

## Tartalom

### FELMÉRÉSEK

#### Hatásvizsgálati kézikönyv I. rész 2

Útmutató az előterjesztések hatásvizsgálatához és módszertani segédlet az előterjesztések mellékleteként csatolandó hatásvizsgálati lap megfelelő kitöltéséhez

*Solymosy József Bonifác*

#### A Humán Papillomavírussal kapcsolatos ismeretek 28

Békés megyei fiatalok körében

*Dr. Párduczné Szöllősi Andrea, Lukács Anita, Dr. Párducz László*

#### Összefogás a magas vérnyomás ellen 36

*Magyar Hypertonia Társaság*

### TOVÁBBKÉPZÉS

#### Szabadidősport 38

A sport mindenkié

*Köteles Gábor*

### LELKI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS

#### Útmutató a lelki egészség gazdasági megközelítéséhez 40

*Országos Egészségfejlesztési Intézet*

### PÁLYÁZATI BESZÁMOLÓ

#### „Egész(séges) lélekkel” Program 48

TÁMOP – 6.1.2/AKMR/09/1

*Lipovszky Judit*

### AZ EGÉSZSÉG ÜGYE ANNO ÉS MOST

#### Vakáció és egészségfejlesztés anno és most 52

*Bodor Tamás, Dr. Kishegyi Júlia*

Health  
Development

## EGÉSZSÉG- FEJLESZTÉS

Az Országos Egészségfejlesztési Intézet folyóirata.

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

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

Főszerkesztő: dr. Vokó Zoltán

Felelős szerkesztő:  
prof. dr. Simon Tamás

Vezető szerkesztő:  
Balogh-Háromszéki Zsuzsanna

Szerkesztőség: OEFI,  
1096 Budapest, Nagyvárad tér 2.  
Levelezési cím: 1437 Budapest, Pf. 839/3.  
Telefon: (1) 428-8272.

Fax: (1) 428-8273.

E-mail: [titkarsag@oeffi.antsz.hu](mailto:titkarsag@oeffi.antsz.hu)  
Honlap: [www.oeffi.hu](http://www.oeffi.hu)

Kiadja:  
az Országos Egészségfejlesztési Intézet.

Terjeszti:  
előfizetésben a Magyar Posta Rt.

Hírlap Üzletága,

1080 Budapest, Orczy tér 1.

Előfizethető valamennyi postán,  
a kézbesítőknél,

e-mailen: [hirlapelofizetes@posta.hu](mailto:hirlapelofizetes@posta.hu),  
faxon: 303-3440.

További információ: 06-80-444-444  
Megjelenik kéthavonta.

Egy példány ára 2000 Ft.

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

Index: 25 214, ISSN 1786-2434

Tipográfia és tördelés:

Reneszánsz Tipográfiai Műhely

Nyomdai munkálatok:

Porszinter Nyomda

1033 Budapest, Benedek Elek u. 1–3.



Országos  
Egészségfejlesztési  
Intézet

# Hatásvizsgálati kézikönyv

## I. rész

### Útmutató az előterjesztések hatásvizsgálatához és módszertani segédlet az előterjesztések mellékleteként csatolandó hatásvizsgálati lap megfelelő kitöltéséhez

Solymosy József Bonifác mb. főigazgató-helyettes

Országos Egészségfejlesztési Intézet

#### ÖSSZEFOGLALÁS

Magyarországon a minisztériumok egységes döntéselőkészítő hatásvizsgálati lap bevezetése mellett döntöttek. A hatásvizsgálati lap számos eleme mellett a tervezett döntésnek egészség-hatás vizsgálati része is van. Az ehhez szükséges alapvető ismereteket, kitöltési segédletet gyűjti össze ez a tanulmány a népegészségügyi képzettséggel nem rendelkező szakemberek számára, akik az államigazgatásban a törvények előkészítésén dolgoznak. Hasznos olvasmány lehet mindenkinek, aki a népegészségügyet érintő területen tevékenykedik és azoknak, akik ebből ismerik fel, hogy tevékenységüknek van hatása a népesség egészségére.

