sportolók szignifikánsan ( $p = 0,004$ ) több testi tünetet jelöltek meg, mint sportoló társaik. A nem sportolók 63%-a 7 vagy ennél több ilyen tünetre emlékszik az elmúlt egy évből. Ez az arány a sportolók esetében mindössze 38%. A sportolók 10%-a az elmúlt időszakban nem, vagy legfeljebb 2 testi tünetről számolt be. Ez az arány a nem sportolók között mindössze 3% volt.

Ha megküzdési kategóriákat vizsgáljuk – amely szerint a sportolók gyakrabban alkalmazzák a probléma-, mint az érzelmezőzpontú megküzdést – nem igazolódott be. Két érzelmezőzpontú (pozitív átértékelés és visszahúzóds) coping esetében találtunk szignifikáns eltérést a vizsgálatban résztvevők között.

„A pozitív újraértékelés a szituáció egy újrakerevezése,

5. ábra



amelynek folytán az egyén akár a stresszes helyzetben is a körülmények pozitív aspektusait és előnyeit nézi.” (Hamvai–Pikó, 2008, 71.) Ezt a fajta emocionális megküzdést a sportolók szignifikánsan ( $p=0,02$ ) gyakrabban alkalmazzák, mint nem sportoló társaik. A testedzés gyakoriságát is figyelembe véve az látszik, hogy ezt a *copingot* a heti 1–3 alkalommal rendszeres testmozgást végzők szignifikánsan gyakrabban alkalmazzák ( $p=0,03$ ), mint a nem sportolók csoportja. A majdnem minden nap, illetve a nem sportolók között nincs szignifikáns ( $p=0,06$ ) különbség e tekintetben. Szintén nem mutatható ki szignifikáns összefüggés a két sportolói (heti 1–3 alkalom, majdnem minden nap) csoport és a pozitív átértékelés, mint megküzdési stratégia alkalmazásának gyakorisága között.

Az előző eredményeket erősíti meg a pozitív átértékelésnek a sportolás kategóriái alapján történő csoportosítással kapcsolatos vizsgálata is. Ez esetben látható, hogy a hobbisportolók szignifikánsan ( $p=0,03$ ) gyakrabban alkalmazzák ezt a *copingot*, mint nem sportoló társaik, a versenyszinten sportolók, illetve testmozgást nem végzők között viszont ez esetben sincs szignifikáns ( $p=0,06$ ) különbség.

Szignifikáns összefüggés mutatható ki a visszahúzó-dás, mint érzelemlátvány megküzdés esetében. Ezt

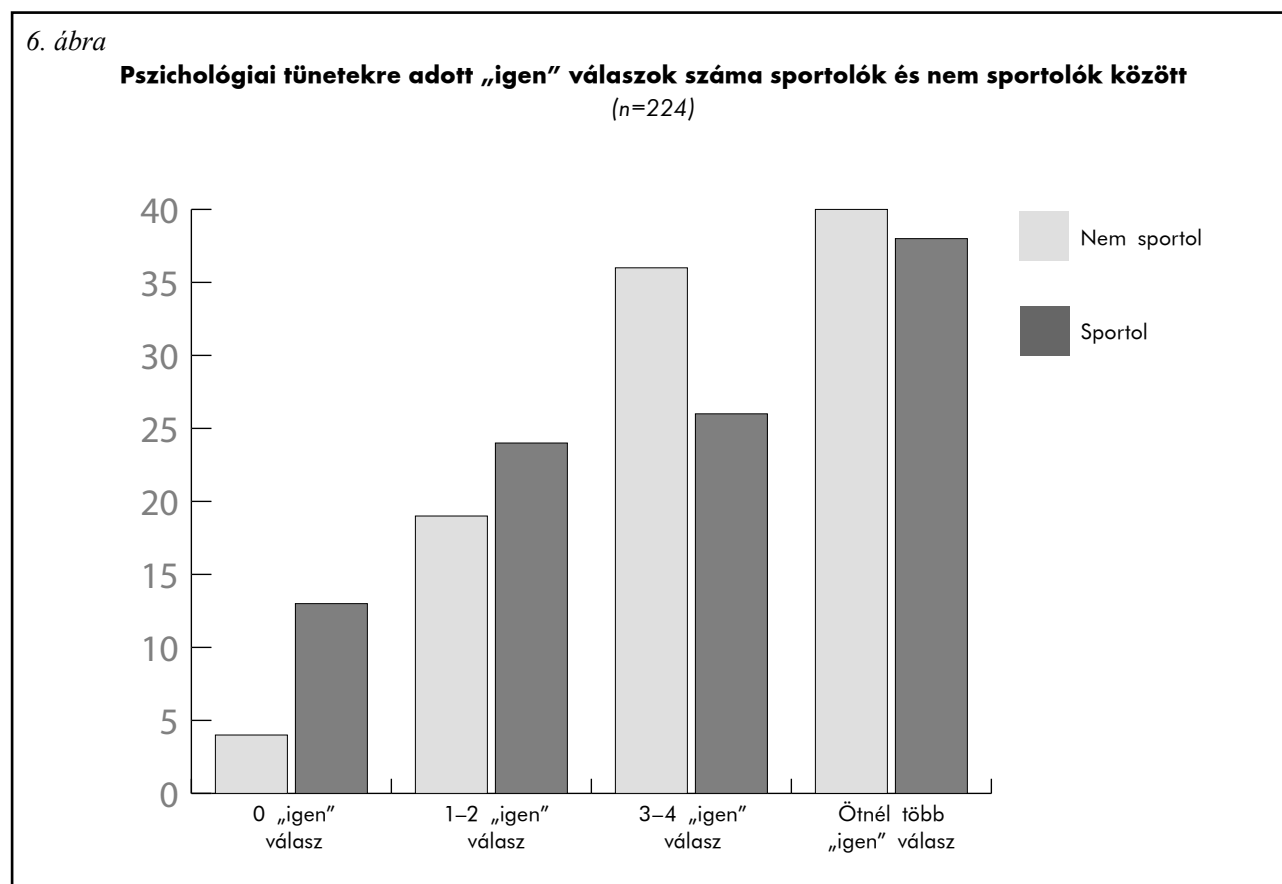
a *copingot* nem sportolók alkalmazzák szignifikánsan ( $p=0,04$ ) gyakrabban, mint sportoló társaik. Ez a megküzdési stratégia háttérbevonulást, a problémától való eltávolodást jelent. (Rózsa és mtsai, 2008, 217.)

### Megbeszélés

Kutatásunk eredményei alapján elmondható, hogy a rendszeres testedzés javítja a stresszel való megküzdés képességét. Ennek okát egyrészt a sport személyiségformáló erejében látjuk, másrészt abban, hogy a sport rendkívül jó eszköz a stressz levezetésére. Sportolás közben endorfinok szabadulnak fel szervezetünkben (Ángyán, 2005, 177.) és figyelmünk is elterelődik a problémáról, a mozgás végeztével így tiszta fejjel, mintegy kívülállóként tudunk ismét rátekinteni a problémára, így újrafogalmazhatjuk, átértékelhetjük, közelebb kerülve a megoldáshoz.

Elmondhatjuk, hogy a heti 1–3 alkalommal végzett rendszeres testmozgás, a verseny- és a hobbisport egyaránt hozzájárul a megfelelő megküzdési képesség kialakításához, hiszen mindhárom csoport esetében a jó vagy kiváló megküzdési képesség dominál.

Bár a kiváló megküzdés aránya a versenysportolók esetében a legmagasabb, fontosnak tartjuk leszögezni, hogy nem feltétlenül ez az a szint, amit ajánlunk a meg-



küzdési képesség fejlesztése érdekében. Fontosnak tartjuk, hogy a sportolás belső indíttatású legyen, ne külső ráhatásra mozogjunk, hiszen ha valamit kényszernek érzünk, az előfordulhat, hogy többet árt, mint használ (Pikó–Pluhár–Keresztes, 2004, 40.). Olyan mozgásformát válasszunk, amit élvezettel végzünk, s amitől közérzetünk is javul.

Fontos kiemelni, hogy már a heti 1–3 alkalommal végzett rendszeres testmozgás elég ahhoz, hogy megküzdési képességünk fejlődjön. Felhívnánk a figyelmet arra, hogy ez az a mennyiségű testedzés, amelyet egészségünk megőrzése érdekében is ajánl a szakirodalom. (Döbrössy, 2004, 83.) Eredményeink rámutattak arra is, hogy a megfelelő megküzdési képesség kialakítása érdekében mindegy, hogy csapat- vagy egyéni sportot űzünk. Az eredmény mindkét esetben jobb megküzdési képességet mutatott.

Megjegyezzük, hogy a stresszel való megküzdés szempontjából felnőttként sem késő elkezdni a testedzést, hiszen ebben a korban is hozzájárulhat megküzdési képességünk fejlesztéséhez vagy az átélt napi stressz feldolgozásához.

Egy egészséges generáció felneveléséhez pedig elengedhetetlen a gyermekek mozgásra való ösztönzése. Fontos, hogy a testedzés a fiatalok életének részévé vál-

jon, igényük legyen a rendszeres mozgásra, hiszen így felnőttként is mindennapjaik szükségletévé teszik majd, ezzel pedig hozzájárulnak saját testi és lelki egészségük megőrzéséhez is.

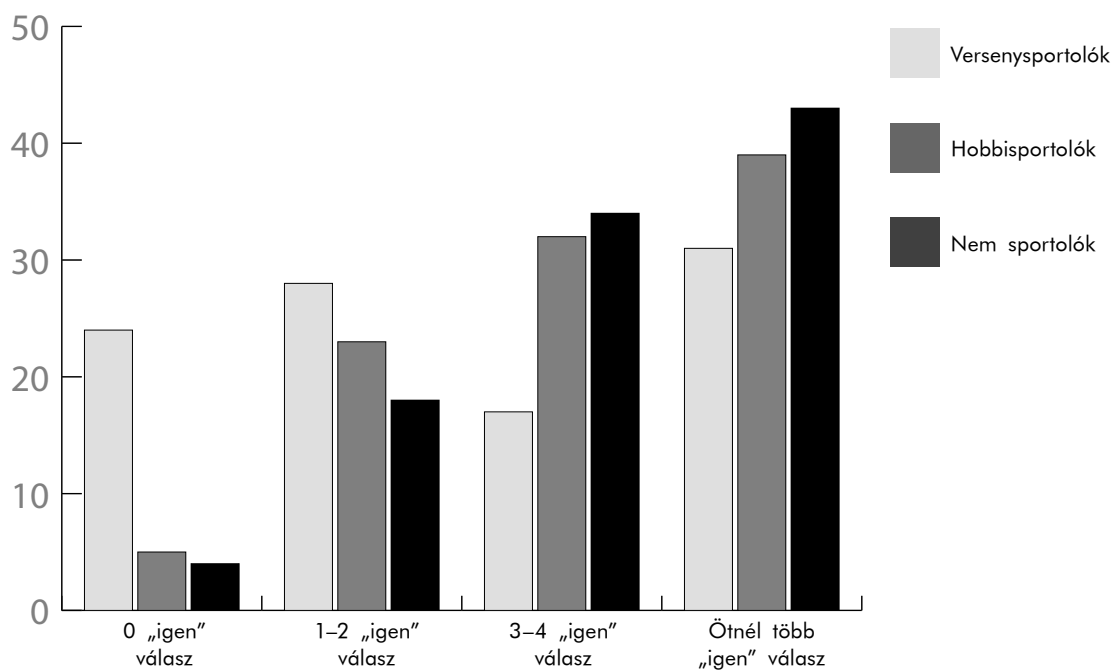
Eredményeink alapján elmondható, hogy a versenysportolók és a majdnem minden nap sportolók lelki egészsége jobb, mint nem sportoló társaiké, hiszen köztük szignifikánsan magasabb azok aránya, akik az elmúlt egy évben nem érzékelték semmilyen pszichológiai (depressziós, szorongásos) tünetet. Nincs azonban különbség a passzív életvitelt folytatók és a heti 1–3 alkalommal, illetve hobbiszinten sportolók által észlelt pszichológiai tünetek között.

Észrevehető az is, hogy a nem sportolók szignifikánsan több testi tünetre emlékeznek az elmúlt egy évből, mint azok, akik rendszeres testedzést végeznek. Ez megerősíti egy korábbi vizsgálat eredményét, amely szerint a rendszeres fizikai aktivitást végzők jobb pszichikai közérzetnek örvendhetnek és kevesebb pszichoszomatikus tünettől szenvednek, mint nem, vagy alig sportoló társaik. (Mikulán, 2007). Megerősíti azonban azt a megállapítást is, hogy a sport önmagában nem védőfaktor a pszichoszomatikus tünetek ellen, de pozitív hatással van rájuk. (Pluhár–Keresztes–Pikó, 2004, 285.). Ezen eredmények jelentősége az egészségfejlesztés szem-



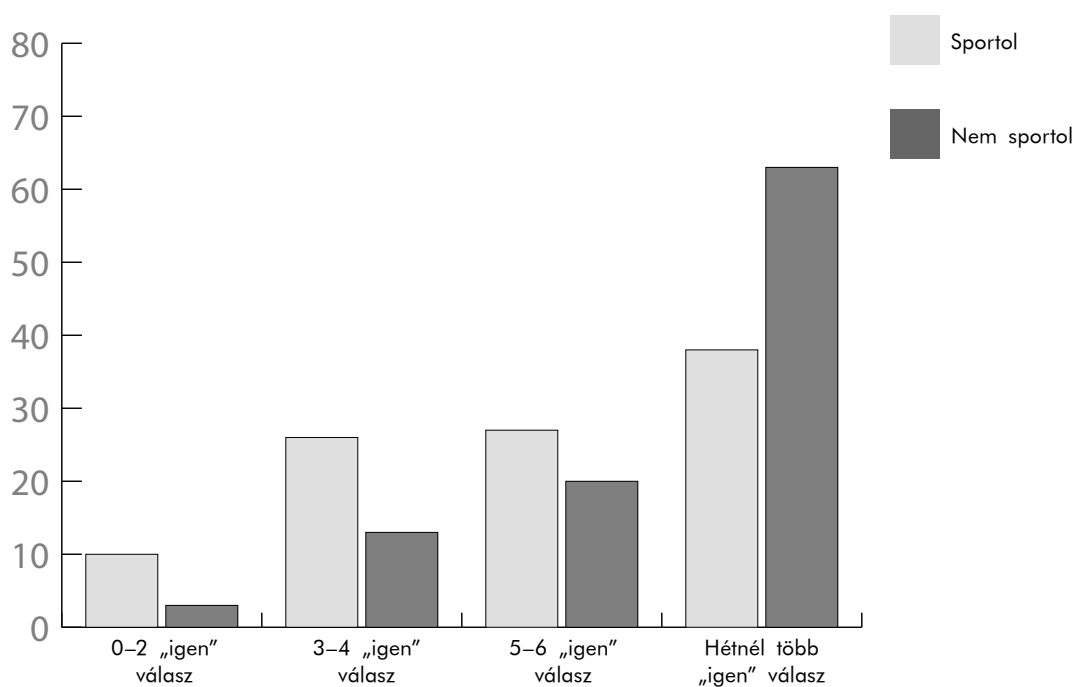
7. ábra

**Pszichológiai tünetekre adott „igen” válaszok száma sportolási kategóriák szerint**  
(n=224)



8. ábra

**Testi tünetekre adott „igen” válaszok száma sportolók és nem sportolók között**  
(n=224)



pontjából kétségtelen, hiszen napjainkban az orvostudomány is egyre nagyobb jelentőséget tulajdonít a különböző betegségek háttérében álló lelki okoknak. (*Kulcsár, 2002, 170.*) Ezekre pedig pozitív hatással lehet a rendszeres testedzés.

### Összefoglalás

Eredményeinket hasznosíthatja az egészségfejlesztés, hiszen a sportolás pozitív hatásai megerősítést nyertek, illetve kimutathatóvá vált a sportnak a stressz kezelésében betöltött fontos szerepe.

Az egészségfejlesztő szakemberek számára is meggyőző bizonyíték a testedzés pozitív hatása. Fontos megjegyeznünk, hogy bármely életkorban elkezdett, heti rendszerességgel végzett irányított testmozgás alkalmas arra, hogy testi és lelki egészségünket javítsa.

Nem csak testi és fizikai erőnlétünket javíthatjuk, hanem a mindennapjainkban folyamatosan előkerülő problémákkal is képesek leszünk megküzdeni.

A felnövekvő nemzedék számára pedig szokássá kell tennünk a rendszeres mozgást, s el kell érniük, hogy a testedzés örömforrássá váljon.

### Absztrakt

A fiatalok 35,5%-a az elégségesnél kevesebb testmozgást végez (*HBSC, 2002*), ez a kor előrehaladtával folyamatosan csökken (*Michalíkné, 2005*). A sport jó eszköze lehet testi, lelki egészségünk megőrzésének és a normál testsúly fenntartásának, illetve napjaink elkerülhetetlen jelensége, a stressz levezetésének.

Kutatásunk célja meghatározni, milyen hatással van a különböző mértékű és rendszerességű sportolás a stresszsel való megküzdési képességre. Vizsgálati csoportunkban összesen 224 fő, 18–30 év közötti egyetemi hallgató vett részt (átlagéletkor 23 év), amelyet három csoportba soroltunk – nem sportol, hobbisportoló, versenysportoló.

Az eredmények alapján megállapítható, hogy a nem sportoló megküzdésszignifikánsan rosszabb ( $p < 0,001$ ), mint a sportolóké. A nem sportolóknál szinte hiányzik a kiváló megküzdés és szignifikánsan magasabb a rossznak minősített *coping*.

A heti 1–3 alkalommal sportolókra a jó vagy ennél jobb megküzdés jellemző.

A versenysportolók esetében szignifikánsan magasabb a kiváló megküzdés ( $p < 0,001$ ), a jó megküzdés pedig a hobbisportolók esetében a legjellemzőbb.

Az eredmények azt mutatják, hogy sportolással javíthatunk megküzdési képességünkön, függetlenül attól, hogy melyik életkorban kezdjük a fizikai aktivitást.

A sport szubjektív egészségi állapotunkra is jótékony hatással van, hiszen a sportolók szignifikánsan ritkábban ( $p < 0,005$ ) számolnak be testi tünetekről, mint nem sportoló társaik.

A rendszeresen végzett testmozgásnak (heti 1–3 alkalom) fontos szerepe van a stressz kezelésben. Ez az a testmozgásmennyiség, amelyet megelőzésként is ajánlhatunk. Meggyőződésünk, hogy a gyermekekkel kiemelten fontos megszerettetni a sportot, ugyanakkor a felnőtteket is mozgásra kell ösztönöznünk.

### Abstract

35.5% of young people exercise less than required (*HBSC 2002*), this will continue to decrease with age (*Michalíkné, 2005*). Sport is a good tool for physical and spiritual health of our conservation, for the maintenance of normal body weight, and for today's inevitable phenomenon of stress reduction.

Our research aim is to determine the effect of sport with different measures and regularity on our coping with stress. In our study group 224 people participated, aged between 18 and 30, university students (average age 23 years) which were divided into three groups – no sports, recreational sportsmen and competitive sportsmen. Results showed that the coping of non sportsmen was significantly lower ( $p < 0.001$ ) than the sportsmen. The sportsmen are not totally absent in the high coping, and significantly higher in the non-performing coping. Sportsmen practising 1–3 times a week have good, or better characteristic of coping. High coping in case of competitive sportsmen was significantly higher ( $p < 0.001$ ), coping is the most significant in case of hobby sportsmen.

The results show that sport can improve our coping ability, no matter at what age we start physical activity. Sport is also beneficial for our subjective health status, because sportsmen report physical symptoms significantly less ( $p < 0.005$ ) than non-sportsmen. Regularly performed physical exercise (1–3 times weekly) has an important role in stress management. This is the (physical exercise) quantity, which we can offer also as prevention, and we believe that it is particularly important at the child's age group to endear sport, but the adults also need to be promoted to move.

IRODALOM

- Aszmann, 2004 = Dr. Aszmann Anna: „Iskoláskorúgyermekek egészségmagatartása.” In: *Egészségügyi Világszervezet (EVSZ): Kollaboratív Kutatás 2002. évi magyarországi adatfelvételének összefoglaló adatai, Védőnő*, 14/4., 14–19.
- Ángyán, 2005 = Dr. Ángyán Lajos: *Bevezetés az ember élettanába. II.* Bornus Nyomda, Pécs, 2005
- Coubertin, 1931 = Pierre de Coubertin: *Sportpedagógia*. Országos Testnevelési Tanács, Budapest, 1931., 4.
- Csányi, 2010 = Csányi Tamás: „A fizikai aktivitás és egészség fiatal korban.” In: *Egészségfejlesztés*, 51/1–2., 43–48.
- Döbrössy, 2004 = Döbrössy Lajos: „Mozgásszegény életmód.” In: Döbrössy Lajos: *Megelőzés az alapellátásban*. Medicina Budapest, 2004
- Hamvai–Pikó, 2008 = Hamvai Csaba–Pikó Bettina: „Pozitív pszichológiai szempontok az iskola világában. A pozitív pedagógia kihívásai.” In: *Magyar Pedagógia*, 108/1., 71–92.
- Kállai–Oláh–Varga, 2007 = Kállai János–Oláh Attila–Varga József: *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Medicina, Budapest, 2007
- Kopp–Berghammer, 2005 = Kopp Mária–Berghammer Rita: „Stressz-modell – a helyzetek feletti kontroll szerepe magatartási döntéseinkben.” In: *Orvosi Pszichológia*, Medicina, Budapest, 2005
- Kulcsár, 2002 = Kulcsár Zsuzsa: *Egészségpszichológia*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2002
- Mark, Anshel, Gangyam, 2008 = Mark H. Anshel–Gangyam Si: „Coping Styles Following Acute Stress in Sport Among Elite Chinese Athletes: A Test of Trait and Transactional Coping Theories.” In: *Journal of Sport Behavior*, 3/1., 3–21.
- Mikulán, 2007 = Mikulán Rita: „A sport hatása a pszichikai közérzetre, a pszichoszomatikus tünetképzésre és az egészségi állapot önbecslésére.” In: *Sportorvosi Szemle*, 48/3., 108–113.
- Pikó, Pluhár, Keresztes, 2004 = Pikó Bettina–Pluhár Zsuzsanna–Keresztes Noémi: „Külső kényszer vagy belső hajtóerő? Serdülők fizikai aktivitásának motivációs tényezői.” In: *Alkalmazott Pszichológia*, 6/3., 40–54.
- Pluhár, Keresztes, Pikó, 2004 = Pluhár Zsuzsanna–Keresztes Noémi–Pikó Bettina: „A rendszeres fizikai aktivitás és a pszichoszomatikus tünetek kapcsolata általános iskolások körében.” In: *Sportorvosi Szemle*, 45/4., 285–300.
- Rózsa, Kő, Csoboth, Purebl, Beöthy-Molnár, Szebik, Berghammer, Réthelyi, Skrabski, Kopp, 2005 = Rózsa Sándor–Kő Natasa–Csoboth Csilla–Purebl György–Beöthy-Molnár András–Szebik Imre–Berghammer Rita–Réthelyi János–Skrabski Árpád–Kopp Mária: „Stressz és megküzdés. A Rahe-féle Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőívvel szerzett hazai eredmények ismertetése.” In: *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 6/4., 275–294.
- Rózsa, Purebl, Susánszky, Kő, Szádóczky, Réthelyi, Danis, Skrabski, 2008 = Rózsa Sándor–Purebl György–Susánszky Éva–Kő Natasa–Szádóczky Erika–Réthelyi János–Danis Ildikó–Skrabski Árpád–Kopp Mária: „A megküzdés dimenziói: A konfliktusmegoldó kérdőív hazai adaptációja.” In: *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 9/3., 217–241.
- Tiringer, 2007 = Dr. Tiringer István: „Megküzdés (coping).” In: Kállai János–Varga József–Oláh Attila (szerk.): *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Medicina, Budapest, 2007

# Depressziós tünetek előfordulása adolescens korú fiataloknál Budapesten, a XIV. kerületben, 2011-ben

Dr. Kalmár Patrícia tisztiorvos

Budapest Főváros Kormányhivatala

Budapest XIV., XV., XVI. Kerületi Népegészségügyi Intézete

„No health without mental health”  
J. Mezzich

## 1. Bevezetés

Az utóbbi évtizedekben a társadalmi változások felgyorsulása egyre nagyobb terhet ró az egyének lelki működésére és a fiatalok mentális fejlődésére. A fiatalok között is egyre gyakoribb a depresszió. Az idegrendszeri kutatásokban bekövetkezett hatalmas fejlődés ellenére, sajnálatos módon, a családi, az iskolai gyermeknevelés, a gyermekpszichológiai ellátás és a gyermek- és ifjúságpszichiátriai ellátás nem képes ezzel a megnövekedett feladattal megbirkózni.

A depresszió: hangulatzavar. Az alábbi tünetekből – kéthetes periódus alatt – legalább öt fennáll, és a korábbi tevékenység megváltozásaként jelentkezik (az első két tünetből az egyik feltétlenül szükséges a diagnózishoz): 1. Depressziós hangulat a nap legnagyobb részében. 2. Az örömszerzés és az érdeklődés elvesztése vagy jelentős csökkenése. 3. Jelentős étvágy- és testsúlyváltozás. 4. Alvászavar. 5. Motoros agitáltság vagy gátoltság. 6. Alvástól, pihenéstől független fáradtság, energiahiány. 7. Önértékelési zavarok, értéktelenség érzése. 8. Csökkent koncentrációs, gondolkodási, döntési képesség. 9. Suicid gondolatok, tervek, kísérlet. (Kalmár S.–Kalmár P., 2007)

A depressziós megbetegedések az egész világon mindenütt nagyon gyakoriak, Magyarországon az összes hangulatzavar élettartam prevalenciája 24,2%; ebből a nőknél 29,2%; a férfiaknál 17,9%; a nő–férfi arány 1,8.

