

## TARTALOM

### TOVÁBBKÉPZÉS

Szociális szolgáltatások – globalizáció és egészségfejlesztés  
*Riez Andrea, Prof. Dr. Schmidt Péter*

2

### FELMÉRÉSEK

Az életmód és az osteoporosis kapcsolata  
közép- és időskorú nők körében

*Dr. Nagy Ágnes, Dr. Paulik Erzsébet*

8

Változó családalapítási tendenciák hatása  
az egészségfejlesztéssel foglalkozó szakemberek munkájára  
*Soósné Dr. Kiss Zsuzsanna*

14

### HÍREK, INFORMÁCIÓK

OEFI-modellprogram a szájüregi rák korai felismeréséért  
Útjára indult a HELP!

NincsDe – Minden eddiginél többen emlékeznek  
az életmódváltásra buzdító hirdetésekre

19

### TOVÁBBKÉPZÉS

Szenvedélybetegek rehabilitációs  
nappali mentálpedagógiai Egysége  
*Fekete György*

20

Mentálpedagógiai lexikon-szócikkek  
*Csoma Gyula, Fekete György*

25

### EURÓPAI SZEMLE

A DETERMINE-projekt legújabb eredményei  
*Taller Ágnes*

28

Az Európai Unió és az egészségfejlesztés

32

### KONFERENCIA

STAR-konferencia Budapesten  
30<sup>th</sup> Stress and Anxiety Research Society Conference  
– 2009. július 16–18.  
*Dr. Gritz Arnoldné*

33

A Férfiak Egészségének Nemzetközi Hete  
alkalmából Magyarországon szervezett programokról  
*Prof. Dr. Métneki János*

34

### HÍREK, INFORMÁCIÓK

Kevesebb só, hosszabb élet,  
Életkornövelő diéta  
Jól emlékszem?

35

Health  
Development

**EGÉSZSÉG-  
FEJLESZTÉS**

Az Országos Egészségfejlesztési Intézet folyóirata.

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

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

Főszerkesztő: Gábor Edina

Felelős szerkesztő:  
prof. dr. Simon Tamás

Vezető szerkesztő:  
Háromszéki Zsuzsanna

Szerkesztőség: OEFI,  
1096 Budapest, Nagyvárad tér 2.  
Levelezési cím: 1395 Budapest, Pf. 839/3.  
Telefon: (1) 428-8272.  
Fax: (1) 428-8273.  
E-mail: titkarsag@oeffi.antsz.hu  
Honlap: www.oeffi.hu

Kiadja:  
az Országos Egészségfejlesztési Intézet.

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

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

 Országos  
Egészségfejlesztési  
Intézet

# Szociális szolgáltatások – globalizáció és egészségfejlesztés

Riez Andrea<sup>1</sup>, Prof. Dr. Schmidt Péter<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Nyugat-Magyarországi Egyetem, Közgazdaságtudományi Kar, Széchenyi István Doktori Iskola, Sopron

<sup>2</sup>Gyermekegészségügyi Szolgálat, Győr

## Bevezetés

Az Európai Unió első éveiben az uniós politikák között az egészségügy nem szerepelt. A Maastricht-i Szerződésben (1992) fogalmazták meg először, hogy az Unió feladata – a tagállamok tevékenységét kiegészítve – hozzájárulni a magas szintű egészségügy biztosításához. Az egészségügyi ellátás szervezésében a jogharmonizáció nem valósul meg, de az uniós egészségpolitika a tagállamok különböző területeken történő együttműködését és – ösztönző intézkedésekkel – a közösség egészségügyi helyzetének javítását szorgalmazza.

Az Európai Unió több területe tartalmaz olyan programokat, amelyek kapcsolatosak az egészségüggyel, hiszen meghatározó elve, hogy a gazdaság és a társadalom minden intézkedése, területe az egészség szempontjait is érvényesítse. Az egészségre ható tényezők befolyásolása, megváltoztatása is csak minden érintett terület együttes munkájával lehet hatékony. Az egészség javításával kapcsolatos bármilyen gyakorlati tevékenység tervezéséhez ismerni kell azokat a tényezőket, amelyek az egészségre hatással vannak. E tényezőket jelen tudásunk alapján a következő négy nagy csoportba sorolhatjuk: életmód, társadalmi-gazdasági tényezők, környezet és genetikai tényezők. Ugyanakkor az egészségügy és az egészségfejlesztés kihívásainak széles körébe tartozik a társadalmi és gazdasági egyenlőtlenségek és a szociális kirekesztés problémájának megoldása is.

Mindezek fényében jelen tanulmányban kísérletet teszünk a megváltozott európai viszonyok feltérképezésére és bemutatására.

Az Európai Unió az utóbbi években jelentős átalakuláson ment át. Lakossága immár 500 millióra nőtt, a kezdeti célkitűzések nagy része teljesült, majd újabb célok és stratégiai irányok fogalmazódtak meg. Az Európai Unió az egységes piac kialakításának során, az egységes valuta bevezetésén keresztül indukálta a gazdasági változást és a szerkezetváltást, megváltoztatta a társadalmi és szociális viszonyokat. Európa társadalmának átalakulása az Európai Unió által kezdeményezett olyan intézkedések következménye, mint a foglalkoztatási jogokról, a nemek egyenlőségéről, a disz-

krimináció tilalmáról, a környezet- és fogyasztóvédelemről vagy a társadalmi párbeszédéről szóló iránymutatásai. A megváltozott gazdasági és társadalmi struktúra a szociális dimenzió területén is új koncepció megfogalmazását sürgeti. Szükség van az új szociális kockázatok felismerésén túl azok azonosítására és egy megalapozott, egyben hatékony megoldási javaslat kidolgozására. Az Európai Unió a szociális szolgáltatásokat az európai társadalom és gazdaság alappilléreinek tekinti. E szemlélet értelmében sürgetővé vált kialakítani a minőségi szociális szolgáltatások és személyre szabott támogatások körét. Jelen tanulmány a szociális viszonyok mögött meghúzódó társadalmi és gazdasági háttér megvilágítására tesz kísérletet.

## 1. Demográfiai változások és következmények

Az európai társadalmakban radikális demográfiai változást mutat a termékenység csökkenése és a várható élettartam növekedése, amelynek eredményeként számos probléma adódik:

- a társadalmi és a gazdasági fenntarthatóság kérdése,
- a két keresővel rendelkező háztartásokban a munka és a családi élet összeegyeztetése és a gyermeknevelési feladatok megosztása terén a nemek egyenlőségének problematikája,
- a generációk közötti méltányosság kérdése,
- elszegényedés,
- az egészségnevelés és egészségmegőrzés prevencióis szerepe.

### 1.1. A társadalmi és gazdasági fenntarthatóság

Az európai társadalmakban a születéskor várható élettartam kiugróan javult.

Az európai társadalmak hosszantartó békeidejének, az orvostudomány fejlődésének, a jobb élet- és munkakörülményeknek köszönhetően eltűnt a szélsőséges szegénység, a sokak halálát okozó betegségek, így mind több európai állampolgár számíthat hosszabb és tevékenyebb nyugdíjas évekre, bár az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés és a várhatóan egészségesen eltöltött élettartam megle-

hetős eltéréseket mutat az egyes jövedelmi szintek és régiók szerint. A statisztikai adatok hosszú évek óta a gyermekek számának csökkenését mutatják. Így valamennyi európai társadalomnak szembe kell néznie a népesség elöregedésével, amely fontos politikai kérdéseket vet fel az idősök egészségügyi ellátásának és gondozásának növekvő költségeit és a szociális terhek várható növekedése miatt Európa potenciális fejlődésére háruló terhet illetően. Ez a tendencia meghatározó hatással van a jóléti rendszerekre: az ehhez kapcsolódó költségek 2030-ra várhatóan eléri a GDP 2,5%-át, 2050-re pedig 4,3%-át. A tagállamok általában a felosztó-kirovó megoldást választották szociális biztonsági rendszereik finanszírozására, amelynek fenntarthatóságához szükség van az igazságos és méltányos alapokon nyugvó reformok megvalósítására. A reformokat sürgeti a fiatal munkaerő létszámának csökkenése, a magas munkanélküliségi ráta, a növekvő élettartam, a nyugdíjak biztosítása, a közösségi kockázatvállalás és az egyéni felelősségvállalás.

## 1.2. A nemek egyenlősége

A nők és a férfiak esélyegyenlőségét tekintve a háztartási munka és a gyermeknevelés feladatainak megosztásában, a foglalkoztatottság területén, a részmunkaidős állások betöltésében csökken a különbség. A munkavállalás és családalapítás közötti konfliktus ugyanakkor felerősödött, mert a családi jövedelem és státusz a két fél keresőképességétől és viszonyuk hosszú távú stabilitásától függ; általánossá lett a kétkeresős háztartás. A nők gazdasági okokból nem szülnék annyi gyermeket, amennyit ideálisnak tartanak, az európai társadalmakban csökken a termékenység. Ezeket a mutatókat erősíti a nem megfelelő lakáshelyzet és a nem megfelelő (hiányzó) gyermekgondozási intézmények is. A családmódellek átalakulásának vizsgálatakor azt is láthatjuk, hogy a gyermekek több mint negyede házasságon kívül születik, és egyre több gyermeket nevel egyedül az elvált szülő.

A válások magas számának eredményeképpen számos problémával kell szembenéznie a társadalomnak és a szülőknek egyaránt. Ugyancsak új kihívásként jelenik meg a munka és magánélet egyensúlyának felborulása, illetve a tágabb családdal ápoltság kapcsolatának meglazulása, amelyek növelik a fizikai–lelki betegségek kockázatát; és mint ismert, ez a kockázat szignifikáns különbséget mutat a két nem között. A nemi sztereotípiák a nők hátrányára továbbra is kimutathatóak. Sem a munkaerőpiacon, sem a gazdaságban, sem a politikai döntéshozatali pozíciókban nem jelennek meg kellő arányban. A bérezés sem egyenlő arányú, a nők és férfiak fizetése közötti eltérés átlagosan 15%.

## 1.3. A generációk közötti méltányosság

Az uniós tagállamokban a gyermekek és fiatalok aránya kisebb a nyugdíjasokénál. 2000-ben a népesség egyhatoda volt nyugdíjas, 2025-re az előrejelzések alapján ez az arány egynegyed lesz. A fiatalabb és az idősebb korosztály között nagymértékűvé válik a különbség a jövedelmek, a munka-

### 1. táblázat

#### Várható élettartam (év)

Forrás: a Bizottság COM (2007)726 közleménye

	1900	2000	2050
Nők	46	81,4	87,4
Férfiak	43,5	75,5	82

helyek biztonsága, a lakáslehetőségek és az idősödéssel járó anyagi terhek megosztása terén. Az idősödő társadalomban a szociális kockázatok felerősödnek. Jelentős méreteket ölt az időskori másokra utaltság, a társadalmi elszigetelődés és az elszegényedés. A 65 év felettiiek egyhatoda, kb. 12 millió egyedül élő személy – az idősök egynegyede – szegény. A tagállamoknak a gondozási igény növekedésével is szembe kell nézniük. A 70 évesek 28%-a él egyedül, ez az arány a 80-as éveikben járónál meghaladja a 40%-ot. A 75 év feletti 60%-a már valamilyen informális gondozástól függ.

## 1.4. Elszegényedés

Az Európai Unió tagállamaiban a társadalom változásainak általános iránya a posztindusztriális, tudásalapú és szolgáltatói társadalmi szerkezet felé mutat. Az egyén individualizálódik, és mint fogyasztó válik a társadalom jelentős tagjává. A társadalomkutatók és gazdasági elemzők tanulmányaiból azonban kitűnik, hogy az egyéneket a szegénység kockázata fenyegeti leginkább. A statisztikai adatok tükrében a szegénység súlyos probléma. Azt is látnunk kell, hogy az Európai Unióban jelenleg nincs valamennyi tagállamra érvényes abszolút szegénységi norma. Az EU a szegénységet relatív mértékkel méri: a család méretével kiegyenlítve az átlagjövedelem 60%-át veszi alapul. A relatív, tartós szegénység jelentős probléma, amely azt eredményezheti, hogy a szegénységben élők elszigetelődnek a társadalomtól. A szegénységi küszöb közelében élők háztartástípusonkénti megoszlása változatos képet fest. A felmérések alapján 72 millió uniós állampolgár szegény, közülük 12 millió idős ember. A jövedelmi statisztikák alapján azonban jelentős a szegénység az egyedül élő 30 év alattiak körében is.

Az egyedülálló fiatalok körében a szegénység gyakran olyan diákokat és frissen végzetteket érint, akik elhagyták a szülői otthont. A szegénység kockázata leginkább mégis a gyermekes családokat érinti. Az EU-ban a 18 év alatti lakosság száma 94 millió, amelynek 20%-át és velük együtt szülei is fenyegeti a szegénység. Az utóbbi három évtizedben egyre nőtt a gyermekszegénységi ráta, amely minden tagállamban magasabb, mint a népesség egészének szegénységi mutatója. A szegénységnek leginkább kitett gyermekek egyszülős családokban és a munkanélküliek háztartásaiban élnek, illetve olyan nagycsaládokban, ahol az anyák teljes munkaidőben dolgoznak és a jövedelemszerző apa bére alacsony; továbbá a bizonytalan, ideiglenes és rosszul fizetett munkát vállaló és/vagy etnikai kisebbségből – főként roma – származó szülők gyermekeire jellemző a szegénység.

## 2. táblázat

**A szegénység kockázatának aránya  
az Európai Unió néhány tagállamában 2004-ben**

Forrás: SILC (2005)

	EU25	BE	CZ	DE	EE	LV	LT	LU	HU	NL	SK	FI
Férfi	15	14	10	12	17	18	20	13	14	11	13	11
Nő	17	15	11	14	19	20	21	13	13	11	13	13
Gyermek (0–17)	19	19	18	14	21	22	27	19	20	15	19	10
Idős (+65 év)	19	21	5	15	20	21	17	7	6	5	7	18
Mindenki	16	15	10	13	18	19	21	13	13	11	13	12

### Az egészségnevelés és egészségfejlesztés szerepe az EU tagállamokban

Ismert tény, hogy az egyes EU-tagállamok eltérő egészségügyi ellátórendszerekkel rendelkeznek, a GDP-ből az egészségügyi kiadásokra fordított összeg jelentős különbségeket mutat. Ugyanez vonatkozik az egészségmegőrzés és egészségfejlesztés arányaira is. A jelentős szociális védőhálóval rendelkező Németország vagy Franciaország esetében a szociálpolitikai projektek is sokkal jobban érvényesülnek, mint a később csatlakozott új tagállamok esetében, ahol a lemaradás közel egy évtizednyi. A következő 5–10 év legfontosabb feladata ezen tagállamok mind jelentősebb felzárkóztatása.

### 2. A társadalom változásai

Említést kell tennünk azonban a társadalmi élet és értékrend változásairól is. Az individualizáció folyamatában a hagyományos értékek fellazulnak és átalakulnak. Új igények jelennek meg a szabadidős és kulturális tevékenységeket illetően; ezzel párhuzamosan új társadalmi problémák keletkeznek: a stressz és a depresszió, a kóros elhízottság, a környezettel összefüggő betegségek és a mozgáshiányos életmód, amelyek a társadalmi elszigeteltség, a lelki betegségek, a kábítószer- és alkoholfogyasztás, a bűnözés és a bizonytalanság érzése hagyományos problémáikhoz társulnak. Csökken a politika iránti érdeklődés, a politizálás iránti bizalom,

## 3. táblázat

Ország	30 év alatti nők és férfiak (az összlakosság arányában)
Egyesült Királyság	37%
Németország	42%
Hollandia	49%

illetve a polgárok elkötelezettsége, de nő a polgári szerepvállalás a jelenlegi és a jövő társadalmának formálásában. Megváltozik az egyén gondolkodásmódja az egészség iránti egyéni felelősségről, a lakhatási és közszolgáltatási lehetőségek megválasztásáról, az életminőséggel kapcsolatosan: az élelmiszerbiztonságról és minőségről, a tiszta vízről és levegőről, a környezetvédelemről; a hulladékkezelésről és az újrahasznosításról. Ez a megváltozott szemlélet pedig a társadalmi kohézió növekedését és a társadalom szociális felelősségvállalását szorgalmazza, mert a hagyományos közösségek megszűnésével és az európai társadalmak sokféleségének növekedésével egyre nagyobb a bizonytalanságérzet, fokozódik a bűnözéstől való félelem és megkérdőjeleződnek az identitás és az állampolgárság fogalmai.

- Teret hódított a személyes önmegvalósítás, kitolódott a szülőkről való leválás életkora, csökkent a nagycsalád összetartó ereje;
- Kialakult a „vallási hovatartozás hit nélkül” jelensége;
- Nőtt a tolerancia a házassági hűtlenség, a válás, az adó- és járulékcshalás, a kábítószer-fogyasztás, az ittas vezetés, az abortusz, az eutanázia kérdésében;
- Sokasodtak a gyermekeket érintő társadalmi problémák (tanulási és magatartási problémák, gyermekszegénység);
- Az európai háztartások nagy része eladósodott, a fogyasztás kielégítésére hiteleket vesznek fel.

### 3. Globalizáció és gazdaság – következmények

A globalizáció, a technológiai fejlődés és a gazdasági fejlemények kihatnak arra is, hogyan élünk és dolgozunk. A hagyományos ipari munkakörök eltűnnek és új munkalehetőségek alakulnak ki, amelyek a képességek fejlesztését, új készségek elsajátítását igénylik, illetve fokozott ütemű gazdasági és társadalmi változással járnak. A változás előnyei és veszélyei nem egyenlően oszlanak meg – földrajzi és jövedelmi egyenlőtlenségek jönnek létre –, a népesség egyes részei számára nehézséget okoz az alkalmazkodás, a munkanélküliség és a kirekesztődés veszélye fenyegeti őket.

## 4. táblázat

**A gyermekek (0–17 év) és felnőttek (18–59 év) aránya a munkanélküli háztartásokban az Európai Unió néhány tagállamában 2004-ben**

Forrás: SILC (2005)

	EU25	BE	CZ	DE	EE	LV	LT	LU	HU	NL	SK	FI
Gyermek	9,8	13,2	9,0	10,9	9,6	7,2	6,5	3,4	13,2	7,0	12,8	5,7
Felnőtt	10,3	13,7	8,0	11,1	9,5	7,8	8,1	7,1	11,9	8,0	10,8	11,0

A megváltozott foglalkoztatási paraméterek a tudás- és szolgáltatásalapú gazdaságban az oktatás meghatározó szerepét és jelentőségét növelik. Minél képzettebb valaki, annál kisebb annak az esélye, hogy munkanélkülivé válik. 2004-ben a felsőfokú végzettséggel rendelkező 25–64 évesek körében a munkanélküliség aránya 4,7% volt, míg a formális oktatást a középiskola felsőbb évfolyamain befejező személyekre vonatkozó adat 8,3%, a középiskola alsóbb évfolyamain pedig 11,2%. A felsőfokú végzettségük 7%-át fenyegeti a szegénység, szemben az alacsonyabb végzettségűeket jellemző 20%-kal. A munkahelyteremtésben és a beilleszkedés erősítésében kulcsfontosságú a humántőke, a képzettség és a készségek. Ezért fontos az európai oktatás és képzés rendszerének minőségét és hatékonyságát emelni, különös tekintettel az alapismeretek elsajátítására – az iskolás gyermekek egyötöde nem tanul meg alapszinten sem írni és olvasni, sem számolni. Szükség van a hasznosítható képzésekre – mert hatmillió fiatal hagyja el az iskolát anélkül, hogy képesítést szerezne –, és a továbbképzési lehetőségek biztosítására – a fiatalok, különösen az iskolából korán kikerülők, nehezen tudnak a munkaerőpiacra bejutni a képzetlen munkaerőt igénylő munkahelyek kisebb száma és az élethosszig tartó tanuláshoz való nagyon egyenlőtlen hozzáférés következtében.

A globalizáció felerősíti a társadalmi integráció és a migráció problémáit; a kereskedelempolitika területén Ázsia versenyképessége jelent kihívást; a környezetvédelemnek Európa hosszú távú energiaszükségleteinek fedezésére és az éghajlatváltozással jelentkező veszélyek elhárítására kell fókuszálnia a fenntarthatóbb gazdaság kialakítása érdekében.