A gyermekek, különösen a serdülők depressziós megbetegedéseivel viszonylag kevesen foglalkoznak, annak ellenére, hogy a serdülőkorú depressziós megbetegedések jelentős részét nem ismerik fel, s nem is kezelik. Európai felmérés szerint a 16 éves lányok 5%-a kimeríti a súlyos

depresszió kritériumait, fiúknál 1,3% a súlyos és 5% a közepesen súlyos depresszió előfordulásának aránya.

Más nemzetközi adatok szerint az 5–8 éves gyermekek 2–6%-a szenved enyhe lefolyású depressziós tünetektől. A 9. évtől ez az arány 8–10%-ra emelkedik. Nemzetközi viszonylatban a gyermekek és fiatalok 30%-a számít veszélyeztetettnek. (Schmied-Schwaiger, 2007)

A depresszió fontosságát jelzi, hogy a *Lelki Egészség és Jól-Lét Európai Paktuma (Lelki Egészség és Jól-Lét Európai Paktuma, 2008)* 2008. július 13-án megállapította, hogy a mentális rendellenességek, ezen belül a depressziós megbetegedések egyre gyakoribbak Európában. A depresszió és legsúlyosabb szövődménye, az öngyilkosság mérhetetlen szenvedést okoz az egyéneknek, a családoknak és a közösségeknek egyaránt. Ez igaz a fiatalok esetében is. A depresszió korai felismerése és megfelelő kezelése hatékony módszer az öngyilkosságok számának csökkentésében. Ezt a magyarországi depresszió-felismerési és öngyilkosság-megelőzési programok is igazolták. (Szántó és mtsai, 2007)

Míg Magyarországon az öngyilkosságok száma 2005–2009 között 6,1%-kal csökkent, addig a 14> korcsoportban 28,6%-kal, a 15–19 éves korcsoportban 10,3%-kal, a 20–24 éves korcsoportban 50%-kal, a 24> összes öngyilkosságok esetében 34,3%-kal növekedett.

Magyarországon 2003-ban az öngyilkosság a 0–14 éves korcsoportban a hatodik, a 15–24 éves korcsoportban a második halálok volt. 2009-ben a 0–14 éves korcsoportban az öngyilkosság változatlanul a hatodik, de a 15–24 éves korcsoportban a vezető halálok.

Férfiaknál a 15–24 éves korcsoportban többen halnak meg öngyilkosság következtében, mint daganatos meg-

1. táblázat

**Depressziós tünetek előfordulási gyakorisága  
budapesti adolescens korú fiataloknál 2011-ben**

BUDAPEST – 2011						
	Jelentősen alacsonyabb	Alacsony	Átlagos	Magas	Jelentősen magasabb	Nagyon magas
Férfi	20,2%	26,6%	25,5%	10,3%	11,7%	5,3%
Nő	35,3%	14,7%	38,2%	3,0%	3,0%	5,9%

2. táblázat

**A depressziós tünetcsoportok százalékos előfordulása budapesti adolescens korú fiataloknál,  
nemenként, a tünetek súlyossága szerint**

	Férfi – enyhe	Férfi – súlyos	Nő – enyhe	Nő – súlyos
Rossz hangulat	28,2	4,96	34,8	2,94
Társas kapcsolati zavar	19,41	4,25	12,5	0
Nem kellő hatékonyság	43,62	18,62	52,21	12,5
Örömrzésre képtelenség	23,54	6,38	26,47	2,94
Negatív önértékelés	26,17	4,68	31,18	5,29

3. táblázat

**A dohányzás százalékos előfordulása budapesti adolescens korú fiataloknál,  
nemenként, a dohányzás mennyisége szerint**

		hetente	naponta			
DOHÁNYZÁS	Nem dohányzik	1–5 szál	5 szál >	5–10 szál	11–20 szál	20 szál <
Férfi (n:94)	72,3%	9,6	6,4	5,3	5,3	1,1
Nő (n:34)	91,2	0	2,9	2,9	0	2,9

betegedésekben, a keringési rendszer, a légzőrendszer és az emésztőrendszer betegségeiben összesen.

2009-ben a XIV. kerületben, a 15–19 éves korcsoportban egyetlen haláleset fordult elő, az is öngyilkosság volt.

## 2. Célkitűzés

A XIV. kerületben, a *Teleki Blanka Gimnázium* tanulói közül 45, a *Neumann János Számítástechnikai Szakközépiskola* tanulói közül 81 tanuló által kitöltött *Gyermek Depresszió Kérdőív* segítségével, önkéntes alapon, a szülők előzetes hozzájárulásával kíséreltük meg a depressziós tünetek előfordulási gyakoriságát megállapítani. Ugyanezen tanulók kitöltötték a *BECK Depresszió Skálát*

és a *BECK Szorongás Leltárt*, valamint – a tanulók név nélküli megkérdezésével – a dohányzást, az alkoholfogyasztást és a pszichoaktív szerfogyasztást is vizsgáltuk. Célunk nem a diagnózisalkotás, csupán az állapotfelmérés volt, a *Gyermek Depresszió Kérdőívben* szereplő tünetek előfordulási gyakoriságának vizsgálatával, a rövidített *BECK-D Önértékelő Skála*, valamint a *BECK Szorongás Leltár* készítésével. (*Szorongás, anxietas: külső vagy belső veszély előérzetének következtében kialakuló tárgy nélküli félelem. A félelem előzményi állapota, előformája. Tárgy nélküli, diffúz, bizonytalan, kínzó feszültség. Mivel nem testesül meg egy bizonyos veszély tudatában, nincs arca, csak ködös képe, és veszélyesítőként, nehezen elviselhető nyugtalanságként bukkan fel.*) (*Kalmár S.– Kalmár P., 2007*)

4. táblázat

**Az alkoholfogyasztás százalékos előfordulása budapesti adolescens korú fiataloknál, nemenként, az alkoholfogyasztás gyakorisága szerint**

ALKOHOL	Nem iszik	évi 2–3x	havonta	kéthetente	hetente	naponta
Férfi (n:94)	30,8	21,3	22,3	16,0	9,6	0
Nő (n:34)	44,1	29,4	20,6	2,9	0	2,9

5. táblázat

**Pszichoaktív szerfogyasztás százalékos előfordulása budapesti adolescens korú fiataloknál, nemenként, a szerfogyasztás gyakorisága szerint**

DROG	Nem	évi 2–4x	havonta	kéthetente	hetente	naponta
Férfi (n:94)	85,1	6,4	4,2	2,1	2,1	0
Nő (n:34)	97,1	2,9	0	0	0	0

6. táblázat

**BECK Depresszió Skála és BECK Szorongás Leltár értékei budapesti adolescens korú fiataloknál, nemenként (százalékos előfordulás)**

	Rövidített BECK-D Skála				BECK Szorongásleltár		
	0–9	10–18	19–25	26<	0–21	22–35	36<
Férfi (n:94)	20,2	71,3	5,3	2,1	94,7	5,3	0
Nő (n:34)	5,9	76,5	8,8	0	73,5	20,6	5,9

A vizsgálathoz anyagi támogatást nem kaptunk, ez korlátozta lehetőségeinket.

A *Teleki Blanka Gimnáziumban* 635 tanuló közül 220 fiú, 415 lány. Főállású iskolaorvost és védőnőt alkalmaznak, de más iskolákat is ellátnak. Ebben az évben heti két órában alkalmaznak iskolapszichológust, akit pályázati pénzből fizetnek.

A *Neumann János Számítástechnikai Szakközépiskolában* 707 tanuló közül 639 fiú, 68 lány. Főállású iskolaorvost és védőnőt alkalmaznak, de más iskolákat is ellátnak.

### 3. Módszerek

I. Az iskola igazgatóinak megnyerése, hozzájárulásuk beszerzése. Az iskola igazgatói csak a név nélküli kérdőívek kitöltését támogatták.

II. A kutatási programba önként jelentkezők szülői hozzájárulásának beszerzése *Szülői Nyilatkozat* alapján.

III. Az önkitöltő *Gyermek Depresszió Kérdőív* kitöltése. A rövidített *BECK-Depresszió Skála* és a *BECK Szorongás Leltár* kitöltése. (Perczel Forintos és mtsai, 2007) A tanulók megkérdezése az alkoholfogyasztással,

a dohányzással és a pszichoaktív szerfogyasztással kapcsolatban.

IV. Az adatgyűjtés-feldolgozás az adatvédelmi szabályoknak megfelelően, a személyiségi jogok tiszteletben tartásával történt.

V. A kutatási programban résztvevők kitöltött tesztjeinek kiértékelése.

### 4. Eredmények

A vizsgálatban a gimnáziumból 19 fiú és 26 lány, a szakközépiskolából 75 fiú és 8 lány, összesen 94 fiú és 34 lány, 128 tanuló vett részt.

### 5. Megbeszélés

Az eredmények alapján: a vizsgálat célja nem diagnózis megállapítása volt. A depressziós tünetek az irodalmi adatoknak megfelelően fordulnak elő a vizsgált tanulók között. Az egyes tüneteket vizsgálva megállapítható, hogy az enyhe–közepes erősségű tünetek közül a fiúk-nál 40%-nál nagyobb arányban jelentkezett önértékelési zavar, kisebbségi érzés (47,89%), nem hatékony

viselkedés (46,81%), önbizalomhiány (44,68%), érdeklődéshiány, motivációs hiány, indítékszegénység (41,49%), döntésképtelenség, fáradékonyság, gyengeség, erőtlenség (40,42%). A depressziós hangulatot és az örömrészre való képtelenséget egyforma arányban tapasztaltuk (23,44%). Az öngyilkossági gondolatok előfordulása 21,28%-ban, a szándék 5,32%-ban jelent meg. A tanulási zavar 38,3%, az ingerlékenység 36,17%, az alkalmazkodási problémák 34,04%, a negatív önértékelés 32,98%, az önvád 28,72%, a szorongás és a magányosság érzése egyaránt 27,66%, a depressziós hangulat az iskolában 25,53%. A súlyos tünetek közül az érdeklődéshiány 34,04%-ban, a tanulási zavar 29,79%-ban, a fáradékonyság, gyengeség érzése 15,96%-ban, az alvászavar 8,5%-ban fordult elő. Érdemes lenne ezt a vizsgálatot ifjúságorvosi keretek között is elvégezni, azonosítva a vizsgálatban résztvevőket, hogy kiderüljön, kinek van szüksége segítségre. A vizsgálatok alapján a vizsgált fiúk 17,0%-a, a lányok 8,9%-a segítségre szorul. A fiúk 10,3%-a és a lányok 3,0%-a magasabb tünetszámot jelzett, amire szintén érdemes lenne odafigyelni.

A lányoknál a helyzet eltérő. A leggyakoribb tünet a fáradékonyság (70,59%), a kisebbrendűségi érzés (76,47%), az ingerlékenység (58,82%), az önvád (52,94%) és a viselkedési zavar (52,94%). Az öngyilkossági gondolatok előfordulása 17,65%, de öngyilkossági szándékot senki nem jelzett. A súlyosabb tünetek közül a tanulási zavar 23,53%-ban, a negatív önértékelés és az érdeklődéshiány, motivációs zavar 14,71%-ban jelent meg.

Amennyiben a fenti tünetek hasonló arányban fordulnak elő az iskolák többi tanulójánál, úgy a vizsgált két iskolában legalább 140 fiú és 40 lány, vagyis 180 gyermek szorul pszichiátriai segítségre, 102 tanuló pedig a depressziós tünetek előfordulása az átlagnál enyhén magasabb.

A *BECK Depresszió Skála* vizsgálatánál azt találtuk, hogy a fiúk 5,3%-ánál közepsúlyos, 2,1%-ánál súlyos, a lányok 11,8%-ánál közepsúlyos depressziós tünetek tapasztalhatóak, de súlyos tünetek nincsenek.

A *BECK Szorongás Leltár* vizsgálat azt mutatta, hogy a fiúk 5,3%-ánál fordul elő közepsúlyos szorongás. A lányoknál komolyabb a helyzet, 20,6%-uk közepsúlyos, 5,9%-uk súlyos szorongásos tünetektől szenved.

A dohányzási szokások eredményei szerint a fiúk 72,3%-a, a lányok 91,2%-a nem dohányzik. A *Teleki Blanka Gimnáziumban* az eredmények jobbak voltak. A fiúk és a lányok közül 1–1 szív el napi 20 szálnál többet.

A fiúk 30,8%-a, a lányok 44,1%-a absztinens, a többiek alkoholfogyasztása alkalmi, napi rendszerességgel csak egy lány fogyaszt alkoholt.

A pszichoaktív szerfogyasztást vizsgálva azt találtuk, hogy napi rendszerességgel senki nem használ szert.

A tanulók közül a fiúk 85,1%-a, a lányok 97,1%-a egyáltalán nem használ pszichoaktív szert. A fiúk 4,2%-a havonta, 2,1%-a hetente-kéthetente használ valamilyen szert. A lányok közül egy jelezte, hogy évi 2–4 alkalommal használt valamilyen szert, de a többiek soha.

## 6. Következtetések

A vizsgált iskolában a tanulók között magas a depressziós tünetek előfordulása. A depressziós tünetek gyakorisága ellenére a csökkentésük és a megelőzésük érdekében alkalmazott lehetőségek hiányosak és elégtelenek. Az esetek jelentős részében a depressziót nem ismerik fel, s nem is kezelik.

Ismereteink szerint az iskolákban nem folyik primer mentális prevenció, holott az iskola erre kiválóan alkalmas lenne, mert a gyermekek itt töltik életük jelentős részét.

Ezért szükség van

- a gyermekkori, fiatalkori depresszió és az öngyilkossági veszély felismerésére az iskolában, valamint a betegek megfelelő kezelésére és tartós gondozására. A felmérésben résztvevő iskolákban is számos gyermek szorulna kezelésre, volna szüksége kognitív viselkedésterápiára, de mivel a felmérés név nélkül történt, nem lehet megállapítani a kezelésre és segítségre szoruló serdülők személyét;

- fokozott figyelmet kell fordítani az alkoholfogyasztás elleni küzdelemre;

- a primordiális prevenció (kockázati tényezők csökkentése) bevezetésére az iskolákban, a mentális egészség fejlesztésére, tanítására, a mentális analfabétizmus kialakulásának megakadályozására (*Kósa, 2008, Kalmár, 2011*);

- a tanárok mentális képzésére, továbbképzésére, amelyben nagyobb szerepet kellene kapnia az internetnek;

- apozitív problémamegoldókészségek, atársaskon-fliktusok megoldási készségeinek fejlesztésére, a hatékony stresszkezelés megtanítására az általános iskola felső tagozatában és a középiskolában, mind a pedagógusok, mind a gyermekek körében (*Brent, 2001, Csorba, 2005*);

- (mentális) egészségtan tanítására;

- a tanárok mentális egészségének fokozottabb védelmére;

- a pedagógusképzésben a mentálhigiénés ismeretek oktatására, a hangulatzavarok, a depressziós és szorongásos megbetegedések, valamint az öngyilkossági veszély felismerésére;

- pozitív problémaorientáció megtanítására, illetve pozitív problémamegoldó készségek kifejlesztésére (már az egyetemi képzés során) valamennyi, pedagógiai pályára készülő hallgató számára;

- az internet intenzívebb használatára a prevencióban;
- a média fokozottabb igénybevételére a mentális zavarokkal kapcsolatos attitűdök megváltoztatása, az ismeretek növelése és a stigmatizáció csökkentése érdekében (*Lelki Egészség és Jól-Lét Európai Paktuma, 2008*);
- szülői ismertető füzetek készítésére a tanulók biopszicho-szociális kríziseiről, mentális problémáiról, a depresszió és a szorongás tüneteiről, az öngyilkosság kockázati tényezőiről és a megelőzésről;
- a gyermekpszichiátriai hálózat megerősítésére és elérhetővé tételére minden gyermek számára, függetlenül a tanuló társadalmi, gazdasági státuszától (*Makara, 2007*);
- a szülőket és a tanárokat megkérdőző részletesebb, az életemények vizsgálatával kibővített felmérésre és a segítségre szoruló gyermekek megfelelő ellátásának biztosítására.

## Összefoglalás

A szerző két budapesti középiskolában, 128 tanulónál vizsgálta a depressziós tünetek előfordulását *Gyermek Depresszió Kérdőív* segítségével. A vizsgálatot kiegészítette *BECK-Depresszió Skálával* és *BECK Szorongás Leltárral*. Az önkitöltő kérdőívek kitöltésekor rákérdezett a tanulók dohányzási, alkoholfogyasztási és pszichoaktív szerfogyasztási szokásaira.

Vizsgálatai során megállapította, hogy súlyos, illetve közepes súlyos depressziós tünetek több tanulónál is megjelentek. Szorongásra utaló tünetek lányoknál magasabb

százalékban fordultak elő, mint fiúknál. A rendszeresen dohányzók aránya a fiúknál magasabb. Pszichoaktív szereket a tanulók jelentős része egyáltalán nem használ. Az eredmények alapján a szerző javaslatokat fogalmaz meg a jelenlegi helyzet javítása érdekében.

## Summary

The author examined the incidence of the symptoms of depression among 128 pupils with *Child Depression Inventory*. The author also used the *BECK Depression Inventory*, shortened version, the *BECK Anxiety Inventory*, and questions about customs of consumption of alcohol, cigarette and drugs. In the course of examine was found high, or medial-high symptoms of depression in a few pupil. The incidence of symptoms of anxiety is higher among girls, than among boys. The rate of regular smoker is higher among boys. Most of the pupils never use drugs. By the results, the author take advices for correction of the actual situation.

*Köszönettel tartozom a gimnáziumban Rudas Péter Igazgató Úrnak, Zdravkova Elena, Virág Miklós és Vermes Zoltán osztályfőnököknek, a Szakközépiskolában Fenyvesi Gábor Igazgató Úrnak, Ágoston Zsolt, Czegléczy Gábor, Schmidt Vilmos és Hutter Lajosné osztályfőnököknek, akik lehetővé tették és segítették a kutatás végzését. Külön köszönöm Molnár Ferenc Igazgatóhelyettes Úr munkáját, aki mindvégig lelkesen támogatta a munkámban, átértéve a vizsgálat fontosságát. Ez a vizsgálat nélkülük nem valósulhatott volna meg.*

## IRODALOM

- Brent D. A. (2001): „Assessment and treatment of the Youthful Suicidal Patient”. In: Hendin H.–Mann J. J.: *The Clinical Science of Suicide Prevention*. The New York Academy of Sciences, New York.
- Csorba J. (2005): „Önsértő és öngyilkos magatartás serdülőkorban.” In: *Fejlesztő Pedagógia*, 16. évfolyam, 5–6. szám, 55–57.
- Kalmár S.–Kalmár P. (2007): *Pszichiátriai Szótár*. KALM-R-Bt.
- Kalmár S. (2011): *About mental illiteracy: deficits of mental health promotion and primordial prevention in psychiatry*. [www.internstandpsychiatry.com](http://www.internstandpsychiatry.com)
- Kósa K. (2008): „Prevenció – bevezető.” In: *Orvostovábbképző Szemle*, XV. évfolyam. 3. szám, 18–22.

- Lelki egészség és Jól-lét Európai Paktuma* (Brüsszel, 2008. június 12–13.)
- Makara P. (szerk.) (2007): *Mentális egészségfejlesztési stratégia – pozitív egészségfejlesztés és primér prevenció*. OEI, Budapest.
- Perczel F. D.–Kiss Zs.–Ajtay Gy. (2007): *Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában*. Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet.
- Schmied-Schwaiger Zs. (2007): „Az iskolai depresszió- és szuicid prevenció lehetőségei és korlátai.” In: Csépe Andrea: *Összefogás a depresszió ellen*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2007.
- Szántó K.–Kalmár S.–Hendin H.–Rihmer Z.–Mann J. J. (2007): „A Suicide Prevention Program in a Region With a Very High Suicide Rate.” In: *Arc Gen Psychiatry*, 64(8): 914–920.



# Szemelvények a VIII. kerületi általános iskolások szájhigiénés felmérésének tapasztalataiból

Dr. Kovács Aranka

Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar,  
Egészségfejlesztési és Klinikai Módszertani Intézet, Epidemiológiai Tanszék

A WHO jelentése szerint az utóbbi években javulás figyelhető meg a szájiüregi egészség területén, vagyis csökkent a szuvas fogak gyakorisága, egyre több olyan gyermekkel találkozunk, akinek teljesen egészségesek a fogai. Elsősorban azokban az országokban tapasztalható jelentős javulás, ahol széleskörű, több éve folyó szájiüregi egészségfejlesztési program valósul meg. Különösen jelentős eredményeket értek el azokban az országokban, ahol a szájhigiéné fejlesztésével kapcsolatos átfogó iskolai, közösségi programokba bevonták a szülőket és a pedagógusokat is.

Magyarország a legrosszabb mutatókkal jellemezhető országok között van Európában. Az 5–6 éves korúak 25–30%-ának van csupán ép fogazata. A 12 éves gyermekeknek átlagosan négy maradó foguk beteg, 75%-uknak ínygyulladás van, 15–20%-uk szorul fogszabályozó kezelésre. A 18 évesek 66%-ának van csak megtartott fogazata (a *Népegészségügyi Program 2004. évi összefoglalójából*).

Az egészségfejlesztés egyfelől az életminőség javítását, másfelől az egészség védelmét célozza, az egészségvédelmi tevékenység pedig egészségnevelési és betegségmegelőzési tevékenységekre bontható. Ez utóbbit szolgálják a szűrések, védőoltások, valamint a felvilágosító tevékenységek rendszere.

Tanulmányunk a VIII. kerületi kisiskolások kérdőíves felmérése alapján készült. Az iskolások egy szakemberek által készített kérdőívet töltöttek ki, majd – ha esedékes volt az iskolai fogászati szűrés, akkor azzal együtt – a fogorvos, illetve asszisztens, ha nem, akkor az iskolavédő tartott a szájhigiénéről szóló előadást az iskolában. A diákok fogkrémet és fogkefét is kaptak ajándékba.

A program kulcsszemélyei az iskolát ellátó védőnők voltak, akik rövid felkészítésen vettek részt, valamint szakirodalmat is rendelkezésükre bocsátottunk. Az adott iskolát ellátó védőnők mellett az iskolai dentálhigiénikusok és/vagy az ifjúsági fogorvosok tartották meg a szájhigiénés előadást, ha éppen esedékes volt a szűrés. A megszerzett tudást, a szájhigiénés gyakorlatot, valamint a táplálkozási szokásokat egységes kérdőív segítségével vizsgáltuk. A szükséges technikai eszközöket (mulázs, plakkfestő tableta, szakmai felkészülést segítő könyv) az *Egészségügyi Minisztérium* biztosította.

Három helyszínen mintegy 5000 alsó tagozatos diák töltötte ki a kérdőívet. A kitöltési időpontokat előadás előtt, illetve 2–3 héttel utána határoztuk meg. A VIII. kerületi másodikos, harmadikos és negyedikos, összesen 2131 tanuló által megválaszolt kérdéseket dolgoztuk fel. Reményeink szerint tapasztalatainkat majd az egész országban hasznosítani lehet.

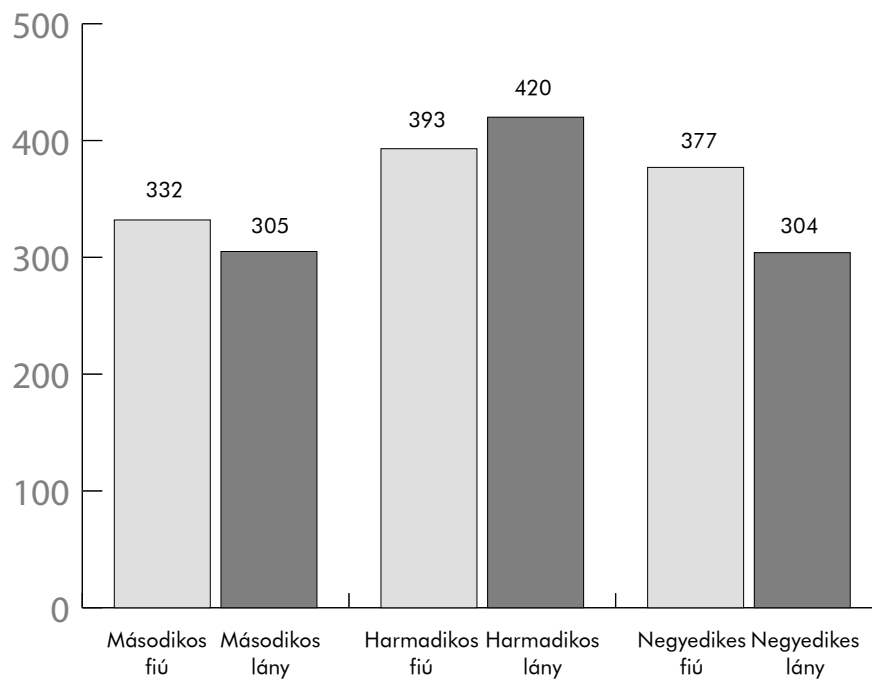
*A következő kérdésekre kerestünk választ:*

1. Milyennek ítélik a kisiskolások saját fogait?
2. Mi jellemzi a gyerekek szájhigiénés szokásait?
3. Milyen a gyerekek tudásanyaga e tárgyban? Mennyiben változtat ezen egy ismeretterjesztő előadás?
4. Ismerik-e az édességek kedvezőtlen hatását, jelent-e ez a tudás visszatartó erőt az édességfogyasztásban?
5. A felvilágosító tevékenységek mennyire szolgálják az egészségfejlesztés céljait?

A 2. ábrán látható, hogy a különböző korosztályok közül az idősebbeknél a magukat a két szélső (nagyon rossz, nagyon jó) kategóriába sorolók aránya már csökken, de erősen növekszik a magukat rossz fogúaknak tartók aránya is. Valószínűleg ez azt jelenti, hogy egyre valószínűbben ítélik meg saját fogaik állapotát.

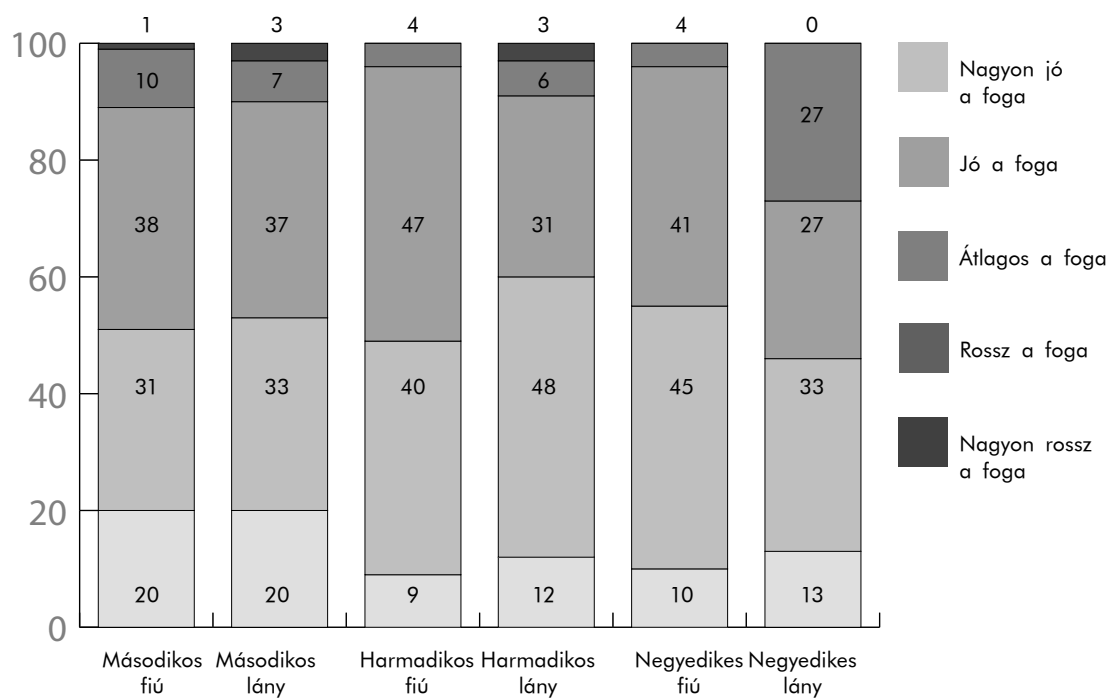
1. ábra

**A vizsgálatban résztvevő kisiskolások kor szerinti megoszlása**



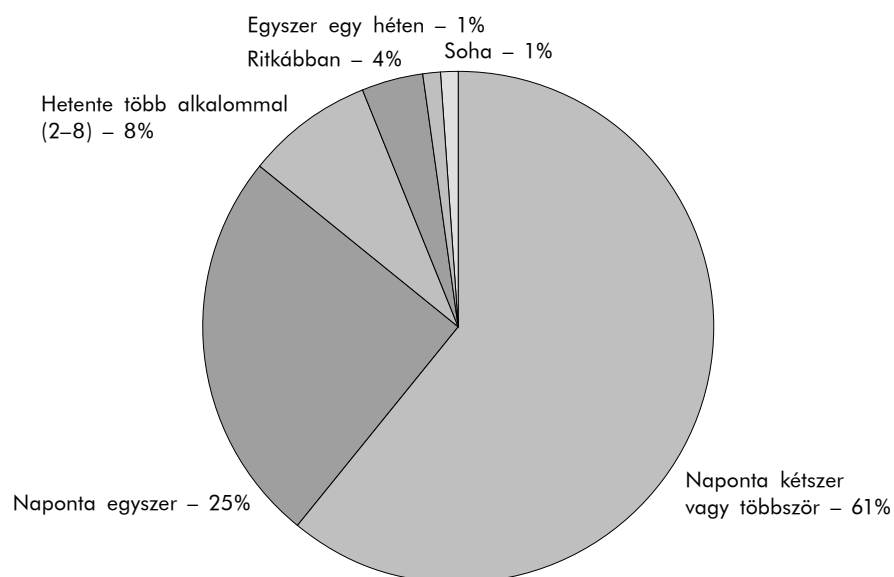
2. ábra

**Hogyan ítélik meg a különböző korosztályok fogaik állapotát?**



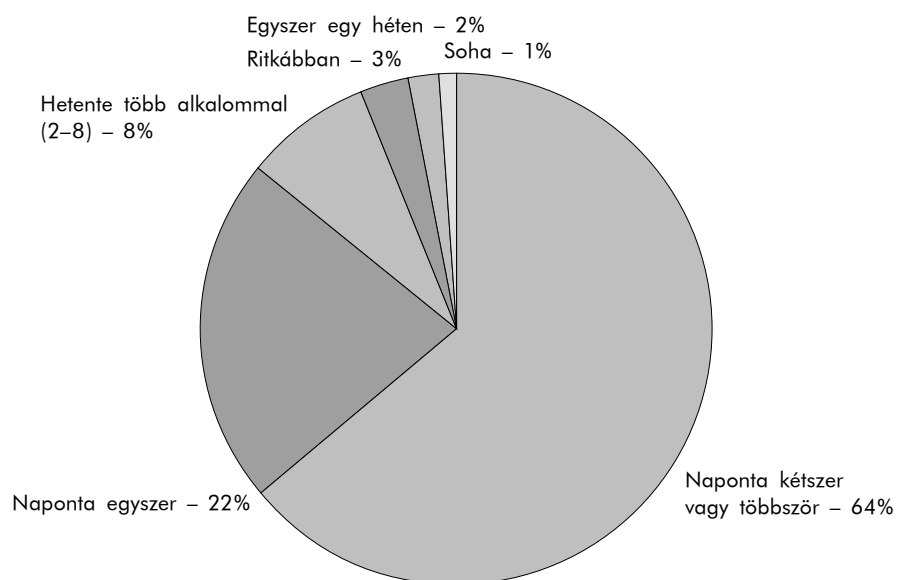
3. ábra

**Fogmosási szokások az előadás előtt**



4. ábra

**Fogmosási szokások az előadás után**



A fogmosási gyakoriságra vonatkozóan a gyerekek 14–15%-a válaszolta azt, hogy még naponta sem mos fogat. Ezen nem változtatott az előadás sem, bár – ha nem tekintjük véletlennek a kis változásokat – értékelhetjük úgy, hogy néhányan azok közül, akik naponta csak egyszer mostak fogat, elgondolkodtak (vagy legalábbis elhatározták), hogy ezentúl kétszer mosnak fogat. Azonban a renitens fogat nem mosókat nem térítettük jobb belátásra. (3. és 4. ábra)

Az 5. ábrán a naponta legalább egyszer fogat mosó gyerekek aránya iskolánkénti csoportosításban látható. Igen érdekes, hogy a nagyon jó szájhigiénés gyakorlatot jelző iskolák másodszer már nem tudták „produkálni” ezt a jó eredményt. Ennek oka lehet a véletlen, de lehet az is, hogy egyszerűen elveszítették a téma iránti érdeklődésüket, hiszen ezek az úgynevezett erős iskolák, amelyek tanulói megszokták, hogy a feladatok mindig próbára teszik őket. Azonban a kezdetben rosszabb eredményekkel rendelkező iskolák mindegyikében észlelhető javulás, némelyikben egészen jelentőset tapasztaltunk.

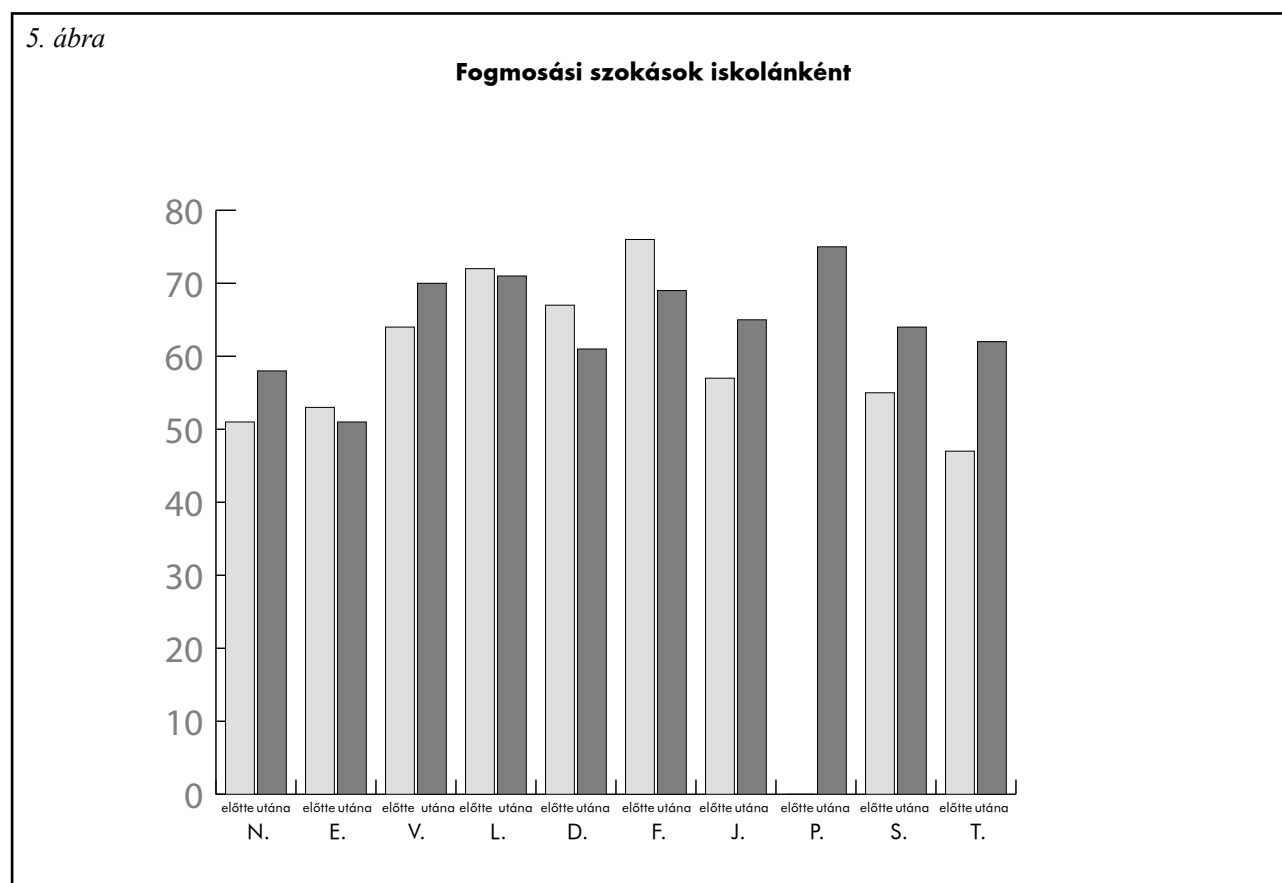
Ennek alapján megengedhetjük azt a következtetést, hogy a második kérdőív kitöltésénél a gyermekek nagy része elgondolkodott – talán őszintébb is volt –, nemcsak a megfelelni vágyás hajtotta a jó tanulókat. Így tekintve az előadások bizonyos iskolákban jelentős eredményeket értek el.

A fluorid jelentőségének ismeretében, a fluoridtartalmú fogkrémek használatában már nagyobb változást észleltünk az oktatás után. A fogmosási gyakorisággal szemben, amelyre a családi háttérnek döntő befolyása van, úgy tűnik, ezen a téren nagyobb változást lehet elérni verbális tudásközvetítéssel. (6. és 7. ábra)

Egyébként a gyermekek többsége a családot mindenképpen megjelöli azok között, akiktől a fogmosás módszerét megtanulták.

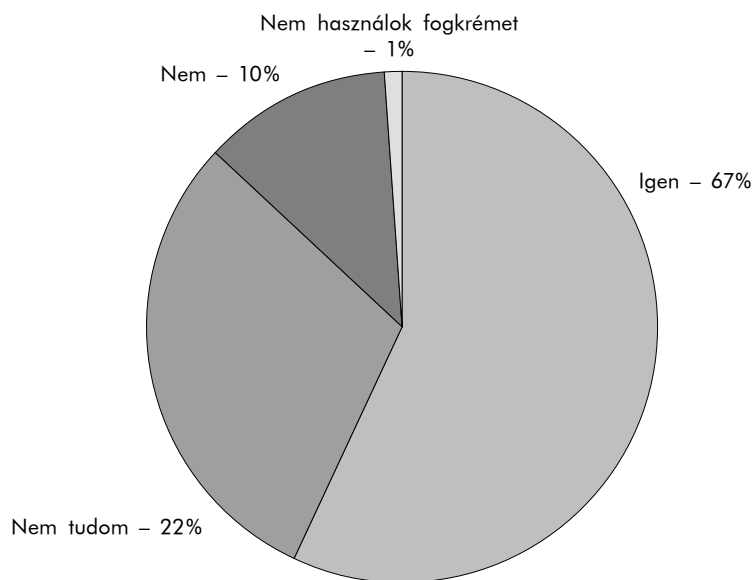
Bár az édesség kedvezőtlen hatását a fogak épségére sokan ismerik, mint ahogyan azt az alábbi ábra is mutatja, a helyes tudás mégsem tudja teljesen átírni a szokásokat, jöhetnek azok közül, akik jól válaszoltak az első kérdésre, az édességfogyasztásra vonatkozóan kevesebben adták a „naponta többször is” választ. Látható, hogy ők is nagy arányban fogyasztanak naponta többször édességet, különösen feltűnő ez a cukros üdítők és a cukros tea esetében. Volt egy-két diák, aki a kérdőívben jelezte, hogy mesterséges édesítőszerrel édesített italt iszik. Természetesen ez statisztikailag nem értékelhető és néhány egészségvédelmi kérdést is felvet: a felmérésből ugyanis nem derül ki, hány gyermek ismeri ezeket az édesítőszerket. Az pedig más kérdés, hogy – bár szájhigiénés szempontból jó megoldás, különösen kisiskolás korban –, helyes-e az édes íz mesterséges édesítőszerrel való rendszeres helyettesítése. Egy bizonyos: az a tudás, hogy az édesség árt a fogaknak,

5. ábra



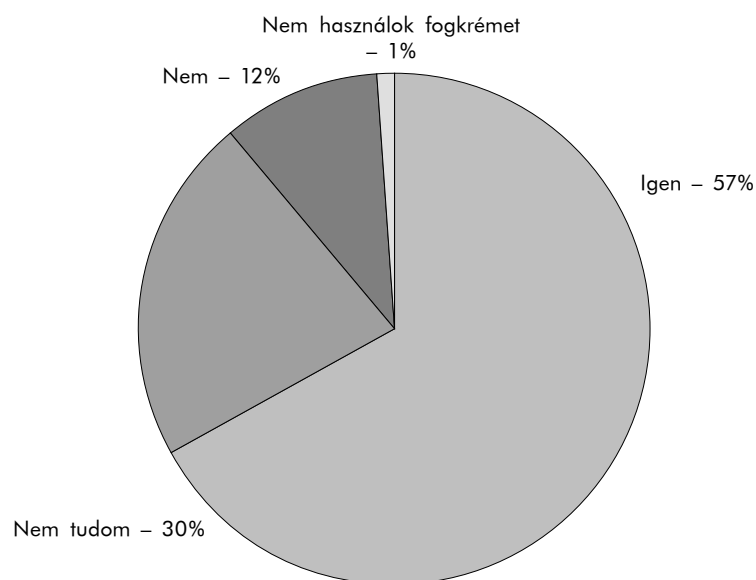
6. ábra

**Fluoriddal kapcsolatos ismeretek az előadás előtt**



7. ábra

**Fluoriddal kapcsolatos ismeretek az előadás után**



egyáltalán nem tartotta vissza a gyermekeket a cukros termékek fogyasztásától. (8. ábra)

Az előbbi adatokból is kitűnik, hogy a felvilágosító tevékenység a kisiskolások körében nem teljesíti maradéktalanul az egészségfejlesztési elvárásokat. Ahhoz, hogy mindig az egészségesebb választás legyen a könnyebb, kora gyermekkori minták, attitűdök áthangolása szükséges. Bár az oktatási rendszerben a gyermekek könnyen elérhetőek, mégis elsődleges intervenció célpontnak érdemesebb a családot választani.

## Eredményeink

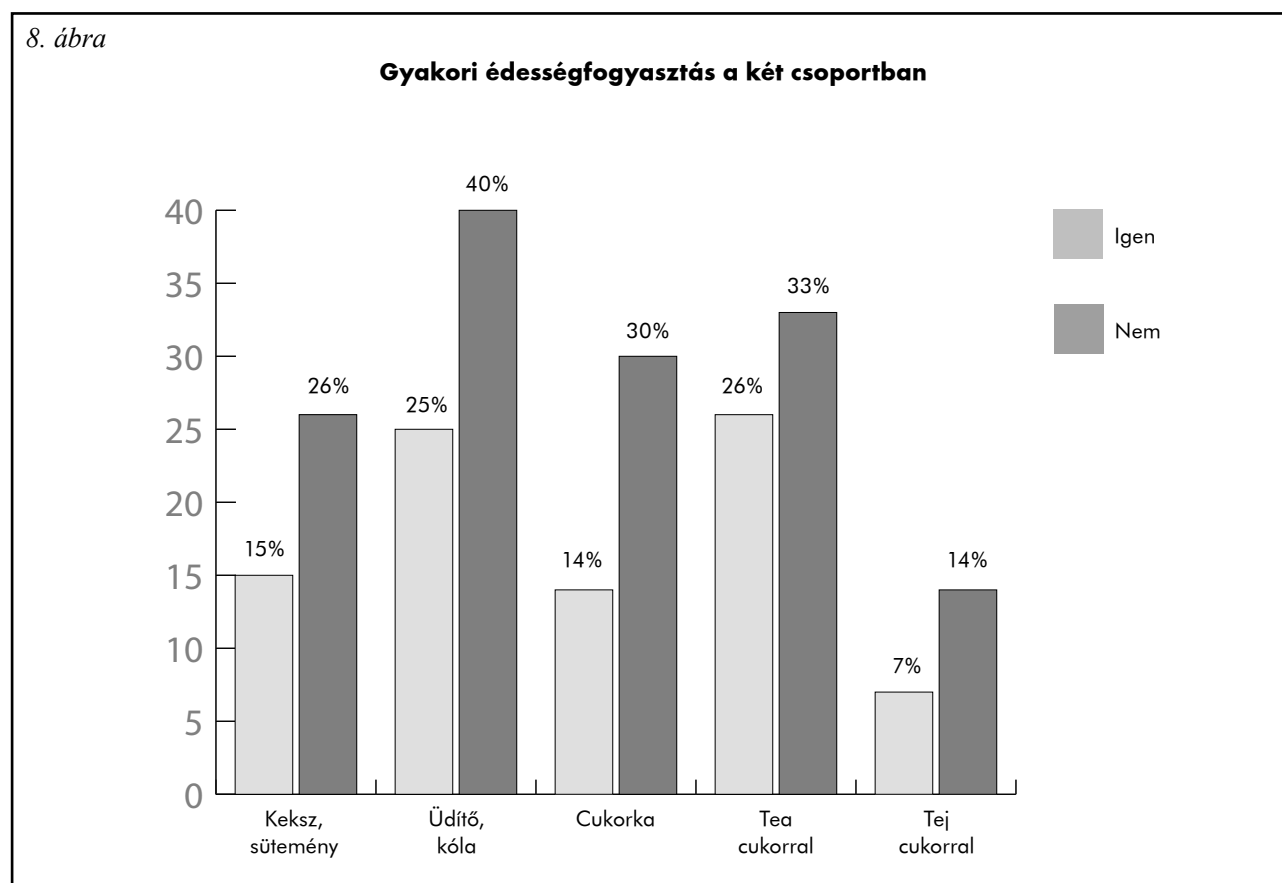
Általánosságban elmondható, hogy a fluoriddal és a mesterségesen édesített ételekkel kapcsolatban a gyermekek tudásanyagának javításában az oktatás eredményes volt.

A vizsgálati időszak rövidege nem tette lehetővé azt, hogy követéses fogorvosi vizsgálattal kössük össze kutatásunkat, ebből következően az eredményesség mutatójaként csak a tudásanyag változását tudtuk mérni. A gyermekek szájhigiéniével kapcsolatos tudásának hiányosságait kiegészíteni, pótolni lehetséges, ennek mérhető hatása is van. Kérdés azonban az, hogy önmagában az ismeretterjesztés mennyire változtat a hosszabb távú szájhigiéniés szokásokon. Például a fluorid jelentőségének ismerete, a fluoridtartalmú fogkrémek használata

az amúgy rendszeresen fogat mosók között változást okoz, de a fogmosásra, szájapolásra való igény még a kérdőív szintjén is alig változik. A kérdőív kitöltői sokkal korábban, az iskoláskor előtt szoktak vagy nem szoktak hozzá a szájapoláshoz. Azoknak a fogápolási szokásait, akik korábban nem mostak fogat, nehezebb tudásalapú megelőzéssel változtatni. A gyermekek többsége a családot mindenképpen megjelöli azok között, akiktől a fogmosás módszerét megtanulták, tehát a fogmosási szokásokat, ha a családban nem is lehet, de az óvodáskorban talán hatékonyabban lehet fejleszteni, szokássá alakítani, akár lényeges tudásanyag elsajátítása nélkül is. A korábban kialakított, már szokássá vált választásokat a tudásszint kevésbé befolyásolja. Másképpen fogalmazva: a kompetenciaalapú tudás kialakításában az egészségnevelés sokkal hatékonyabb lehetne korai életkorban és a család szintjén, mint iskolai oktatás keretében.

## Összefoglalás

Három, igen hátrányosnak tekinthető kistérségre kiterjedő szájhigiéniés egészségvédelmi program nyomán készült kérdőíves felmérés értékeléseként a VIII. kerületi általános iskolák 2–4. osztályos tanulójának fejlődését hasonlítottuk össze. Az összesen 2131 kitöltött kérdőív részben a szűrővel összekötött foghigiéniés előadás előtt,



majd részben utána töltötték ki a gyermekek. A kérdőívek összehasonlítása iskolánként a tudás felmérésére és a szájhyiénés előadás utáni tudásváltozásra irányult. Tapasztalataink szerint a gyermekek tudása a témával kapcsolatban a különböző iskolákban is eltérő szintű volt. Azokban az iskolákban, ahol az előadás előtt a tudásszint magasabb volt, nem találtunk lényeges emelkedést az oktatás után. Ott, ahol a kezdeti tudásszint alacsonyabb volt, értékelhető volt az emelkedés is. Azonban a tudásszint emelkedése ellenére pl. a cukros italok fogyasztásának mellőzésében alig, vagy nem volt értékelhető változás, tehát az ételek és az italok kiválasztásakor már nem a tanultakra alapoztak a gyermekek. A tudásalapú egészségnevelés, bármilyen színes is, a hagyományos oktatási módszerekkel nem befolyásolta a már korábban kialakult attitűdöket. A hatékonyabb beavatkozás lehetősége korábban, a családi környezet bevonásával lehetséges.

## Summary

The development of 2–4 grade primary school students in Budapest, VIII district has been surveyed in a health safety program in three subregions with deeply disadvantaged background. Pupils have filled in 2131 questionnaires altogether partly before the teeth hygiene lecture organised together with screening, and partly after the event. The comparison of the questionnaires by schools has aimed the surveying of the changes in knowledge after the oral hygiene lecture. According to our experi-

ence, pupils' knowledge on the topic has differed from school to school. Significant rise in knowledge after the lecture in schools of pupils with higher level of knowledge has not been found. At the same time, we observed rise of knowledge among pupils with lower level of knowledge. However, on the contrary to the rise of knowledge, pupils have not based their act of choice of drinks and food, e.g., consuming drinks with sugar, on the information they gained in the lecture. Knowledge based health education, however exciting it is, with traditional teaching methods has not changed the earlier shaped attitudes. possibility of a more effective intervention occurs earlier with the involvement of families.

*Köszönöm az értékes közreműködést a következőknek: a VIII. kerületi általános iskolák tanulói, pedagógusai, védőnői, kiemelten: Prof. Dr. Bánóczy Jolán, Dr. Hanusz Klára, Prof. Dr. Szőke Judit, Dr. Csörögi Irén, Dr. Péntes Mariann, Dr. Menyhárt Ildikó, Varga Mónika, Geszti Szilvia, Romvári Frigyesné, Zink Magdolna, Smainné Szegő Ágnes, Liptay Andrásné, Lázár Anita, Egyedné Vizi Katalin, Spéthné Orosz Ilona, Dr. Antalné Tólos Katalin, Kisné Tamási Magdolna, Hegedűs Ágnes, Buchta Jánosné, Horváthné Dudás Erzsébet, Lukács Lászlóné, Kasza Gabriella, Újváriné Libricz Vera, Egészségügyi Minisztérium, Semmelweis Egyetem, Józsefvárosi Egészségügyi Szolgálat*

## IRODALOM

1. Gritz A.: „Az egészségfejlesztés kompetenciái a XXI. században.” In: *Egészségfejlesztés*, 48. évfolyam, 3. szám, 3–8. old., 2007
2. Simon T.–Székely L.: „Milyen szerepre vállalkozhat az egészségnevelés a második évezredben?” In: *Egészségfejlesztés*, 51. évfolyam, 1–2. szám, 2–10. old., 2010
3. Nagy J.: „A személyiség kompetenciái és operációs rendszere.” In: *Iskolakultúra*, 20. évfolyam, 7–8. szám, 3–21. old., 2010

# Idős emberek életkörülményeinek és egészségmagatartásának vizsgálata

Olvasztóné Balogh Zsuzsanna<sup>1</sup>,  
Herpainé Lakó Judit<sup>2</sup>,  
Bognár József<sup>3</sup>,  
Kopkáné Plachy Judit<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Debreceni Egyetem, Gyermeknevelési és Felnőttképzési Kar, Hajdúböszörmény

<sup>2</sup>Eszterházy Károly Főiskola, Tanárképzési és Tudástechnológiai Kar, Eger

<sup>3</sup>Semmelweis Egyetem, Testnevelési és Sporttudományi Kar, Budapest

## 1. Bevezetés

Az *Egészségügyi Világszervezet* adatai szerint az európai népesség 14,39%-át a 60 éven felüliek teszik ki, ami azt jelzi, hogy a társadalom elöregedése nemcsak hazánkban, hanem az *Európai Unióban* is az egyik legnagyobb probléma [18]. A népesség életkilátásainak emelkedése, a születéskor várható élettartam növekedése az egész fejlett világban az időskorúak arányának növekedéséhez vezetett. Ez a tény fontossá teszi, hogy az időskort milyen fizikai és szellemi állapotban érjük meg. A hosszú életnek csak akkor van értelme, ha az egészségben eltöltött éveket jelent és nem betegséget, magatehetlenséget és másra utaltságot [3]. Ezért napjainkban különösen fontossá vált az egészség és az életminőség, mivel az ember hosszabban, de egészségesebben és kielégítő jólétben szeretne élni [7].