A definiált társadalmi és gazdasági változások egy új szociális védelmi rendszer felállítását generálják. A közösségi jog értelmében a szociális szolgáltatások nem képeznek külön jogi kategóriát az általános érdekű szolgáltatásokon belül, de az ellátandó szükségletek miatt sajátos jelleggel bírnak, illetve a szociális szolgáltatásokat az európai társadalom és gazdaság pilléreiként értelmezik. Az Európai Unió a szociális szolgáltatások tekintetében két területet különböztet meg: az egyik, a közvetlenül az egyénnek nyújtott alapvető szolgáltatások köre és a másik, amely az élet alapvető kockázatait fedi le – betegség, fogyatékosság, munkahelyi baleset, munkanélküliség, öregkor, nyugdíj – a kiegészítő szociális védelmi rendszer. A társadalmi kohéziót és a megelőzést célzó szolgáltatások személyre szabott segítséget nyújtanak az egyén társadalmi integrációjának megkönnyítése és alapvető jogai érvényesülése érdekében számos esetben:

- az élet vagy különböző válságok (pl. családok szétszakadása, az eladósodás, munkanélküliség, kábítószerfüggés) során keletkező krízis kezelésében jelentenek segítséget;
- a valamilyen fogyatékossághoz vagy egészségügyi problémához kötődő, hosszú távon segítségre szoruló személyek beilleszkedésének biztosítását célzó tevékenységek is a szociális szolgáltatások körét bővítik;
- a hátrányos helyzetű társadalmi csoportok lakáshoz jutását segíti a szociális lakhatás;
- a társadalomba (rehabilitáció, bevándorlók nyelvi képzése) és a munkaerőpiacra (képzés, szakmai reintegráció) való beilleszkedést szolgáló és a családokat (különösen a gyermekeket nevelő és időseket gondozó) támogató tevékenységek.

A szociális szolgáltatásokat az Unióban több szervezési kritérium is jellemzi:

- a szolidaritás elvén alapuló működés, amely különösen a kockázatok megkerülése, valamint a járulékok és az ellátások egyenértékűségének egyedi alapon megállapított hiánya esetében szükséges;
- több funkciójú és személyre szabott jelleg;
- nonprofit jelleg;
- a civil erő jelenléte: önkéntesek és társadalmi munkában dolgozók részvétele;
- a (helyi) kulturális hagyományba való beágyazottság;
- a szolgáltatók és a szolgáltatások igénybevevői közötti aszimmetrikus kapcsolat.

A megváltozott paraméterek miatt az Európai Unió új szociális jövőkép megfogalmazását és kialakítását szorgalmazza, amelyet a lehetőségek, a hozzáférés és a közösségvállalás hármas elve alapján közelít meg:

- **Lehetőségek:** a nyitott és kiterjedt Európában kínálkozó lehetőségeket az egyén hasznára tudja fordítani és megvalósíthatja a benne rejlő lehetőségeket.
- **Hozzáférés:** új és hatékonyabb módszerek a megfelelő oktatáshoz való hozzáférés, a munkaerőpiacon való előrejutás, a minőségi egészségügyi ellátáshoz és a szociális védelemhez való hozzáférés, valamint a kultúrában és a társadalomban való részvétel érdekében.
- **Közösségvállalás:** a társadalmi kohézió és fenntarthatóság elősegítése a feltételekhez, az erőforrásokhoz és a szolgáltatásokhoz való egyenlő hozzáférés biztosításával.

A szociális szolgáltatások ágazata mind a gazdasági növekedés, mind a munkahelyteremtés szempontjából jelentős. A szociális védelem modernizálási folyamatának célja, hogy a társadalmak jobban szembe tudjanak nézni az általános

érvényűség, a minőség és a pénzügyi támogathatóság közötti feszültségekkel. A folyamat tartalmi elemei:

- teljesítményértékelési és minőségellenőrzési módszerek bevezetése,
- a felhasználók bevonása az irányításba;
- a szolgáltatások szervezetének decentralizálása helyi vagy regionális szintre;
- a közsféra feladatainak kiszervezése a magánszférába, a hatóságok pedig szabályozói szerepet töltenek be;
- a köz- és a magánszféra partnersége,
- a közfinanszírozást kiegészítő egyéb finanszírozások bevonása.

Az új szociális jövőkép menetrendje bizonyos esetekben a szociális kiadások átirányítását vagy újraelosztását is jelenti. Olyan befektetést, amelyet a fenntartható fejlődés szempontjából a szociális és gazdasági megtérülésre vonatkozóan rendelkezésre álló legpontosabb becslésekből kiindulva kell megindokolni. Például a korai életévekbe, az oktatásba és a képzésbe vagy a megelőző egészségügyi ellátásba történő befektetés „hozama” igen magas, és az élet későbbi szakaszában vagy egy nemzedékkel később jelentős haszonnal jár, nem csupán a magasabb foglalkoztatottság és termelékenység okán, hanem a társadalmi kohézió gyengüléséből adódóan a társadalmainkra háruló hatalmas költségek csökkenése miatt is.

Az Európai Unió a befektetést az alábbi területekre jelöli ki: ifjúság, karrier, hosszabb és egészségesebb élet, nemek közötti egyenlőség, aktív integráció és a megkülönböztetés tilalma, mobilitás és sikeres beilleszkedés, polgári szerepvállalás – kultúra – párbeszéd. Tehát ez a méltányosság és a hatékonyság összeegyeztetésének eszköze.

A menetrend megvalósítása döntően a tagállamok felelőssége. A szükséges politikai lépések megtételét a tagállamoknak kell garantálniuk. Az EU tevékenysége a bizonyított hozzáadott érték függvénye marad, a szubszidiaritás és arányosság követelményeivel összhangban. Ezt várják el a polgárok és általában ez bizonyul a legcélravezetőbbnek. Azonban ez nem zárja ki az EU dinamikusabb szerepvál-

lását a változások felgyorsításában, valamint a szükséges reformok irányvonalának kijelölését, támogatását és végigkísérését illetően.

E szerep szilárd alapokon nyugszik: a közösségi vívmányokon és a közös jogok és értékrend egészén. Az emberi méltóság tiszteletben tartását, a szabadságot, az egyenlőséget, a jogállamiságot, a demokráciát, valamint az emberi jogokat – ideértve a kisebbségekhez tartozó személyek jogait is – az alapjogi charta tartalmazza. Ezek az értékek közösen valamennyi tagállamban: a pluralizmus, a megkülönböztetés tilalma, a tolerancia, az igazságosság, a szolidaritás és a nők és férfiak egyenlősége.

## Összefoglalás

A szerzők részletesen elemzik a szociális szolgáltatások rendszerét az Európai Unió országaiban. A demográfiai változások, a globalizáció, az egészségfejlesztés egyes indikátorainak bemutatásánál megállapítják, hogy a definiált társadalmi és gazdasági változások egy új szociális védelmi rendszer felállítását követelik meg. A szerzők kiemelik a prevenció elsődlegességét, különös tekintettel az egészségfejlesztésben, egészségmegőrzésben és egészségnevelésben az egyes tagállamok között mutatkozó jelentős különbségekre. Szorgalmazzák egy új szociális jövőkép kidolgozását és annak teljes körű alkalmazását az EU-országokban.

## Summary

The authors analyse the system of social services in the states of the EU in detail. They found out while describing single indicators of demographic changes, globalisation, health improvement, that defined social and economical changes require the establishment of a new social protection system. The authors accentuate, that prevention is of primary kind, especially the considerable differences in health improvement, health keeping and health education between the states of the EU. They urge to work out a new social vision and to use it expansively in the states of the EU.

## IRODALOM

1. A Bizottság közleménye az Európai Parlamentnek, a Tanácsnak, az Európai Gazdasági és Szociális Bizottságnak és a Régiók Bizottságának: *A szociális védelem korszerűsítése a nagyobb társadalmi igazságosság és gazdasági kohézió érdekében: a munkaerőpiacról leginkább kiszorultak aktív integrációjának elősegítése*. Brüsszel, 17.10.2007, COM (2007) 620
2. A Bizottság közleménye az Európai Parlamentnek, a Tanácsnak, az Európai Gazdasági és Szociális Bizottságnak és a Régiók Bizottságának: *Lehetőség, hozzáférés, közösségvállalás: úton a XXI. századi Európa új szociális jövőképeinek kialakítása felé*. Brüsszel, 20.11.2007, COM (2007) 726
3. A Bizottság közleménye az Európai Parlamentnek, a Tanácsnak, az Európai Gazdasági és Szociális Bizottságnak és a Régiók Bizottságának: *A Közösség lisszaboni programjának végrehajtása: Az általános érdekű szociális szolgáltatások az Európai Unióban*. Brüsszel, 26.4.2006, COM (2006) 177
4. Józán P.: „Az öregedés élettani és társadalmi jelenségei.” *Magyar Tudomány*, 2002/4., 419. old.
5. Kopp M.–Kovács M.: *A Magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006.
6. Nováky E.: „Jövő kutatás és felelősség.” *Magyar Tudomány*, 2006/9., 1090–1098. old.

7. Schmidt P.–Fehér J.: „Egyes preventív lehetőségek a népegészségügyi program megvalósítása érdekében.” *Magyar Tudomány*, 2007/9., 1154. old.
8. Schmidt P.–Juhász J.–Korompáky M.: „Európai modell az iskolaegészségügyi ellátás speciális kérdéseiről.” *Egészségnevelés*, XLIV. évf., 2003/6., 261–263. old.
9. Schmidt P.–Simon T.: *Egy szociálpédiatriai tanulmány: Újszülöttek nyomonkövetése és az eredmények összevetése a szülők egészségmagatartásával*. A Veszprémi Akadémiai Bizottság (VEAB) díjnyertes pályamunkája, Győr–Várpalota, 1989.
10. Simon T.: „Az egészségérték-gazdálkodás kialakítása mint elsődleges egészségfejlesztési feladat.” *Egészségfejlesztés*, XLVII. évf., 2006/1–2., 2. old.
11. Szabó Sándorné: „A kormány szociálpolitikai célkitűzései, a kistérségek együttműködése a szociálpolitikai feladatok megoldásában.” *Magyar Városok Szövetsége Regionális Kistérségi Bizottság konferenciája*, Budapest, ICSSZEM–Duna Palota, 2005. november 9. Összefoglaló kötet
12. Szabó Sándorné: „A lakosság eladósodása és a mérsékelésére vonatkozó kormányzati program.” *Szociális Igazgatás IV. Országos Konferenciája*, Hajdúszoboszló, Hunguest Hotel, 2004. június 15–17.

# Az életmód és az osteoporosis kapcsolata közép- és időskorú nők körében

Dr. Nagy Ágnes, Dr. Paulik Edit

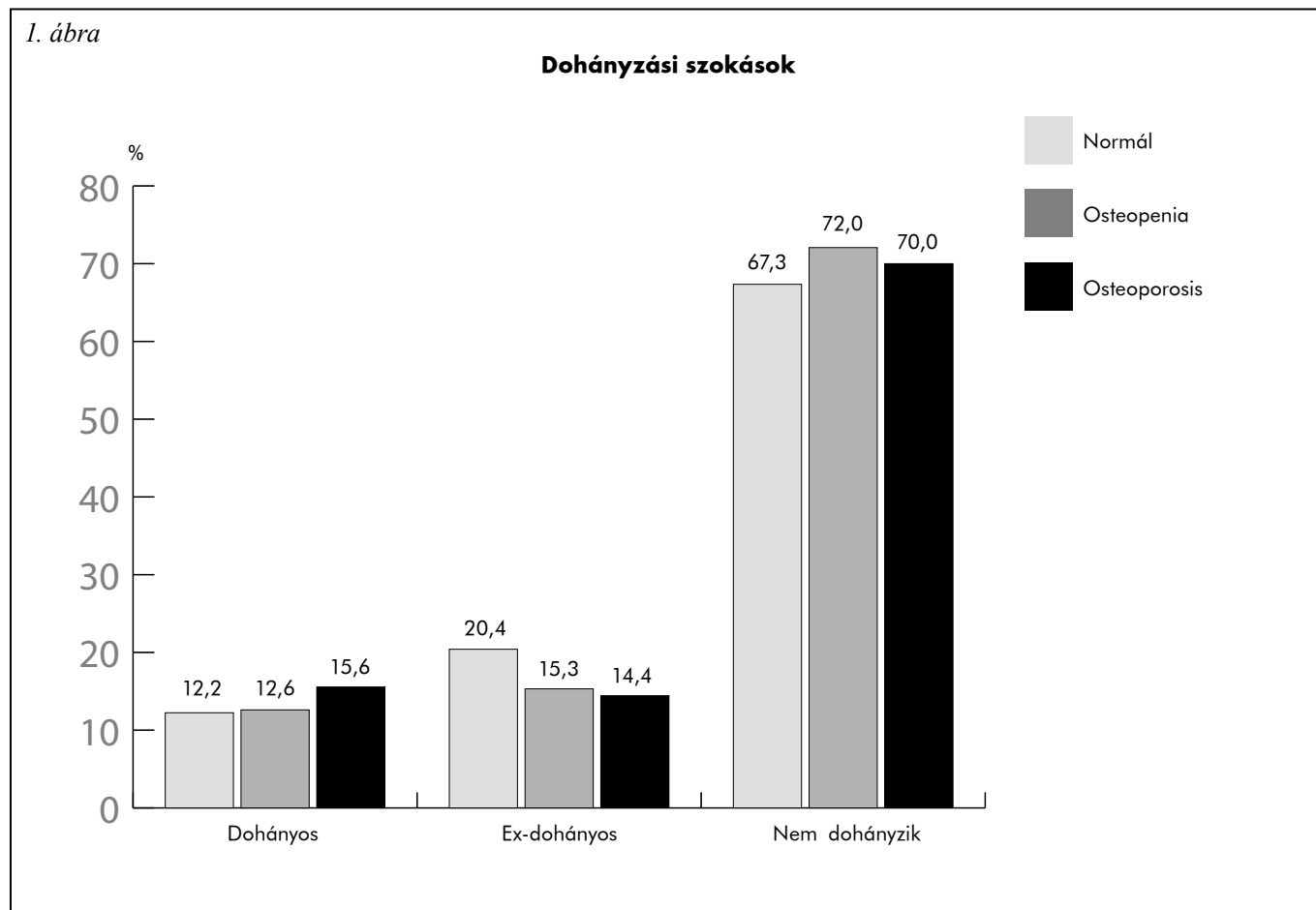
Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Népegészségtani Intézet

## Bevezetés

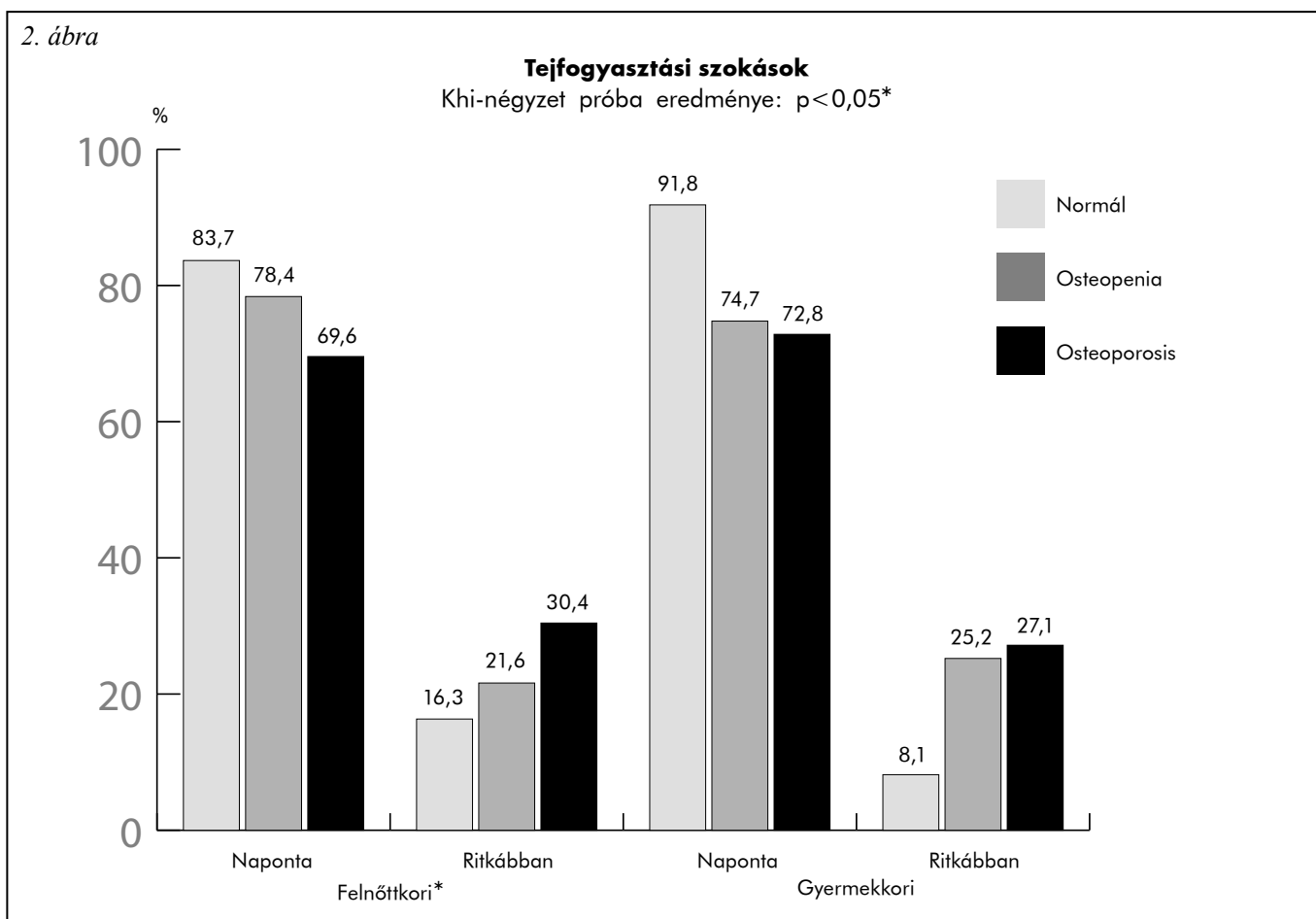
Az *osteoporosis* a csontrendszer mennyiségi és minőségi romlásával járó civilizációs betegség, amely a csont szilárdságának gyengülése révén fokozott törési hajlamot eredményez. Gyakran éveken keresztül sem okoz panaszokat, ezért néma járványnak is nevezik. (1) A betegség első tünetei háti- vagy deréktáji fájdalom formájában jelentkezhetnek, amelyek kevés mozgás után, illetve a gerinc tehermentesítésére enyhülnek. Jellemző a fáradékonyság, a gyengeség, a fizikai teljesítőképesség és a testmagasság csökkenése is.

Leggyakrabban – súlyosabb következményként – csigolyatörések, csuklótáji, alkarcsonti törések, illetve idősebb korban combnyaktörések fordulnak elő, amelyek rokkantságot és jelentős életminőség-csökkenést idézhetnek elő. A csonttöréssel járó esetekben az átlagos lakossági halandósághoz képest nagyobb a halálozás kockázata is.

A csonttrikulás világszerte mintegy 200 millió nőt érint, becslések alapján a 60–70 évesek egyharmadát, míg a 80 év felettiek kétharmadát sújtja. (2) Az Egyesült Államokban az







osteoporosis prevalenciája az 50 év fölötti nők körében 2015-re megközelíti a 35 milliót. (3) Az osteoporosis hazánkban minimálisan a lakosság 7–10 százalékát, mintegy 600 ezer nőt és 300 ezer férfit érint, és évente kb. 80–90 000 csonttörésért felelős. (4)

Etiológiai szempontból *primer* és *szekunder osteoporosis* különíthető el. A *primer (involúciós)* formában az életkor előrehaladtával csökken a csont szerves és szervetlen állománya, amely a minőségi, mikroarchitekturális változásokkal együtt olyan mértékűt ér el, hogy gyengül a csontok szilárdsága és nő a törési rizikó. (4) Kialakulásában a genetikai hajlamosító faktorok (sovány testalkat, alacsony termet, stb.) és az öregedés élettani hatásai mellett jelentős szerepet kapnak az életmódbeli tényezők, ezen belül is kiemelten az alacsony Ca- és D-vitamin bevitel, valamint a fizikai inaktivitás. Egészségtudatos magatartással, az életmódbeli tényezők befolyásolásával, a fiatalkori csúcscsonttömeg növelésével azonban csökkenthető a csonttrikulálás kialakulásának kockázata.