### 1.1. Életminőség

Az életminőségkutatás több tudományterület központi kérdése. Tanulmányunkban az egészséggel összefüggő életminőség kérdéskörével foglalkozunk, azt vizsgálva, hogy az idős emberek hogyan értékelik életkörülményeiket, mennyire elégedettek jelenlegi helyzetükkel, tevékenységeikkel. Az idős életévek aktívan, munkával, örömmel és a lehető legjobb egészségben való megélése az egyén és a társadalom közös érdeke. A legfontosabb feladat az egészséges és aktív időskor támogatása. A jó

egészség kihat az életminőségre: minél tovább maradunk egészségesek, annál nagyobb eséllyel őrizhetjük meg önállóságunkat, függetlenségünket és aktivitásunkat [10].

### 1.2. Az időskor értelmezése

Tanulmányunk szempontjából fontos kérdés, hogy kit tekintünk időskorúknak. Az időskor fogalomköre több területen eltérően értelmezhető. Jelen tanulmányban a *WHO* életkor szerinti felosztását használjuk. E felosztásban a 60–74 év közöttiek az időskorúak, a 75–89 évesek az idősek és a 90 év fölötti személyek a nagyon idősek. Témánk szempontjából e három korcsoportot együttesen tekintjük időseknek.

### 1.3. Az időskorral foglalkozó tudomány – a gerontológia

Az öregedés és az öregkor élettanával foglalkozó gerontológiai szemlélet szerint az öregedés nem kóros elváltozás, hanem normális biológiai folyamat, az életkori változások törvényszerű szakasza. A gerontológia foglalkozik az öregedés és az öregkor jellemző törvényszerűségeivel, az idős embert testi, lelki, társadalmi megközelítésből egy időben vizsgálja. Az öregedéssel egyszerre több változás is megjelenik az ember életében. Változik az egyén testének működése, társadalmi helyzete és személyisége. Az öregedés folyamatát ebben a komplex szemléletmódban érdemes vizsgálni [6].



## 1.4. Az időskor és az egészségi állapot

Valamennyi témával foglalkozó szakember egyetért abban, hogy a sport és a mozgás kitűnő eszköz lehet az öregedés folyamatának lassítására és az élet minőségének javítására, mivel jelentős szerepet játszhatnak a teljesítőképesség romlásának megelőzésében, az öregedési folyamat késleltetésében [9, 1]. A rendszeres mozgás és testedzés segít az egészség megőrzésében, illetve az egészségi állapot javításában középkorú és időskorú személyeknél egyaránt [17]. A sikeres öregedés szorosan összefügg nemcsak az egyén fizikai aktivitásának tudatos megőrzésével, hanem lelki egészségével is. Fontos, hogy az „aktív életvezetés” öregedést lassító hatásával el kell kerülni a korai öregedést [16].

Mindez arra irányul, hogy az idős emberek aktív résztvevői maradjanak a társadalomnak. Meg kell tanulni motiválni az embereket olyan magatartás és életstílus kialakítására, amellyel elérhető a tevékeny öregedés [12].

*Thurston and Green* [19] mindezekon túl a testmozgás élvezhetőségét hangsúlyozza, mivel az szerepet játszik az egyéni képességek és emberi kapcsolatok fejlesztésében is.

Az időskor életvitelét, életminőségét, egészségi állapotokról alkotott önértékelését is vizsgáló hazai tanulmányok száma meglehetősen kevés [5, 8, 11]. Kevesen vizsgálták az időskor életkörülményeit, egészségtudatos magatartását, kiemelten a fizikai aktivitás tükrében. Tanulmányunk célja a vizsgált személyek válaszainak értékelése életminőségükre, egészségi és szociális állapotokra, életkörülményeikre és egészségmagatartásukra vonatkozóan.

## 2. Módszer

### 2.1. Minta

Magyarország északkeleti részén rétegzett mintavételi eljárást alkalmaztunk [2]. A szociális szolgáltatási rendszer két alapvető formájában, az idős emberek nappali ellátásában és bentlakásos ellátásban részesülők körében végeztük vizsgálatunkat. Mintánkat 1125 fő idős (60 év feletti) személy alkotja e két ellátási területről.

### 2.2. Adatgyűjtés

Tanulmányunkban kérdőíves adatgyűjtést végeztünk. A kérdőív összesen 25 nyílt, illetve zárt kérdést tartalmazott. A kérdőív kitöltésében közreműködtek a *Debreceni Egyetem Gyermeknevelési és Felnőttképzési Kar* szociálpedagógus hallgatói. Megfelelő előzetes képzés után a vizsgálati személyek megkeresése a hallgatók révén történt, akik 10–10 kérdőívet vettek fel az adott

szociális ellátó intézményben, a kitöltést önként vállalók körében. A kérdőívek összegyűjtése és kezelése az anonimitás elveinek betartásával történt, annak ellenére, hogy a kitöltés során sok esetben segítségnyújtásra volt szükség.

A kérdőív három fő témakörbe tartozó kérdéscsoportot tartalmazott: demográfiai blokk (kor, nem, iskolai végzettség, anyagi helyzet, életkörülmények, elfoglaltság), egészségi állapot (szubjektív egészségi állapot, egészségtudatosság, mentális egészségi állapot) és egészségmagatartás (mozgás, dohányzás, alkoholfogyasztás).

## 2.3. Adatelemzés

Az adatok elemzése során leíró statisztikát alkalmaztunk. Eredményeinket a megyék, a nemek és az intézmény jellegének bontásában összehasonlítottuk, jellemeztük.

A számításokhoz az *SPSS 14.0 for Windows* statisztikai programot használtuk.

Értékelés során a megválaszolatlan kérdések változtatják a válaszadási arányt, ezért 97%-os arányszám alatt megjelöljük ennek értékét.

## 3. Eredmények

Mintánkból 50,1% bentlakásos idős emberek otthonában él, 49,9% pedig nappali ellátást nyújtó idős emberek klubjába jár; 30,5% férfi és 69,5% nő, az átlagéletkor 73,89 év (min. 61, max. 95 év, SD +7,729). A minta átlagéletkora a bentlakásos intézményben 76,26 év (min. 61, max. 95, SD: +7,573), az idős emberek klubjában pedig 71,50 év (min. 61, max. 95, SD: +7,131), a nemek aránya az idős emberek otthonában 28% férfi, 72% nő, az idős emberek klubjában 33% férfi és 67% nő. A minta 47%-a városban, 53%-a községben él; 6,5% egyetemi, illetve főiskolai végzettséggel, 16,2% középiskolai végzettséggel, 15,8% szakmunkás végzettséggel, 38,5% általános iskolai, 23% pedig 8 általánosnál alacsonyabb végzettséggel rendelkezik. Önálló, illetve egyedül él 49,6%, párkapcsolatban (teljes családban él) 27%, egyéb családtagjával él együtt (rokon, gyermek, testvér) 12,2% és eltartási szerződést kötött 11,1% (88,6%-os válaszadási arány mellett). A nemek és az intézménytípusok tekintetében szignifikáns különbség van az életkörülmények alakulásában. A nők körében több az egyedül élők aránya ( $p=0,001$ ), az idős emberek klubjába járók között szignifikánsan magasabb a párkapcsolatban élők ( $p=0,000$ ), a bentlakásos intézményben pedig több az eltartási szerződést kötött aránya ( $p=0,000$ ).

Az egészségi állapot megítélésére vonatkoztatottan saját szemszögükből tekintve (szubjektív egészség) az idős emberek 11,1%-a tartja magát egészségesnek. 38,8% kisebb betegségekkel küzd (például: hátfájás, fejfájás,

1. táblázat

**Mindennapi tevékenységek statisztikai jellemzői**

Elfoglaltság	%
TV nézés	75,4
Nyugdíjas programokon részvétel	50,6
Olvasás	49,0
Séta	44,4
Háztartási munka	44,2
Orvosi gyógykezelésre járás	32,5
Család- és rokonlátogatás	30,7
Bevásárlás	29,4
Mozgás, sporttevékenység	25,7
Barátok meglátogatása	24,0
Közös időtöltés a szomszédokkal	20,7
Kirándulás	20,3
Kulturális program	15,5
Gyermekek felügyelete, ellátása, kísérése	11,9

ízületi és végtagfájdalom) 43,4% folyamatos gyógykezelés alatt áll, 6,7% különböző műtéteken esett át. Az egészségi állapot megítélésében a két intézménytípus között nem mutatható ki szignifikáns különbség ( $p=0,152$ ). A nemek tekintetében azonban szignifikáns a különbség. A férfiak magukat egészségesebbnek gondolják, mint a nők, valamint a nők között több a kisebb betegségek és a folyamatos gyógykezelések aránya ( $\text{Chi}^2=5,289$ ,  $p=0,031$ ).

A minta 63,3%-a jónak ítéli meg közérzetét, míg 36,7% rossznak. A nők szignifikánsan jobbnak ítélik közérzetüket, mint a férfiak ( $p=0,000$ ), ugyanakkor az intézménytípusok között nincs szignifikáns különbség ( $p=0,181$ ).

A közérzet nem független attól, hogyan alakultak az idős emberek életkörülményei. A válaszadók 26,6%-a esetében változatlan az életkörülmények alakulása nyugdíjazásuk óta, 41,1% vallja, hogy kis mértékben romlott, 28,3% szerint sokat romlott és 4% esetében veszélyben van. A nemek ( $\text{Chi}^2=1,870$ ,  $p=0,600$ ) és a két intézménytípus értékei között nincs szignifikáns különbség ( $\text{Chi}^2=6,046$ ,  $p=0,109$ ). A közérzettel szoros összefüggésben kitértünk a hangulat megítélésére is. Kiegyensúlyozott, életvidám a válaszadók 50,5%-a, míg

kedvetlen, elkeseredett, szomorú 32,8%, aggodó 16,7%. A férfiak kiegyensúlyozottabbak, míg a nők elkeseredettebbek és aggodóbbak ( $p=0,007$ ). A bentlakásos intézményben élők kedvetlenebbek, szomorúbbak ( $p=0,002$ ), ugyanakkor a nappali ellátást nyújtó intézménybe járók aggodóbbak ( $p=0,002$ ). Jövőjére, életkilátásaira gondolva a megkérdezettek majdnem fele (44,8%) bizonytalanlannak érzi a holnapot, biztonságban érzi magát 55,2%. Szignifikáns különbség az intézménytípusok között van, a nemek tekintetében nem mutatható ki (0,318). A bentlakásos intézményben élők biztonságérzete szignifikánsan magasabb ( $p=0,000$ ), mint a nappali ellátásban résztvevőké.

A mindennapi tevékenységek, elfoglaltságok megoszlását az 1. táblázat tartalmazza.

Az eredmények elemzése után elmondható, hogy a mindennapi elfoglaltságok előfordulási gyakorisági sorrendjében magasan első helyen szerepel a televízió nézése (75,4%), ezt követi a nyugdíjas programokon való részvétel (50,6%) és az olvasás (49%), majd a séta (44,4%) és a különböző háztartási munkák (44,2%). A gyakorisági sorrendben csak kilencedik a mozgás, sporttevékenység (25,7%). Kevésbé jelentős a kulturális program (15,5%), a legkevésbé megjelölt elfoglaltság

2. táblázat

**Az egészséget jellemző tényezők statisztikai mutatói**

Az egészséget jellemző tényező	%
Nem szenvedni semmiféle betegségben	65,4
Élvezni a mindennapi életet	38,9
Boldognak lenni	26,3
Minden káros élvezeti cikket kerülni	21,6
Szinte soha nem szedni gyógyszereket	21,4
Rendszeres testmozgást végezni	14,7

pedig a gyermekek segítése, unokák (dédunokák) felügyelete, ellátása (11,9%).

A számítást követően a nemek tekintetében a háztartási munka ( $p=0,000$ ), az olvasás ( $p=0,000$ ), a kulturális programok ( $p=0,005$ ), a kirándulás ( $p=0,005$ ), a bevásárlás ( $p=0,017$ ), a gyermekek felügyelete, ellátása, kísérése esetében találtunk különbséget ( $p=0,000$ ). Ezek a tevékenységek a nők körében szignifikánsan gyakrabban fordulnak elő, mint a férfiaknál. Az intézménytípusok vonatkozásában hat változó esetében van szignifikáns különbség. Az olvasás ( $p=0,000$ ), a közös időtöltés a szomszédokkal ( $p=0,014$ ), a séta ( $p=0,000$ ), a televízió nézése ( $p=0,001$ ) és a kulturális programokon való részvétel ( $p=0,000$ ) a bentlakásos intézményben élők körében gyakoribb, míg a bevásárlás ( $p=0,000$ ) az idősek klubjába járók körében szignifikánsan gyakrabban megjelölt tevékenység.

Megvizsgáltuk, hogy mit jelent az idős emberek számára az egészség, milyen mutatók mentén jellemzik az egészséget. Az egészség meghatározását hat jellemző mentén vizsgáltuk ahol a megkérdezetteknek jelölniük kellett az állításokat.

Az elemzést a jelölések gyakorisági és százalékos megoszlásával végeztük, amelyet a 2. táblázat tartalmaz.

A gyakorisági sorrendben a legfontosabb tényező a betegségtől való mentesség (65,4%). Ezt követi a mindennapi életet élvezete (38,9%) és a boldogság (26,3%). A három, az egészséget leginkább meghatározó tényező után a káros élvezeti cikkek (21,6%) és a gyógyszerek kerülése (21,4%) következik. A válaszadók rangsorolása alapján az egészség legkevésbé fontos összetevője a rendszeres testmozgás (14,7%). Az egészséget jellemző tényezők vizsgálatakor, a nemek tekintetében  $p=0,000$  szignifikanciaszinten nem találtunk különbséget az egyes tényezők előfordulási gyakorisága között. Az intézménytípusok tekintetében a bentlakásos otthonokban élők körében magasabb arányban jelölték

( $p=0,000$  szinten) a boldogság meglétét, a mindennapi élet élvezetét, a rendszeres testmozgást és a káros élvezeti cikkek kerülését.

Az egészségtudatos magatartás alakulását az egészségre káros szokások (dohányzás és alkoholfogyasztás) és a mozgás, a fizikai aktivitás gyakoriságával vizsgáltuk. A minta 84%-a nem szokott dohányozni, 12,8% igen, a alkalmi dohányosok aránya pedig 3,1%. A dohányzási szokások tekintetében szignifikáns a különbség a nemek vonatkozásában. A férfiak körében szignifikánsan nagyobb a dohányzók aránya a nőkkel szemben ( $p=0,000$ ), az intézménytípust illetően nincs különbség. Az alkoholfogyasztás esetében az alkalmanként alkoholt fogyasztók aránya majdnem egyharmada a mintának (26,3%), az alkoholt nem fogyasztók aránya 73,8%, míg a rendszeres fogyasztók aránya 7,0%. A nemek vonatkozásában jelentős különbség van a rendszeres és az alkalmanként alkoholt fogyasztók arányában a férfiak javára ( $p=0,000$ ), valamint a nappali ellátásban részesülők körében több ( $p=0,000$ ) az alkoholt rendszeresen fogyasztók és az alkalmanként fogyasztók aránya is. A sportolási szokások esetében a mintából 56,5% egyáltalán nem sportol, néha, alkalmanként véggez sporttevékenységet 26,5% és heti rendszerességgel csupán 16,9%. Az intézménytípusok és a nemek vonatkozásában is szignifikánsan magasabb a rendszeres és az alkalmanként mozgást végzők aránya a nők ( $p=0,020$ ) és a bentlakásos intézményben ( $p=0,000$ ) lakók körében. Kíváncsiak voltuk az idősek egészségmegőrző tevékenységére is. A kapott eredmények gyakorisági és százalékos megoszlását a 3. táblázat összegzi.

Az egészségmegőrző tevékenységben első helyen szerepel a káros szenvedélyek kerülése (52,2%), ezt követi a rendszeres vitaminfogyasztás (zöldség, gyümölcs) (49,6%), amelytől alig marad el az orvos utasításainak betartása (48,3%). Meglepő, hogy a mozgás fontosságának, egészségre gyakorolt jótékony hatásának ellenére

3. táblázat

**Az egészségmegőrző tevékenység statisztikai mutatói**

Egészségmegőrző tevékenység	%
Nincsenek egészségre káros szenvedélyeim	52,2
Rendszeresen fogyasztok gyümölcsöt, zöldséget	49,6
Betartom az orvosi utasításokat, megfogadom az orvos tanácsait	48,3
Többet pihenek, kialszom magam	43,5
Időben orvoshoz fordulok, ha valami problémám van	42,0
Egészségesen táplálkozom	37,9
Rendszeres testmozgást végzek	25,7
Nem teszek semmit	6,7

az utolsó előtti (25,7%) a tevékenységek sorában. A  $p=0,000$  szignifikanciaszinten különbség mutatkozott a nemek és az intézménytípusok között a több zöldség, gyümölcs fogyasztásában a nők és a bentlakásos otthonokban élők körében. A káros szenvedélyek kerülése is nagyobb a nők körében, a több pihenés és az orvos utasításainak betartása pedig a bentlakásos intézményben élők körében magasabb. A kérdőív kérdéseinek a válaszadók életmódbeli változtatására gyakorolt hatását vizsgálva három lehetőséget jelöltünk meg. A kérdések kapcsán el fog gondolkodni azon, hogy egészségesen él-e és változtat eddigi életvitelén 40,6%, elgondolkodik, de nem változtat eddigi életvitelén 46,3%, 13,1%-ot pedig nem érdekli a téma. Az intézménytípusok tekintetében nem, a nemek vonatkozásában azonban szignifikáns különbség mutatkozik a kategóriák között. A nők mind a három kategóriát magasabb arányban jelölték ( $p=0,002$ ), mint a férfiak.

4. Összegzés

Vizsgálatunk célja az volt, hogy felmérjük az idősek életvitelét, életminőségét és egészségtudatos magatartásának alakulását. Az elemzett szakirodalom alapján megállapítható, hogy az időskor életmódját, életkörülményeit, egészségkulturális magatartását vizsgáló hazai tanulmányok száma viszonylag kevés [13, 8, 11, 15]. Tanulmányunkban e terület feltárásával, elemzésével próbálunk információt nyújtani az idős lakosságról. Felmérésünket országunk olyan megyéiben végeztük ahol az idős lakosság számának nagysága országos szinten az elsők között van. Az eredmények ismertetésénél a nem és az eltérő intézménytípusok közötti különbségeket is vizsgáltuk. Az egészségi állapot megítélésére vonatkoztatottan saját szemszögükből tekintve (szubjektív egészség) csupán minden tizedik válaszadó tartja

magát egészségesnek. A minta majdnem fele folyamatos gyógykezelésre szorul mind a bentlakásos intézményben, mind a nappali ellátásban részesülők körében. A nők esetében szignifikánsan magasabb a rendszeres gyógykezelésben részesülők aránya. Tanulmányunk megerősíti azt a hazai eredményt, miszerint természetesen tekinthetjük, hogy az életkor előrehaladtával romlik az egészségi állapot, valamint a nők körében magasabb a mindennapi tevékenységeket korlátozó egészségi problémák jelenléte [14].

A férfiak kiegyensúlyozottabbak, míg a nők elkeseredettebbek és aggodóbbak ( $p=0,007$ ). A bentlakásos intézményben élők kedvetlenebbek, szomorúbbak ( $p=0,002$ ), ugyanakkor a nappali ellátást nyújtó intézménybe járók aggodóbbak ( $p=0,002$ ). Eredményeink alapján érdemes kiemelni, hogy a jövőjére, életkilátásaira gondolva a megkérdezettek majdnem fele – más hazai felméréshez hasonlóan – bizonytalannak érzi a holnapot [20]. A bentlakásos intézményben élők biztonságérzete szignifikánsan magasabb ( $p=0,000$ ), mint a nappali ellátásban résztvevőké.

A válaszadók több, mint egyharmada rossznak ítéli meg közérzetét. Nincs szignifikáns különbség a két különböző intézménytípus mintája között ( $p=0,181$ ), ugyanakkor a nők szignifikánsan jobbnak ítélik közérzetüket, mint a férfiak ( $p=0,000$ ). A közérzet és az életkörülmények alakulásának összefüggése bizonyított a szakirodalomban – amelyet jelen vizsgálatunk is alátámaszt –, függetlenül attól, hogyan alakultak az idős emberek életkörülményei. A vizsgálatban résztvevők egyharmadának életkörülményei nyugdíjazásuk óta sokat romlottak, amely hatással van közérzetük alakulására is [4].

A mindennapi elfoglaltságok előfordulási gyakorisági sorrendjében magasan első helyen szerepel a televí-

zió nézése, második helyet foglal el a nyugdíjas programokon való részvétel és jelentős a sorrendben (hatodik) az orvosi gyógykezelésre való járás is. A tevékenységek gyakorisági sorrendjében csak tizenkettedikként jelenik meg a mozgás és sporttevékenység. A tevékenységek vizsgálatánál a nők a háztartási munkát, az olvasást, a kulturális programokat, a kirándulást, a bevásárlást és a gyermekek segítségét, unokák felügyeletét a gyakrabban végzett tevékenységek körébe sorolták, mint a férfiak. Az intézménytípusok vonatkozásában hat változó esetében van szignifikáns különbség. Az olvasás, a közös időtöltés a szomszédokkal, a séta, a televízió nézése és a kulturális programokon való részvétel a bentlakásos intézményben élők körében szignifikánsan gyakrabban megjelölt tevékenység, míg a bevásárlás az idősek klubjába járók körében gyakoribb.

A vizsgálatban résztvevők számára az egészséget leginkább meghatározó tényező a betegségmentesség és a mindennapi élet élvezete. Az egészség számukra legkevésbé fontos összetevője a rendszeres testmozgás, függetlenül a válaszadó nemétől. Az egészségre káros szokások tekintetében a férfiak körében szignifikánsan nagyobb a dohányzók és alkoholfogyasztók aránya ( $p=0,000$ ), az intézménytípusokban nincs különbség a dohányzás tekintetében. A nappali ellátásban részesülők körében magasabb az alkalmanként és a rendszeresen alkoholt fogyasztók száma ( $p=0,000$ ). Az egészségmegőrző tevékenységben a káros szenvedélyek mellőzése a legjellemzőbb, amellyel alig marad el a rendszeres gyümölcs- és zöldségfogyasztás, amit az orvos utasításainak, tanácsainak megfogadása követ. Az egészségmegőrző tevékenységek körében utolsó helyen szerepel a rendszeres testmozgás. A  $p=0,000$  szignifikanciaszinten különbség mutatkozott a nemek és az intézménytípusok között a több zöldség, gyümölcs fogyasztásában a nők és a bentlakásos otthonokban élők körében. A káros szenvedélyek kerülése is nagyobb a nők körében, a több pihenés és az orvos utasításainak betartása pedig a bentlakásos intézményben élők körében magasabb.

## Összefoglalás

Jelen tanulmányban egy kevésbé preferált terület – az idősek életminőségének – vizsgálatával foglalkozunk. Vizsgáltuk az egészséggel összefüggő életminőség kérdéskörét, kitértünk arra, hogy az idősek emberek hogyan értékelik életkörülményeiket, mennyire elégedettek jelenlegi helyzetükkel, tevékenységeikkel.

Fő célunk rávilágítani arra, hogy ebben az életkorban valamennyi életmódelemnek döntő szerepe van az életminőség javításában. Indokoltnak látszik több szempont (fizikai aktivitás, életmódváltozás, nemek közötti eltérések) figyelembevételével az egészségkulturális magatartás

vizsgálatakor, amelyek befolyásolhatják az idősek emberek életformáját. Kiemelt kérdéskör a lelki egészség alakulása ebben az életszakaszban. Magyarország keleti részén, három megyében, kérdőíves módszerrel gyűjtöttünk adatokat ( $N=1125$ ) 60 év fölötti idősek ( $M=73,89$ ; Min: 61 Max: 95 SD +7,729) körében. Vizsgálatunk három fő témakörbe tartozó kérdéscsoportot tartalmazott: demográfiai blokk (kor, nem, iskolai végzettség, anyagi helyzet, életkörülmények, elfoglaltság), egészségi állapot (szubjektív egészségi állapot, egészség tudatosság, mentális egészségi állapot) és egészségmagatartás (mozgás, dohányzás, alkoholfogyasztás). Mintánknak több, mint fele (50,1%) bentlakásos idősek otthonában él, felénél kicsit kevesebb (49,9%) pedig nappali ellátást nyújtó idősök klubjába jár; a férfiak és nők aránya 1/3–2/3 (30,5% férfi és 69,5% nő). Az elemzés során kitértünk az eltérő intézménytípusok, valamint a nemek közötti különbségek vizsgálatára is.