A *szekunder osteoporosis* különböző kórképek (pl. a pajzsmirigy fokozott vagy csökkent hormontermelésével járó betegségek) következményeként, illetve bizonyos gyógyszerek (nagy dózisu kortikoszteroidok, L-thyroxin, stb.) hatására jön létre. (5)

Napjainkban a betegség egyszerű módszerekkel, a csontsűrűségének (bone mineral density, BMD) mérésével diagnosztizálható, amelyre a társadalombiztosítás évente 2–3

milliárd forintot költ. (6) A BMD mérése során a csont ásványianyag-tartalmát vizsgálják az azonos életkorú egészséges átlaghoz (Z-score) és a fiatalkori csúcscsonttömeghez (T-score) viszonyítva. (7)

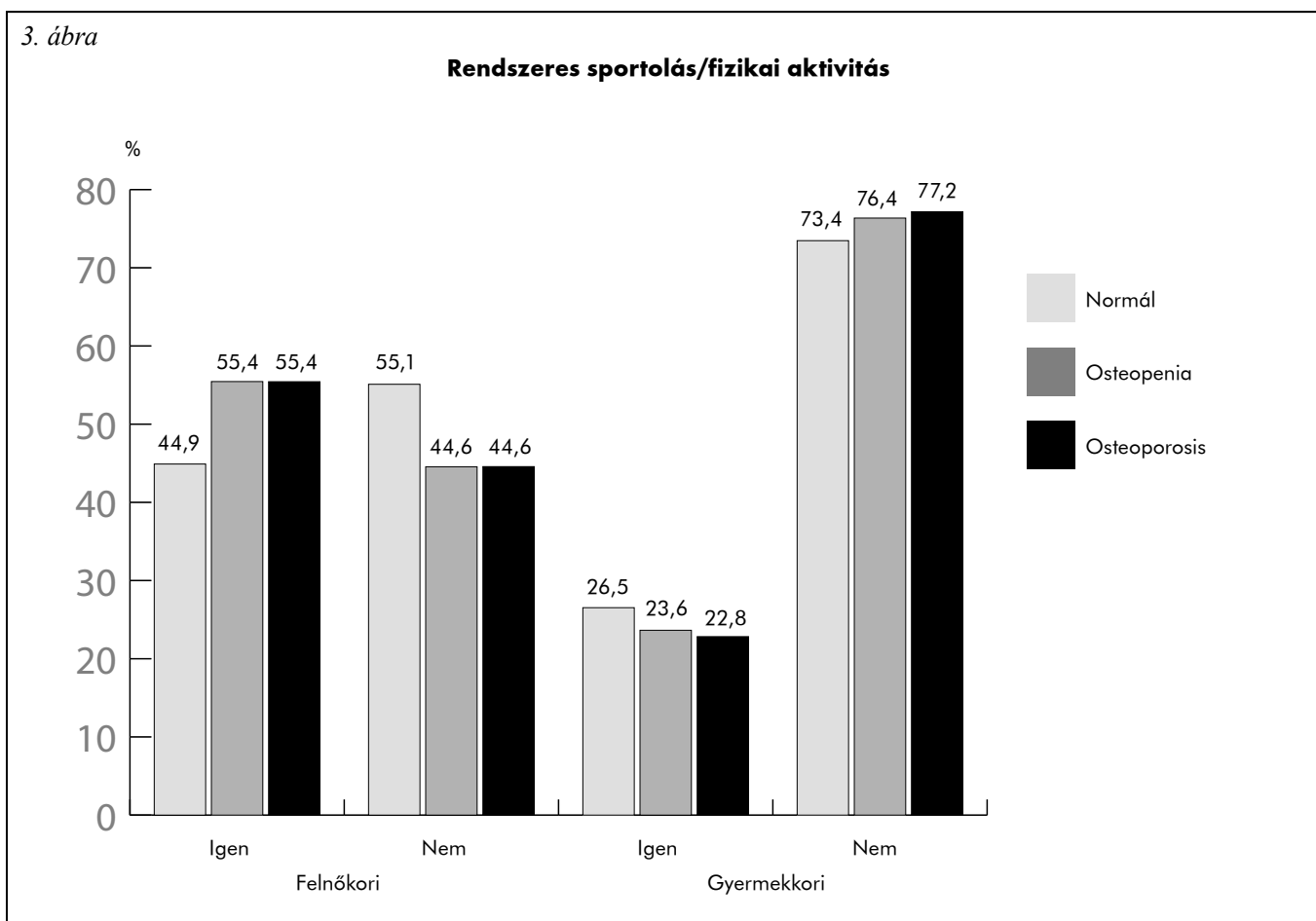
Vizsgálatunk célja az osteoporosis hátterében rejlő életmódbeli tényezők felmérése volt – ismételt csonttrikulálás-szűrőre résztvevő – közép- és időszerű nők körében, a csontsűrűség-mérés eredményével (normális csonttömeg, osteopenia, manifest osteoporosis) való összefüggésben.

## Módszer

A kérdezőbiztos segítségével végzett kérdőíves felmérésben 254 közép- és időszerű nő vett részt. A vizsgálatba bevontak kiválasztása véletlenszerűen történt azok közül, akiknél a 2007. február és július közötti időszakban az EUROMEDIC Diagnostics Szeged Kft. Újklínikai telephelyén osteodenzitometriás vizsgálatot végeztek. A felmérésben való részvétel önkéntes és névtelen volt.

A kérdőív a megkérdezettek szociodemográfiai helyzetét, életminőségét, egészségi állapotát és életmódját (dohányzási, kávé- és alkoholfogyasztási szokások, tej- és tejtermékek fogyasztása, kalcium- és D-vitamin bevitel, fizikai aktivitás) vizsgálta.

Az adatfeldolgozás SPSS 13.0 for Windows statisztikai programmal történt. Az értékelés során a százalékos megosz-



lások összehasonlítására khi-négyzet próbát alkalmaztunk; az eredményt  $p < 0,05$  esetén tekintettük szignifikánsnak.

A vizsgálatot a Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karának Regionális Humán Orvosbiológiai Kutatásértékelési Bizottsága engedélyezte.

### Eredmények

A megkérdezettek 20,1%-a 55 év alatti, 41,7%-a 55–64 éves, 27,6%-a 65–74 éves, 10,6%-a pedig 75 éves vagy idősebb volt, átlagéletkoruk 62 év.

A csontsűrűség-mérés – femur-nyak átlag, femur-teljes átlag, és AP gerinc – T-score értéke alapján három csoportot különítettünk el: normál eredménnyel rendelkezők ( $T\text{-score} > -1$ ), osteopeniások ( $-1 \geq T\text{-score} > -2,5$ , legalább egy eredményben) és manifeszt osteoporosisban szenvedők ( $-2,5 \geq T\text{-score}$ , legalább egy eredményben). Eszerint a megkérdezettek 19,4%-a a „normál”, 44,1%-a az osteopeniás, míg 36,5%-a az osteoporosis csoportba tartozott.

A dohányzási szokásokat illetően nem volt szignifikáns különbség a nem dohányzók, az ex-dohányosok és a jelenleg dohányzók csontsűrűség-eredményei között. (1. ábra)

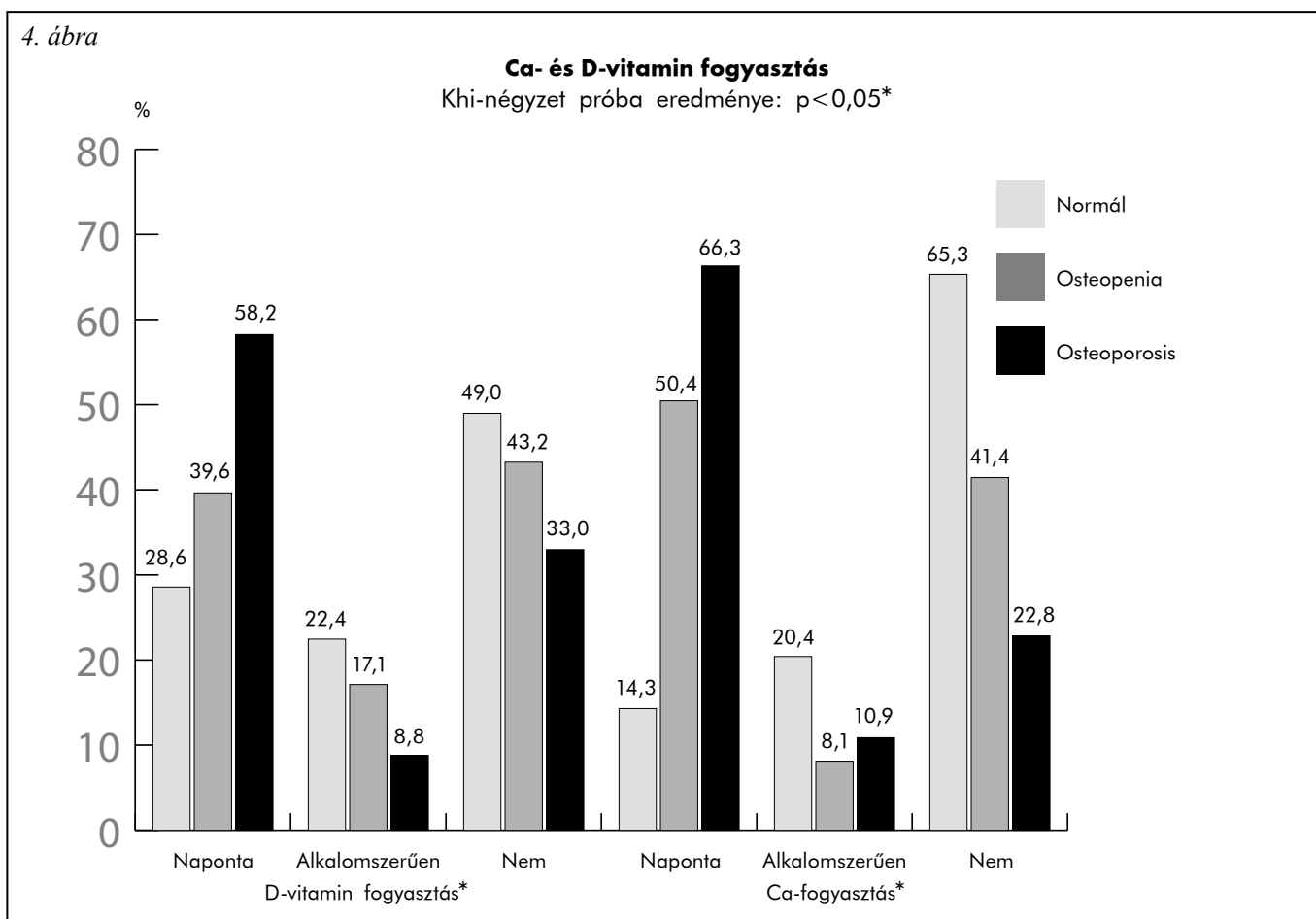
Az alkoholfogyasztási szokásokat vizsgálva hasonló eredményeket találtunk a három csoportban: a normál csontsűrűség-értékkel rendelkezők 4,0%-a, az osteopeniások 8,1%-a, a manifeszt osteoporosisban szenvedők 8,7%-a fogyasztott

napi vagy heti rendszerességgel alkoholt. Kávéfogyasztás tekintetében sem mutatkozott lényeges különbség az egyes csoportok között.

A gyermekkori tejfogyasztási szokásokban jelentős különbség állt fenn a naponta, illetve az ennél ritkábban tejet ivók eredményeit vizsgálva. A gyermekkorukban naponta, illetve ennél ritkábban tejet fogyasztók között 23,1% vs. 7,0% volt a normál csontsűrűségűek aránya. A csonttritkulásban szenvedők 72,8%-a, az osteopeniások 74,8%-a, a normál eredménnyel rendelkezők 91,8%-a ivott napi rendszerességgel tejet. A felnőttkori tejfogyasztást vizsgálva az osteoporosisos betegek 69,6%-a, az osteopeniások 78,4%-a, a normál eredménnyel rendelkezők 83,7%-a ivott naponta tejet. (2. ábra)

Sem a korábbi, sem pedig a jelenlegi fizikai aktivitás tekintetében nem volt szignifikáns különbség a csoportok között. Pozitív eredménynek tekinthető viszont az a változás, hogy míg a csonttritkulásos betegeknek mindössze 22,8%-a sportolt korábban, jelenleg 55,4%-uk mozog rendszeresen. (3. ábra)

A szakorvosok által rendelt gyógyszerek közül lényegesen többen szedtek korábban, illetve jelenleg biszfoszfonát készítményeket: a normál csontsűrűség-értékkel rendelkezők 2,1%-a, az osteopeniások 16,0%-a, a manifeszt osteoporosisban szenvedők 52,8%-a. SERM- (szelektív-ösztrogén-receptor-modulátor) készítményeket a normál csontsűrűség-eredménnyel rendelkezők és az osteopeniások közül



senki, míg a manifeszt osteoporosisban szenvedők 6,7%-a szed/ett korábban, illetve jelenleg.

A Ca- és D-vitamin használatának gyakoriságát vizsgálva szintén jelentős eltérés mutatkozott a naponta, illetve az alkalmoszerűen vagy egyáltalán nem szedők között. (4. ábra) Az osteoporosisos betegek szignifikánsan nagyobb mennyiségben fogyasztottak kalciumot, illetve D-vitamint; 58,2%-uk naponta vett be valamilyen Ca-készítményt, míg az osteopeniások 39,6%-a, a normál eredménnyel rendelkezők 28,6%-a tette ezt. A csonttrikulásban szenvedők 66,3%-a, az osteopeniások 50,5%-a, míg a teljesen egészségesek 14,3%-a napi rendszerességgel fogyasztott D-vitamint.

A kalcium bevétele – a megkérdezettek 59,1%-ánál – többnyire Ca-pezsőtablettaformájában történt; a manifeszt osteoporosisban szenvedők 32,2%-a pezsőtablettát, míg 8,9%-a Calcivid-et szedett alkalmoszerűen vagy rendszeresen.

A megkérdezettek 6,4%-ának volt tudomása olyan klubról, ahol a csonttrikulással érintettek további információkat kaphatnak betegségükről; 74,9% úgy vélte, hogy elegendő információt kapott az orvosától, ugyanakkor 47,6%-uk szélesebb körű tájékoztatást igényelne.

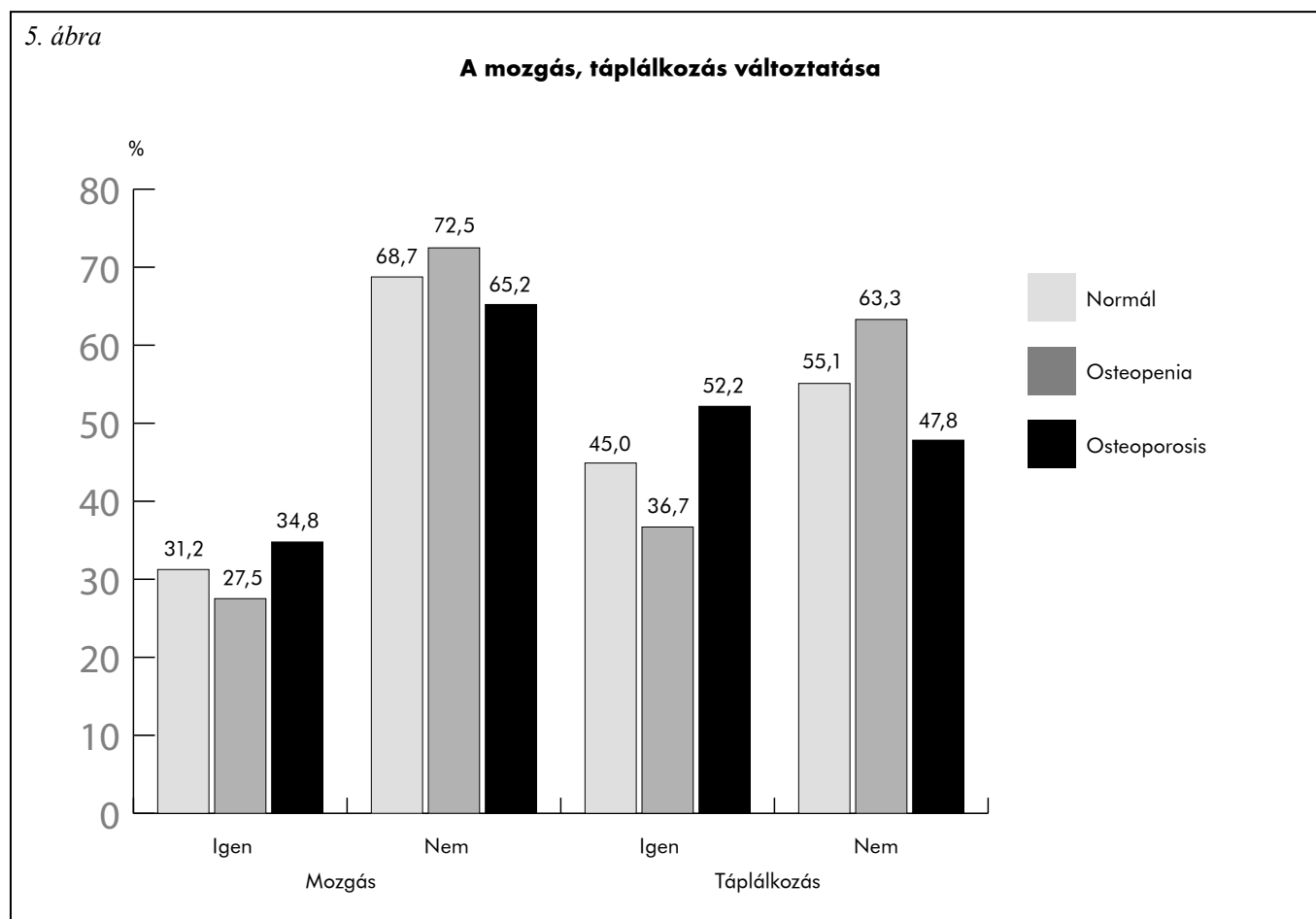
Az életmódváltást vizsgálva azt találtuk, hogy táplálkozási szokásain az osteoporosisos betegek 52,2%-a, míg a fizikai aktivitást illetően mindössze 34,8%-uk változtatott. Ez az arány az osteopeniások körében 36,7%, illetve 27,5%, a normál csontsűrűség-értékkel rendelkezők körében pedig

44,9% illetve 31,3% volt; a különbség egyik esetben sem bizonyult szignifikánsnak. (5. ábra)

## Megbeszélés

Megfelelő ismeretek birtokában, az életmód tudatos megválasztásával számos későbbi betegség, így a csonttrikulás is megelőzhető, kialakulásának kockázata csökkenthető, s ezáltal az életminőség, életszínvonal javulása mérhetővé válik mind az objektív, mind pedig a szubjektív mutatók terén. Ahhoz azonban, hogy ezek a változások tapasztalhatóak legyenek, mindenekelőtt a kockázatnak kitett lakosság gondolkodásmódján kell változtatni. E probléma megoldása elsősorban a preventív medicina feladatkörébe tartozik. Az osteoporosis prevenciója fiatal korban a csúcscsonttömeg lehető legmagasabb szintjének elérését, míg idősebb korban ennek megtartását jelenti. (8) Ehhez kiemelten fontos a megfelelő tájékoztatás, a pontos ismeretátadás, a lényeglátás elősegítése, a saját szerep, s ezen keresztül az egyéni felelősség hangsúlyozása az egészség megtartásában.

Eredményeink alapján megállapítható volt, hogy a betegség ismerete nem befolyásolta olyan mértékben pozitív irányban a vizsgált nők életmódját, ahogyan azt az eredményes terápia megkívánná. A betegek állapotukat elsősorban „tablettákkal” – vitamin- és ásványianyag-készítményekkel, az orvos által rendelt gyógyszerekkel – próbálták javítani.



Igen alacsony volt azoknak az aránya, akik ismertek olyan helyi közösséget, ahol a csontritkulással érintettek további felvilágosítást kaphatnak betegségükről. Az orvostól kapott információk nem mindig bizonyultak elegendőnek, a megkérdezettek fele szélesebb körű tájékoztatást igényelt volna.

Az osteoporosis – szövődményei következtében – jelentős szenvedést, életminőség-csökkenést okozhat. A töréseket követően az idős betegek sok esetben ágyhoz kötöttek maradnak, kórházi ápolásra szorulnak. A *National Osteoporosis Foundation* (USA) adatai szerint a csípőtáji törést szenvedett betegek közül fél évvel a törést követően 10 betegből öt nem tudott önállóan öltözködni, kilenc képtelen volt segítség nélkül 800 métert gyalogolni, további kilenc pedig félemeletnyi magasságot megtenni egyedül; hat beteg közül egy hunyt el a szövődmények következtében. (9) Az ellátásuk nehéz feladatokat ró a családtagokra, és az emberi tényezőknél, az egyéni sorsokon túl az egészségügyi ellátórendszerrel is jelentős többkiadásokkal terheli.

Az osteoporosis hatékony kezeléséhez és az elért eredmények megtartásához az orvossal való együttműködés mellett feltétlenül szükséges az egyén életmódjának megváltoztatása is. Ehhez lényeges az egészségüggyel való együttműködés, hiszen ha a beteg nincs meggyőződve, illetve meggyőzve arról, hogy betegségének gyógyítása, gyógyulása az ő aktív részvétele nélkül nem lehetséges, akkor a gyógyítás ideje, hatásossága fog kárt szenvedni. (10) Emellett szükség van

az életmód megváltoztatására is, amely főleg idősebb korban nem könnyű feladat. Éppen ezért fontosnak tartjuk egy olyan helyi közösségi egészségfejlesztő program kidolgozását, amelynek keretében az egyébként „magányos”, motiválatlan betegek – sorstársaik körében – nagyobb hatékonysággal tudnak változtatni életmódjukon. Az ott megszerzett tudást gyermekeiknek, unokáiknak továbbadva a betegség populációs szintű megelőzésében is fontos szerephez jutnának.

### Összefoglalás

A 2007. február és július közötti időszakban történt kérdőíves felmérés célja ismételt osteodensitometriás szűrésen résztvevő közép- és időskorú nők életmódjának (dohányzási, kávé- és alkoholfogyasztási szokások, tej- és tejtermékek fogyasztása, kalcium- és D-vitamin bevitel, fizikai aktivitás) vizsgálata volt. Az egészségmagatartás jellemzői és a csontsűrűség-mérés eredményeinek összevetése alapján a betegség ismerete nem befolyásolta olyan mértékben pozitív irányban a vizsgált nők életmódját, ahogyan azt a hatékony terápia megkívánná. A betegek állapotukat elsősorban „tablettákkal” – vitamin- és ásványianyag-készítményekkel, az orvos által rendelt gyógyszerekkel – próbálták javítani. A szerző az adatok bemutatásával egy helyi közösségi egészségfejlesztő program kidolgozásának fontosságára hívja fel a figyelmet a hatékonyabb változtatás érdekében.

## Summary

The purpose of this questionnaire-based epidemiological study, carried out in February to July 2007, was to investigate lifestyle factors (smoking; coffee, alcohol, milk and dairy product consumption; Ca and vitamin D intake; physical activity) among middle-aged and elderly women participating in repeated osteodensitometry. Comparison of health behaviour and bone mineral density revealed that the

women's lifestyle was not as much influenced in the positive direction by knowledge about their osteoporosis as would be desirable for an efficient therapy. The patients tried to treat themselves by taking pills (vitamin and mineral preparations, as well as medications ordered by doctors).

The author's aim with demonstrating these data was to emphasize the importance of elaborating a local health development program in order to achieve a more efficient alteration in lifestyle.

## IRODALOM

1. Lakatos P.: „Az osteoporosis gyógyszeres kezelésének korszerű szemlélete.” *Hippocrates*, 2005;7(2):120–127.
2. Nagy P.: „NORA vizsgálat.” *Hippocrates*, 2002;4(1):54–57.
3. George A. Kelley–Kristi S. Kelley.: „Exercise and bone mineral density at the femoral neck in postmenopausal women: A meta-analysis of controlled clinical trials with individual patient data.” *Am. J. Obs. Gyn.*, 2006;194:760–767.
4. László Á.: „Osteoporosis a postmenopausában.” *Orvosi Hetilap*, 2004; 145(1):3–13.
5. Tárczy Cs.–Szerb J.–Varga L.–Toldy E.: „Posztmenopauzában lévő nők csontanyagcsere-vizsgálata a testtömegindex függvényében.” *Ca és Csont*, 2004;7(2):43–47.
6. Szathmári M.: „Új gyógyszer a csontritkulás kezelésére.” *Világgazdaság Online*, 2006. december
7. Somogyi P.: „A csontritkulás diagnosztikája és terápiája 2007-ben.” *Hippocrates*, 2007; 9(2): 91–98.
8. Mikó I.: „Az osteoporosis diagnosztikája és terápiája.” *Hippocrates*, 2001;3(1):31–36.
9. Bors K.–Bálint G.–Szekeres L.–Balogh Á.–Forgács S.–Genti Gy.–Holló I.–Kiss L.–Marton I.–Poór Gy.–Somogyi P.–Szekanecz Z.–Szűcs J.–Takács I.–Tamási L.: „Ajánlás az osteoporosis prevenciójára, az osteoporosisos beteg rehabilitációjára.” *Ca és Csont*, 2003;6(3): 116–120.
10. Simon T.: „Az egészséges életmód szabályai ismeretének alakulása 14–19 éves fiatalok körében 1993, 1995 és 1998 években Magyarországon.” *Egészségnevelés*, 1998;39:236–239.

# Változó családalapítási tendenciák hatása az egészségfejlesztéssel foglalkozó szakemberek munkájára

Soósné Dr. Kiss Zsuzsanna PhD.

Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Népegészségtani Intézet,  
Családgondozási Módszertani Tanszék

## Változó családstatistikai mutatók, új családalapítási tendenciák

A magyarországi természetes népmozgalmi adatokból (1. táblázat) már szinte közismertnek számító tény, hogy hazánkban az 1980-as évek második felében megkezdődött a népesség számának abszolút csökkenése. Az élveszületések száma csökken, 1970-hez viszonyítva 2007-ben több mint harmadával kevesebb gyermek született. A természetes szaporodás (-3,5) negatív előjelű, ami népességfogyást jelent és magas abszolút értékű. (Tájékoztató jelleggel említem, hogy 1945-ben a természetes szaporodási adat -4,7 volt.)

Nagyon szép szakmai sikernek könyvelhető el, hogy a terhességmegszakítások számát sikerült egyre lejjebb szorítani, 1970-hez viszonyítva közel az ötödére. A magzati halálozás tekintetében is tapasztalható pozitív változás (1970-hez viszonyítva majdnem a felére csökkent), bár ez utóbbi területen a kedvező tendencia megállni látszik. Az eredmények a konkrét számok tekintetében mégis elgondolkodtatóak, a magzati veszteségek némiképp riasztóak: több mint 60 000 gyermekkel (ez két közepes nagyságú város lakosságának felel meg) kevesebb született meg 2007-ben terhességmegszakítás és magzati halálozás miatt.

A házasságkötések száma (2. táblázat) folyamatosan csökken, 1970-hez viszonyítva 58%-al, azaz több mint a felére esett vissza. A válások száma ezzel szemben 10%-al emelkedett. A házasságkötések és válások arányában is jelentős változás történt. A 4:1 házasságkötési-válási arány 2007-ben már 1,6:1 arányra változott. Nem szabad azonban figyelmen kívül hagyni, hogy a statisztikai adatokból csak a házasságkötések és a házasságkötések felbomlásának számadatait tudjuk meg, az élettársi kapcsolatok számáról és azok felbomlásáról – amely szakmai szempontból a váláshoz hasonló problémákat vet fel – nincs pontos tudásunk. 1970-ben az újszülöttek majd 100%-a (94,6%) házasságban született. Napjainkban több mint harmadával kevesebb újszülött érkezik jogilag is elismert (62,5%), míg 37,5%-uk házasságon kívüli kapcsolatba.

Az első házasság megkötésének, az első és további gyermekek vállalásának ideje is egyértelműen kitolódik (3. és 4. táblázat).

A nők és a férfiak átlagéletkora az első házasságkötéskor emelkedik (3. táblázat).

1970-hez viszonyítva napjainkban a nők 5,9, a férfiak 5,6 évvel később kötnek házasságot. 2007-ben a férfiak „új csúcsot döntöttek”, átlépték a 30. életévet. A házasságra lépő párok közötti életkorbeli különbség csökkent.

Nemcsak a házasságkötés, hanem a gyermekvállalás ideje is kitolódik. A nők házasságkötési és a házasságban élő nők gyermekvállalási adataiból (4. táblázat) kiderül, hogy a 37 évvel ezelőtti hölgyekhez képest napjainkban a nők több mint 6 évvel később kötnek házasságot, és a házasságban élő nők 6 évvel később szülik meg az első, és 5 évvel később további gyermekeiket.

A nők házasságkötésének átlagos ideje 2006-ban elérte a 30. életévet, 2007-ben tovább emelkedett. Az első gyermek vállalásának ideje körükben 2007-ben tovább emelkedett, de az előző évekhez viszonyítva már jóval kisebb mértékben. A házasságban élő nők gyermekszülésének átlagos ideje 2007-ben meghaladta a 30. évet.

Több gyermek születése esetén a születek közötti idő csökken. 1970-ben még jellemzően 2,5 év telt el az egyes születek között, napjainkra ez az idő több mint egy évvel lecsökkent. Míg 1970-ben az egyik gyermek születését követően átlagban több mint 1,5 év múlva fogant meg a következő gyermek, addig napjainkban ez alig több mint 0,5 év.

## Megbeszélés

A mutatók egyértelműen a szülési kedv visszaeséséről tanúskodnak. Gyakori a családokban a tudatos vagy kényszer szülte gyermektelenség, magas az „egykek” száma, kevés a nagycsalád (három vagy háromnál több gyermek). Ezek a jelenségek az egyének és a családok számára olyan veszteségekkel járnak, amelyek jövőjük szempontjából igen jelentősek, de általában sem a családok, sem az egyének nem „szá-

*A tanulmány egy három részből álló cikksorozat első darabja.*

*A második és harmadik rész – terveink szerint – folyóiratunk 2009/4., illetve 5–6. számában jelenik meg.*

## I. táblázat

## Természetes népmozgalmi mutatók – magzati veszteségek

Forrás: KSH

Dátum (év)	Élveszületések száma	Természetes szaporodás	Terhességmegszakítás (fő)	Magzati halálozás (fő)
1970	151.819	3,6	192.283	31.357
1980	148.673	3,8	80.882	21.128
1990	125.679	-3,1	90.394	18.295
2000	97.597	-3,7	59.249	15.461
2002	96.804	-3,5	56.075	17.035
2004	94.647	-3,7	52.539	16.879
2006	99.871	-3,2	46.324	17.847
2007	97.613	-3,5	43.870	17.247

molnak” velük. Úgy tűnik, hogy a családok a gyermekvállalási döntés meghozatalakor a materiális tényezők mérlegelése mellett gyakran elfelejtnek olyan lényeges, hosszú távú szempontokat is mérlegelni, amelyek a család és az egyének boldogsága, jövőbeli boldogulása szempontjából igencsak fontosak: a testvérkapcsolatból fakadó örömeket, ismereteket és tapasztalatokat, a szülők elhalálozása utáni egyedüllétet, a gyermek/gyermek nyújtotta szülői örömet.

A művi abortuszok és magzati veszteségek alakulása ugyan kedvező, de még mindig jelentősnek mondható.

A mutatók alapján úgy tűnik, hogy napjainkban nemcsak a szülésről, hanem a házasságról sem mondhatjuk el, hogy az emberi lét alapja. Alacsony és továbbra is jelentősen csökken a házasságkötések száma. Egyre kevesebben és mindinkább későbbi időpontban kötnek házasságot (2007-ben a férfiak átlépték a 30 évet!), s egyre inkább az alternatív együttélési formák (élettársi kapcsolat, egyedül élő felnőtt, gyermeket egyedül nevelő szülő) elterjedésének lehetünk tanúi. A házasságban együtt eltöltött idő viszont az utóbbi években emelkedett.

A csökkenő termékenység mellett egyre több gyermek születik házasságon kívül.

A csökkenő házasságkötések mellett még mindig emelkedik a válások száma. A házasság felbontásával járó válások mellett nincs pontos tudásunk az élettársi kapcsolatok megszakadásáról. Majdnem két évtizedes, családokkal végzett munkám tapasztalata, hogy a kulturált válás csak a családok igen elenyésző részére jellemző. A válási folyamat „kivitelezési módja” a családok és egyének életének talán leginkább ártó, megoldatlan problémája. A válási kultúra helyett inkább beszélhetünk súlyos válási kulturátlanságról. Iskolai végzettségtől függetlenül a szülők súlyos hibákat vétnek. Ez részben a válási minta hiányának – az előző generációk-

ban nem volt ilyen gyakori a válás – és a tudatlanságnak is betudható.

A témához kapcsolódó talán egyik legaktuálisabb kérdés a gyermekvállalás életkorbeli kitolódása, amely személyes kutatási és gyakorlati tapasztalataim alapján nem egyértelműen jár együtt a nagyobb fokú felkészültséggel és a következmények ismeretével is.

A szülés életkorbeli kitolódása számos szakmai kérdést, problémát vet fel:

- 1970-hez viszonyítva ötödével meghosszabbodott életkorban történő első szülés miatt nagymértékben fel kellene, hogy értékelődjön az egészséges életmód és az egészséges környezeti hatások szerepe.

- Az első gyermek születe előtti fogamzásgátlási idő a duplájára emelkedhet.

- Az idősebb életkorban történő családalapítás a rögzültebb, merevebb szokásrendszer miatt együttélési, alkalmazkodási nehézségekkel járhat.

- Egy esetleges sikertelen párkapcsolat, válás után az újabb családalapítás ideje kitolódik.

- Az életkor előrehaladtával a szülés/születés egyre nagyobb veszélyeket hordoz. Mind az anyai és terhességgel kapcsolatos, mind az anyát és a magzatot veszélyeztető megbetegedések gyakoribb előfordulása jellemző, a termékenység is csökken.

- Több gyermek születe esetén a gyermekek gyors egymásutánban érkeznek, ami a családi rendszer gyors változása miatt az egész család számára megterhelő lehet, az anyai szervezet biológiai regenerálódása is kérdéses.

- A szülők és gyermekek közötti életkor (lassan majd két-generációnyi életév) erősen megnő.

- A generációk közötti életkorbeli távolság olyan problémákat vet fel, mint a gyermek felnevelhetőségének, az

2. táblázat

**Házasságkötések és válások számának alakulása**

Forrás: KSH

Dátum (év)	Házasságkötések száma	Válások száma
1970	96.612	22.841
1980	80.331	27.797
1990	66.405	24.952
2000	48.110	23.987
2002	46.008	25.506
2004	43.792	24.638
2006	44.528	24.869
2007	40.842	25.160

3. táblázat

**Nők és férfiak átlagos életkora az első házasságkötéskor**

Forrás: KSH

Dátum (év)	Nők (év)	Férfiak (év)	Különbség (év)
1970	21,6	24,5	2,9
1980	21,8	24,5	2,7
1990	22,0	24,7	2,7
2000	24,7	27,2	2,5
2002	25,9	28,2	2,3
2004	26,5	29,0	2,5
2006	26,9	29,3	2,4
2007	27,5	30,1	2,6

unoka/nagyszülő megismerésének és a generációk közötti kapcsolatnak a kérdése.

– Az előző generációk támogató hatása csökken (dédzülők ismeretlensége, nagyszülők idős kora, betegsége, elhalálása).

– Részben a biológiai idő „szorítása” miatt is, kevesebb gyermek születik. Sok gyermeknek nincs lehetősége megtapasztalni a testvérkapcsolatban élést, a szülőknek a többgyermekes családi létet.

– A közoktatásban folytatott tanulmányoktól az első gyermek születéséig eltelt idő megnő (az alapfokú oktatás

befejezésétől 13 év, a tankötelezettségtől 11 év, a középfokú oktatástól 9–10 év), és bőven elegendő a témában az iskolában addig megszerzett tudás teljes elfelejtéséhez.

– A sikertelen gyermekvállalási próbálkozások után a pároknál az örökbefogadás gondolata fogalmazódhat meg, de fontos tudni, hogy a jelenlegi törvényi szabályozások mellett az örökbe fogadni szándékozó szülő legfeljebb 45 évvel lehet idősebb az örökbefogadott gyermeknél, az örökbefogadás egyik feltétele a házasságkötés, és maga az örökbefogadási eljárás is több évig tartó folyamat.



## 4. táblázat

**Nők átlagos életkora a házasságkötéskor**  
**Házasságkötés ideje és a gyermekek születésekor**

Forrás: KSH

Dátum (év)	Házasságkötés ideje (év)	Életkor az első gyermek születésekor (év)	Életkor a gyermekek születésekor (év)	A születek közötti idő (év)
1970	24,1	22,71	25,21	2,50
1980	24,7	23,02	25,04	2,02
1990	24,9	23,27	25,86	2,59
2000	27,5	25,79	27,69	1,90
2002	28,5	26,67	28,46	1,56
2004	29,3	27,62	29,18	1,56
2006	30,0	28,44	29,88	1,44
2007	30,3	28,76	30,22	1,46

### Szakmai feladatok

A családstatistikai mutatók változását követve, azok legfőbb „üzenete”, hogy a gyermekeket, az ifjúságot és a felnőtteket családalapításra és gyermekvállalásra felkészítő, valamint a családok gondozását végző szakembereknek újra kell gondolniuk saját szakterületükre vonatkozó feladataikat, el kell végezniük a szolgáltatás felülvizsgálatát és új szakmai protokollokat kell kidolgozniuk.

A családokkal foglalkozó szakembereknek munkájuk során a hagyományos családforma (tartós párkapcsolat, kétszülős családban nevelkedő gyermek/gyermekek) mellett szembesülniük kell az országosan egyre inkább elterjedő alternatív családi együttélési formákkal, az új családtípusok megjelenésével, az egyszülős családok gyakoribb előfordulásával, a lazább családi együttélési formákkal és a gyors változásokkal, valamint a változásokat megelőző és elszenvedő családtagok problémáival.

Érdemes átgondolni, mit jelent általában az adott családtípusban való élés és változás, mit jelent a szakember által gondozott konkrét család esetében és a családban élő felnőttek és gyermekek számára, milyen előnyökkel és hátrányokkal/nehézségekkel jár, milyen betegségek forrása lehet az adott életforma.

A tudatos felkészülés ellenére kudarcot valló párkapcsolat kisiklásának és a válás hatásainak felmérése, a primer prevenciós munka, szükség szerint a speciális szakemberhez történő irányítás szakmai munkánk része kell, hogy legyen.

Gondot jelenthet a szakemberek számára saját elveinkkel ellenkező életformát választó család életvitelének elfogadása, kezelése, a családdal folyó közös munka.

Egy gyermek tervezése, megszülése, felnevelése a családdal, a pár közös döntésén alapuló, nem pillanatnyi, hanem egy életre szóló együttes vállalás, amely döntésbe a szakembernek „belenyúlnia” felelőtlen lépés lenne. A helyes döntés meghozatala során a családdal együtt történő közös gondolkodás viszont munkánk része kell, hogy legyen.

A gyermeket vállaló párnak érdemes átgondolnia párkapcsolatuk és szülőiségük „erejét”, hogy mennyit bír el a kapcsolat, mit jelent egy újabb gyermek belépése a családba? Ilyen és ehhez hasonló kérdések átgondolása nagymértékben segíthet a felelősségteljesebb gyermekvállalási döntésben.

Minden fiatalnak tisztában kell lennie a gyermekvállalás életkorbeli kitolódásának következményeivel. A korrekt tájékoztatás a primer prevenciós munka része kell, hogy legyen.

A felnőtt korban történő családalapítás miatt az ifjúságot támogatás mellett egyre nagyobb figyelmet kell fordítani a felnőtt korban történő oktatásra, a felnőttek szülőiségre felkészülésre történő motiválására.

A családalapításra történő felkészítésben – mind a közoktatásban, mind az ifjak és a felnőttek képzése során – bizonyos témakörök kiemelt figyelmet érdemelnek: a családalapítás, mint normatív krízis; a késői családalapításra és gyermekvállalásra történő felkészülés (az egészséges életmód jelentősége és szerepének felértékelődése, az orvosilag kontrollált prekoncepcionális gondozás); a változó családtípusokban való élés; a válás, mint kreatív krízis.