*Kulcsszavak: idős emberek, életminőség, egészségmegőrzés*

## Summary

In the present study we intend to deal with a less examined field, that is, the life quality of elderly people. Especially, we plan to examine the health-connected issues of life quality in the mirror of how elderly people evaluate their own living conditions and activities.

Our main purpose is to highlight the fact that each element of lifestyle has a crucial role in the improvement of the life quality of this age group. When examining health-cultural behaviour, it seems to be justified to take several factors into consideration (physical activity, change of lifestyle, patterns of older age groups) that can affect or influence the lifestyle of elderly people. One of the most important issues at this age is the mental health condition. We collected data from elderly people over 60 ( $M=73,89$ ; Min: 61 Max: 95 SD +7,729) with the questionnaire method ( $N=1125$ ) in three counties in the eastern part of Hungary. Our research contained questions in three groups: demographic block (age, sex, education, financial situation, living conditions, activities), state of health (subjective state of health, health-consciousness, mental health condition) and health conduct (physical activity, smoking, alcohol consumption). More than half of our sample group (50,1%) live in old people's home and a little less than half of them (49,9%) attend institutions providing day care only; the proportion of men and women is: 1/3–2/3 (30,5% are men and 69,5% are women). In the course of the research we examined the differences between institution types and sexes as well.

*Keywords: elderly people, quality of life, health promotion*

IRODALOM

1. Apor Péter (2005): „Idősek testmozgása.” In: Némethné Jankovics Györgyi (szerk.): *Aktivitás – mozgás – sport a harmadik életszakaszban. Senior Könyvek.* Győr, 19–26.
2. Babbie, E. (2001): *A társadalomtudományi kutatás gyakorlata.* Balassi Kiadó, Budapest
3. Beregi Edit (1999): *Egészségben megőregedni.* Medicina, Budapest
4. Dobossy I.–S. Molnár E.–Virágh E. (2003): *Öregedés és társadalmi környezet. Műhelytanulmányok 3.* KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, Budapest, 136–160.
5. Halmos Tamás (2002): „Az öregedés élettani és társadalmi jelenségei. Az öregedéstről általában.” In: *Magyar Tudomány*, 4., 402.
6. Iván László (2002): „Az öregedés élettani és társadalmi jelenségei. Az öregedés aktuális kérdései.” In: *Magyar Tudomány*, 4., 412.
7. Iván László (2004): *Öregedés: örök ifjúság?* Mindentudás Egyeteme
8. Iván László (2005): „Az idősödés és időskor, mint az edzettség próbája”. In: Némethné Jankovics Györgyi (szerk.): *Aktivitás – mozgás – sport a harmadik életszakaszban. Senior Könyvek.* Győr, 7–18.
9. Jákó Péter (2005): „Gyógyító testedzés”. In: Némethné Jankovics Györgyi (szerk.): *Aktivitás – mozgás – sport a harmadik életszakaszban. Senior Könyvek.* Győr, 27–36.
10. Kopp M.–Skrabski Á. (2000): *Magyar lelkiállapot az ezredfordulón. Távlatok.* 4:499–513.
11. Kovács Katalin (2006): *Egészség-esélyek. Életünk fordulópontjai, Műhelytanulmányok 5.* KSH Népeségtudományi Kutatóintézet
12. Majercsik Eszter (2004): *Idősek a mában.* <http://phd.om.hu/disszertációk/értekezések>
13. Majercsik Eszter (2008): „Életminőség és közérzet az élet alkonyán.” In: *Családorvosok lapja*, 7:6–10.
14. Monostori Judit (2009): Öregedés. In: Monostori Judit–Őri Péter–S. Molnár Edit–Spéder Zsolt (szerk.): *Demográfiai portré.* KSH Népeségtudományi Kutató Intézet, Budapest, 79–88.
15. Olvasztóné Balogh Zsuzsa–Huszár Anikó–Konczos Csaba: „Az egészségkulturális magatartás és elemzése.” In: *Kalokagathia*, XLV. évf.olyam, 2007. 1–2. sz., 111–125. old.
16. Plette Richárd–Grónai Éva (2006): „A lelki egészség kérdései Magyarországon.” In: *Foglalkozás-egészségügy*, 1., 24–33.
17. Sato, T.–Demura, S.–Murase, T.–Kobayashi, Y. (2005): „Quantification of relationship between health status and physical fitness in middle-aged and elderly males and females.” In: *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 45., 4., 561–569.
18. Sima Ágnes (2005): „Az öregedés közegészségügyi vonatkozásai.” In: Tompa Anna (szerk.): *Megelőző orvostan és népegészség-tan.* Semmelweis Egyetem Közegészségtani Intézet, 249–252.
19. Thurston, M.–Green, K. (2004): „Adherence to exercise in later life: how can exercise on prescription programmes be made more effective?” In: *Health Promotion International*, 19., 3., 379–387.
20. Tróznai T.–Kullmann L. (2007): „Az idős emberek életminőségének és idősödéssel kapcsolatos attitűdjeinek vizsgálata.” In: *LAM*, 17., 2:137–143.

# Kergessük el a rákot jókedvvel, mozgással, étrenddel, szűréssel!

Prof. Dr. Simon Tamás

a Magyar Rákellenes Liga elnöke

A Magyar Rákellenes Liga a 2012-es évre a fenti szlogenekeket hirdeti meg, hogy tagjai, valamint a probléma iránt érdeklődők e négy feladatot népszerűsítsék és e négy feladat megvalósításához országszerte mozgósítsanak.

A rákbetegség megítélésének pesszimista gyakorlatát kívánjuk megváltoztatni és rögzíteni a lakosság tudatában: a rák ma már nem egyértelműen halálos betegség, hanem egy olyan idült megbetegedés, aminek fellépését részben el lehet kerülni, a megbetegedettek felét véglegesen meg lehet gyógyítani, míg aki megbetegszik, az sem azonnal és szenvedések közepette búcsúzik életétől, hanem sokkal tovább marad közöttünk elviselhetőbb életminőségben.

Ezek a mai lehetőségek – de hogy ezek a lehetőségek a mindennapi életben is gyakorlattá váljanak, az három társadalmi rizikó ismeretétől és távoltartásától függnek.

E társadalmi rizikók:

- a szegénység,
- a tudatlanság,
- a felelőtlenség.

Az közismert, hogy a rákbetegség gyakrabban fordul elő a szegényebb emberek között, de a *szegénység* nem csak egyéni lehet. A társadalom szegénysége akadályozhatja, hogy az orvostudomány eredményei el tudjanak jutni egyáltalán vagy időben a lakossághoz. Ha az ország szegény, akkor nincs mód arra, hogy kellő számban, kellő kapacitással álljanak rendelkezésre korszerű diagnosztikus eszközök vagy az igen drága, korszerű orvosságok. A szegénységen változtatni nehéz, de távlati célként mind a társadalmi, mind az egyéni szegénység viszszerzéséért kell tevékenykednünk.

A *tudatlanság* főleg ismerethiányt jelent. Ha nem

tudom, mint egyén, hogy miként kell gazdálkodnom azzal a vagyonommal, ami az egészségem – akkor ezt a vagyont az ismerethiány miatt idő előtt el fogom tékozolni, mert nem tudom, hogyan lehet ezt a vagyont óvni-gyapartani. Tudnia kell mindenkinek, hogy a különböző terhelő stresszeket a kiegyensúlyozott, jókedvű, optimista ember sokkal jobban és eredményesebben tudja kezelni, hátrítani. A jókedvű, optimista ember nehezebben betegszik meg és sokkal könnyebben gyógyul. Tudás és ismeret kell ahhoz is, hogy valaki időben és indokoltan éljen az egészségügyi szolgálat segítségével. Tudni szükséges, hogy mikor és hogyan kell igénybe venni e szolgálat segítségét, de természetesen azt is, hogy hol és hogyan lehet elérni a szolgálatokat, hogy hol van a rendelő, mikor rendel a háziorvos, hol van a legközelebbi szakorvosi rendelőintézet, hogy miért kell igénybe venni a laboratórium, a képalkotó eljárások vagy egyéb műszeres vizsgálatok segítségét. Az is tudnia kell minden érintettnek, hogy hol van a legközelebbi kórház, vagy hol található a különleges ellátásra legjobban felkészült kórház.

Egyénileg tudni illik, hogy a rendszeres mozgás, valamint az egészséges étkezés véd és felkészíti a szervezetet a rák ellen. Ha nem ismerjük azokat a szabályokat, hogy rendszeresen, változatosan, kevés vörös húst (sertés, marha, juh) és sok gyümölcsöt, növényi rostot kell elfogyasztanunk, akkor szervezetünk védekező rendszerre nem tud kellő hatással fellépni a megbetegedés megelőzésére, illetve megküzdeni a betegséggel.

Mind az egyéni, mind a közösségi tudatlanság igen veszélyes, mert nem gondolunk annak tudatos leküzdésére – és akkor a betegség a tudatlanság talaján felhízalva könnyörtelenül lecsap.

## TOVÁBBKÉPZÉS

A *felelőtlenség* az a rizikófaktor, ami ellen mind az egyén, mind a családok, mind a szűkebb és tágabb közösségek már ma is feltétlenül sokat tehetnek.

Egyéni felelőtlenség tehető felelőssé a több, mint 25000, dohányzás miatt meghalt emberért, azokért, akik dohányoznak, illetve akik környezetük tiszta levegőjét szennyezik a dohányfüsttel.

Ugyancsak egyéni felelőtlenség az, hogy hazánkban a felnőtt lakosság csupán 8-10%-a mozog eleget rendszeresen, pedig a rendszeres testmozgás karbantartja a szervezetet, alkalmazkodásra buzdítja az immunrendszert.

Felelőtlenség az is, ha valaki nem fordul időben orvosi segítségért – hiszen, ha valaki még kezdeti szakában fordul betegséggel orvoshoz, könnyebben gyógyul. Felelőtlenség, ha valaki a neki javasolt és felírt orvossá-

gokat nem váltja ki, vagy nem úgy használja, ahogy azt az orvosa előírta. Felelőtlenség az is, ha valaki elmegy különböző vizsgálatokra, de a leleteit otthagyja.

A felelőtlenség nemcsak egyéni lehet. A gyógyítás során felelőtlenség a beteget magára hagyni, nem kellően informálni, a döntésekbe nem kellően tájékoztatva bevonni és nem időben eljuttatni oda, ahol jobb lehetőségek vannak és nagyobb az ott dolgozók tapasztalata a sikeres gyógyításban.

Felelőtlenség, ha valaki, akit hívtak, nem megy el a szűrővizsgálatra.

Nagyon fontos ezeken mindannyiunknak, egészségeseknek, betegeknek, orvosoknak, nővéreknek elgondolkodnunk, hogy sikeresebben tudjuk elkergetni a rákot jókedvvel, mozgással, étrenddel és szűréssel.



## Hugonnay Vilma, az első magyar orvosnő

Dr. Gróz Andrea adjunktus

Nyugat-magyarországi Egyetem, Apáczai Csere János Kar,  
Neveléstudományi Intézet, Pedagógia Intézeti Tanszék, Győr



A magyar országgyűlés 1876. február 25-én elfogadta a közegészségügyi törvényt (*XIV. tc.*), amely kimondta, hogy a közegészségügy vezetése az államigazgatás körébe tartozik, feladata nemcsak az irányítás, hanem a végrehajtás is. Az ország közegészségügyének irányítása ennek értelmében a *Belügyminisztérium* e célra létesített osztályának feladata lett, amely országos szinten összegzi és irányítja a szakterületet, míg az első és másodfokú hatóságokat a helyi igazgatási formák (vármegyék és járások) alkotják. Az ország közegészségügyének irányítója a belügyminiszter, aki irányító és felügyeleti jogkörrel a *BM* egészségügyi osztályán keresztül gyakorolja, tanácsadó testülete az *Országos Közegészségügyi Tanács*. (Kapronczay, 2001., 6–7., vö.: Kerbolt-Szporny, 1942.; Lobmayer, 1930.; Réti-Vilmon, 1966.)

Magyarországon a kiegyezést követő évtizedekben az ipari fejlődés rohamos változása, s az urbanizáció vált tettenérhetővé. Ez a fejlődés különösen nagy ütemű volt az ipari övezetekben, ahol az urbanizáció a permvárosok tömegszállásaira, zsúfolt lakótömbjeire irányult.<sup>1</sup>

Alapvető higiéniai követelmény volt a településeken a vezetékes ivóvíz biztosítása, amelyet lehetőség szerint mindenhová be kellett vezetni.<sup>2</sup> A városi közösségekben élők népesedési adatai a városi higiéné szigorításának, szabályozottságának eredményeképpen javultak, így a halálozási arány 12 ezrelékes csökkenése az egészségügy fejlődésének, a közegészségügy kiépülésének eredménye volt.<sup>3</sup> Mindamelllett a csecsemő-, illetve a gyermekhalandóság statisztikái sajnos szomorú eredményekről tanúskodnak. [Míg 1910-ben az egy év alatt elhunyt csecsemők az összhaltóság 30%-át, addig az 5 év alatti gyermekek 48%-át tették ki. Ennek köszönhetően az európai halálozási ranglistán *Oroszország* és

*Spanyolország* mögött a harmadik helyen álltunk...] (vö.: Berend, 1914.; Gyulay, 1915.; Szénásy, 1931.)

A lakosság 13%-a mintegy 2,5 milliót számlált, akik az ipari munkásság rétegét és családtagjaikat jelentették. Ez a réteg az 1910-es évi felmérés szerint szoba-konyhás lakásokban élt, egy bérházban legalább 400–500 ember, ahol a legtöbb esetben egyetlen folyóvízes csap és földszinti elvezetéses árnyékszék állt rendelkezésre.<sup>4</sup>

Az 1876 évi közegészségügyi törvény megalkotásának egyik alapelve a prevenció, a betegségek megelőzése volt. 1868-tól országos, elemző megbetegedési és halálozási statisztikákat is készítettek az *Országos Közegészségügyi Tanács* javaslatára. Az első ilyen elkészített statisztika jól mutatta a csecsemő-, és gyermekhalandóság nagyságát: 1872-ben a 0–5 éves korú gyermekek 50,87%-a halt meg egyéves kora előtt, ugyanakkor az összes elhaltak 51%-a 10 éves kor alatti gyermek volt.<sup>5</sup> (vö.: Chyzer, 1900.; Atzél, 1928–1944.)

A hazai közegészségügyi állapotokat rendező alaptörvények (1770., 1876., illetve ennek 1908. évi módosítása) ösztönző hatással voltak a magyar orvostársadalom alakulására, létszámának növekedésére. 1769-ben *Mária Terézia* rendelkezése nyomán megteremtődtek a hazai orvosképzés feltételei, az állam 1770-ben legfontosabb feladatai közé emelte a közegészségügyet, törvényekkel biztosította annak működését. A fennálló törvények a településeket orvos, seborvos és bába tartására kötelezték, függetlenül a lakosság számától. (vö.: Kapronczai, 1995–1996.; Kapronczai, 2000., 2000b.; Werling, 2000., 109–120.)

A magyar korona területére 1851-ben terjesztették ki a birodalmi egészségügyi törvényt, amely már a lakosság létszámához alkalmazkodott: a törvényi előírások értel-

mében 8000 fő után kötelező volt orvost alkalmazni.<sup>6</sup> (vö.: Grósz, 1915.; Bakács, 1948.)

E a kissé ellentmondásos, parázs vitáktól sem mentes, ugyanakkor tudományos-társadalmi-ideológiai szempontból erőteljesen fejlődő, változó korszak szülötte *Hugonnay Vilma*, aki a szentgyörgyi Hugonnay grófi család ötödik gyermekeként látta meg a napvilágot, 1847. szeptember 30-án Nagytétényben, egy harmincszobás barokk kastélyban. E nemesi származás bizonyos mértékben meg is határozta sorsát. Szülei *gróf Hugonnay Kálmán* huszárcapitány és *tomesti Pántzély Terézia*. A grófi címet viselő Hugonnay-családnak kiterjedt birtokai és a legmagasabb körökbe kiterjedő kapcsolatai voltak. A családfő gondosan titkolta, hogy anyagi helyzete fokozatosan romlik, már korábban is csak feleségének hozománya, a kevésbé előkelő, de gazdag üvegfúvó ősök öröksége mentette meg az összeomlástól.

Arisztokrata család gyermekeként a főúri családokban szokásos nevelést kapta. A kis Vilma öt testvérével együtt – a kor szokásának megfelelően – dajkák és nevelőnők között nőtt fel, anyja szeretetét csak távolról élvezhette. Édesanyja ugyanis tuberkulózisban szenvedett, így naponta csak néhány percet találkozott gyermekeivel – felvilágosult nő lévén így védte őket a halálos kórtól. Fiait gimnáziumban, egyetemeken, s külföldi iskolákban is taníttatta, de leányai csak lánynevelő intézetekben sajátíthatták el a korabeli úrilányok szokásos ismereteit. Vilmának leginkább a közvetlenül is érzékelhető szeretet hiányzott, így szinte minden vakációját Pándon, a Szilassy-birtokon töltötte. (vö.: *Kertész, 1965.*)

1857-től, tízéves korától az angolkisasszonyok kolostorában tanult, 1859-től *Pröbstl Mária* budapesti leányiskolájába került, 1863-tól pedig a szülői házban sajátította el a háztartási ismereteket. Leányiskolai tanulmányainak befejeztével, 18 éves korában férjhez ment *Szilassy György* földbirtokoshoz – akit egy pesti lánynevelőintézeti iskolatársnője, a Szilassy-nagymama keze alatt nevelkedő félárva unoka, *Máriássy Fruzsina* révén ismert meg – és három gyermekük született. Azonban a szép reményekkel indult házasság sajnos nem sikerült. Férje jóval idősebb volt nála, aki a magyar dzsentri tipikus életvitelét folytatta: kártya, kaszinó, nők... A fiatalasszonyt viszont komolyabb dolgok foglalkoztatták, szeretett olvasni – főként a természettudományok érdekelték –, foglalkozott, törődött a birtokon, illetve a faluban élők életével, és egyre nőtt benne a vágy, hogy betegeken segíthessen. A pár elidegenedésén, eltávolodásán kisfiuk megszületése sem segített. Így amikor *Szilassyné Hugonnay Vilma* tudomására jutott, hogy Svájcban a nők előtt is megnyíltak az egyetemek kapui, szokatlan lépésre szánta el magát: 25 éves korában jelentkezett a zürichi egyetem orvosi fakultására. 1872-ben

megkezdett tanulmányai kapcsán családja támogatását nélkülöznie kellett, így ékszereit adta el, hogy abból tartassa el magát. Szegényes panziókban, nehéz körülmények között, ugyanakkor nemzetközi diáktársaságban élte késői diákéveit. Hiányos képzettségét, lemaradását rohammunkával igyekezett pótolni, például hónapok alatt kellett elsajátítania az orvosi tanulmányokhoz nélkülözhetetlen latin nyelvet. (Létfenntartási költségeinek csökkentésére főétkezésként is nyers, hús nélküli ételmezt vett magához, többnyire gyümölcsön, zöldségen, kenyéren élt, de ez a tény munkabírását nem befolyásolta.) Disszertációját 1879. február 3-án védte meg és orvossá avatták. Az orvosi diploma megszerzését követően az egyetem sebészeti klinikáján *Rose* sebészprofesszor (orvosi disszertációjában az őáltala végzett gégeműtétek tapasztalatait dolgozta fel) mellett dolgozott, majd egy alapítványi kórházban töltött egy esztendő. Azonban a zürichi pályakezdés nem hozott számára svájci karriert, mert a kedvező ajánlatokat elutasította, s 1880 februárjában hazatért. Diplomájának honi elismertetése rendkívüli akadályokba ütközött. 1881. március 31-én sikeresen letette a hazai egyetemi tanulmányokhoz nélkülözhetetlen érettségi vizsgát. 1882 májusában kérte orvosi oklevelének elismertetését. Ugyan a pesti orvostanári kar támogatta kérelmét, *Trefort Ágoston* vallás- és közoktatásügyi miniszter azonban – az érvényes törvényekre hivatkozva – elutasította a nosztrifikálást. „*Elvi kérdés, vajjon a külföldön nyert orvostudori oklevélnek honosítása, vagy akár itthon hallgatott tanfolyam után nyert orvostudori oklevél alapján megengedhető-e nőknek az egyetemes orvosi gyakorlat hazánkban?*”<sup>7</sup> – olvasható azon levél sorai között, amelyet *Trefort Ágoston* vallás- és közoktatásügyi miniszter az orvosi karnak címzett. (vö.: *Nagy, 1997.; Móra, 1983.; Markó, 2002.*)

*Hugonnay Vilmát* nagyon bántotta ez az igazságtalan döntés, s a nemi diszkrimináció ténye. Számos alkalommal járt *Trefort* audienciáin, de hasztalan, célját tekintve nem járt sikerrel. Ehelyett a miniszter egy középfokú képzés, ún. bábatanfolyam elvégzésére igyekezte ösztönözni, amely legális állást és praktizálási lehetőséget teremthet számára. Ugyan ezt a felajánlást végzettségéhez mérten megalázónak tartotta az ifjú orvosnő, mégis úgy döntött, hogy leteszi a szülésznői vizsgát és szülésznőként működik.

*Szilassyval* kötött házassága végleg felbomlott, ezért betegek sokaságát kezelte, hogy az így szerzett jövedelemből fenntarthassa családját. Ekkor kezdte el ismeretterjesztő és felvilágosító jellegű szakirodalmi tevékenységét. „*Annak, hogy gyógyító gyakorlata már ekkor is túlterjedt a szüléssel foglalkozó bába tennivalóinak körén, közvetett bizonyítéka azonban második férjével való megismerkedésének története, aki első ízben férfi léteire páciensként jelent meg rendelésén.*” (*Jobst,*

2000.) 1887-ben ismét férjhez ment *Wartha Vince* vegegyész, műegyetemi tanár, akadémiushoz. 1888-ban megszületett kislányuk, *Vilma*. Férje kérésére szülésnői gyakorlatával felhagy és elméleti kérdésekkel, okleveles bábaként pedig egészségügyi felvilágosítással foglalkozik. Számos cikk, tanulmány, könyv születik tolla alatt a nőnevelés, a szülés, a gyermek- és leánynevelés témakörében. 1897 után kiterjedt praxisa volt, a hazai nőmozgalom egyik vezetőjévé vált.

Mindezen történések közepette a *Mária Dorothea Egyesület* memorandumot terjesztett fel a vallás- és közoktatásügyi miniszterhez, amely megkövetelte a nők tudományos pályákon való egyenjogúsítását. Ennek nyomán *Wlassics Gyula*, az új kultuszminiszter 1894-ben hivatalos nyilatkozatra kérte fel a budapesti orvosi kar tanárait. A professzorok az 1895. április 2-i kari ülésen egyhangúlag megszavazták, hogy a nők előtt is megnyílnak a gyógyszerészeti és orvosi hivatást képző intézmények kapui. (vö.: *Kiss, 1991; Nagy, 1944.*)

Az 1895-ben kelt királyi rendelet értelmében Magyarországon islehetővé vált a nők számára az orvosi, a gyógyszerészeti és bölcsészeti egyetemi karokon való tanulás lehetősége. Ezen 1895 decemberében kelt rendelet harmadik pontja rendelkezett a külföldön szerzett diplomák honosításának kérdésében is.<sup>8</sup>

*Wartha Vincéné Hugonnay Vilma* 1896. február 10-én ismét kérte az uralkodótól zürichi oklevelének elismertetését, ami 1897. május 14-én meg is valósult, így ennek értelmében Budapesten, 1897. május 16-án sor került orvosdoktorrá avatására.<sup>9</sup> Ezt követően már hivatalosan is végezhetett „magánygyakorlat”-ot, amelynek keretében elsősorban női és szegény betegekkel foglalkozott. 1899 április-májusában *Pap Samu* országgyűlési képviselővel sajtópolémiát vívott, aki élesen kritizálta a nők jelenlétét a szellemi pályán. Ennek hatására írta *Hugonnay Vilma A nőmozgalom Magyarországon* című tanulmányát. E munkájában nemcsak ez előbb említett kritika felvetéseire reagál, hanem pontosan megjelöli a nők szerepét például a betegápolás és az egészségügy területén.

#### IRODALOM

- A falusi egészségvédelem rendszere*. Országos Orvosszövetség, 1931., 17, 603–605. p.
- Atzél Elemér (1928–944.): *Az egészségügyre vonatkozó törvények és rendeletek gyűjteménye*. 1913–1944., Budapest, Mai K.–Élet K.
- Bakács Tibor (1948): *Budapest közegészségügyének száz éve. 1848–1948*. Budapest, Irodalmi Intézet, 1948.
- Berend Miklós (1914): „A csecsemőhalandóság elleni küzdelem Magyarországon.” In: *Magyar Figyelő*, 11. 353–364. p.
- Chyzer Kornél (1900): *Az egészségügyre vonatkozó törvények és rendeletek gyűjteménye. 1854–1912*. Budapest, Frankel Kiadó.

Magánygyakorlatának végzése mellett tanított a *Bábaképző Intézetben*, népszerű előadásokat tartott a leánynevelés kérdéseiről és magyarrá fordított több, a bábaképzéssel foglalkozó francia és német nyelvű szakkönyvet. Az ismeretterjesztés és az egészségügyi felvilágosítás elkötelezett híveként 1907-ben vállalja *Fischer-Dückelmann A nő mint házi orvos* című könyvének átdolgozását – az egyes fejezeteket kiegészítve saját gyakorlatának ismereteivel –, illetve magyarul való megjelentetését. A női egyenjogúsítási mozgalom irodalmát is gyarapították *A nők munkaköre*, s az *Egy kis tudnivaló a női havi vérzésről* címmel megjelent írásai.<sup>10</sup>

Tudományos érdeklődése a gyermeknevelésre, a nők és gyermekek egészségvédelmére, a nők ipari foglalkoztatásának kérdéseire, a nők képzésére összpontosult. Leánygimnáziumok szervezésének, a nők szellemi képzésének lelkes kezdeményezője volt. Az *Országos Nőképző Egyesületben* 1897-től 1906-ig tanította a betegápolást, a gyermekgondozást, a gyermekvédelmet és a ragályos, fertőző betegségekkel kapcsolatos ismereteket. 1897-től a *Művelt Nők Otthonának* orvosa, 1900-tól elnöke, majd 1902-től védnöke. Nyolckötetes orvosi naplójában több ezer betegével kapcsolatos tapasztalatait teszi közzé.