### Összefoglaló

A családalapítás és gyermekvállalás témája örök szakmai kategóriaként deklarálnak. Mind az egyének, a párok, a

családok és a társadalom egésze, mind a prevenció területén dolgozó szakemberek számára kiemelt jelentőséggel bír. Aktualitását a statisztikai mutatókban bekövetkezett változások még inkább megerősítik. A változó családstatistikai

mutatók új egészségfejlesztési feladatok megfogalmazását sürgetik. A cikk az országos statisztikai mutatókra alapozva invitálja közös gondolkodásra az olvasót, fogalmaz meg új, átgondolásra érdemes szakmai kérdéseket.

### Summary

The topic of family starting and child rearing can be declared as an eternal professional category. It is of extraordinary importance for the individual, partners, families and the whole society as well as for experts in the field of preventi-

on. Its actuality is further strengthened by changes in the statistical indices. The changing family statistics indices press need for the drafting of new health development tasks. The article invites the readers for common thinking on the basis of statistical indices and it drafts new professional questions worthwhiling to consider.

## Hírek

### OEFI-modellprogram a szájüregi rák korai felismeréséért

Az Egészségügyi Minisztérium, az ÁNTSZ Országos Tisztiorvosi Hivatala és az Országos Egészségfejlesztési Intézet a szájüregi rák korai felismeréséért és gyógyításáért 2008-ban indított szűrési modellprogramot idén is folytatja.

Az ajak- és szájüregi rák okozta halálozás Magyarországon drámaian megnőtt, holott zömében olyan elváltozásokról van szó, amelyek már a betegség kifejlődését megelőző állapotban is könnyen felismerhetőek az ajak és a szájüreg alapos és szakemberi áttekintésével.

A szájüregi rák kialakulásának kockázati csoportja a középkorú vagy idősebb dohányzó és alkoholisták férfiak. A dohányzás önmagában hússzoros, a nagy mennyiségű alkohol fogyasztása harmincszoros, a kettő együtt hatszázszoros rizikónövekedést okoz.

Magyarországon drámaian megnőtt az ajak- és szájüregi rák okozta halálozás: a férfiak és a nők esetében egyaránt az első helyen állunk Európában.

### Útjára indult a HELP!

A HELP program az emberi élet megóvásának egyik kardinális problémájára nyújt megoldást, s egyesíti a laikus sürgősségi életmentés, az információs szolgáltatás és az újraélesztés oktatásának modern követelményeit, tudásanyagát és eszközeit.

A HELP alappillérei:

- a HELP Pont, a világ első kombinált életmentő és szolgáltató egysége, amely tulajdonképpen egy életmentő-újraélesztési táskák (félautomata defibrillátor) kifejezetten laikusok számára;
- az ehhez kapcsolódó információs felület, amely az életmentés támogatásának és a kapcsolódó ismeretterjesztésnek felületként szolgálhat;
- mindezt kommunikációs egység egészíti ki, illetve automatikus riasztásra is lehetőség nyílik, amely a professzionális sürgősségi ellátórendszerhez fut be.

Hamarosan országsszerte megkezdik a HELP Pontok telepítését középületekben, közterületeken, kereskedelmi hálózatokban és mindenütt, ahol erre igény mutatkozik.

### NincsDe – Minden eddiginél többen emlékeznek az életmódváltásra buzdító hirdetésekre

A MédiaUnió *NincsDe* országos kampányának célja sokkal több, mint ismeretterjesztés: a hétköznapi emberek és közösségek ösztönzése annak érdekében, hogy életvitelüket, illetve közvetlen környezetüket egészségtudatosabbá tegyék, illetve a gyakorlatban is megvalósítsák eddig csak halogatott, életmódváltással kapcsolatos terveiket és álmaikat.

A programmal kapcsolatosan a Szonda Ipsos 1000 fős országos, reprezentatív hatékonyságvizsgálatot végzett. Az eredmények azt mutatják, hogy az elmúlt időszakban a lakosság 8%-kal jobban emlékszik az egészséges életmóddal összefüggő hirdetésekre, mint a kampányt megelőző felmérés idején. Legtöbben a dohányzással, az alkoholfogyasztással, a mozgáshiánnyal és az egészséges táplálkozással kapcsolatos üzenetekre emlékeznek.

A kampány az átlagnál jobban vonzotta a fiatalokat, a magasabb iskolai végzettségűeket, a gazdaságilag aktívakat és a magasabb társadalmi státusszal rendelkezőket.

A kampány egészségügyi szakértője – többek között – az Országos Egészségfejlesztési Intézet.

# Szenvedélybetegek rehabilitációs nappali mentálpedagógiai Egysége\*

Fekete György

Nyugalmazott mentálpedagógus

## 1. Az Egység rendeltetése, célja, célrendszere és metodikai felfogása

Az Egység az OPNI Addiktológiai Osztályához (a továbbiakban: Addiktológia) kapcsolatosan létesül<sup>1</sup>, és az országos mentálpedagógiai szakreferens konzultatív és szupervíziós közreműködésével funkcionál. Az Addiktológia állományába tartozó, az osztályvezető főorvos által kijelölt, már nem benn-fekvő páciensek egész napos (hétköznapokon 9-től 16 óráig) mentális pedagógiai gondozását-kezelését biztosítja.

Az általános *terápiás cél* a „*mire?*” kérdésre megfogalmazható válasszal határozható meg. Az Egységbe irányított szenvedélybetegek, addikt kliensek személyiségében az ún. felnőtt működésformákat – s ezek hatékonyságát – törekszik módszeresen erősíteni, s a teherbíróbb és alkalmazkodásra jobban képes érett felnőtté növelésüket-növekedésüket szolgálja, hogy a kóros szenvedélyfüggéstől mentes életvitelre tartósan, mentálisan stabilan és örömteli módon berendezkedhessenek. Következésképpen a „*mit?*” kérdésre felelő *oktatói cél* sem lehet más, mint a személyiség felnőttkori utó- és reszocializálásának, az ún. érett-felnöttség viselkedésmódjainak öngondozó, öntanító-önnevelő és kommunikációt fejlesztő tanítása. A *metodikai cél* – „*hogyan?*” – pedig ennek gyakorlati kivitelezését és interiorizálását jelenti, vagyis a szorgalmazott ismét-, illetve végre valóban-felnötté válás (a személyiségérettségi deficit és diszharmónia eltűnésével, a felnőtt én irreverzibilis hatalomátvételével) egy olyan autoedukatív, emocionális-kognitív folyamatban menjen végbe, amelyet a kezelő-gondozó személyzet didaktikus direktivitással vezet, és amely egyúttal – a kliensekben – szervesen kombinálódik a természetes self-mechanizmusokat kiváltó-erősítő öngondozó-öngyógyító reakciókkal. *Metodológiai cél* pedig (a három fő cél elérésének függvényében) a szerzett tapasztalatok tudományos igényű elemzése (s ezek terjesztése).

Az Egység a *mentálpedagógia*, más néven mentálandragógia alkalmazásával látja el szakfeladatait. Más diszciplínákat, „rokon” irányzatokat, műhelyek metodikáját, konkrét technikáit, megközelítéseit, szerveződéseit szintén igénybe

veheti (terápiás közösség stb.) ám mindenkor a mentálpedagógia dominanciájával. Ugyanis az Egység szakmai munkastratégiája alapvetően e specifikumra épül: az individuum hitelességét, továbbá objektiválódott képességhatárait és szubjektív túrérszűkítő tiszteletben tartó alapállásával ad termékeny terepet a szociálisan adekvát (konform) felnőtt viselkedés és magatartás addikciómentes kialakítására, illetve megtartására, főleg a nevelés-oktatás, valamint a célzott személyiségfejlesztés és az öngondozás szemléletével és eszközeivel. Az eredményesség okainak értékelése szempontjából, az eddigi tapasztalatok alapján, a következő módszerjegyek szem előtt tartása különösen ajánlható.

A mentálpedagógiai „emberevezetés” egyáltalán nem rejtőzködő, hanem nyíltan irányítja a bajban lévőket, miközben nem vonja kétségbe lázadásának indokoltságát. A veszteségérzés kínja mellé odatereget a képességgyarapodás, az önmegvalósítás öröme, s ennek érdekében a bennünk élő, esetleg gyalázatosan megsebesített, megszégyenített, megcsúfolóan elhagyott gyermeki énünket sem meg nem tagadja, sem be nem csapja, hanem azt a neki járó helyére szelídíti. Úgy adja meg számára a meghallgatás, az elfogadás és az elégtételt is nyújtó teljesítmény-elismerés „légkörét”, hogy az összekapcsolódik az újra vagy végre kimunkált felnőtt-egyensúlyos létezés kifizetődő élményével. Nem ítélkezik, nem kioktat, hanem véleményez és állást foglal. Viszonylag gyorsan hat, és a kliens hamarabb le tud válni lélekgyógyítójáról, ahelyett hogy elszökne tőle, vagy akár el kellene üznie őt. És az sem lényegtelen szempont, hogy ötvözhető – a realitást közvetítő kogníciót és az érzelmi aktivitást nem kioltó – farmakonos [gyógyszeres] terápiákkal.

Az Egység metodikai filozófiája tehát az érett felnöttség tekintetében megrekedt, illetve megrendült emberek sajátos személyiségét (montázs-személyiség – *Avar Pál*) korrigáló-fejlesztő-erősítő *rehabilitáció*, a *dehospitalizálás* [„kórházmentes” létezésre felkészítés] irányában. (Ezek tengelyében a hősterápia és az öngondozó mikrocsoport áll, amelyek eredetileg *A. P.* bevált kezelésmódjai, valamint a bűnbakkereső cseretechnika és a mentálpedagógiai csoport – e két utóbbi

\* „Az Addiktológiai-Mentálpedagógiai Nappali Egység szakmai koncepciója (a mentálpedagógia klinikai alkalmazásának modellje gyánant).” *Psychiatria Hungarica*, 2003/3. Részletek.

<sup>1</sup> Sajnos az Intézet belső körülményeinek alakulása folytán, majd teljes felszámolása miatt így nem valósult meg. Számos kolléga jelezte azonban, hogy e dolgozatot munkájában hasznosította.

ötlete és kimunkálása *F. Gy.*-höz fűződik.) E kezelési filozófia jegyében az Egység fokozottan igazodik az addiktológiai páciensek azon személyiség sajátosságaihoz, amelyek az önálló életvitelben visszatérő rendszerességgel történő megbicsakláshoz, az esetenkénti magány, a különböző frusztrációk, szorongások, feszültségek, intra- és interperszonális konfliktusok, stb. szuverén elhordozásának képtelenségéhez okként és/vagy következményként, de kapcsolódnak, vagyis:

1) szinte teljes munkanapban tartózkodási és cselekvési lehetőséget kínál egy-egy kliensnek (külső vezérlésű időstrukturalás);

2) egyfelől némi teret enged a kliensek spontaneitásának (miközben, persze, koncepcionális érzésmunkát is provokál náluk, és a különböző konkrét felnőtt-képességek didaktikus tágitásával nem csupán nevelésükön, hanem „növelésükön” is munkálkodik);

3) foglalkozásainak gondozási-kezelési programja több fokozatú, egymásra épülő szintekkel;

4) kliensvezetési stílusa általában és alapvetően – nem lehet elégszer hangsúlyozni – direktív (ellenben nem mindig direkt!);

5) célzottan törekszik az ún. elhagyás-túlérzékenység és a megkötő-szégyen oldására.

Módszerbeli alapsajátosság az is, hogy nemcsak negatívumként vesszük számításba az addiktív károsult kliensek háritó mechanizmusait, hanem azokat – közösen átmunkálva – helyenként és alkalmanként a javukra is fordítjuk. Például: az „én-mánia” feldolgozása az onnipotencia és omnikompetencia vonatkozásában, a hősterápia-effektusok alkalmazása, akár „legendaterápiaként” indítva, továbbá építkezés a self-help motivációkra (a csoporttársak ügyeivel történő segítő bibelődés reális visszaigazolásával). A bűnbakolás, s ennek tudatosítása, előkészítő elemként ugyanígy beépíthető az empátiantanításba, a fokozott kritikai attitűdjük pedig gyakorta haszonnal átfordítható konstruktivitásba, stb.

*A beutalás indikációja* széles körű. Elsősorban az *alkoholabúzus és az alkoholdependencia*, és általában a pszichotaktív szerek használata által okozott mentális és viselkedési zavarok (csoportmódszereknel a homogenitás érvényesítésével!). Továbbá *a felnőtt személyiség és viselkedés* – tágabb értelemben vett – *rendellenességei*. De a pszichiátriai adaptációjú és specifikációjú mentálpedagógia ajánlható a különböző neurotikus kórképek esetében is (pl. főbiák, anankazmusok). Megpróbálható fiziológiai tünetekkel társult viselkedészavarok korrigálására is. Kivételesen megengedhető – ám redukált és könnyített módon! – a nagy pszichiátriai kórképeknél (skizofrénia, affektív zavarok; de a pszichotikus epizód nyilvánvalóan kizáró körülmény). Az alkalmazás mindenkor elengedhetetlen feltétele a tér- és időorientáltság, a verbális megközelíthetőség és a viszonylagos kompenzálttság, a viselkedés alapvető megtartottsága és kongruenciája.

*Kontraindikációt képeznek* az organikus és szimptomás mentális zavarok, mentális retardációk, az ifjú felnőtté válás alsó korhatáránál (18–20 évnél) fiatalabb életkor, a toxikus állapot, a heves nyugtalanság, a megvonási szindróma vagy

egyéb akut pszichotikus zavar. Relapszus [pl. „száraz”, illetve „józan” alkoholistánál újraivás], súlyos progresszió bekövetkezésekor a mentálpedagógiai gondozást/kezelést természetesen azonnal fel kell függeszteni, az érintett páciens osztályos kezelőorvosának haladéktalan értesítésével (az Egység a klienseivel kizárólag szermentes állapotukban dolgozhat, alkoholos, stb. befolyásoltság feltételezésekor az adott beteget köteles átküldeni/átkísértetni az Addiktológiára). Az indikációt egyébként mindenkor a *kezelőorvos* állapítja meg.

## 2. Az Egység illeszkedése az Addiktológiához, szervezeti struktúrája

Az Egység funkcionális autonómiával az Addiktológia elkülönített részét, *részlegét* képezi. Ennélfogva az addiktológiai osztályvezető főorvos munkahelyi, egységvezetői illetékesége alá tartozik.

Az Egység állandó, illetve saját személyi (munkatársi) állománya három fő, két és fél státuszon, úgymint: egy önálló mentálpedagógiai kliensvezetésre kiképzett andragógus, vagy diplomás ápoló/orvos, vagy (gyógy)pedagógus, vagy pszichológus, vagy szociális munkás (az Egység közvetlen szakmai vezetőjeként). Az egységvezető – különös figyelemmel az Egységben folyó mentális kezelés, gondozás, egyéni és csoportfoglalkozás menetére, tematikájára és programjára – egész napos munkaidőben látja el feladatát. (A tevékenységbe – részidőben, illetve alkalmasszerűen – később érdemes további egy-két, diplomás terápiás munkatársat bevonni.) Az Egység koterapeuta munkatársa (lehet középfokú végzettségű) – félnapos munkaidőben – segíti az egységvezető munkáját, s egyúttal az Egység gazdasági-műszaki gondnokának teendőit is ellátja. Szükségesnek tűnik azonban, hogy egészségügyi asszisztensként egy szakdolgozó is közreműködjön (egész napos munkaidőben) az Egység – különösen a szabadidő-foglalatosságok – házi rendjének betartatásában, és biztosítsa a szükséges adminisztrációt (pl. az ambuláns naplót jegyezze). Az Egység összetevékenységéért – az addiktológiai osztályvezető főorvos előtt – az egységvezető felel, funkcionális irányítási kötelezettséggel a két másik munkatárs vonatkozásában. (Amennyiben azonban az egységvezető nem orvos vagy diplomás ápoló, úgy természetesen nem rendelkezhet az egészségügyi intervenciók tekintetében, hanem e téren saját kompetenciájában a szakdolgozó kezdeményez. Véleménykülönbség esetén azonban az osztályvezető főorvos, illetve a kezelőorvos, ügyeletes orvos utasítása kötelezően kikérendő, életveszély vélelmezésekor viszont a szakdolgozó önállóan jár el – utólagos dokumentálással). Az egységvezető és a többi munkatárs mentálpedagógiai kiképzését – mint utaltunk rá – egyelőre a téma országos referense (a szerző) végzi.

Az Egység munkatársait szakmai tevékenységükben a személyiségkezelő és -oktató, valamint -tanácsadó professziók [hivatások] etikai kódexei orientálják. Ezen belül pedig – természetesen – kötelesek betartani a hivatali titoktartás érvényes előírásait, valamint a hatályos személyiségi jogi szabályozásokat.

### 3. Az Egységben kialakítandó mentálpedagógiai gondozási és kezelési formák

A kifejezetten és közvetlenül személyiségformáló (önismereti, énfeljesztő és -korrigáló) ülések esetében, az eddigi terápiás és képzési mentálpedagógiai tapasztalatok eredményes munkaformának a *mikrocsoportot* kínálják (ami három-négy, maximum ötfős). A közérzetjavító foglalkozások már tarthatók *kiscsoportban* (legfeljebb tíz-tizenkét fő). Alárendelten és kivételesen a diádkeret is megfelel. Az Egységben kialakítandó személyiségrehabilitációs csoportok rendszerbe szerveződnek (miközben – az ülések számában, stb. – mindig rugalmasan igazodnak a résztvevőkhöz), mégpedig akként, hogy a képzési-terápiás célok elérésében egyfajta kontinuitás érvényesüljön (ugyanakkor számos konform – értsd: nem acting out [önkényes, azonnali, „mindent felrúgó”] – kilépési lehetőséggel, állomással), továbbá úgy, hogy a különböző csoportprofilok (támogató és fejlesztő tréningek, oktató szemináriumok, játékfoglalkozások) egymás – és a kliensek – működésére erősítően hassanak. A gondozás-kezelés megtervezésénél további elsőrendű szempont (mint utaltunk már rá), hogy a kliensek egész itteni napját valamilyen formában, de folyamatosan strukturálni kell (tudniillik addikt személyiségű embereknel a „semmittevés” és az általuk manifesztáltan tagadott, ám bennük rejtetten igenis táplált kontrolligény kielégíthetlensége sajnos az egyik legbiztosabb út a relapsushoz).

#### 3. 1. Bizalom-csoport

*Funkció:* Egyrészt a kliensek *kooperációs* készségének megalapozása, másrészt a már meglévő motiváltságuk és teherbíró képességük *érzékelése* az andreuták részéről (ez utóbbi rendeltetés a „továbbSOROLÁSUKBAN” segít, vagyis abban, hogy klienseik mely más mentálpedagógiai foglalkozásokba/kezelésekbe lépjenek majd át).

*Tematika (és gyakorlatok):* Rövid tájékoztatás az Egységről. („Hol vagyunk?”) Az *évvállalás* megszondázása. („Kit mi miatt kezelték az Addiktológián?”) A *tagadás* tudakolása. („Hogy érzi Magát? Ha tényleg jól, győzzön meg róla!”) A *motiváció* letapogatása. („Szeretne-e más lenni, illetve megváltozott helyzetbe kerülni?”) A *fájdalom* megtapintása. („Szenvedett Ön az életében? Lehet-e mondani, hogy sokat is szenvedett? Ha képzeletben persze, utánozhatnám Önt, mit, miket kellene tennem, illetve mi mindennek kellene történnie velem, hogy az Önével felérvő szenvedéseken menjek át?”) *Önerősítés*. („Amikor úgy érzi, hogy az adott helyzetben nem üres dicsekvés a saját sikerek, fegyvertények jelzése, akkor általában mivel büszkélkedik, mit hajlik elbeszélni önmagáról? – akár virtusból! Vagy ha ilyesmit soha nem fogalmaz meg hangosan, mire tud e kérdés, a saját büszkesége kapcsán gondolni?”) *Önreflexió*-próba. („Nos akkor, ennyi együttlét után, megkísérli-e összefoglalni itt, nekünk az egész eddigi életét?”) A személyenkénti *szeraldikció* osztályos kezelés előtti és utáni kvantitatív szintjének *önfelmérése*. (Minta a 4x7 alkoholteszt, *Fekete János és Simek Zsófia*).

#### 3. 2. Felsőbbosztályos-csoport

*Funkció:* A kognitív szintű önszembesülésre való képesség kialakulásának *provokálása* a kliensekben.

*Tematika (és gyakorlatok):* A felnőttesség *önvizsgálata* a mentálpedagógiai önteszt és optimummodell feldolgozásával.

#### 3. 3. Bajmagyarázó-csoport

*Funkció:* Elemi felnőttesség-működtetési *tudnivalók* oktatása, ismeretátadás a „mérgező pedagógiáról”, kombinálva – a kapcsolódó „idegen” helyzetek megélése révén – a kliensek *rejtőzködés-igényének* kielégítésével és egyben *nárcizmusuk fokozatos frusztrálásával*, előkészítvén őket így a későbbi, intenzívebb személyiségmunkához elengedhetetlen nyílt önvállalásra (ugyanis, *kizárólag itt még tilos*, bárkinek is, saját élményről beszámolni, *saját magáról szólni!*).

*Tematika (és gyakorlatok):* Beszélgetések a felnőtt gyermek és kamasz *jellemzőiről és szokásairól*. Többek között a mindenhatóságra való törekvésről, a toxikus pedagógiáról és az addikt család fogalmáról, a kontrollörületről, a megszégyenítés és elhagyás érzékeléséről, a sérült belső-gyermekről mint „bajkeverőről”, a montázs-személyiség negatív dinamikájáról, a kompulzív-addiktív emberről, az önfogadás és önformálás dialektikájának kivezető útjáról, a „bajkeverő” helyére szelídítéséről. („Be tudná-e valaki azonosítani ezeket a jelenségeket, megnyilvánulásokat más, általa ismert – de nem jelenlévő! – személyekben? Aki igen, ossza meg velünk!”; „Ki mit gondol, megvalósíthatóak-e az öngyógyításnak-önnevelésnek az előbbieken, itt felvázolt mentálpedagógiai módszerei; valamint segíthet-e »A mérgező pedagógia elvei« című kérdőívvel és az »Elhagyás-teszt« című feladatlappal való munkálkodás?”)

#### 3. 4. Szabadság-csoport

*Funkció:* A kliensek élményként (a *cseretechnika* menetének alkalmazásával) kapnak bevezetést saját *személyiségműködésük* emocionális és kognitív, illetve gyermeki, kamaszos és felnőtt szintjeinek *összehangolásába*. Sorra és közösen, súlyozottan begyakorolják a főbb érettfelnőtt-működések, hogy „megízleljék” játszmáikból és manővereikből történő kiszabadulásuk örömét.

*Tematika (és gyakorlatok):* Énerő-koncentrációként a program teljesítéséhez – *pozitívum* kutakodás. („Mi működött, illetve mi működik jól, célszerűen az életemben, mire vagyok büszke? Mely felnőtt és mely gyermeki képességeimet hasznosítottam ezekben a helyzetekben?”) A *kudarcc* érzések összegyűjtése a *bűnbakválasztás* bevezetéséeként. („Mi nem működött/működik bennem-általam, illetve mi működött/működik tartósan nehezen az életemben?”) A *bűnbak megjelenítése* (bűnbak-bemutató), és az ellene szóló *vádlista* összeállítása. („Vádolom X. Y.-t, a bűnbakomat azzal, hogy 1., 2., 3. ...”). *Önreflektálás*. („Miben különbözik tőlem a bűnbakom, miben más hozzám képest

és mit tud, amit én nem?”) Az *empátiás érzékenység* előhívásaként a szenvedéslajstrom összeállítása. („Szenvedett-e a bűnbakom, voltak-e kellemetlenségei, átélt-e – a sokszor meg sem érdemelt örömei-sikerei mellett – kínokat-keserveket is? Vagy minden fenéig tejfel lehet neki? Tehát: mi mindentől szenvedett a bűnbakom? 1., 2. 3. ...”) A cseretechnika első altechnikájának alkalmazása, az intenzív *projekció*-élmény érdekében az *omnipotencia*-érzéseket felerősítve. („*Cserélnél velem* – mint bűnbakoló a bűnbakkal –, először a *vádlista*, utána a *szenvedéslajstrom* mentén”) A cseretechnika második altechnikája, az *omnidependencia*-érzésekkel előkészített *empátiamegélés*, az empátiás működés tudatos vezérlése, a *kognitív* önvállalás átsegítése *emocionális énvállalásba*. („Cserélne velem, *cserélt-e velem a bűnbakom*, és ha nem, miért? Ő milyennek lát, láthat engem? Én, onnan, milyennek láthatnám magam? Őbelőle nézve, mit lehet látni? Hát én – ezek után – még mindig cserélnék-e vele? Kivel törődöm tehát a jövőben: a bűnbakkal, vagy magammal? Akarom-e ezt az átalakulást? És jó így éreznem?”, stb.).

### 3. 5. Önjáró-csoport

**Funkció:** A kliensek célzott megtámogatása a reszocializált-readaptált létmódban. Az Intézetről, az Addiktológiáról, az Egységtől és a terapeutáikról való pszichikai leválasztásuk, a *teljes emisszió* közvetlen előkészítése. A kudarc-tűrő- és alkalmazkodóképesség szilárdítása és edzése.

**Tematika (és gyakorlatok):** Védelem építése a kliensekben az érett felnőtté válás és az önálló döntési készség *magány*-yától, valamint az ilyen létben elkerülhetetlen frusztrációktól való *szorongással* szemben, illetve „előkészítésük” az efféle helyzetek kezelésére. („Fűzzünk magyarázatot a következő állításokhoz! – mi lehet az értelmük? »Valójában senki sem „cserélhet” senkivel, viszont bárki „felcserélhető”! Mindenki egyedi, egyszeri és kisajátíthatatlan, szuverén személyiség, viszont mindnyájan pótolhatóak vagyunk. Önmagunkon kívül igazából nem számíthatunk senkinek és semmire, ám a harag ugyanakkor mindannyiunkért szól! Az ügy fontos, nem én, azonban az ügy nekem fontos!»). Az esetleges *relapszusok* és regressziók konstruktív „fogadását” szolgáló gyakorlatok. („Tapasztalataim szerint melyek az engem leginkább meggyötrő problémák a »kinti« világban, s ezeket miként fogom elviselni, hogyan fogok rajtuk túllépni?” „Mit is tanultunk, mi a teendő, ha mégis megzuhannék?” „Ki-ki nevezze meg, melyek azok a tipikus helyzetek és vészjelzések, amikor ajánlott a szokottnál inkább odafigyelnie, nehogy ilyen vagy olyan önpusztító tettet kövessen el!”). Az *identitás* erősítése. („Mit gondol, van olyan sorsszerp, illetve találhat magának olyan kihívást, amelyet betöltve, illetve amelynek megfelelően, Ön alapvetően jó közérzettel létezhet most már, és bármiféle állandó, legbelül mardosó szegyenkezés nélkül?” „Az Egység elhagyása utáni időkre tervez-e büszkeségre majd igazán okot adó cselekedeteket, s ha igen, miféleket? – ne szemérmeskedjen, nemritkán a látszólag legapróbb, legjelentéktelenebb történések szülik a nagy dolgokat!” „Mi lenne, ha ezeket a kétségtelenül valós

elképzeléseket, kiegészítené egyszer azzal, hogy segíti azokat a sorstársakat, akik még hátrébb tartanak a saját »lecke-megoldásaikban« – átgondolná ezt is?” „Fejtsük meg ezt a kijelentést: »Elfogadom magamat olyannak/annak, amilyen/aki vagyok, s közben nem felejtsem: milyen és ki leszek!«”. A *kompetenciahatárok* elfogadása. („Mit gondol, a saját képességei és lehetőségei reális megítélése tekintetében segíthet-e a »Sorspohár-feladvány« időnkénti ismételt megoldása? Ha igen, miért? Dolgozzunk csak vele megint!”) Az empátiás irányultság gyors mozgósítása, illetve radikális *konfrontáció a saját negatív beállítódásokkal*. („Ne feledjük, ha néha – és többnyire váratlanul – a régi düheink újra felcsapnak bennünk, érdemes soron kívül elővenni »A Béke és szeretet felajánlása« című gyakorlatot!”) A *harag* szociális szabályozása. („Ki tudja indokolni és magára vonatkoztatva értelmezni a következő célkitűzést? »El fogom érni, hogy én uraljam a konfliktusaimat, hogy én szabjam meg ezek kiterjedését, gyakoriságát, erősségét. Mert nem nyugszom bele, hogy a konfliktusok kerekedjenek felül rajtam. Mindezek érdekében pedig – akár az itt tanult bűnbak-kereső cseretechnikának, és a többi hasonló gyakorlatnak engem tárgyaló és/vagy az utált-vágyott személyre irányuló, ám csak benső, csendes, a „célponttal” egyáltalán nem megosztott, viszont, ha kell, írásbeli végrehajtásával – keresem a módot, hogy megszűnjek a mindenkori másik ember erkölcsi ítélőbírája lenni. Ugyanis ha az maradok, a folyamatos, soha véget nem érő feszültség vár rám, s ezzel valószínűsíthető a megzuhanás, a beleszédülés régi kóros szenvedélyembe.«”)

### 3. 6. Ügykezelő-csoport

**Funkció:** A *szociabilitás*, a szolidaritás, az „itt és most”-ban létezés, a jelenvaló reagálás erősítése (a „cső-érzékelés”, a múlthoz tapadt volt oldására).

**Tematika (a „gyakorlatokat” az élet hozza...):** A csoporttagok *aktuális* és egzisztenciális problémáinak megtanácskozása, egymás – nem illetéktelen módozatú – megsegítése, *figyelemmel* kísérése a csoportban.

### 3. 7. Közérzetjavító és pihentető foglalkozások

**Funkció:** Az intenzív személyiségmunkálás megkövetelte fizikai-szellemi rekreációs lehetőségek biztosítása.

**Tartalom:** Torna, különböző asztali, illetve társasjátékok, kommunikációs játékok, zenehallgatás, irodalmi beszélgetések, stb.

### 3. 8. Szabadidő-eltöltés

**Funkció:** Az individualitás megélése (amely szolgálja mind a napi regenerálódást, mind a művi programok hatékonyságát).

**Tartalom:** A kliens maga határozza meg (az Egység házi-rendjét betartva).

### 3. 9. Gazda-csoport

*Funkció:* Intim, családi légkör teremtése és kliensi felelősségérzés keltése.

*Tematika:* Az Egység napi működtetésével összefüggő teendők (takarítás; állagmegóvás, illetve elemi szintű karbantartás, a külső környezet ápolása, stb.).

### 3. 10. Személyzeti csoport

*Funkció:* A munkatársak szaktevékenységének összehangolása (intervízió, illetve konzultáció formájában).

*Tematika:* A programteljesítés értékelése, esetmegbeszélés, napi személyközi történések, konfliktusok értelmezése, az Egység működésének materiális természetű ügyvitele.

### Az Egység házirendjének logikája

A Házirendnek szigorúan funkcionálisnak kell lennie, igazodva a gondozás/kezelés és a kliensek sajátosságaihoz. Csak a minimálisan szükséges normákat határozza meg, de azokat világosan, egyértelműen. Például, mint már érintettük, alkoholos, illetve szerbefolyásolt állapotban nem lehet az Egységben tartózkodni (éjszaka<sup>2</sup> sem!), tehát dohányozni

sem megengedett (semmikor és sehol az épületben, sőt, a közvetlen külső környezetében sem, s ez a személyzet szintén kötelezi!). A személyzet engedélye nélkül nem szabad kiabálni, de hangosan káromkodni, vagy átkozódni sohasem, továbbá tilos a szándékos szennyezés, rongálás és bármilyen más agresszió. Szankciókat viszont csak olyanokat célszerű megállapítani, amelyek végrehajthatóak. A vonatkozó szabályozás ugyanakkor elengedhetetlen, tudniillik azt a nevelési-kondicionálási szempontok mellett az állagmegóvási, felszerelés- és eszközvédelmi, stb. követelmények is indokolják (hiszen – a lehetőségek függvényében – olyasmiket ajánlott beszerezni, mint számítógép szövegszerkesztővel, nyomtatóval és fénymásolóval, TV, video, rádió, CD-lejátszó, magnó, tantermi tábla, irodai és oktatási bútorzat, némi sportfelszerelés, szerény könyvtár, s a védett kliensszállásként funkcionáló helyiség egyszerű berendezése).

Végezetül érdemes megemlíteni, hogy az Egység fölvezetett jellegű funkcionálásának még egy igen fontos, kvázi „mellékterméke” prognosztizálható. Nevezetesen a következő esztendő addiktológiai önkénteseinek, öngyógyító aktivistáinak várhatóan nem csekély száma kerül majd ki az Egységben rehabilitálódott kliensekből és páciensekből. Így valószínűleg meg az örök embernevelési álmom: vezetőből vezető, vakból látó, bénából járó válik...

<sup>2</sup> A napi utazásra képtelen, illetve a távolabbi tartózkodási helyű kliensek (páciensek) részére – akik természetesen szintén rehabilitációs státuszúak – egy 4–5 ágyas hálószoza lenne kialakítva az Egységben.



# Mentálpedagógiai lexikon-szócikkek\*

Csoma Gyula<sup>1</sup>, Fekete György<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Andragógus

<sup>2</sup>Nyugalmazott mentálpedagógus

**andreuta:** ‘embervezető’, ‘felnevelő’ (*Avar Pál*); az → *andreutika* művelésére speciálisan kiképzett mentálpedagógus (magától értetődően), illetve andragógus, (gyógy)pedagógus, orvos, pszichológus, önszorgító aktivista, stb., aki – a saját főhivatásán belül – a felnőtt korúak érett felnőtté nevelését-tanítását, továbbá a megrendült felnőtté megtámogatását-helyreállítását specifikus (mentálpedagógiai) – lásd → *mentálpedagógia* – irányultsággal végzi (civil szociális szolgálatok, egészségügy, humánerő-fejlesztés, iskolai és iskolán kívüli felnőttoktatás különböző konkrét színterein). (...) <sup>1</sup>

**andreutika:** (görög, az ‘anér – androsz’ = férfi, felnőtt ember főnévből és a ‘tekhne’ = tudomány, művészet, mesterség fogalmára vonatkoztatható ‘eutiké’ melléknévképzőből, az ‘euthünó’ = egyenlet, helyes irányba terel ígére a kreativitás poétikus játékosságával utalni szándékozóan, a grammatika szabályait szabadon kezelve – már-már a nyelvi önkény határát súrolóan – létrehozott műszó, amely kifejezést mint konstruktumot a megalkotó *Avar Pál* – lásd alább – az ‘embervezetés’ személyiségrehabilitáló módszerének idegen nyelvű szakmegnevezéseként használt, elsősorban a *felnevelés* és -irányítás, a felnőttkori ‘felnőtté fejlesztés’ funkcionális jelentéstartalmával; diszciplináris helyét a → *mentálpedagógia* praxeológiájaként találta meg) Lényege a felnőtt korú személyiség utóérlelése, lelki egyensúlyának helyreállítása, kommunikációs készségének javítása az önfejlesztés és önszorgítás eszközeivel. Közelebb áll a neveléshez, mint a gyógyításhoz, így az andragógia részterülete is, jóllehet eredeti alkalmazására a pszichiátriában került sor (korrekciós terápiaként). Problémafelvetése a ‘felnöttség’ és

‘megnöttség’ paradoxonából indul ki, vagyis abból a felismerésből, hogy a ‘felnöttség’ elérése nem kizárólag az életévek számától függ; bizonyos szempontok alapján lehet valaki felnőtt, ugyanakkor valamilyen okból labilis, leblokkolt, alacsonyabb szinten rögzült, visszamaradott, infantilis → *montázs-személyiség*. Az ~ önszorgító eszköztára tehát a személyiség harmonikus érettségéhez kívánja az egyént hozzásegíteni. Főiránya a korunkra jellemző olyan fogyatékoságok kiküszöbölését célozza, mint az alkalmazkodókészség, a kudarcűrököképeség és az indulatok szabályozásának hiánya, az önbizalom reális alapjainak hibás megítélése, érték-választási zavarok, az egyéni és a közösségi múlt értékelésének diszfunkcionalitásai. Az ilyenféle zavarok és hiányok felszámolásához gyakorta szükség van külső, módszeres irányításra, vezetésre (→ *önszorgító mikrocsoport*, → *mentálpedagógiai kiscsoport*); ennek révén a nem arányosan személyiségérett egyén önszabályozó lelki mechanizmusa egészségesebben tud működni (megcélozható benne a felnőtt ‘én’ irreverzibilis hatalomátvétele, s a ‘belső’ gyermek és kamasz ‘helyére szelídítése’). Az andreutika legjelentősebb originalitása a *hősterápia*, illetve legendaterápia, amely alaptételként állítja, hogy minden ember élete során adódik legalább egy hősi mozzanat (benne, akár ‘héroszként’-‘kreátorként’, akár fül-, illetve szemtanúként, akár ‘krónikásként’-‘mesemondóként’, meg lehet testesülni), s ezt kell megtalálni és újraélni – hogy átérezzük: érdemes felnőttként tenni a dolgunkat. Az ~ kimunkálója a pedagógiai/andragógiai irányultságú, önmagát a humanisztikus pszichológiai-pszichoterápiás áramlathoz soroló, honi holisztikus pszichiáter, *dr. Avar Pál* (1924–1993). (...)

\* Megjelent: *Felnőttoktatási és -képzési lexikon A–Z-ig*. Főszerkesztők: Benedek András–Csoma Gyula–Harangi László. Magyar Pedagógiai Társaság, OKI Kiadóház, Budapest, 2002. [Megjelent 2003-ban. A „*mentálpedagógia*” szócikket jegyzi *Csoma Gyula* andragógus, a többi szócikk és az utólag idecsatolt lapalji jegyzetek szerzője *Fekete György* mentálpedagógus.] Részletek.

<sup>1</sup> Az andreuta kliensvezetési stílusában a szolidaritás szüntelen kinyilvánítása mellett alapkövetelmény, hogy bírja tűrni kliensei „kudarcait”, újra és újra „sanszot” adva nekik. Praxisában folyamatosan jeleznie szükséges, hogy a teljesítmény már önmagában érték, minőség, mivel a kliensek nemegyszer súlyosan személyiségsérült, vagy akár pszichotikus páciensek, nem jelentéktelen hányaduk pedig objektíve behatárolt, sőt visszafordíthatatlanul leépülő emberi állapottal – gyakorta mind szociális, mind fizikális-pszichikai értelemben. Mindezt a direktivitás (nyíltan tematizált irányítás) dominanciájával alkalmazott nondirektivitással (rejtett mód), valamint direkt (közvetlen) és indirekt (közvetett) ráhatásokkal valósítja meg, e stílusjegyeket mindig az adott szituációhoz és személyhez, továbbá a kezelő-fejlesztő-gondozó program menetéhez igazított súlyozással érvényesítve. Az andreutának elkerülhetetlen megtanulnia azt is, hogy az egyenrangúság és a nem egyenjogúság dialektikáját alkalmazni tudja kliensvezetésére.