1907 januárjában sajtóvitát folytatott a nők jogegyenlőségének témájában *Kmetty Károly* egyetemi tanárral. (vö.: *Kapronczai, 2001a.*)

1914 augusztusában, 67 éves korában elvégezte a katonai orvosi tanfolyamot, 1905-ben pedig hadiékítményekkel díszített érdemjelet kapott. Annak nyomán, hogy az első világháború felvetette a nők tevékenységének szükségességét, 14 vidéki városban szervezett „betegmegfigyelő” állomást. Felhívása, nagyívű szervezőmunkája követőkre talált, amit bizonyít annak a sok száz vöröskeresztes nővérnek és 84 orvosnőnek a szolgálata, akik *Hugonnay Vilma* oklevelének nosztrifikálása után nyertek diplomát magyar egyetemeken.

1922. március 25-én hunyt el Budapesten. Hamvai a Kerepesi temető *Magyar Nemzeti Panteonjában* nyugszanak.<sup>11</sup> (vö.: *Gulyás, 1993.*)

- Grósz Emil (1906): „Az orvosképzésről.” In: *Orvosi Hetilap*, 50, 1, 3–18. p.
- Gulyás Pál (1993): *Magyar írók élete és munkái*. Budapest, Argumentum Kiadó és a MTA Könyvtára, 701–702.
- Gyulay Károly (1915): „A csecsemőhalandóság csökkentéséről.” In: *Egészség*, 6, 220–297. p.
- Jobst Ágnes (2000): „Emancipáció és orvoslás.” In: *LAM*, 2000;10 (2): 171–174.
- Kapronczai Katalin (1995–1996): „Az orvosok érdekvédelmi törekvései a 19. századi Magyarországon a korabeli szaksajtó alapján.” In: *Orvostörténeti Közlemények*, 149–157. 165–181. p.

- Kapronczai Károly (2000): „Az orvosi múlt mérföldkövei. A hazai orvosi igazgatás története.” In: *Gyógyszerészet*, 44, 5, 294–298. p.
- Kapronczai Károly (2001a): „Hugonnai Vilma.” In: *Híres magyar orvosok. II.* Budapest.
- Kapronczai Károly (2001b): *Fejezetek 125 év magyar egészségügyének történetéből.* Budapest, Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár.
- Kerbolt László–Szporny Gyula (1942): *A közszégi egészségügyi közgazgatás gyakorlati útmutatója.* Budapest, Novák.
- Kertész Erzsébet (1965): *Vilma doktorasszony. Az első magyar orvosnő életregénye.* Budapest, Móra Ferenc Könyvkiadó.
- Kiss Kálmán (1991): „Hugonnai Vilma, az első magyar orvosnő.” In: *Orvosi Hetilap.*
- Lobmayer Géza (1930): „Az orvos és az állam.” In: *Budapesti Orvosi Újság*, 28, 42, 375–386. p.
- Móra László (1983): „Az első magyar orvosnő.” In: *Magyar Nemzet*, 226. szám.
- Nagy Ferenc (főszerk., 1997): *Magyar Tudó lexikon A-ZS-ig.* Better, MTESZ, OMIKK, 397–398.
- Réti Endre–Vilmon Gyuláné (1966): „Tallózás az orvoskari ülések jegyzőkönyveiben.” In: *Orvostörténeti Közlemények.*
- Szénásy József (1931): *Anya és újszülöttvédelmi rendszer.* Budapest, Országos Stefánia Szövetség, 1931.
- Markó László (2002): *Új Magyar Életrajzi Lexikon.* Magyar Könyvklub, Budapest, 2002., 403–404.
- Nagy Endre (1944): *Nyitva az út! Az első magyar orvosnő életének regénye.* Budapest.
- Werling Józsefné Forrai Márta (2000): „A magyarországi bábaképzés főbb állomásai.” In: *Ezerszínű világ. (Dolgozatok a neveléstörténet köréből. V.)* Szerkesztette és a bevezetőt írta: Kéri Katalin. Pécsi Tudományegyetem–Tanárképző Intézet, Pécs. 109–120.

## A TÉMÁHOZ KAPCSOLÓDÓ FŐBB HONLAPOK

## JEGYZÉKE:

- [www.tankonyvtar.hu](http://www.tankonyvtar.hu)
- [www.hirnok-enciklopedia.blogspot.com](http://www.hirnok-enciklopedia.blogspot.com)
- [www.mora.hu/konyv/Kertesz\\_Erzsebet](http://www.mora.hu/konyv/Kertesz_Erzsebet)
- [www.mek.oszk.hu](http://www.mek.oszk.hu)
- [www.meek.mif.hu](http://www.meek.mif.hu)

## HIVATKOZÁSOK

- <sup>1</sup> A kiegyezést követő négy évtizedben Magyarország lakossága 13,6 millióról 18,3 millióra – Horvátországgal együtt 15,5 millióról 20,9 millióra – növekedett. (Kapronczai, 2001. 37.)
- <sup>2</sup> A városi kutak ivóvizét rendszeresen ellenőrizni kellett, a kútból 30 méteres távolságra sem nyilvános ásott WC-t, sem talajon keresztül szennyező levezetőt tilos volt telepíteni. (Kapronczai, 2001. 40.)
- <sup>3</sup> E tényhez fontos adalék a kórházak, a gyógyszerházak, valamint

az orvosok számának intenzív emelkedése. 1867-ben 18, 1900-ban 30 orvos jutott 100 ezer lakosra, az 1913-ban működő kórházaink 88%-a a dualizmus korában épült. 1876-ban – többek között – kötelezővé vált a himlőoltás, ennek eredményeképpen a himlő 1913-ban már nem szerepelt a megbetegedési statisztikákban.

- <sup>4</sup> Sok volt az ún. ágyrajáró, az albérlő és a pincelakó. Önálló szobakonyhás lakással csak a jól kereső szakmunkások rendelkeztek. A szociálhigiéniai felmérések szerint Budapest lakásállományának 60%-a ilyen lakás volt, ahol a legmagasabb volt a csecsemő- és gyermekhalandóság, a tuberkulózis, illetve az alkoholizmus. Az életkörülmények tekintetében éles különbség mutatkozott a birtokos parasztság, a nagy- és kisgazdarétegek, továbbá a mezőgazdasági munkásság életkörülményei között.
- <sup>5</sup> A gyermekorvoslás fejlődése, a preventív intézkedések, s az egyre szélesebb körű felvilágosító tevékenység eredményeképpen 1876–1890 között a 0–5, illetve az 5–10 éves korú gyermekek halandósága 21,5%-ra, 1904-re pedig 19,7%-ra esett vissza.
- <sup>6</sup> Az ország területén rendkívül egyenetlen volt az orvosok területi eloszlása, ugyanis a városokban élt az orvosok 51%-a, főként természetesen a fővárosban, ahol mintegy 22%-uk tevékenykedett.
- <sup>7</sup> E kérdés eldöntésére hét tagból álló bizottság alakult, amely – öt szavazattal kettő ellenében – azon volt, hogy sem az orvosi pálya jellege, sem pedig a „gyengébb nem” képességei nem indokolják a nők távoltartását e hivatástól.
- <sup>8</sup> Hogy ez a liberális tanügyi rendelkezés megvalósulhatott, abban nagy szerepe volt Bosznia katonai megszállásának. Ugyanis ilyen módon középpontba került az a tény – amely problémaként megoldásra várt –, miszerint muzulmán vallású női lakosság férfi előtt még orvosi vizsgálat keretében sem mutatkozhatott. (A rendkívül rossz és elmaradott egészségtelen életkörülmények viszont az orvosi ellátás megszervezését sürgették.)
- <sup>9</sup> Harmincnégy éves volt, amikor – nő léte – Magyarországon másodikként leérettségizett, a doktori szigorlatok idején pedig már közel ötven esztendő volt.
- „Az egyetem tanárai tudását megismerve kollégaként bántak vele. Belgyógyászati vizsgájáról azt is tudjuk, hogy e szigorlat a világhírű Korányi professzorral hamarosan baráti beszélgetéssé mélyült.” (Jobst, 2000.)
- <sup>10</sup> Cikkei: *Élet*, 1892; *Bába-kalauz*, 1894/5.; *Természettudományi Közlemények*, 1894/7., 1902/4.; *Előkelő Világ*, 1898/1900; *M. Pestalozzi*, 1898; *P. Napló*, 1899; *Hölgyek Lapja*, 1900; *Új Világ*, 1901; *Jó Egészség*, 1904; *Egészség-naptár*, 1906; *Kertészeti Lapok*, 1909; *Gyógyászat*, 1915.
- További publikációi: *A szaglás az egészség őre.* Előadás, Budapest, 1896; *Művelt Nők Otthona Jótékony Egyesület története.* Budapest, 1986; *Das erste Hundert Croup-Operationen in Zürich.* Zürich, 1878; *Egészségtani előadások nők számára.* Budapest, 1904.
- <sup>11</sup> 1980-tól, ahová a Rákoskeresztúri temetőből vitték át.

# Országos Elsősegély-ismereti Verseny

*Az Országos Mentőszolgálat, a Nemzeti Erőforrás Minisztérium, az Oxyológiai Társaság, a Magyar Vöröskereszt, a Magyar Védőnők Egyesülete, az Országos Gyermekegészségügyi Intézet, az Országos Egészségfejlesztési Intézet és a Katasztrófavédelmi Oktatási Központ szakmai támogatásával Országos Elsősegély-ismereti Versenyt hirdet 10–18 éves tanulók részére.*

A verseny célja a diákok elsősegély-ismereti és egészségvédelmi tudásának fejlesztése a megadott, elsősorban internetes irodalmak feldolgozásának segítségével. A versenyre nemcsak olyan diákok jelentkezését várják, akik jártasak a segélynyújtásban, hanem azokat is, akik szeretnék azt elsajátítani. Főbb témakörök: anatómia, élettan, elsősegély-ismeretek, egészségvédelem, egészségfejlesztés, tűz- és balesetvédelem.

A versenyt két kategóriában, 5–8. és 9–12. osztályos tanulók részére hirdetik meg. A két kategóriában a versenyfeladatok részben eltérőek. A versenyre háromfős csapatok jelentkezését várják, egy iskola több csapattal is képviseltetheti magát. Nem feltétel, hogy egy csapatban csak azonos korú diákok versenyezzenek, a csapattagok életkora azonban azonos kategóriába tartozzon. Felkészítő lehet pedagógus, egészségügyi dolgozó, de akár szülő is. Nevezhetnek határon túli csapatok és iskolától független szervezetek is (alapítványok, diákmozgalmak, önképzőkörök, stb.).

A verseny első három fordulója az interneten keresztül zajlik. A döntőre, amelyet Budapesten rendezünk, a legjobban szereplő csapatok kapnak meghívást. Egy-egy iskola maximum egy csapatot delegálhat, azonos pontszám esetén az iskola dönti el, melyik csapatát szerepelteti a döntőn.

A döntőn való részvétel forráshiány miatt **ÖNKÖLTSÉGES**, várhatóan 4.500,- Ft/fő.

*A szervezők mindent megtesznek, hogy a szükséges forrásokat előteremtsék, de a verseny meghirdetésekor ezek még nem állnak rendelkezésre.*

## **TERVEZETT ÜTEMEZÉS:**

*2012. január 23. 1. forduló megjelenése*

*2012. február 13. 1. forduló beküldési határidő*

*2012. február 20. 2. forduló megjelenése*

*2012. március 12. 2. forduló beküldési határidő*

*2012. március 19. 3. forduló megjelenése*

*2012. április 9. 3. forduló beküldési határidő*

*2012. április 21–22. Döntő*

Valamennyi döntőbe került csapat tárgynyereményt kap! A legjobb csapatok értékes díjakat vehetnek át, így informatikai eszközöket és az elsősegélynyújtással kapcsolatos eszközöket, könyveket.

Regisztráció és bővebb felvilágosítás a verseny honlapján: <http://oev.hu>

## Fekete György: Nőj föl!

Szendi Gábor pszichológus

*Fekete György* mentálpedagógiai gyűjteményes kötete azoknak szól, akik a pedagógiai és önségítő jellegű pszichoterápia e sajátos, hatékony formája iránt érdeklődnek, vagy azt kipróbálni-alkalmazni kívánják, illetőleg további elterjesztésében és népszerűsítésében közreműködhetnek. Szeretnénk, ha kezébe kerülne mindazoknak, akik a lelki egészségvédelmet, a realitáshoz és az egymáshoz való érett-rugalmas alkalmazkodás karbantartását, illetve pótlólagos elsajátítását igénylik, vagy társadalmi-egyéni működtetését szívükön viselik – válságoktól terhes, robbanékony mai világunkban is. A cikk- és tanulmányválogatás nem csak arra nyújt lehetőséget az összefüggések felfedezésére törekvő olvasó számára, hogy *F. Gy.* saját élményeire támaszkodó mentálpedagógiai viselkedéstermelésének kialakulását nyomon követhessék, és annak hasznáról több alkalmazási variációban meggyőződhesenek, de a követhető mentálpedagógiai lépések metodikáját is elsajátíthatják belőle. A *Szerző* módszere támogatja a személyiségfejlődésükben megrekedt, vagy akár devianciatörést szenvedett, netán szenvedélybetegségbe sodródott, kudarcos emberek önjobbító-önsegítő törekvéseit, s társadalmi méretekben is segítheti demokratikus fejlődésében bukdácsoló népünk számos káros-veszélyes előítéletének eloszlátását és meghaladását. Új *vademecum*-könyvünket még akár kiegészítő tananyag jellegű, eredményes felhasználásra is ajánlani tudjuk. Ennek alátámasztására hadd adjunk közre néhány részletet a két rangos előszóból. *Dr. Funk Sándor*, az ismert addiktológus-narkológus írja a könyv rendhagyó orvosi-szakmai bevezetésében: ... *Van egy szereplőnk, nevezetesen Fekete György (megjegyzem, nekem Gyuri, neki én: Sanyi; barátok vagyunk). A többi szereplőnek már a neve is bajosan fogalmazódik meg. Itt van pl. a „klinikai pszichiátria” – egy zárt-*

*később nyílt osztályon dolgozó orvosi ágazat, amely elmebetegségekkel, illetve egyéb csoportba sorolható mentális zavarokkal – gondolkodászavar, viselkedészavar, személyiségzavar, alkalmazkodási zavar – illetve ezek gyógyításával – foglalkozik. Olyan szereplők, mint a „biológiai pszichiátria”, a „pszichoterápia”, vagy az „andragógia” definiálhatók, de időben, térben és tudományként történő viselkedésük (fejlődésük) során nagyokat változnak. (...) Nahát, ennek a régi-új harcnak a kellős közepébe vetődött oda Gyuri. (...) Rátérve a kötet konkrétságára. (...) – Van egy szakmai vonulat: mentálpedagógiai írások gyűjteménye – mindenki hasznosíthatja, az is, aki gyógyítani, az is, aki gyógyulni akar. Értsék ezt bárhogy. – Van egy életrajzi-sajátélmény vonulat, mely részben az „Élet”, Gyuri Tanár Úr (...) élete eseményeiről szól, és esetleg a többiekéről, akikkel együtt élte meg ezeket, illetve az egész országeről, valamint azokról az élményekről, amelyeket a hazai pszichiátriával való találkozás során szerzett, vagy kezelt betegként, vagy munkatársként, de van itt pszichiáter, aki barát, és van, aki ellenség. (...) Ez viszont azt mutatja, hogy a pszichiátriának csak itt és most van értelme, a saját vonatkoztatási rendszerében – mint a térnek és időnek a fizikában, Einstein óta. (...) Ez a szöveg előszónak készül: annak elég. Akinek még nem vettem el a kedvét, induljon felfedezőútra: ne törődjön a sorrenddel, a tanulmányok címei profi módon, és szokatlanul fogalmazottak, nem unalmasak, hanem nagyon is ütősek. Ajánlom szíves figyelmükbe Fekete György mentálpedagógus írásait!*

*Kertész Péter* pedig, aki Pulitzer-emlékdíjas újságírónak és temetőgondnoknak írta alá nevét eredeti levelében, a következőket jegyzi *F. Gy.-ről*, találó éllel: *Fekete Györgyöt nem ismerem. Legalábbis személyesen. Érteni*

tessenek ez alatt, hogy – miközben az idő nem nekünk dolgozik – soha az életben nem találkoztunk. Most meg előszót írok egy könyvéhez, jöllehet már a címe nem tetszik neked. Hosszú. Mi az, hogy társadalom? Nőjön fel...! és kész. De hát ez a Gyuri könyve. Egy olyan mentálpedagógusé, aki küszködve megannyi végzetes kórsággal a legelszántabb publicistává nőtte ki magát. (...) Éteri barátság a miénk, a javából. Így aztán ez az előszó-féleség nem az utána következő háromszázvalahány oldal ajánlása, hanem egyfajta anamnézis egy fáradhatatlan homo ludensről, aki, mondhatni, rablóból lett pandúr, olyan pandúr, aki miközben a légynek sem tudna ártani, anélkül, hogy kimozdulna otthonából, amely (ha éppen nincs kórházban vagy valamilyen, nem sok jót sejtető felülvizsgálaton) gyakorlatilag a fizikai mozgástere, változtatás nélkül mindenféle ocsmányságot kiszűr a világból, s máris püföli a klaviatúrát, ebbéli függőségében csakis

és kizárólag testi függőségei gátolhatják, hogy azok múltán folytassa (igenis) küldetése reflexióit, amelyek rendre szenvedélyes, nem ritkán dühös, etikus és mindenekelőtt felkészült esszék, glosszák, publicisztikák. (...) F. Gy. nem ismer rangon aluli megjelenést, komolyan azt hiszi, használ az ügynök rövidebb-hosszabb ópusaival. Akár írott sajtóban, akár valamilyen internetes portálon látja viszont azokat. Emellett csatlakozik mindenféle liberális, antirasszista, kisebbségvédő felhíváshoz, továbbítja azokat, figyelemmel kíséri sorsukat, s a fejleményekről hűségesen és fáradhatatlanul tájékoztatja kiterjedt baráti-ismerősi klientúráját. (...) hazudnék, ha most felkért előszó-íróként kijelenteném, minden egyes jelentkezése reveláció számomra, de semmiképpen nem önmutogatás: egy ember ül a számítógép előtt, gondolkodik és amire jut, azt megosztaná mindannyiunkkal. (...) Tarts ki, Gyuri, szükségünk van Rád.

# Útmutató munkáltatóknak a munkahelyi lelki egészség fejlesztéséhez

## 1. Bevezetés

A lelki egészség a munkahelyen is fontos tényező. Egy szervezet sikeres működéséhez elengedhetetlen a dolgozók lelki egészsége és jólléte. A *Munkahelyi Egészségfejlesztés Európai Hálózata (European Network for Workplace Health Promotion – ENWHP)* „Munka: Lélekre Hangolva” elnevezésű európai kampánya a munkahelyi lelki egészségfejlesztés szükségességét és fontosságát kívánja tudatosítani a munkáltatók és munkavállalók körében.

Ez a lelki egészséget elősegítő kampány mind a munkáltatók, mind a munkavállalók körében felhívja a figyelmet az alábbi témák fontosságára:

- a pozitív lelki egészség elősegítése a munkahelyeken;
- a stresszt, valamint a mentális és pszichés egyensúlyvesztéseket, problémákat, zavarokat (továbbiakban lelki problémákat) okozó tényezők megértése és megelőzése;
- a lelki problémákkal küzdő dolgozók támogatása;
- hatékony irányelvek kidolgozása, amelyek lehetővé teszik a lelki problémákkal küzdők foglalkoztatását és visszailleszkedését.

Az *Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization – WHO)* megfogalmazása szerint a pozitív lelki egészség „a jóllét olyan állapota, amelynek révén minden egyén felismeri saját lehetőségeit, meg tud küzdeni a mindennapi élet kihívásaival, képes az eredményes munkavégzésre, és hozzá tud járulni közössége fejlődéséhez. A lelkileg egészséges dolgozók jobban teljesítenek munkájuk során.”

A lelki problémák nemtől, kortól és egyéni háttértől függetlenül bárkit érinthetnek; a legtöbben csak támogatással képesek feldolgozni ezeket. A lelki problémák súlyosságát és időtartamát jelentősen csökkenthetjük, valamint a gyógyulást segíthetjük a munkahelyi környezetben történő változtatásokkal, a dolgozók támogatásával.

A „Munka: Lélekre hangolva. Move Europe” európai kampány keretein belül többek között ezzel a tanulmánnyal szeretnénk támogatni a munkahelyi lelki egészségfejlesztés megvalósítását. A tanulmány tartalmaz egy cselekvési tervet, példákat jó gyakorlatokra, útmutatót a munkáltatók számára, valamint fontosabb országos kontaktcímeket és forrásokat. Az írást célszerű a „Munka: Lélekre hangolva. Move Europe” európai kampány promóciós eszközeivel és honlapjával ([www.oefi.hu/lelekrehangolva](http://www.oefi.hu/lelekrehangolva)) együtt használni.

### HAZAI FORRÁSOK

- Klein Sándor: *Vezetés- és szervezetpszichológia* (Edge 2000 Kft., Budapest, 2002)
- Mészáros A. (szerk.): *A munkahely szociálpszichológiai jelenségvilága* (Z-Press Kiadó, Miskolc, 2006)
- Kállai János–Varga József–Oláh Attila (szerk.): *Egészségpszichológia a gyakorlatban* (Medicina Könyvkiadó Zrt. Budapest 2007)
- Deák Csaba–Dr. Heidrich Balázs–Heidrich Éva: *Vezetési ismeretek* (Booklands 2000 Kiadó Kft 2006)

A „Munka: Lélekre Hangolva” kampány az Európai Bizottság 2003–2008-as Népegészségügyi Programjának társfinanszírozásával valósult meg. A tanulmány egy három részből álló sorozat első darabja, folytatását folyóiratunk következő lapszámában olvashatják.



## 2. „Miért fontos a lelki egészség egy sikeres vállalkozáshoz?”

A munkahelyi lelki egészség előtérbehelyezése több szempontból is fontos. A mai világgazdasági helyzetben a munkavállalók lelki egészsége nagyban meghatározza egy vállalkozás sikerességét. Egyre több társaság ismeri fel, hogy a dolgozók elkötelezettsége elengedhetetlen a szervezet eredményességéhez.

### A munkából adódó lelki problémák költségei

A lelki betegségek okozta gazdasági terhek csökkentése rendkívül fontos. Az *Egyesült Királyságban* végzett felmérések szerint az általános lelki problémák – mint a stressz, szorongás vagy depresszió – miatt igénybevett betegszabadságok évente 60 millió munkanap kiesését okozzák. Egy munkáltató számára ez a termelőkiesés több költséggel jár, mint a legtöbb más egészségügyi probléma. A lelki egészség fejlesztésével csökkenthetőek a hiányzások és az ebből adódó kiadások. Az elmúlt évtizedek során a gazdaság globalizálódása és a munkahelyi technológia fejlődése miatt a munka természete rohamosan változott. Ezek hatással voltak a munka jellegére, intenzitására, szervezésére. Ez a folyamat újabb és újabb készségeket, kompetenciákat követel meg a munkavállalóktól az innováció, a kommunikáció és a társas intelligencia területén. A munka természetében bekövetkezett gyors változás pozitív is lehet a dolgozók számára, ám azt is jelentheti, hogy a dolgozóknak nagyobb nyomással és több kognitív, szociális és pszichológiai kihívással kell számolniuk. A lelki egészség elengedhetetlen az új körülményekhez való hatékony alkalmazkodáshoz.

Mindazonáltal a lelki zavarok gyakorisága Európában egyre növekszik mind országos, mind munkahelyi szinten. Pedig egy munkahely megteremthetné a munkavállalói számára egészséges, pszichológiailag támogató környezet feltételeit. A fizikailag, lelkileg és szociálisan egészséges környezet megteremtése azonban kihívást jelenthet mind a munkáltatónak, mind a munkavállalóknak.

### Tények és adatok a munkahelyi lelki egészség hatásáról

- Minden negyedik európai polgár megtapasztal valamilyen lelki zavart élete során.
- Az *Egészségügyi Világszervezet (WHO)* becslései szerint 2020-ra a depresszió lesz a munkaképtelenség második legfőbb oka a világon.
- A lelki zavarokból eredő teljes termelékenységcsökkenést Európában évi 136,3 milliárd euróra becsülik.

- A munkahelyi stressz és a lelki zavarok miatti hiányzások, munkanélküliség és tartós munkaképtelenség Európa-szerte növekszik. Pl. *Angliában, Skóciában, és Walesben* a tartós munkaképtelenség miatti táppénzes esetek 40%-ának háttérében lelki zavarok állnak.

### Eredményesség és teljesítmény

A lelki egészség fejlesztése növelheti az eredményességet és a teljesítményt. Egy pozitív légkörű munkahelyen jobb a munkakedv, a csapatmunka és a kommunikáció is. Emellett csökkenhet a munkavállalók fluktuációja, ezzel együtt pedig a munkaerő-toborzás és -képzés költségei is. Az egészségbarát munkahelyen az emberek képesek megbirkózni a változásokkal és a nehézségekkel.

#### TOVÁBBI INFORMÁCIÓK

- Lövey Imre–Manohar S. Nadkarni: *Az örömteli szervezet* (HVG, Budapest, 2003)
- Kaucsek György–Simon Péter: *Pszichoterror a munkahelyeken. I–II.* (Munkaügyi Szemle, 1996, 2–3.)

### Jó hírnév

A lelki egészség fejlesztésére kidolgozott programok és irányelvek segítségével növelhetjük cégünk megbecsültségét. A társadalmi felelősségvállalás ilyen módja még szélesebb társadalmi és ügyfélkörben teszi elismertté a szervezetet. A vállalat jó hírneve összekapcsolódik az egészséges és ösztönző munkahely fogalmával, ahol az egyéni fejlődés fontos része a szervezet kultúrájának.

### Lelki egészség nélkül nincs egészség

Bizonyított tény, hogy a nem kielégítő lelki egészség és a stressz több fizikai tünet megjelenéséhez, súlyosbodásához is hozzájárulhat, ilyen például a koszorúérbetegség, a stroke, vagy a cukorbetegség. Ez történhet közvetlenül, amikor a stressz negatív hatással van szervezetünkre, vagy közvetetten, a stressz csökkentésére használt káros szenvedélyek miatt (pl. dohányzás, alkoholfogyasztás). Ezek a problémák súlyos társadalmi és munkahelyi kérdések, ezért e téren sürgető szükség van a cselekvésre.

### Jogi és biztosítási kötelezettség

A munkahelyi stresszt és a lelki egészséget illető jogi szabályozás országonként eltérő lehet. A szervezeteknek tisztában kell lenniük ezekkel a jogszabályokkal és be kell tartaniuk azokat.

Hazánkban a munkavédelemről szóló *1993. évi XCIII. törvény* 2008. január 1-jétől hatályos módosítása emeli be a munkavédelem törvényi szintű szabályozásába a pszichoszociális kockázati tényezők kezelésének munkáltatói feladatát, egyben meghatározva ezen tényező fogalmát is. A törvényi rendelkezés szerint pszichoszociális kockázatnak minősül a munkavállalót a munkahelyén érő azon hatások (konfliktusok, munkaszervezés, munkarend, foglalkoztatási jogviszony bizonytalansága, stb.) összessége, amelyek befolyásolják az e hatásokra adott válaszreakcióit, illetőleg ezzel összefüggésben stressz, munkabaleset, lelki eredetű szervi (pszichoszomatikus) megbetegedés következhet be. (<http://www.magyarorszag.hu>)

### 3. „Mit tehetnek a munkáltatók a lelki egészség elősegítése érdekében?”

A munkahely kialakíthat egy lelki szempontból egészséges, támogató környezetet minden dolgozója számára, hiszen a lelki egészség elősegítése és fejlesztése a későbbi problémák legjobb megelőzési módja. A fejlesztésekből az egész vállalat és az összes munkavállaló profitálhat. Ezért fontos a lelki egészség fejlesztéséről szóló információkat minden dolgozó számára elérhetővé tenni. Számos tényező segítheti a munkavállalókat a pozitív lelki egészség és a rugalmas hozzáállás fejlesztésében:

- Az érzelmi jóllét elengedhetetlen az önbecsülésünkhöz, szellemi és tanulási képességeink, produktívitásunk fejlesztéséhez.
- A dolgozók is kialakíthatnak szociális támaszt és közösségi hálót, például az új kollégák számára mentort neveznek ki, és ösztönzik a közösségek, csoportos tevékenységek létrehozását és fenntartását.
- A vezetők fontos szerepet játszanak a lelki egészség fejlesztésében. A munkáltatók képezhetik vezetőiket, hogy megfelelő, támogató vezetési stílust sajátítsanak el, amely révén a vezetők odafigyelnek dolgozóik szükségleteire, mentorként vagy oktatóként tevékenykednek mellettük, bátorítják a kreativitást, motiválják a dolgozókat és egyeztetik velük a szervezeti és egyéni célokat.
- A munkahely által biztosított lehetőségek a kreativitásra, együttműködésre és tanulásra fokozzák a lelki jóllétet. Sok munkáltató ad lehetőséget dolgozóinak formális képzésekre, és gyakran van lehetőség informális tanulásra is, pl. egy új készség elsajátítására, közösségi önkéntes munka végzésére, vagy egy már meglévő készség új környezetben való hasznosítására. Ez is hozzájárulhat a munkahely image-ének fejlesztéséhez.
- Rendkívül fontos a dolgozók szervezetben betöltött szerepének, és a munkáltatók velük szemben támasztott elvárásainak tisztázása. Emellett fontos a dolgozóknak is

tisztában lenniük azzal, hogy mit várhatnak el a szervezettől. Ha a dolgozók azt érzékelik, hogy a munkáltató nem tartotta be ígéreteit, az csökkenti motivációjukat, elkötelezettségüket és teljesítményüket.

- Szoros összefüggés figyelhető meg a jövedelem-egyenlőtlenségek és lelki egészség között. A munkáltató lépéseket tehet annak érdekében, hogy ezt ésszerűen minimalizálja, például a legalacsonyabb fizetésű dolgozók megfelelő bérezésével, jutalmazással. Pozitív lépés az is, ha adósságkezelési tanácsadást biztosítunk a dolgozóknak.

- Az egészséges életmód, pl. a megfelelő testedzés vagy az egészséges táplálkozás hozzájárulnak nem csak a testi egészséghez, hanem a lelki egészséghez is. Ezért támogatni kell azokat a lelki jólléthez közvetlenül kapcsolódó egészségfejlesztési törekvéseket a munkahelyeken, amelyek célja a mozgás mennyiségének növelése, a relaxációra való ösztönzés, az egészséges táplálkozás elősegítése, valamint a mértékletességre való törekvés az alkoholfogyasztásban.

Mind a dolgozók, mind a munkáltatók egészségtudatosságát növelhetjük a lelki egészségre irányuló kampányokkal. További hatékony lehetőség a munkavállalók lelki egészségfejlesztési tevékenységekbe való bevonása.

Nincs egyszerű recept a megvalósításra, ezek mindig az adott munkahely dolgozóinak kreativitásától, erőforrásaitól és környezetétől függenek. A legfontosabb lépések: a munkavállalók részvétele a tevékenységekkel kapcsolatos egyeztetésekben, a programok kiválasztásában és megvalósításában.

#### GYAKORLATI INFORMÁCIÓK

- László Krisztina-Ádám Szilvia: „Munkahelyi stresszkezelő programok bevezetéséről.” In: Kopp Mária (szerk): *Magyar Lelkiállapot 2008.* 298–304. (Simmelweis Kiadó, Budapest, 2008)
- Csillag Sára-Szentkirályi András-Szilas Roland: „Szervezeti szintű intervenciók a munkahelyi stressz kezelésében.” In: Kopp Mária (szerk): *Magyar Lelkiállapot 2008.* 305–321. (Simmelweis Kiadó, Budapest, 2008)

### 4. „Mit tehetnek a munkáltatók a stressz megelőzése és a lelki problémák tudatosítása, megelőzése és kezelése érdekében?”

A legtöbb stresszmegelőző és -kezelő beavatkozás a lelki egészség fenntartását is szolgálja. A *Munka Törvénykönyvében* előírt, kötelezően megvalósítandó, stresszel kapcsolatos kockázatértékelés is ezen alapszik. A prevenció intézkedések lényege, hogy átalakítsák a munkahelyi szervezetet, struktúrát és környezetet a túlzott stressz kockázatainak minimalizálása érdekében.

A stresszt megelőző és lelki egészséget fejlesztő intézkedések az alábbiak:

- Rugalmas munkaszervezés, a munka és a magánélet egyensúlyának elősegítése;
- A munkafeladatok megfelelő tervezése;
- Nyitott kommunikáció és együttműködés a vezetők és a beosztottak között;
- A csapatmunka ösztönzése;
- A dolgozók megfelelő támogatása;
- A munkavállalók részvétele a döntéshozatali folyamatokban;
- Lehetőség arra, hogy a dolgozók saját munkájuk felett kontrollt gyakorolhassanak;
- Az erőfeszítések megfelelő jutalmazása;
- Előrelépésre való lehetőség;
- A megfélemlítés és a diszkrimináció megelőzése.

A lelki zavarok kialakulásának a legtöbb munkavállaló a kezdetekben nem tulajdonít nagy jelentőséget, ezért kollégáinak, feletteseinek sem tűnik fel a baj. Emiatt a munkavállalók gyakran nem keresnek megoldást a probléma korai szakaszában, amely annak súlyosbodását eredményezi. Szerencsére a munkáltatók is tudnak bizonyos pozitív lépéseket tenni:

- Rendszeres konzultációk szervezésével, így a munkahelyi megbeszélések során a problémák felismerhetőek és megfogalmazhatóak.
- A beosztottaknak és a vezetőknek is elérhetővé tehetjük a lelki egészséggel kapcsolatos képzéseket, amelyek többek között a lelki egészség ismereteire és a stresszkezelésre fókuszálnak.

#### GYAKORLATI INFORMÁCIÓK

- <http://www.neosys.hu/publikaciok/koteltanc.pdf> 10

### 5. „Mit tehet a munkáltató a mentális problémával küzdők támogatása, megtartása, foglalkoztatása érdekében?”

A fizikai problémákhoz hasonlóan a mentális problémák is érinthetnek bárkit, kortól és társadalmi háttértől függetlenül. A leggyakoribb mentális problémák közé tartozik a depresszió és a szorongás. Ennek tüneteire hasonlókat bárki megtapasztalhat nagyfokú nyomás alatt. Ilyenek pl. az álmatlanság, étvágytalanság vagy éppen csillapíthatatlan éhség, fáradtság, ingerlékenység, aggodalom. Ezek a tünetek akkor utalhatnak mentális betegségre, ha hosszú időn keresztül fennállnak és hatásuk olyan fokú, hogy már befolyásolják a mindennapi tevékenységeket. A legtöbben meggyógyulnak ezekből a mentális zavarokból, de a társadalom egy bizonyos hányadánál – 1–2%-nál – súlyosabb probléma alakul ki, például súlyos depresszió, bipoláris zavar, skizofrénia.

Ezek a betegek intenzívebb jellegű, folyamatos kezelésre és támogatásra szorulnak, akár életük végéig, de a segítségnek köszönhetően egy részük felépül.

A korai segítségnyújtás csökkentheti a kialakuló mentális probléma súlyosságát, időtartamát és elősegíti a gyógyulást. A megbélyegzést elkerülhetjük képzések és megfelelő tájékoztatás segítségével, ami szintén hozzájárulhat a segítség korai igénybevételéhez. A megfelelő tudás birtokában a vezetők is jobban reagálnak a problémákra. A különösen stresszes foglalkozások esetében a rendszeres konzultációk hatékonyan bizonyultak a problémák felismerésében és a megbélyegzés csökkentésében.

Amennyiben egy munkavállalónál a mentális problémák hosszabb ideig fennállnak, érdemes a munkahelynek kockázatazonosítást, -értékelést és -kezelést végeznie, valamint végrehajtania a szükséges változtatásokat. Ne feledjük, hogy minden ember más, ezért az egyénre kell fókuszálnunk, nem pedig a betegségre. Legyünk pozitívak és gondoljunk arra, hogy a segítségre szoruló személy mennyi mindennel járul hozzá a szervezet sikeréhez. Huzamosabb ideje fennálló probléma esetén szakember – pl. foglalkozás-egészségügyi orvos, szakorvos – segítségét is igénybe vehetjük. Amennyiben szükséges – a munka és a munkahely természetétől függően – tehetünk ésszerű változtatásokat, például csökkenthetjük a munka mennyiségét, rugalmasabbá tehetjük a munka jellegét, lehetővé tehetjük a munkába való fokozatos visszatérést, engedélyezhetünk gyakoribb szüneteket, valamint kezelés igénybevételét.

Előfordul, hogy a mentális probléma súlyossága miatt a munkavállaló huzamosabb ideig nem tud munkát végezni. Ebben az esetben érdemes az illetővel megbeszélni, hogy a kollégáit milyen mélységig tájékoztassák az állapotáról, hiszen ez érzékeny téma, sokan nem szeretnek munkába való visszatérésük után problémájukról beszélni. Tartsuk a kapcsolatot a rövidebb vagy hosszabb ideig betegszabadságon lévő alkalmazottunkkal, csakúgy, mint más betegségei esetén, mert az elszigeteltség érzése nagyban megnehezíti a munkába való visszatérést.

Fontos, hogy a munkahely biztosítson lehetőséget a munkavállalók számára, hogy a munkába való visszatérésüket megelőzően informális kapcsolatokat tarthassanak fent kollégáikkal.

A jó munkáltató azonban nemcsak jelenlegi dolgozóira gondol, hanem a jövőben hozzájuk csatlakozni szándékozó jelöltekre is, akik már átették valamilyen lelki problémán. Az ilyen dolgozók alkalmazása mind a munkavállaló, mind a szervezet számára előnyös. Törvénytelen a munkára jelentkezőt korábbi vagy jelenlegi lelki problémái miatt negatív megkülönböztetésben részesíteni.

Az előrelátó munkaadó számos lépést tehet a fentiek érdekében:

- Tervezzen oktató kampányokat a megőrzés ellen! Európa-szerte alkalmazzák ezeket a kampányokat, amelyeknek a munkahelyek különösen fontos színterei.

- Egy álláshirdetésnél legyen egyértelmű, hogy a munkaadó egészségügyi problémán átesett személyek jelentkezését is fogadja. Sokan aggódnak az ilyen jellegű információ feltárása miatt, ezért mind az álláshirdetésben, mind a felvételi interjúban biztosítsuk őket teljes diszkréciókról.

- Amennyiben a jelentkező valamilyen okból huza-mosabb ideig a munkavégzésben akadályozva volt, akkor a munkaadó fogadjon el személyes vagy egészségügyi referenciát a munkáltatói referencia helyett.

### 6. „Hogyan teremtsünk lelki egészséget támogató munkahelyet?”

– Hét lépéses cselekvési terv

*Első lépés: A kezdetek.*

#### Kommunikáció és konzultáció

Egy munkahelyi lelki egészség program kidolgozásához átlátható vezetés és jelentős részvétel szükséges. Elengedhetetlen a valamennyi munkavállaló lelki egészségének fejlesztése iránti szervezeti elkötelezettség. Fontos, hogy a programok a lelki problémák minél szélesebb körét célozzák meg és egyértelmű meghatározásokat tartalmazzanak, mint például a következők:

- Fejlesszük a lelki egészséget a munkahelyen!
- Tárjuk fel a stresszkeltő, lelki problémához vezető helyzeteket és előzzük meg azokat!
- Fogalmazzunk meg hatékony irányelveket a lelki problémán átesett munkavállalók visszaintegrálására és foglalkoztatására!
- Támogassuk a lelki problémában szenvedő munkavállalókat!

A lelki egészséggel és a jólléttel szervezeti szinten kell foglalkozni, hiszen az erre vonatkozó irányelvek tervezésében, megvalósításában, figyelemmel kísérésében és értékelésében a szervezet minden egységének vannak feladatai. A legjobb, ha szervezünk egy lelki egészséggel és jólléttel foglalkozó munkacsoportot, amelyben a felső vezetés, a dolgozók, a szakszervezet, a human erőforrás osztály és a foglalkozás-egészségügy egyaránt képviselteti magát.

A lelki egészség napirendre tűzésekor először is tisztázni kell, hogy a dolgozók mit várhatnak el a szervezettől. Alapvető fontosságú, hogy a munkavállalók értesüljenek minden ezzel kapcsolatos lépésről, döntésről. Sőt, a stresszkezeléssel és a lelki problémák megoldásával

kapcsolatos döntéshozásba a munkavállalókat is fontos bevonni, hiszen így ők is magukénak érzik a programot, rugalmasabbá és elkötelezetté válnak az ezzel kapcsolatos felmérések és változtatások iránt. Lehetőséget kell biztosítani a széles körű tájékoztatásra, beleértve az internetet, körleveleket, megbeszéléseket és képzéseket.

### Második lépés: Adatgyűjtés

A dolgozókkal és vezetőkkel történő konzultáció rávilágíthat a lelki egészség és a jóllét szervezeti megközelítésének gyengeségeire és erősségeire, amelyek alapján megtervezhetőek a szükséges beavatkozások. A stresszel kapcsolatos kockázatfelmérés eredményei is hasznos adatokat szolgáltathatnak, amelyeket érdemes kiegészíteni szélesebb körű információkkal a lelki egészség fejlesztéséről, a munkavállalók megtartásáról és foglalkoztatásáról. Megfelelő programok kialakításához elengedhetetlenül fontos a dolgozók igényeinek felmérése és a témával kapcsolatos ötleteik begyűjtése. A munkahely lelki egészséget érintő irányelveit, gyakorlatait és struktúráját a következőképp értékelhetjük ki:

- *Felmérés az alkalmazottak körében:* Végezzünk kérdőíves felmérést vagy készítsünk interjúkat a munkavállalókkal vagy képviselőikkel a lelki egészség fejlesztésének lehetőségeiről, a munkahelyi stresszhelyzetekről, valamint a lelki problémákkal küzdő munkavállalók megtartásának és alkalmazásának lehetőségeiről. Annak érdekében, hogy minél többen kitöltsék a kérdőívet, lehetőleg a dolgozókkal együtt alakítsuk ki azt és igyekezzünk mindenkire eljuttatni. Több válasz megbízhatóbb eredményt ad. Ha mégsem egyértelműek az eredmények, kisebb csoportokban tisztázhatjuk azokat a dolgozókkal.

- *Szervezeti értékelés:* Ezt a felső vezetőség vagy a szervezeten belül erre jogosultak készítsék el. Világítsa rá a témához kapcsolódó szervezeti struktúrára és irányelvekre, mint pl. egészségfejlesztés, munkavállalás és diszkrimináció. Ezenkívül szervezhetünk megbeszéléseket középvezetőkkel és/vagy dolgozókkal a helyzet értékelésére és a stresszhez vagy lelki problémához vezető potenciális tényezők feltárására.

### A lelki egészség problémáinak korai jelei egyéni és szervezeti szinten

*Szervezeti szint:*

- befejezetlen munka, kisebb produktivitás, több túlóra,
- rosszabb minőségű munka (több hiba),
- megnövekedett betegállomány,
- gyenge csapatmunka és osztályok közötti együttműködés.

*Egyéni szint:*

- változás a személy átlagos viselkedésében,
- rossz teljesítmény,
- folytonos hangulatingadozás,
- konfliktus a kollégákkal,
- megnövekedett és gyakoribb betegszabadság.

A tünetek korai észlelése mindenki számára előnyös járhat, hiszen az észlelést követő gyors cselekvés megakadályozhatja, hogy az érintett állapota romoljon. A normális életvitelt és munkakörülményeket akadályozó tényezők felismerésében a vezetőségeknek is nagy szerepe van.

*Harmadik lépés:***A célok megfogalmazása**

Cselekvéseink hatékonyságának értékeléséhez szükségünk van a program céljaira és tárgyára. Célok lehetnek például a következők:

- évente 10 százalékkal csökkenteni a munkahelyi stressz mértékét (témánként),
- két éven belül 5 százalékkal csökkenteni a pszichoszociális eredetű betegszabadságolások mértékét,
- két éven belül huzamosabb ideig távol lévő és/vagy lelki problémával küzdő munkavállaló visszaintegrálása/alkalmazása.

Érdeemes csapatban megbeszélni a program ennél szélesebb körű céljait, mint pl. a program közzététele, kezdeményezések kérdése.

*Negyedik lépés:***A konkrét tervek és intézkedések kialakítása**

Készítsünk tervet céljaink eléréséhez! Ebben érdemes ötvözni a szervezet számára elérendő hosszútávú és a gyors, hatásos és költséghatékony eredményeket hozó rövidtávú célokat. Fontos a munkavállalók bevonása ezekbe a folyamatokba, és ezáltal annak biztosítása, hogy az intézkedések az ő igényeiknek megfeleljenek.

Az intézkedéseknek célzottnak és világosnak kell lenniük, akár konkrét csoportokra (pl. osztályok), akár az egész szervezetre irányulnak. Minden egyes tevékenység esetében határozzuk meg, hogy ki a felelős, mit, hol, mikor és hogyan kell véghezvinni.

A lehetőségek széles körét vázoltuk fel, hogy segítsük a tervezés folyamatát.

*A munkahelyi lelki egészség- és jóléti terv javasolt elemei:*

- Információs és figyelemfelhívó kampány,
- A dolgozóknak és a vezetőknek szóló képzés,
- A diszkrimináció és a megfélemlítés ellen tett lépések,

- Feltárni, csökkenteni, minimalizálni és megszüntetni a munkahelyi stressz már ismert forrásait,
- Irányelvek kidolgozása a lelki problémával küzdők támogatására,
- A munkaerőtoborzás szabályozása, amely nem érintheti hátrányosan a lelki problémával küzdőket.

*Ötödik lépés:***A tervek, intézkedések megvalósítása**

A lelki egészséget fejlesztő programok hatékony megvalósítása érdekében elengedhetetlen az elkötelezettség mind a munkáltató, mind a dolgozók részéről. Minden szervezeti szintet vonjunk be, és ezeken a szinteken legyen egyértelmű a kommunikáció. A tervezésnél kiderülhet, hogy néhány elképzelést már lefednek bizonyos létező irányelvek, például a stresszkezelés vagy a toborzás technikai, de ez hasznos lehet számunkra, hiszen a program annál hatékonyabb lesz, minél inkább beépül a már meglévő, tágabb irányelvekbe.

Ennek ellenére azonban fontos az átlátható lelki egészség cselekvési terv és irányelvek. Ennek segítségével egy dokumentumon belül tekinthetjük át az összes vonatkozó témakört, hatékonyabban léphetünk fel, valamint a folyamat értékelése is egyszerűbbé válik.

*Hatodik lépés:***Az intézkedések értékelése**

Az elvégzett tevékenységek értékelését össze tudjuk vetni a kezdetben felállított célokkal, és amennyiben nem egyeznek, láthatjuk, hogy a jobb eredmény érdekében hol szükséges változtatni. Az értékelés a konkrétan mérhető, meghatározott célokra vonatkozzon, mint például a dolgozók hiányzása.

Egyéb értékelési szempontokat is figyelembe vehetünk, pl. a dolgozók a kezdeményezésekről való informáltsága, a tevékenységekben való részvétele, vagy a dolgozók jólléte.

*Hetedik lépés:***A lelki egészséget érintő tevékenységek beépítése a cég irányelveibe**

A cselekvési terv kidolgozásának folyamata legyen része a cég mindennapjainak. A napirenden tartás érdekében a következőket tehetjük:

- Folyamatosan figyeljünk a stressz jeleire; értékeljük, elemezzük azokat!
- Tartsunk rendszeres megbeszéléseket dolgozóinkkal a munkahelyi stressz és lelki problémák témájában és készítsünk pontos tervet az ezzel kapcsolatos változtatásokról!

- Az éves teljesítményértékeléseknél beszéljünk a munka mennyisége és a lelki egészség közötti összefüggésről is!
- A tervezés és ellenőrzés folyamatába a lelki egészségfejlesztéssel kapcsolatos teendőket is vonjuk be!
- Építsük be a lelki egészség témáját a szervezet minőségpolitikájába!
- Bátorítsuk a vezetőséget a kapcsolódó tréningek elvégzésére, illetve arra, hogy mutassanak érdeklődést a dolgozók lelki egészsége iránt!

### Tisztelt Szerzőink!

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

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

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

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

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

#### *A kézirat formája*

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

Fáradozásukat köszöni és eredményes munkát kíván

a Szerkesztőbizottság

## Méltó megemlékezés a Magyar Tudomány Ünnepe alkalmából Győrött

Prof. Dr. habil. Schmidt Péter

Gyermekgyógyász főorvos, az MTA Köztestületi tagja, Akadémiai Bizottsági alelnök  
Gyermekegészségügyi Szolgálat, Győr

Nemes hagyományokat követ az MTA, amikor a novemberben minden évben országszerte a *Magyar Tudomány Ünnepe* eseménysorozatának szenteli. Ennek egyik helyszíne volt a Győr-Szigeti Gyermekorvosi rendelő, ahol Prof. Dr. habil. Schmidt Péter gyermekgyógyász főorvos, az MTA Köztestületi tagja, az Akadémia IX. Osztály Akadémiai Bizottsági alelnöke szervezésében tartották az ünnepséget.

Borkai Zsolt győri polgármester köszöntőjében a magyar tudósok eddig elért eredményeinek fontosságáról beszélt, akik kutatómunkájuk révén Magyarország hírnevét öregbítették a nagyvilágban. Dr. Papp Mária Magdolna győri háziorvos, a *Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Karának* oktató családorvosa *Semmelweis Ignác Fülöp* (1818, Pest–1865, Bécs) életútját és gyógyító munkájának eredményeit ismertette. Az „anyak megmentőjét” a világ 10 legkiválóbb orvosaként tartják számon. Beszédét követően Győr város polgármestere rangos kitüntetést, a város ezüst emlékérmét és díszoklevelét nyújtotta át Papp Mária Magdolna doktornőnek prevenció, gyógyító, valamint az egészségnevelés és egészségmegőrzés érdekében végzett munkájáért, illetve a *Széchenyi István Egyetem* hallgatói körében végzett kiemelkedő szűrővizsgálati tevékenységéért. Ezt követően megkoszorúzták a rendelő falán a Prof. Dr. Schmidt Péter főorvos kezdeményezésére 2000. július 1-jén alapított Semmelweis márvány emléktáblát: Borkai Zsolt polgármester, Prof. Dr. Schmidt Péter, Németh Zsolt, a *Bercsényi Miklós Közlekedési Középiskola* igazgatója és Várnagy András, a *Széchenyi István Egyetem* tanszékvezetője helyezték el a Semmelweis iránti tisztelet koszorúit.

Az ünnepség méltó módon szolgálta a *Magyar Tudomány Ünnepe* országos rendezvénysorozatát.