**mentálpedagógia:** (latin+görög, 'léleknevelés', 'értelemnevelés'), a pszichoterápia, a pedagógia és az andragógia diszciplínáinak komplex alkalmazása a *felőttnevelés* területén. (A kifejezésben a pedagógia fogalom szereplése fejezi ki azt a koncepcionális összefüggést, hogy a ~ – a felnőtté mellett – fókuszálja az ún. belső gyermeket.) Alapja az *→andreutika* személyiségfejlesztő, egyensúly-helyreállító módszere. A ~ *elemzi* az érett felnőtt magatartásának kritériumait és az ahhoz tartozó lelki működéseket; ennek tükrében *vizsgálja* az egyedfejlődés életkori szakaszaihoz általában illeszkedő 'énállapotok' (gyermek-, kamasz-, felnőtt-) esetenként – diszfunkcionalitást állandósító – sajátosan összetett, egymásra montírozódott személyiségérettségi szintjeinek aránytalanságait, ezek inkongruens dominanciáinak okait; a személyközi kapcsolatok rendszeressé váló konfliktusait, a kóros kötődéseket és a viselkedési függőségeket előidéző tényezőket; *keresi* a *→montázs-személyiség* korrekciójának önszorgító módszereit (*→mentálpedagógiai kiscsoport*, *→önsegítő mikrocsoport*), amelyek által az értelem, gondolkodás, viselkedés önszabályozása megtanítható, a kialakult addikció (függőségbe torkolló rászokás) leépíthető, az érett felnőtté utó-, illetve újraformálható. A ~ kompetenciájában *különbözik* a *gyógypedagógiától*, ezen belül a pszichopedagógiától, mert nem a fogyatékos gyermekkel, hanem a lelki egyensúlyát veszített, éretlen (vagy érettségében megrendült) felnőtt korú emberrel foglalkozik. Nem pszichoterápia, mert tárgyai-alanyai nem kizárólag 'beteg' státusú emberek. Noha eredeti származási helye és első alkalmazási területe a pszichiátriai-addiktológiai rehabilitáció volt, a szélesebb felhasználási szükséglet és igény a ~t az andragógia gyakorlatába utalja, amennyiben az a mentális terápiákat a felnőttneveléssel, -oktatással és -képzéssel hangolja össze (ezért – mint terminus technicus – alternatívája lehet a *mentálandragógia* szóalak, a 'felnőttkori felnőtté képzés, illetve fejlesztés' értelmében; bár ez kevésbé terjedt el). A ~ markáns nívója a *bűnbakkereső cseretechnika*, amely gyakorlatsorozat – didaktikus-pszichológiai, s egyben modellizált tervezettségű, a feldolgozatlan és áttétellel merevedett harag-beállítódásokkal való emocionális-kognitív szembesülést kiváltó, a 'megbántóra' és a 'megbántott-ra' koncentráció 'in vitro' csereművelet révén – az *empátia* (s más, a konform felnőttéig tartozó viselkedésképességek, személyiségműködések, mint például: közlésképesség, valóságérzés, késleltetett tudás, kompromisszumfogyékonyság, konfliktusbírási, frusztrációtűrési, önfegyelmű, szorongásállás) felnőttkori tanítására és/vagy karbantartására-szilárdítására-helyreállítására szolgál. E képzeletbeli, egyszerre intra- és interperszonális csere eredményességét standardizált eljárási-végrehajtási módja biztosítja, amely: 1. 'én'-erősítő hatású; 2. 'én'-elidegenítő jellegű; 3. nem idézi fel az 'én'-vesztés képzetét; 4. sikerélményt teremt; 5. omnipotens, omnikompetens és omnidependens késztetéseket mérséklő. A mentál-

pedagógia fogalmának és metodikájának kimunkálója – és mint szubdiszciplínának kezdeményezője – *Fekete György* tanár (1951–). A ~ önálló promóciós-prevenációs-terápiás-rehabilitációs és képzési-szupervíziós szisztémával rendelkezik (*→andreuta*), amely – a vonatkozó klienskezelési tapasztalatok elemzésével – nagyrészt az 1990-es évtizedben jött létre (hasznát a gyakorlatban – posztgraduális tréningképzések és műhelyszupervíziók formájában – először a pszichiátria területén bizonyította, majd 1999-ben – oktatási miniszteri akkreditációval – bekerült a pedagógus-továbbképzésbe). Szakmai-intézményi bázisa: OPNI Mentálpedagógiai Gondozó és Módszertani-képzési Központ.<sup>2</sup> (...)

**mentálpedagógiai kiscsoport:** meghatározott metodikai eszközökkel vezetett, a *→montázs-személyiség* kognitív önmeghaladását provokáló formális csoport, a *mentálpedagógia* legjellemzőbb praxiskerete, ahol radikális, lélektan-neveléstani – adott esetben direkt intervencióval kombinált – gyorstámogatást biztosító, személyiségfejlesztő, a viselkedés újraszabályozását különösen megcélzó programmal motivációs alapot kapnak a résztvevők arra, hogy ki-ki önmaga vigye végbe személyiségének rehabilitációját, valódi felnőtté formálását. Létszáma: 4–10 fő.<sup>3</sup> A néhány hetes, illetve hónapos csoportmunka dramaturgiájának tematikus fázisai: a bizalom és szolidaritás kialakítása; sorsmegosztás egymás között, a személyes múlt pozitív történéseinek kikutatása és felidézése, 'enerősítő' funkcióval; a saját egyéni 'történelemben' veszteségajstromozás és önreflexió; az empátia tanulása speciális gyakorlatok révén; a 'felnőtt gyermek' jelenségének tudatosítása és a kapcsolódó jellegzetes magatartásvonások és -mechanizmusok csoportpublikus és konkrét 'ön-beazonosítása'; végül – az individuális autenticitást legitimáló érett felnőtté konform viselkedésmódjainak oktató összegzésével – a 'leválás' előkészítése. A dramaturgia rugalmas; lényeges, hogy a csoportvezető (specifikusan kiképzett *→andreuta*) igazodjék a csoport összetételéhez, a csoporttagok szakképzettségéhez, iskolázottságukhoz, érdeklődési körükhöz, rászánt idejükhez és egymáshoz fűződő viszonyukhoz. Műveletei rendszere ellenben szigorúan kötött, amelynek központi eleme az ún. *bűnbakkereső cseretechnika* (lásd *→mentálpedagógia* alatt). (...)

**montázs-személyiség:** az *→andreutika* alapfogalma. Sajátosan összevegyült részekből áll: a gyermek-, a kamasz- és a felnőttkori személyiségérettségi szintjeit kifejező 'énállapotok' mozaikszerűen egymásra montírozódnak és nincsenek egyensúlyban. A nem arányosan érett emberben a megelőző két fázis viselkedésszerűjeinek alkalmatlan felbukkanása és dominanciája háttérbe szorítja a felnőtt 'én'-t. A ~ állapota az állandó belső ingadozás (esetenként pulzálás) során jön létre és rögzül; ezért kapcsolódnak hozzá össze nem illő emberi vonások, viselkedési kényszerek. A ~-gel együtt jár

<sup>2</sup> Az intézetvezetés 2004-ben bezárta (az intézetet 2008-ban számolták föl). E tények még inkább indokolták a – szenvedélybetegségek kezelésében egyértelműen sikeres – mentálpedagógiai metodika széles körű közreadását.

<sup>3</sup> Klinikumban, pácienskliensekkel dolgozva, a létszám megegyezik a mikrocsoportéval, tehát 3–5 fő! Ettől – a módszer radikalizmusa miatt – még intézményi/osztályos nyomásra sem szabad eltérni.

az érett viselkedés hiánya, amely – az érintett egyénnél – belső-külső konfliktusokat, frusztrációt, személyiségzavart, szenvedélyfüggést okozhat. Az ilyen személyiség szerkezetű ember folyamatosan funkcionáló üzött-hajszolt (kompulzív-addiktív) közérzettel létezik, élete nem meg-, hanem túlélés, kapcsolatait nehezen építi, rendre függő helyzetbe kerül, érzelmi-fizikai-szellemi magánytól szenved szüntelen, döntései nemegyszer éretlenek, elhamarkodottak. Ösztönös és racionális szintje nem korrelál, regresszióra hajlamos. A ~ létrejöttének oka a kontrollorientált családban, az ún. belső gyermekben állandósult szégyenérzetet és pszichésen rögzült elhagyásélményt elültető 'toxikus pedagógia' (Miller, Alice – USA) érvényesülésében, s általában az individuumot infantilizáló modern civilizációs hatásokban keresendő. A felnőttiséget növelő korrekció, a stabil 'felnőtt-én' utólagos kiformalásának és/vagy regenerálásának művi terepe az → *önsegítő mikrocsoport* és a → *mentálpedagógiai kiscsoport*. A ~ nem ezoterikus fogalom, hanem a → *mentálpedagógia* praxisának szerves eleme. Jelentését a mindenkori kliensekkel – egyéni szociokulturális meghatározottságaikat figyelembe véve – célszerű elsajátíttatni, kialakítva azt a képességüket, hogy felismerjék megjelenését és azonosítsák (főleg saját személyiségműködésükben, viselkedési szereptárukban!) konkrét jellemzőit. A ~ fogalma szembetűnő mértékű rehabilitatív erővel hat a tényleges személyiségérlelő munkában. Ugyanis – használatával – a fejlesztendő felnőtt korú személy számára élménnyé válik önmaga megismerésének, nevelésének és uralásának lehetősége, miközben ez ötvöződik – a valóban felnőtt lét tekintetében alapvetően fontos – konform pszichikai képességek gyakorlásával (pl. önelidegenítés, önmegfigyelés az 'én' – felnőttre, kamaszra, gyermekre történő – kvázi önfelszabdalása révén). A lényeg,

hogyan ekként ki-ki tárgyiasíthatja önmagát önnönmagának, s ezáltal – emocionális-kognitív komplexitással – út nyílik a testi-lelki önformázáshoz, a saját magunkkal való társuláshoz. (...) <sup>4</sup>

**önsegítő mikrocsoport:** az → *andreutika* alkalmazásának fő kerete (másik jellegzetes forma még, a → *mentálpedagógiai kiscsoport* mellett, a közvetlen párkapcsolati rehabilitációt szolgáló *Avar-féle háromszög-terápia* – lásd → *andreutika* alatt *irod.: A. P.: Hősterápia*). Az ~ olyan művi kisközösség, amely az élet nehézségeit nehezen feldolgozó, krízisbe jutott felnőtt korú emberek (az adoleszcenstől a szenexig) 3–5 fős kooperáló, egymást támogató, közös szabadidő-rendezvényeket is tartó, pótcsalád jellegű rendszeres együttléte, ahol az interperszonális kapcsolatok segítik az úgymond csak megnőtt ember megkésett felnőtté válását, személyiségdeficitjeinek kitöltését. E speciális együttműködés időtartama, szükségétől függően, akár 1–2 év is lehet. Az ~ műveleti rendszere nem kötött; szükség szerint, a kliensek megnyilvánulásaihoz, igényeihez rugalmasan illeszthető. Vezetési stílusa azonban egyértelműen direktív (még ha nem is annyira markánsan, mint a → *mentálpedagógiai kiscsoport* esetében), továbbá alapvető módszere a *hősterápia* (lásd → *andreutika*). Főbb funkciói: 1. aktuális problémakezelés; 2. szeretetmegélés; 3. fájdalommunka-terep (szégyenoldás és elhagyáskompenzáció); 4. felnőttéglaboratórium. Célszerű, ha az ~ tagjai régebből nem ismerik egymást, s családi-rokoni-baráti kötelék (a múltból) egyáltalán ne fűzze őket össze. Kigondolásában a kreátor *dr. Avar Pált* – többek között – ösztönözték az *Alcoholics Anonymous (Névtelen Alkoholisták, USA)* személyesen megismert önségítő (self-help) hagyományai.

<sup>4</sup> Fölvetendő, hogy a montázs-személyiség mennyiben új teoretikus fogalom (például, vö. identitás-zavar, multiplex-személyiség, disszociáció, stb.). Az viszont nyilvánvaló, hogy terápiás ereje igen jelentős. Használatával ugyanis képessé teszi a klienst nem pusztán tudatosítani, hanem átélni, átérezni: megismerheti, áttekintheti, uralhatja önmagát. Mert a saját én „felszabdalásával” megkönnyebbedik önmagunk elidegenítése, hiszen így a „belső gyermeket” lehet elidegenítve-elfogadva szemlélni (működtetve a megfigyelő ént), lehet őt cenzúrázva szeretni, s így módon egészségesen integrálni. A lényeg: a montázs-személyiség fogalmának segítségével egész énünkkel egyszerre, illetve egyaránt léphetünk emocionális és kognitív viszonyba, igen progresszív interiorizációt elérve ezáltal (esélyt kapva ekként az énállapot-váltás tudatos és adekvát befolyásolására saját pszichikus bensőnkben, kongruenssé válásunkat előmozdítva).

# A DETERMINE-projekt legújabb eredményei

Taller Ágnes projektkoordinátor

Országos Egészségfejlesztési Intézet

Folyóiratunk 2008/5–6. lapszámában közzétük azt a jelentést, amely a 2007–2010 között működő, az egészség társadalmi és gazdasági meghatározóival foglalkozó DETERMINE-projekt tevékenységének első évéről számol be.<sup>1</sup> A projekt magyarországi partnere az *Országos Egészségfejlesztési*

*Intézet*. Jelen cikk keretein belül rövid ízelítőt szeretnénk adni a jelentés óta megtett legújabb lépésekről és projekt-eredményeikről.

*Emlékeztetőül:*

## DETERMINE

### DETERMINE

*Az egészséggel összefüggő esélyegyenlőség javítása  
az egészség társadalmi és gazdasági meghatározóin keresztül  
az Európai Unióban (2007–2010)*

A DETERMINE-projekt az egész Európai Uniót átfogó kezdeményezés, amely az egészséggel összefüggő esélyegyenlőség társadalmi és gazdasági meghatározóinak terén ösztönzi a cselekvést. Több mint 50 különböző egészségügyi szervből álló konzorciumot tömörít 26 európai országból. A projekt átfogó célja, hogy a döntéshozók körében nagyobb tudatosságot ébresszen, annak érdekében, hogy az egészséget szempontként kezeljék a szakpolitika-alakítás során.

Főbb tevékenységei:

- Az „Egészséget minden szakpolitikában” ajánlást elősegítő hatékony nemzeti szakpolitikák feltérképezése, amelyek az egészséggel összefüggő esélyegyenlőség elősegítésére irányulnak; valamint az ezekkel kapcsolatos gazdasági elemzések kutatása.
- Innovatív bevált gyakorlatok keresése, amelyek a hátrányos helyzetű csoportok egészségi állapotának javítására irányulnak; valamint modellprogramok kiválasztása és támogatása.
- Figyelemfelkeltés, kapacitásépítés az egészség társadalmi és gazdasági meghatározóinak kezelése érdekében.

A EuroHealthNet ([www.eurohealthnet.eu](http://www.eurohealthnet.eu)) a Cseh Népegészségügyi Intézettel együttműködésben koordinálja a projektet. A kezdeményezés az Európai Unió Népegészségügyi Programjának keretein belül részesül támogatásban.

További információért kérjük, látogasson el a projekt honlapjára:  
[www.health-inequalities.eu](http://www.health-inequalities.eu)

## Nemzetközi kitekintés

A DETERMINE-projekt tevékenységével támogatni kívánja az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 2005-ben alakult „Az Egészség Társadalmi Meghatározói Bizottsága” munkáját, amelynek célja, hogy felmérje, mi az, amire szükség van az egészséggel összefüggő esélyegyenlőség<sup>2</sup> elősegítéséhez, és támogassa az annak megvalósítására irányuló globális törekvéseket. A Bizottság 2008. évi jelentésében az egészség-szakadék<sup>3</sup> egy generáción belül való felszámolására szólított fel. Átfogó ajánlásai között szerepelt a mindennapi életfeltételek javítása, a hatalom, a pénz és az erőforrások egyenlőtlen eloszlása elleni küzdelem, a probléma felmérése, megértése, illetve a szakpolitikák az egészséggel összefüggő esélyegyenlőségre gyakorolt hatásainak vizsgálata.

A WHO 62. Egészségügyi Világgűlése 2009 májusában határozatot fogadott el, amelyben ismét sürgeti a tagállamokat, hogy a 2008-as jelentésben foglalt fő elvek iránt biztosítsanak nemzeti elkötelezettséget, ösztönözzék a kormányok különböző szektorai közötti párbeszédet az egészség szempontjainak figyelembevételére és az ágazatközi együttműködés érdekében, valamint univerzális, átfogó szociális védelem kialakítását, amely mindenki számára biztosítja a jóléthez és egészséghez nélkülözhetetlen javak és szolgáltatások elérhetőségét. A határozat ismételt felszólít az egészség tágabb meghatározóinak kezelésére és a korábbi nemzetközi konferenciákon megfogalmazott ajánlások, mint pl. az *Ottawai Egészségfejlesztési Charta* és a *Bangkoki Charta* megvalósítására.

## Mi történt a Determine-projekt keretében 2008 óta?

### Egészséget minden szakpolitikában

A projekt első évében felmérés készült arról, hogy a projekt-partner országokban milyen eszközök, stratégiák, szakpolitikák léteznek, amelyek az egészségi egyenlőtlenségek társadalmi meghatározóira irányulnak.<sup>4</sup> Ezek hatékony megvalósítása számos tényezőtől függ, mint pl. milyen érvekkel tudjuk meggyőzni a szakpolitikásokat, döntéshozókat a társadalmi meghatározók figyelembevételének hasznáról. A gazdasági érvek erőteljes ösztönzést jelenthetnek, ezért a projekt második fázisában a partnerek az egészségi egyenlőtlenségek társadalmi meghatározóira irányuló szakpolitikákkal kapcsolatban rendelkezésre álló gazdasági elemzéseket kutatnak. Az eredmények várhatóan 2009 nyarán lesznek elérhetőek.

### Innovatív bevált gyakorlatok

Az innovatív bevált gyakorlatokról szóló átfogó tanulmány<sup>5</sup> megjelenését követően tavaly 3 modellprojektet választottak ki, amelyek az egészségi állapot társadalmi-gazdasági meghatározóinak kezelését célzó, az adott országban innovatívnak számító megközelítéseket képviselnek. A kiválasztás

idején már működő projektek további pályázati támogatást nyertek 11 hónapra, a projekttevékenység fejlesztése céljából. A pályázat egyik nyertese magyarországi projekt.

### RÖVID ISMERTETŐ A PROJEKTEKRŐL:

#### Innovatív munkahelyi egészségfejlesztési projekt elhízással küzdő, testmozgást nélkülöző, alacsony iskolai végzettségű férfiak számára (Dánia)

A projekthelyszínül szolgáló munkahelyen többnyire alacsony iskolai végzettségű, vagy képzettséggel nem rendelkező férfiak dolgoznak. A célcsoportra jellemző a betegség okozta nagyarányú hiányzás, az elhízás, a testmozgás hiánya és a dohányzás. A projekt az egészséges táplálkozás támogatásával, a dohányzástól való leszokást elősegítő és a testmozgást ösztönző tevékenységekkel próbál változást elérni a férfiak egészségmagatartásában. A megvalósítás széles körű partnerségi együttműködés keretében történik a munkahely, a munkáltató, a munkavállalók, a gyorséttermek és a helyi sport- és szabadidős tevékenység-szolgáltatók, továbbá a helyi szakiskola részvételével. A projekt megvalósítója a Guldborgsund-i önkormányzat egészségügyi szakembereiből álló munkacsoport. Az egészségmagatartásban való változtatás módszereit a résztvevők kvalitatív kutatás során vizsgált észrevételei alapján dolgozták ki.

*Bővebb információ a projektről elérhető angol nyelven: <http://www.health-inequalities.eu/?uid=b0ab978015a7c862f240f521aebdf4d2&id=Seite3480>*

#### Egészségfejlesztési projekt hajléktalanok körében (Szlovénia)

A program olyan társadalmilag különösen kirekesztett csoportra irányul, amelynek tagjai kívül esnek az egészségügyi és szociális szolgáltatások körén, formális és informális társadalmi kapcsolataik hiányoznak, illetve alkohol- és drogproblémával küszködnek. A program holisztikus módon próbál segítséget nyújtani a számtalan egészségügyi problémával rendelkező hajléktalanoknak. A működtető *Kings of the Street* szervezet különböző módokon igyekszik javítani a célcsoport szolgáltatásokhoz való hozzáférését, illetve segíteni őket abban, hogy életüket egészségesebben élhessék. A program elemei: heti hat napon át

*(folytatás a 30. oldalon)*

(folytatás a 29. oldalról)

nyitva tartó, hátrányos helyzetű embereket segítő központ működtetése; lakhatást, foglalkoztatást és az egészségesebb táplálkozást elősegítő tevékenységek.

Bővebb információ a programról elérhető angol nyelven: <http://www.health-inequalities.eu/?uid=-b0ab978015a7c862f240f521aebdf4d2&id=Seite3489>

### Egészséges és fenntartható lakhatás (Debrecen)

2003-ban a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Népegészségügyi Iskolája szervezésében közösségfejlesztési projekt indult egy elszigeteltségben élő roma közösség körében. A projekt eredeti célja a közösség egészségi állapotának javítása és egészséggel kapcsolatos ismereteinek bővítése volt. A projekt elindítása után röviddel nyilvánvalóvá vált, hogy az alapvető problémák kezelése, illetve a lakhatás-kérdés megoldása nélkül nincs remény a közösség egészségi állapotának javítására. A debreceni *Domokos Márton Kert* roma közössége 2006-ban létrehozta az *Opre Roma (Állj fel, roma)* Egyesületet, azzal a céllal, hogy a közösség élet- és lakáskörülményeit javítsa. Az Egyesület tagjai egymással összefogva és számos partnerrel együttműködésben szeretnék megoldani lakásproblémájukat. A program főbb célkitűzései a következők:

- A közösség környezethasználat, környezetvédelem és energiafelhasználás iránti tudatosságának növelése közművek látogatásával egybekötött előadássorozat keretében.
- Közösségi tervek készítése fenntartható, energetikakarékos és egészségbarát lakókörnyezet kialakítására.
- Építésre kész tervek elkészítése lakhatási projekthez.