**Koszorúznak (balról jobbra):  
Borkai Zsolt, Várnagy András,  
Dr. Schmidt Péter és Németh Zsolt**



**Dr. Papp Mária Magdolna  
oktató családorvos,  
a kitüntetett**

Fotó: Szigethy Teodóra

## **„Egész(séges) lélekkel” Program**

**(TÁMOP – 6.1.2/AKMR/09/1)**

Dr. Simich Rita

Országos Egészségfejlesztési Intézet

### **A Benkő István Református Általános Iskola és Gimnázium (Budapest, Nyár utca 4., 1043) sikeres TÁMOP pályázata**

*A Társadalmi Megújulás Operatív Program (TÁMOP) „Egészségre nevelő és szemléletformáló életmódprogramok” című pályázati felhívás keretén belül nyert támogatást a Benkő István Református Általános Iskola és Gimnázium. A következőkben szeretnénk bemutatni az izgalmas és érdekes programot.*

Az Iskola 2004-ben indult (alapítója a Budapest – Északi Református Egyházmegye), 2006 óta összetett iskolaként működik (általános iskola és gimnázium). A tanulók száma 482 fő, az oktatómunkát 43 tanár látja el. Az Iskola Újpesten az egyetlen református közoktatási intézmény. Tanulói a keresztyén értékek mentén általános és emelt szintű angol, művészeti, ének-zene és testnevelés tagozatos osztályokban tanulnak.

Az Újpest központjában, lakótelepen található iskola tanulóinak túlnyomó része a környékből érkezik, jelentős szociális, mentális problémákkal rendelkező családokból. Ez a kedvezőtlen szocializációs helyzet a fiatalok egészségmagatartásában is megmutatkozik. Ezt figyelembe véve az intézmény – a hagyományos református utat követve – felvállalja a szociálisan hátrányos helyzetűek, valamint a társadalmi kirekesztettségben élők nevelését, oktatását. Pályázatuk is ezt a célt tűzte ki, megvalósulása ebben a tanévben történik.

Az Intézmény küldetését a következőkben foglalta össze: a normák és értékek szilárd egysége, a személyiség erkölcsi arculatának értelmi, érzelmi megalapozása, a tanulók egészséges, stresszmentes terhelése, az önismeret, a reális önértékelés fejlesztése, valamint az egészséges életmód alapvető ismereteinek közvetítése. Pályázatukat is felvállalt küldetésüknek megfelelően írták, a benne foglalt célok is ezek megvalósítására vonatkoznak.

A pályázat főbb elemei:

- az iskolai keretek között megvalósítható egészséges életmódra nevelés: sport, táplálkozás (egészséges büfé!);
- a tanulók igényeit kielégítő szabadidős tevékenységek bemutatása és gyakorlása – kortárs oktatók képzésével;
- elsősegély nyújtásával kapcsolatos ismeretek átadása;
- a mindennapos testmozgás lehetőségének (személyi és tárgyi feltételek) biztosítása – úszásoktatás, uszodai belépők a diákok számára;
- folyamatos drogprevenációs tevékenység.

Első pillantásra úgy tűnik, hogy ez a program semmiben nem különbözik más intézmények hasonló célokat megfogalmazó programjaitól. Azonban ha alaposabban megismerkedünk az iskolával (ethoszával),



akkor a következő ismeretekkel egészül ki az intézményről és programról alkotott kép:

- az iskola valamennyi diákját közvetve – 482 fő– célba veszi (nem egy-egy évfolyamra koncentrálni);
- a program tervezését és megírását felmérés(!) előzte meg, a kapott eredmények határozták meg a célokat és a célok elérését szolgáló programokat;
- a program részben a diákok (saját) egészséges életmódjának fejlesztését célozza, ugyanakkor az elsősegély-nyújtási ismeretek átadásával lehetővé teszi, hogy másokon is segíthessenek;
- az egészséges büfé megvalósításával a helyes táplálkozási szokások kialakítása elkezdődött, de ehhez – az energiaegyensúly biztosítása érdekében – szorosan illeszkedik a sportolás lehetősége (uszodai használat ingyen);
- a tanári kar teljes – aktív részvételen alapuló – támogatottságát élvezzi az „Egész(séges) lélekkel” program;
- a kapcsolódó rendezvények, mint program-állomások, rendszerezik az ismeretátadást, valamint jó lehetőséget nyújtanak a közös értékelésre és a jövőbeni feladatok meghatározására.

A projekt megvalósulását figyelemmel kísérjük, sikereiről, nehézségeiről és – remélhetőleg – eredményeiről a későbbiek során beszámolunk.

## Szabaduljon meg a stressztől!

**A**z alábbiakban személyiségtípusokhoz és életmódhoz igazított tippeket adunk a lazításhoz. Könnyen előfordulhat, hogy több személytípusban is önmagára ismer, ekkor bátran alkalmazza azokat az ötleteket, amelyekről úgy érzi, közel állnak Önhöz.

### KALANDOR

- Többnyire optimista.
- Szívesen próbál ki újdonságokat.
- Szerete egyszerre több mindennel foglalatkoskodni.

Született kockáztható. Alapelve: mindent ki kell próbálni egyszer! Ezért aztán ritkán unatkozik, és mivel többnyire jókedve van, az emberek szeretnek a közelében lenni.

#### STRESSZŰZŐ TIPP:

Nem szeret a kellemetlen feladatokkal bajlódni, ezért hajlamos a határidős munkákat is az utolsó pillanatra hagyni, azután kétségbeesik, hogy nincsen elég ideje. Éppen ezért tanácsos már akkor kezelnie a problémákat, amikor felmerülnek.

### ÚJÍTÓ

- Rendkívül fegyelmezett és józan gondolkodású.
- Elfogadja a szabályokat és a kötelezettségeket.
- Önmaga legnagyobb kritikusa.

Lelkes, elkötelezett és a tökéletességre törekszik.

#### STRESSZŰZŐ TIPP:

Rendkívül alapos, ezért hajlamos arra, hogy felhalmozza feladatait. Az egyre gyűlő tennivalók azonban nyilvánvalóan frusztrálják. Mielőtt nekilátna a munkának, próbálja meg eldönteni, melyik lépésről hitte azt eddig, hogy nélkülözhetetlen a sikerhez, ám mégsem annyira fontos. Ha így dolgozik, és így is elégedett a végeredménnyel, fokozatosan lazítsa tovább görcsösségét.

### CÉLTUDATOS

- Kényelmetlenül érzi magát, ha nincs nála a mobiltelefonja, vagy ha nem tudja elolvasni az e-mailjeit.
- Hetekre előre megtervezi napirendjét.
- Utál unatkozni.

Minden erejével az éppen előtte álló feladatra koncentrál, legyen az prezentáció vagy a vacsora elkészítése. És mivel nem panaszkodik, úgy tűnik, mintha minden, amibe belefog, másnak is egyszerű lenne.

*STRESSZŰZŐ TIPP:*

Iktassa be önmagát is határidőnaplójába! Például így: lazító fürdő szerdán este, mozi pénteken este. Tartsa is be a tervezettedet, ugyanúgy, mint tárgyalási időpontjait!

**TÖPRENGŐ**

- Szívesebben van egyedül vagy közeli barátaival, mint nagy társasággal.
- Kiváló problémamegoldó.
- Szeret annyi mindent megtanulni, amennyit csak lehet.

Rendkívül tájékozott. Amennyiben valami felkelti az érdeklődését, mindennek utánanéző, amit az adott témáról tudni érdemes. Kiváló megfigyelő, ezért olyasmit is észrevesz, ami mellett mások elmennek, így különösen érdekes szemszögből látja a világot.

*STRESSZŰZŐ TIPP:*

Egyensúlyozza komoly énjét azzal, hogy megnéz valamilyen vicces és szórakoztató sorozatot a tévében. Olyat, amelyik kellően bolondos és semmitmondó.

**ADAKOZÓ**

- Az emberi kapcsolatokat mindennél többre értékeli.
- Gyakran viseli mások gondját.
- Rendkívül bőkezű.

Mindenki hozzá rohan tanácsért, éppen ezért rengeteg barátja van, akik sokra tartják őt és véleményét.

*STRESSZŰZŐ TIPP:*

Kapcsolja ki néha a telefonját és csak magával foglalkozzon!

**ÖNTUDATOS**

- Magabiztosan képes dönteni.
- Öszinte és egyenes.
- Képes kiállni önmagáért és nemet mondani, ha szükséges.

Minden feladatához kellő önbizalommal és határozottsággal áll hozzá, így bármihez fog, sikert ér el. Emellett mindig kész megvédeni a gyengébbeket, és saját meggyőződéséért is bármikor kész szembeszálni bárkivel.

*STRESSZŰZŐ TIPP:*

Csatlakozzon jótékonyági ügyszökhöz vagy önkéntes munkát végző alapítványhoz! Ily módon úgy érezheti, van értelme annak, amit csinál, ez pedig csökkenti a feszültség érzését.

**BÉKESZERETŐ**

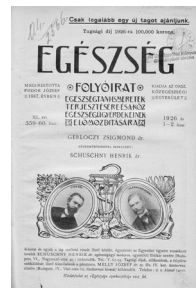
- Utálja a konfliktusokat.
- Nagyszerű hallgatóság.
- Könnyen képes alkalmazkodni bármilyen helyzethez.

Mindig arra törekszik, hogy a környezetében lévők boldogok és elégedettek legyenek.

*STRESSZŰZŐ TIPP:*

Nehezére esik megfogalmazni vágyait és nemet mondani? Pedig érdemes lenne megtanulnia! Legközelebb ne azt felelje: „nekem mindegy”, hanem fogalmazza meg pontosan, mire vágyik!

Az „Egészség” című folyóirat (Egészségtani ismeretek terjesztésére s a közegészségügy érdekeinek előmozdítására, szerkesztő: Dr. Fodor József, kiadó: Országos Közegészségügyi 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.



## A dohányzás visszaszorításának aktuális kérdései

Demjén Tibor,  
Koncz Barbara,  
Bóti Edina

Országos Egészségfejlesztési Intézet, Dohányzás Fókuszpont

Anno, 79 évvel ezelőtt idejétmúlt megállapítások is megjelentek az *Egészség* folyóiratban. Erre jó példa az alábbi rövid közlemény:

„Dohányzás és a rák. A dohányosok bizonyonnyal örömmel fogják olvasni az angol rákkutató bizottság jelentését, mely 10.000 orvos statisztikája alapján készült a rák elterjedéséről. Ennek a kitűnő munkának egyik következtetése az, hogy a dohányzásnak a rákkal semmi összefüggése nincs.”

K. f.

*EGÉSZSÉG* folyóirat, 1933. április  
Rövid közlések, 104. oldal

A nemdohányzók védelméről szóló törvénymódosítás 2012. január 1-i hatálybalépése külön aktualitást is ad ennek a témának. Tekintsük át a tényeket, amelyek a közel nyolcvanéves eredményeket ugyancsak más színben tüntetik fel!

Az *Egészségügyi Világszervezet (WHO)* szerint napjainkban a világon a megelőzhető halálokok között első helyen a dohányzás áll. Évente több mint ötmillió embert veszítünk el a dohányzás hatásai miatt, többet, mint HIV/AIDS, malária és tuberkulózis következtében

együttesen. A dohányzók több mint fele szenvedélyükkel összefüggő betegségekben hal meg.

*Markos Kyprianou* egészségügyi és fogyasztóvédelmi európai biztos nyilatkozata szerint az *Európai Unióban* évente mintegy 650 000 ember hal meg a dohányzással összefüggő betegségekben. Az *Európai Parlament* 2009. november 26-i állásfoglalása szerint az *Európai Unióban* a rák okozta halálozások 25 százalékáért, illetve a bekövetkező halálozások 15 százalékáért a dohányzás felelős. Óvatos becslések szerint 2002-ben az *Európai Unióban* 7 300 felnőtt – köztük 2 800 nemdohányzó – halt meg a környezeti dohányfüstnek való munkahelyi kitettség következtében. További 72 000 felnőtt, köztük 16 400 nemdohányzó halála vezethető vissza a környezeti dohányfüstnek való otthoni kitettségre.

A dohányzással összefüggő betegségek következtében Magyarországon közel harmincezer ember hal meg, ez minden ötödik hazai halálesetet jelenti.

A dohányzás egészségkárosító hatásait könyvtárnyi szakirodalom rögzíti. A dohányzás hatására jelentősen fokozódik a kardiovaszkuláris megbetegedések (hiper-

tónia, érelmeszesedés, trombózis, angina, szívinfarktus, agyvérzés, agyi érelzáródás), egyes daganatok (tüdőrák, szájüregi daganatok, gégerák, nyelőcsőrak és hólyagrak) és az idült hörgőhurut-tüdőtágulás (COPD) kockázata. A dohányzás szerepet játszik a csontritkulás, a szürkehályog és a makuladegeneráció megjelenésében is. Jelentős szövödménye a dohányzásnak a fertilitás csökkenése és az impotencia. A terhes anyák dohányzása nem csak az anya, de a magzat egészségét, életkilátásait is rontja.

A dohányzás okozta betegségek megoszlása: kardiovaszkuláris megbetegedések (41%); tüdőrák (21%); COPD (13%); egyéb daganatok (13%); egyéb légzőszervi betegségek (6%); egyéb betegségek (7%).

A tüdőrák halálozását tekintve Magyarország világszerte a legrosszabb, s ennek a betegségnek a 90 százaléka a dohányzás számlájára írható. Az idült hörgőhurut-tüdőtágulás (COPD) előfordulásának 80 százaléka függ össze a dohányzással. A szív- és érrendszeri betegségek miatti halálesetek egynegyede is a dohányzás következményének tekinthető. A dohányzás nem csak számos betegség gyakoriságát növeli, de a lefolyásukat is súlyosbítja. Annak a valószínűsége, hogy egy dohányos szívinfarktusban meghaljon, két-háromszorosa a nemdohányzóknak kockázatához képest. A rendszeresen napi 20 szál cigarettát elszívók körében 15-ször gyakoribb a tüdőrák és 12-szer gyakoribb a COPD, mint a nemdohányzóknál. A kockázat értelemszerűen növekszik a dohányzással töltött évek és a naponta elszívott cigaretták számával.

## Népegészségügyi és gazdasági hatások

A dohányos és családja költségei egyrészt a cigarettára fordított összeg, amit másra, fontosabb dologra, például ételre, iskoláztatásra, ruhára lehetett volna költeni. Mivel a dohányzás az összes dohányos egynegyedének halálát aktív éve alatt okozza, ezzel a dohányosok családjukat egzisztenciális bizonytalanságnak teszik ki. A betegségek szintén jövedelemkiesést okoznak, hisz a beteg ápolása (akár a dohányzó, akár a passzív dohányzásnak kitett családtag, különösen gyermek) akár több hétbe/hónapba is beletelhet. Vannak olyan országok, ahol a dohányosnak magasabb egészség- és lakásbiztosítási összeget kell fizetnie.

A dohányzás következményeként a morbiditási és mortalitási mutatók kedvezőtlenek, és ez az országok gazdasági fejlődését is negatívan befolyásolja.

A dohányipar rendszeresen hangoztatott érvei szerint a cigarettafogyasztás – a dohánytermékekre rótt jövedéki adók miatt – az egyes államok gazdasági bevételeinek jelentős részét teszi ki. Munkahelyeket teremt és tart fent, segítve ezzel a gazdaság fejlődését. Ezen érvek között viszont nem szerepel a dohányzás okozta negatív hatások kevésbé ismert költségvonzata. A dohányter-

mesztéshez elfoglalják az élelmiszer-termelésre alkalmas termőföldet. A gondatlan dohányzás tüzeseteket okoz. A dohányipar hozzájárul az erdőirtáshoz, hisz a cigarettagyártáshoz is szükség van papírra. A gyakori betegségek miatt csökken a munkaképesség.

Az Európai Unió országaiban a dohányzás költségei eléri az évi 98–130 milliárd eurót, ami az Unió 2000. évi GDP-jének 1,04–1,39 százaléka.

Az Európai Bizottság által 2003 februárjában rendezett „Dohányzásellenes és fejlesztéspolitikai magas szintű kerekasztal” résztvevői arra a következtetésre jutottak, hogy az országok gazdasági teljesítőképességének egyik alapvető befolyásoló tényezője az, hogy az illető ország mennyire sikeres a dohányzás visszaszorításában.

Egy 2006-ban a GKI Gazdaságkutató Zrt. által végzett kutatás, nemzetközileg elfogadott módszertant alkalmazva, a 2004-es megbetegedési és halálozási adatok felhasználásával kiszámította a dohányzás társadalmi káraitra vonatkozó adatokat. Eszerint 2004-ben Magyarországon körülbelül 23 ezer 35 év feletti állampolgár halt meg a dohányzás következtében. Majdnem minden harmadik 35 év feletti férfi (30%) a dohányzás miatt hal meg. A költségek körülbelül fele-fele arányban közvetlen és közvetett költségek. Jelentős tétel a gyógyszerkiadás, a rokkantnyugdíj és a fekvőbeteg-ellátás költsége, valamint a betegség miatti jövedelemkiesés.

Ez azt jelenti, hogy 2004-ben Magyarország nemzeti össztermékének (GDP) 1,7%-a veszett el a dohányzás miatt.

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

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

## Mérföldkövek a dohányzás visszaszorításában

A dohányzás visszaszorítása magyarországi folyamatának fontos állomásaként az Országgyűlés az Egészségügyi Világszervezet Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezményét (WHO FCTC) a 2005. évi III. törvénnyel kihirdette, ami 2005. február 27-én lépett hatályba.

A több mint 160 ország által aláírt egyezmény célja, hogy a dohányzást minimális szintre szorítsa vissza, gátat vessen a dohányzás járványszerű terjedésének, mérsékelje az egészségre káros hatásokat, és elfogadha-

tó mértékre csökkentse a társadalomra rótt, dohányzással összefüggő költségeket.

A keretegyezmény egyes cikkeivel kapcsolatos alapelveket és teendőket a tagállamok megtárgyalják és konszenzus esetén az egyes témákhoz kapcsolódó irányelveket alkotnak, amelyek segítik a tagországokban a megfelelő jogalkotást, intézkedések meghozatalát és azok érvényesítését.

2009-ig a tagállamok összesen négy irányelvet fogadtak el, amelyek magyar nyelvre lefordítva az interneten is megtalálhatók:

1. A dohányfüst-expozíció elleni védelemről szóló 8. irányelvet Részes Felek második konferenciája (COP 2) fogadta el 2007-ben: A WHO Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezménye dohányfüst-expozíció elleni védelemről szóló 8. cikkének végrehajtására vonatkozó irányelvek.

2. A dohányzás visszaszorításával kapcsolatos politikák dohányipari érdekekkel szembeni védelméről szóló 5.3 irányelvet a Részes Felek harmadik konferenciája (COP 3) fogadta el 2008-ban: A WHO Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezményének a dohányzás visszaszorításával kapcsolatos népegészségügyi politikáknak a dohányipar kereskedelmi és egyéb anyagi érdekeltsegeivel szembeni védelméről szóló 5.3 cikkének végrehajtására vonatkozó irányelvek.

3. A dohánytermékek csomagolásáról és címkézéséről szóló 11. irányelvet a Részes Felek harmadik konferenciája (COP 3) fogadta el 2008-ban: A WHO Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezménye 11. cikkének (Dohánytermékek csomagolása, címkézése) végrehajtására vonatkozó irányelvek.

4. A dohányreklámról és a dohányipari szponzorációról szóló 13. irányelvet a Részes Felek 3. konferenciája (COP 3) fogadta el 2008-ban: A WHO Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezménye 13. cikkének (Dohánytermékek reklámozása, promóciója és a szponzorálás) végrehajtására vonatkozó irányelvek.

A tagországok jelentésekben számolnak be a megva-

lósításról. Ezekben a következő területekről találhatóak adatok:

- demográfia,
- a dohányzás gyakorisága nem és életkor szerinti bontásban,
- törvényalkotás,
- adózás,
- a dohányzás visszaszorítását szolgáló programok,
- együttműködések.

A jelentéseket a hat hivatalos ENSZ-nyelv valamelyikén kell benyújtani, amelyek alapján a titkárság elemzi a keretegyezmény megvalósításának folyamatát, összefoglalókat, elemzéseket készít és tesz hozzáférhetővé internetes adatbázis segítségével (<http://apps.who.int/ftc/reporting/database>).

A jelentéseket Magyarországnak a ratifikálást követő két, illetve öt éven belül, azaz 2007., illetve 2010. február 27-ig kellett eljuttatnia az egyezmény titkárságára. Jelenleg már a 2012-es jelentés is elkészült, jóváhagyása, elküldése folyamatban van.

Fontos előrelépés, hogy az Országgyűlés 2011. április 26-án elfogadta a nemdohányzók védelméről szóló törvény módosítását. A tilalom vonatkozik valamennyi zárt légtérű közforgalmú helyiségre, azaz valamennyi munkahelyre, egészségügyi szolgáltatóra, vendéglátóipari egységre, beleértve a közintézményeket, szórakozóhelyeket, kocsmákat, bárakat, tömegközlekedési eszközöket, buszmegállókat, a gyalogosok által használt aluljárókat, játszótereket és azok 5 méteres körzetét is. Kivételt csak a hotelek szivarszobái, illetve a börtönök és pszichiátriai intézetek jelentenek. A törvénymódosítás 2012. január 1-jén lépett hatályba, de bírságot csak 2012. április 1-jétől, három hónap türelmi idő után szab ki a hatóság. A törvény szigorításával Magyarország is megfelel az Európai Unió és a WHO egészségpolitikai, szakmai elvárásainak, és egyben jelentős mértékben csökkentheti a dohányzás okozta népegészségügyi és gazdasági károkat is.

### IRODALOM

WHO World No Tobacco Day 2009.

[http://www.who.int/tobacco/wntd/2009/questions\\_answers/en/index.html](http://www.who.int/tobacco/wntd/2009/questions_answers/en/index.html)

<http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/05/1013&format=HTML&aged=1&language=HU&guiLanguage=en>

*Tobacco or health in European Union: Past, present and future. Report of the ASPECT consortium. European Commission, October 2004.*

[http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/Tobacco/Documents/tobacco\\_fr\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/tobacco_fr_en.pdf)

*Az Európai Parlament 2009. november 26-i állásfoglalása a dohányfüstmentes környezetről.*

P7\_TA(2009)0100 <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2009-0100+0+DOC+XML+V0//HU>

[http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/Tobacco/tobacco\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/tobacco_en.htm)

*The Smoke Free Partnership (2006). Lifting the smokescreen: 10 reasons for a smoke free Europe Brussels.* Belgium: European Respiratory Society.

Kovács G.–Manchin R. (szerk.): *Dohányzás vagy egészséges életmód.* Budapest, Medicina, 2006

*Tobacco or health in European Union: Past, present and future.*

*Report of the ASPECT consortium. European Commission, October 2004.*

[http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/Tobacco/Documents/tobacco\\_fr\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/tobacco_fr_en.pdf)

*High level round table on tobacco control and development policy. Brussels, 4 February 2003.*

Barta J.–Szilágyi T.–Tompai T.: *A dohányzás társadalmi költsége, a dohányadók hatása.*

*2005. évi III. törvény az Egészségügyi Világszervezet Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezményének kihirdetéséről*

*Guidelines on protection from exposure to tobacco smoke.*

[http://www.who.int/fctc/cop/art\\_8\\_guidelines\\_english.pdf](http://www.who.int/fctc/cop/art_8_guidelines_english.pdf)

*Guidelines for implementation of Article 5.3 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control on the protection of public health policies with respect to tobacco control from commercial and other vested interests of the tobacco industry.*

[http://www.who.int/fctc/guidelines/article\\_5\\_3.pdf](http://www.who.int/fctc/guidelines/article_5_3.pdf)

*Guidelines for implementation of Article 11 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control (Packaging and labelling of tobacco products).*

[http://www.who.int/fctc/guidelines/article\\_11.pdf](http://www.who.int/fctc/guidelines/article_11.pdf)

*Guidelines for implementation of Article 13 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control (Tobacco advertising, promotion and sponsorship).*

[http://www.who.int/fctc/guidelines/article\\_13.pdf](http://www.who.int/fctc/guidelines/article_13.pdf)

*First (two-year) implementation report, WHO FCTC.*

<http://www.who.int/fctc/reporting/hun/en/index.html>

*Second (five-year) implementation report, WHO FCTC.*

<http://www.who.int/fctc/reporting/hun/en/index.html>

[www.dohanyzasvisszaszoritasa.hu](http://www.dohanyzasvisszaszoritasa.hu)

[www.leteszemacigit.hu](http://www.leteszemacigit.hu)

# CONTENTS

## SURVEYS

- The Role of Sport in the Preservation of our Mental Health 2  
*Henriette Pusztafalvi, Judit Keller*
- Incidences of the Symptomes of Depression among Adolescent Youths in Budapest 12  
*Patricia Kalmár M.D.*
- Experiences of a Teeth Hygiene Program among Students with Deeply Disadvantaged Background 17  
*Aranka Kovács M.D.*
- Examination of Life Quality and Health Behaviour of Elderly People 24  
*Zsuzsanna Balogh Olvasztóné, Judit Lakó Herpainé, József Bognár, Judit Plachy Kopkáné*

## TRAININGS

- Fight Against Cancer with Harmony, Sport, Healthy Food and Screening 31  
*Prof. Tamás Simon M.D.*
- The First Hungarian Female M.D., Vilma Hugonnay 33  
*Andrea Gróz M.D.*

## COMPETITION

- First Aid Competition 37

## BOOK REVIEW

- György Fekete: Grow Up! 38  
*Gábor Szendi*

## MENTAL HEALTH DEVELOPMENT

- A Guide to Promoting Mental Health in the Workplace – Employers Resource 40

## NEWS, INFORMATION

- Celebrating Hungarian Science at Győr 47  
*Prof. habil. Péter Schmidt M.D.*
- Introducing a Youth Mental Health Program in Budapest 48  
*Rita Simich M.D.*

## VADEMECUM

- Stress Relief Techniques 50

## THE MATTER OF HEALTH – PAST AND PRESENT

- Actualities of Smoking Restriction 52  
*Tibor Demjén, Barbara Koncz, Edina Bóti*

### 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