További információ a projektről: [www.opreromadm.k.hu](http://www.opreromadm.k.hu); <http://www.health-inequalities.eu/?uid=b0-ab978015a7c862f240f521aebdf4d2&id=Seite3486>

A DETERMINE-konzorcium tagjai 2009 folyamán látogatást tettek mindhárom projekt helyszínén. A tapasztalatok alapján a szlovéniai és a debreceni projekt megfelelően és sikeresen halad előre, míg a dán projekt megvalósítását nehezítik a gazdasági válság okozta elbocsátások a projekt helyszínénél szolgáló munkahelyen. A pályázati támogatás lejártát követően, 2009 őszén értékelő jelentés készül a projektekről.

A DETERMINE-honlapra látogatva, az alábbi elérhető módon további több mint 100, a projektpartner országokból származó bevált gyakorlatról található olyan gyűjtemény,

amely az egészség társadalmi meghatározóira irányul: <http://www.health-inequalities.eu/?uid=3a36a83fd799984dd90-e0387da7426df&id=main2>

### Figyelemfelkeltés, kapacitásépítés az egészség társadalmi-gazdasági meghatározóinak témájában

A projekt egyik fő célja, hogy az egészségügyön kívüli ágazat szereplőinek figyelmét felkeltse az egészségi egyenlőtlenségek társadalmi-gazdasági meghatározói iránt, illetve ösztönözze a cselekvést az egészséggel összefüggő esélyegyenlőség javítása érdekében.

Ennek érdekében a partnerek 2008 folyamán szakértői konzultációsorozatot folytattak más ágazatok szakértőivel, hogy felmérjék, mennyire veszik figyelembe az egészségügyön kívüli ágazatok az egészség és az egészségi állapotbeli egyenlőtlenségek kérdését a szakpolitika-alakítás során.<sup>6</sup>

Az interjúalanyok kiválasztása során a partnerek főleg az egészségüggyel hagyományosan együttműködő területek képviselőit tudták elérni (pl. foglalkoztatásügy, oktatásügy, szociális terület), hosszú távon fontos azonban, hogy az egészség társadalmi meghatározóinak szempontjából jelentős, ám az egészségüggyel való együttműködésben általában kevésbé aktív területek képviselőit is megszólítsuk, mint pl. pénzügy, igazságügy vagy külügy.

A 17 partnerországban készült 40 konzultáció eredményét összefoglaló jelentés megállapításai a kutatás jellegéből adódóan nem adnak átfogó képet arról, miként vélekednek Európa-szerte a szakpolitikások az egészségügyön kívüli ágazatokban az egészség kérdéséről. A jelentésben foglalt megállapításokra inkább úgy kell tekintenünk, mint célunk szempontjából fontos, más területekről érkezett „*hasznos üzenetekre*”.

A jelentésből leszűrhető, hogy az ágazatközi együttműködés általában akkor működik hatékonyan, ha az rendszeres, szabályozott és kötelező jellegű, illetve ha mérhető célok kapcsolódnak hozzá és az együttműködés mindegyik fél számára előnyös. A válaszadók körében még mindig erős a hangsúly az életmódbeli tényezőkön és az egészségmagatartáson. Az „*egészség társadalmi meghatározói*” fogalom leginkább akkor ragadható meg számukra, ha az egészség közvetlenül kapcsolható a fizikai környezethez; pl. egészséges környezeti feltételek, munkahelyi egészség. Másodsorban az oktatást, a szociális körülményeket és a foglalkoztatást említhetjük, mint elismert egészségdeterminánsokat. Az egészségi állapotbeli egyenlőtlenségekkel kapcsolatban a legtöbb interjúalany a hátrányos helyzetű csoportokra asszociál, az egyenlőtlenségek szisztematikus, az egész társadalomra vonatkozó megközelítése helyett.

A megállapítások alapján fontos, hogy a népegészségügyi és egészségfejlesztő szakemberek figyeljék és ismerjék fel azokat az egészséggel való kapcsolódási pontokat más szektorok munkájában, amelyek együttműködés alapját képezhetik, továbbá releváns információval kell szolgálniuk az egészség kérdéseiről (pl. kutatási adatok, stb.). Segíteniük

kell a probléma meghatározásában és a mindkét fél számára sikeres és előnyös célok kitűzésében. E téren az egészségügyi ágazatnak egységesen kell fellépnie, az egészségügyi ellátórendszer és népegészségügy közötti megosztottság megszüntetésére törekedni kell. Az információterjesztés és a párbeszéd megteremtése érdekében kulcsfontosságú lenne a média bevonása az együttműködésbe.

Ezek a következtetések egyben a továbblépéshez is alapot szolgálnak: 2009 második felében a partnerek kapacitás-építő és figyelemfelhívó kampányba kezdenek. A választ-

ható tevékenységek széles köréből (pl. szervezetfejlesztés, tájékoztató anyagok kidolgozása, képzés szervezése, stb.) a partnerek a helyi igényektől és lehetőségektől függően határozzák meg a vállalt tevékenységet.

Az Országos Egészségfejlesztési Intézet a továbbiakban az egészségi egyenlőtlenségek társadalmi meghatározóiról elérhető információkat kívánja összegezni és terjesztetni, hogy felhívja a döntéshozók figyelmét az egészség szempontjainak figyelembevétele és a téma minél nagyobb ismertségének megteremtése érdekében.

#### JEGYZETEK

1. A magyar nyelvű jelentés letölthető az OEFI honlapjáról: <http://www.oefi.hu/report.pdf>
2. Az egészséggel összefüggő esélyegyenlőség azt jelenti, hogy ideális esetben mindenki képes a lehető legteljesebb egészség-potenciál elérésére, és senkinek nem szabad e tekintetben hátrányba kerülnie társadalmi helyzete, vagy egyéb, társadalmilag meghatározott tényező miatt.
3. Az egészségi állapotban megnyilvánuló különbség mértéke.
4. A felmérésről szóló jelentés angol nyelven elérhető a <http://www.health-inequalities.eu/?uid=3a36a83fd799984dd9d90e0387da7426df&id=Seite2104> oldalon, illetve magyar nyelven a 2008-as projektjelentésben az OEFI honlapján olvashat róla: <http://www.oefi.hu/report.pdf>
5. Atanulmányangolnyelven letölthető a <http://www.health-inequalities.eu/?uid=3a36a83fd799984dd9d90e0387da7426df&id=Seite2165> oldalról, illetve magyar nyelven a 2008-as projektjelentésben az OEFI honlapján olvashat róla: <http://www.oefi.hu/report.pdf>
6. A projektpartnerek feladata volt, hogy három szakpolitikussal félig strukturált interjú keretében felmérjék az interjúalany tapasztalatait és kapacitásait az ágazatközi együttműködés terén; feltérképezzék az egészségről és az egészségi állapotbeli egyenlőtlenségekről alkotott fogalmait és készségét az egészségi állapotbeli egyenlőtlenségek társadalmi meghatározóinak kezelésére; illetve, hogy milyen segítségre lenne szüksége az egészségi állapotbeli egyenlőtlenségek csökkentését szolgáló ágazatközi együttműködés során.

## Az Európai Unió és az egészségfejlesztés

### Jövő évtől a közterületekről is száműzhetik a dohányosokat

Az Országgyűlés Egészségügyi Bizottsága által elfogadott javaslat szabályozza, hogyan, milyen körülmények között lehet cigarettát árusítani, illetve rendelkezik a dohánytermékek dobozán kötelezően feltüntetett szövegről, képről, ezek méretéről, valamint a bírságok mértékéről. A módosítások között szerepel az is, hogy ha egy munkáltató vagy az intézményvezetés úgy dönt, hogy az adott munkahelyen tilos lesz dohányozni, akkor nem kell kötelezően kijelölnie egy dohányzásra alkalmas helyiséget. Nem lehet majd rágyújtani az éttermekben, az aluljárókban, a vonatokon, a zárt légtérű buszmegállóknak és a játszótereken sem.

Ha a parlament ősszel elfogadja a módosításokat, a szigorítások 2010. január 1-jétől lépnek életbe. Az éttermekre és a képi figyelmeztetésre vonatkozó szabályozás a jövő év második felétől lesz érvényes.

### Európai stratégiai ajánlás

Az EU Egészségügyi Minisztereinek Tanácsa elfogadta a ritka betegségekre vonatkozó európai stratégiai ajánlást. Ez fontos mérföldkő a ritka betegséggel élők számára Európa-szerte, mivel annak elfogadása egyben azt is jelenti, hogy a betegek képviselőit növekvő mértékben vonhatják be a stratégiák kidolgozásába, valamint nyomon követhetik a kulcsfontosságú elemek megvalósítását is – különös tekintettel a szolgáltatások szociális dimenziójára, illetve a kutatások és a betegek által kezdeményezett aktivitások finanszírozására.

Az EURODIS több mint 350 olyan szervezetet tömörít, amelyek több mint 1000 ritka betegséggel foglalkoznak.

### Fogyatékkal élők esélyegyenlőségének biztosítása

Az Észak-magyarországi Operatív Program keretében egy év alatt egymilliárd forint támogatást nyertek önkormányzatok akadálymentesítésre a régió három megyéjében.

Az elmúlt évben 188 pályázat kapott támogatást az önkormányzati feladatokat ellátó intézmények utólagos akadálymentesítésére, a több mint egymilliárd forintot a fogyatékkal élők esélyegyenlőségének biztosításáról szóló törvényben előírt kötelezettségek teljesítésére fordították.

Az uniós és hazai társfinanszírozással megvalósított projektek lehetővé tették, hogy az észak-magyarországi régióban óvodák, általános iskolák, orvosi rendelők, szociális intézmények, önkormányzati ügyfélszolgálatok akadálymentesen elérhetőek legyenek.



# STAR-konferencia Budapesten

**30<sup>th</sup> Stress and Anxiety Research Society Conference  
2009. július 16–18.**

Dr. Gritz Arnoldné

Budapest Főváros XVII. Kerületi Önkormányzat Egészségügyi Szolgálat Egészségnevelése  
Pápai Páriz Egészségnevelési Országos Egyesület

A STAR (*Stress and Anxiety Research Society*) a szorongás, a stressz és a megküzdés elméleti, kísérleti és az alkalmazott tudományok területén felmerülő problémák vizsgálatára szakosodott kutatók multidiszciplináris nemzetközi szervezete.

A társaság tagjai – több mint 40 országból – az évente megrendezett konferenciákon ismertetik legújabb kutatási eredményeiket és gyógyító munkájuk során szerzett tapasztalataikat.

Nemzetközi hírű tudósok meghívott előadásai mellett tematikus szekcióüléseken és workshopok keretében 200–250 kutató eszmecserejére kerül sor.

Az első STAR-konferenciát 1980-ban, a hollandiai Leidenben tartották. A 12. STAR-konferenciának 1991-ben a Magyar Testnevelési Egyetem adott otthont.

2009. július 16–18. között a STAR-konferenciát a Semmelweis Egyetem Testnevelési és Sporttudományi Kara és a Magyar Táncművészeti Főiskola közösen rendezi meg.

*Helyszín:*

Semmelweis Egyetem, Testnevelési  
és Sporttudományi Kar,  
1123 Budapest Alkotás u. 44.

*Helyi szervező:*

Dr. Tóth László, Semmelweis Egyetem

*Telefon:* +36 1 487 9227

*Fax:* +36 356 6337

*E-mail:* ltoth@mail.hupe.hu

*További információk:*

<http://www.hupe.hu/star2009>

[www.star-society.org](http://www.star-society.org)

## Tisztelt Szerzőink!

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

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

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

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

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

*A kézirat formája*

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

Fáradozásukat köszöni és eredményes munkát kíván

a Szerkesztőbizottság

## A Férfiak Egészsége Nemzetközi Hete alkalmából Magyarországon szervezett programokról

Prof. Dr. Métényi János

Országos Egészségfejlesztési Intézet

**2004** óta immár hatodszor került sor Magyarországon a *Férfiak Egészsége Nemzetközi Hetének* megünneplésére.

A Hét idei legkiemelkedőbb eseménye az *Országos Egészségfejlesztési Intézet*, a *Pápai Páriz Egészségnevelési Országos Egyesület Férfiak Egészsége Szakcsoportja*, valamint *Budapest Főváros XII. kerületi Önkormányzatának Egészségnevelése* közös szervezésében június 16-án megtartott tudományos konferencia volt. A konferencián előadások hangzottak el a lelki egészségről, a különböző függőségekről, az öngyilkosságról, a túlsúlyról, a sportról, a közúti közlekedésben, a munkahelyen a férfiakat fenyegető veszélyekről, kockázati helyzetekről, azok megelőzésének, elhárításának lehetőségeiről, valamint a férfiakat érintő oszteoporózisról és az orvoshoz való fordulásról. Az előadásokat az adott téma kiváló szakemberei tartották, így a nagyszámú – százon felüli –, főleg orvosokból, egészségügyi szakdolgozókból, civil szervezetek munkatársaiból álló résztvevők a továbbképzésnek is minősülő programot nagy érdeklődéssel és figyelemmel kísérték.

A Hét eseményéhez kapcsolódóan több, férfiakat mozgósító, elsősorban szűrővizsgálathoz kapcsolódó, az egészséges életmódra felhívó megmozdulás is történt. A *Bayer Hungária Kft.* a *Férfiak Egészségéért 2009* elnevezésű programjában, Budapesten és 12 nagyvárosban elsősorban ipari parkok, nagyüzemek férfi dolgozóit várta ingyenes vércukor-, vérnyomás-, koleszterinmérésre, testtömegindex-meghatározásra. A Hét folyamán Budapesten és négy vidéki helyszínen közel ötszáz férfi jelent meg a felhívásra. Érdekes, hogy a várt 40 éven felüliek mellett jelentős számban – közel 50%-ban – 40 éven aluliak is eljöttek, ami e korosztály fokozottabb egészségtudatosságára utal.

Ugyancsak hasonló szűrővizsgálati programja szervezett a *Férfi EgészségŐr Klub* is. Négy gyógyfürdőben díjmentes vérnyomás-, vércukor- és valamint PSA-mérés mellett táplálkozási tanácsadást, urológiai szaktanácsadást is végeztek. Több mint négyszáz, 40–60 év közötti férfi vetette magát alá a vizsgálatoknak, akiket stílusosan strandlabdával ajándékoztak meg.

A Hét folyamán sikeresen vizsgázott a Budapesti Semmelweis Egyetemen *Dr. Simon Tamás professzor emeritus* vezetésével folyó, a férfiak egészségével foglalkozó speciális kollégium 14 hallgatója. A speciális kollégium a következő félévben hasonló létszámmal folytatódik.

A Hét hazai eseményeinek a napi sajtóban és az elektronikus médiában is kellő visszhangja volt. Az *MI* esti híradásában a *Férfi EgészségŐr Klub* felmérését ismertette. Az *RTL Klub*, valamint a *Sláger rádió* műsorai-ban riport és beszélgetés hangzott el egyes előadókkal. Részletes beszámolót közölt a *Népegészségügyi Szemle* 2009/6/23. száma, az egyes előadások tartalmának rövid összefoglalójával. A *Népszabadság* és a *Medical Tribune* a *Bayer Hungária Kft.* felmérési programjáról tudósított. Híradás jelent meg a *XII. kerületi önkormányzat lapjában* is.

A Hét programjairól folyóiratunk későbbi lapszámaiban részletesebben is beszámolunk, s az előadások szövegét – terveink szerint – külön kiadványban publikáljuk.

*A cikk – rövidített formában – a Journal of Men's Health című folyóiratban, angol nyelven is megjelenik.*

## Hírek

### Kevesebb só, hosszabb élet

A *British Medical Journal* című szakfolyóirat szerint az átlagos amerikai és angol étrend jóval több sót tartalmaz az orvosilag javasolt napi 2300 mg-nál. Ezért a szakemberek azt mondják, hogy egyértelműen jótékony hatású, ha valaki csökkenti sófogyasztását. Azt feltételezik, hogy a só hatására az erek, a szív sejtjei elveszítik rugalmasságukat. Egy több mint három-ezer önkéntes részvételével elvégzett kutatásból kiderül, ha magas vérnyomású emberek 25–35 százalékkal kevesebb sót fogyasztanak, 25 százalékkal mérsékelhetik a kialakuló szív- és érrendszeri betegségek kockázatát.

### Életkornövelő diéta

A fejlett országokban élők étrendjéről általánosságban elmondható, hogy hizlaló és növeli az infarktus, valamint egyéb szív- és érrendszeri betegségek kialakulásának kockázatát. A kutatók a megelőzést a kockázati tényezők csökkentésében, vagyis a megemelkedett koleszterinszint és vérnyomás mérséklésében látják. Ez nemcsak gyógyszeres kezeléssel, hanem sokkal kellemesebb módon, az úgynevezett *Polymeal-diétával* is elérhető.

A módszer és a kutatás alaposágát hitelesíti, hogy az étrend kialakításához alapul vett vizsgálat 1948-ban indult, s több mint ötezer ember egészségi állapotát követte nyomon 46 éven át.

A receptúrát olyan összetevőkből állították össze a kutatók, amelyek szív- és érrendszerre gyakorolt védő hatását vizsgálatokkal igazolták. A zöldségeken és gyümölcsökön kívül így lett a Polymeal-diéta része a bor, a hal és az étcsokoládé is. A sovány tengeri halak fogyasztását hetente legalább négyszer javasolják, csokoládéból a feketét, borból a vöröset ajánlják. A Polymeal-diétán alapuló étrenddel hosszú távon jelentősen csökken a szív- és érrendszeri betegségek kockázata. A vizsgálatok szerint ehhez optimális napi 1,5 dl vörösbor, 10 dkg étcsokoládé, 40 dkg zöldség és gyümölcs, 1 gerezd fokhagyma, 7 dkg mandula, valamint hetente négyszer 12 dkg tengeri hal elfogyasztása.

### Jól emlékszem?

Az életkor kitolódásával egyre nő azoknak a száma, akik – tartva az öregkori elbutulástól – joggal tehetik föl ezt a kérdést. Ennek megelőzésére havi, heti és napi rendszerességgel érdemes emlékezetjavító gyakorlatokat végeznünk.

*Havonta:* olvassunk el legalább két 200 oldalas könyvet; legalább 12 órát szánjunk idegen nyelvek tanulására!

*Hetente:* játsszunk legalább egy 30 perces sakkpartit; fejtsünk meg egy keresztrejtvényt; olvassunk el egy gondolkodásra serkentő sajtóterméket; a balkezesek a jobb, a jobbkezesek a bal kezükkel írjanak 30 percig!

*Naponta:* válasszuk ki az ábécé egyik betűjét és gondoljuk azzal a betűvel kezdődő nevekre!

# CONTENTS

## TRAININGS

- Social Services – Globalisation and Health Improvement 2  
*Andrea Riez, Prof. Dr. Péter Schmidt*

## SURVEYS

- Relationship between Lifestyle Factors and Osteoporosis 8  
among Middle- and Old-Aged Women

*Dr. Ágnes Nagy, Dr. Erzsébet Paulik*

- Changing Family Statistics 14

– New Health Development Tasks and Professional Questions

*Dr. Zsuzsanna Kiss Soós*

- NEWS, INFORMATION 19

## TRAININGS

- Mentalhygienic Therapy for Addict People 20

*György Fekete*

- Mentalpedagogic lexicon (details) 25

*Gyula Csoma, György Fekete*

## EUROPEAN REVIEW

- Latest news on DETERMINE-project 28

*Ágnes Taller*

- European Union and Health Development 32

## CONFERENCES

- 30<sup>th</sup> Stress and Anxiety Research Society Conference 33

– 16–18<sup>th</sup> July 2009

*Dr. Arnoldné Gritz*

- Men in Danger – Events in Hungary 34

*Prof. Dr. János Métneki*

- NEWS, INFORMATION 35

## 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