#### SUMMARY

In Hungary, Ministries have decided to introduce decision-preparative impact examination forms. Beside numerous elements of the form, the planned decisions have health impact examination parts as well, the basic information of which is collected in the manual for the experts with no public health education and who work in the state administration on tasks such as preparation of introducing laws and regulations. This article contains useful information for all those who work in the fields related to public health and for those who have just recognised that their work involves issues on public health.

#### Bevezetés

Az egészség, mint optimális jólét, az egyén és a közösség legfontosabb értéke és erőforrása, amely meghatározza az egyes emberek életét, életminőségét, jól-létét és a társadalom jövedelemtermelő és versenyképességét.

Az egészség előfeltételeinek megléte után érdemes jó és rossz egészségről beszélnünk, akár földrajzi-területi, akár társadalmi csoportok vetületében. Az egészséget meghatározó, körbekapcsolt, egymásra is hatással bíró

társadalmi, gazdasági, környezeti, szociális tényezőkön keresztül lehet egy populáció egészségét befolyásolni. *Tehát azon döntéseknek van egészséghatása, amelyek az egészség befolyásoló faktorait érintik.*

Az egészség ellentéte nem csupán csak a betegség, hanem az optimális jól-léttől való elmaradás. Az egészség ügye jóval túlmutat az egészségügyi szakmák kompetenciáján.

Az egészséget értékékként kezelő és támogató közpolitika, az ágazati, regionális és helyi döntések egészségre



A projekt az Európai Unió támogatásával,  
az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg.

A tanulmány a Közigazgatási és Igazságügyi Minisztérium megbízásából készült.  
A második részt 2012/3. lapszámunkban olvashatják.



gyakorolt hatásának mérlegelésének eszköze az egészség-hatás vizsgálat (EHV). Az előterjesztések hatásvizsgálatában az egészség-elemek megfelelő megválaszolásához az EHV első szintjén elhelyezkedő szűrés (gyors egészség-hatás vizsgálati becslés), és a második szintjén elhelyezkedő egyeztetés (köztes egészség-hatás vizsgálat) alkalmas módszertani eszközök.

Jelen összefoglaló elsősorban a hatásvizsgálati lap egészséggel kapcsolatos elemeinek szakszerű megválaszolását segíti a szűrés és egyeztetés módszerrel, a népességügyi szakmai háttér célirányos bemutatásával.

A tanulmány remélhetőleg segít az olvasónak eldönteni egy szójátéknak tűnő kérdést: Az egészség prioritás, amely marginalizálódott, vagy marginális kérdés, amely fókuszba került, vagy valami egész más?

### Axióma: egészségügy $\neq$ egészség ügye

A jól működő orvosi ellátórendszer képes rá, hogy a lakosság körében *szűrésekkel* ráleljen a még panasz- és szövődménymentes, emelkedett vérnyomásértékű állampolgárookra, ezeket kivizsgálja, gondozza. Jól működő rendszer esetén minden emelkedett vérnyomást tudunk kezelni, használjuk a rendelkezésünkre álló ellátórendszert, a vizsgálatok száma, a gyógyszerfogyasztás jelentősen növekszik, miközben a szívizominfartusok és az agyvérzések száma valamelyest csökken, kissé tovább élünk, talán jobb minőségben. De ez-e az egészség? Ez lényegében egyéni kockázatsökkentés, de nem egészség. A kockázat pedig csak addig csökken, amíg eljárunk a szűrésekre, szedjük a pirulákat, rendszeresen ellenőrizzük a kezelés minőségét, vagyis annak ellenére, hogy elmozdultunk a „kisebb baj” irányába, lényegében az egészség szempontjából maradandó, fenntartható változásokat nem indukáltunk. Amennyiben a betegség kialakulásának megelőzése, nem pedig a tünetek kockázatsökkentése a cél, a kérdést másként is fel kell tenni.

El lehet-e érni, hogy a magyar lakosság születéskor várható élettartama, megbetegedési viszonyai, a halálozás és megbetegedés mutatóiban meglévő *egyenlőtlenségek* javuljanak? El lehet-e érni, hogy ne legyen olyan sok magas vérnyomás, cukorbetegség, koleszterinbaj? A válasz nemzetközi tapasztalatok alapján, az *epidemiológiai* elemzésekre támaszkodva, egyértelműen igen, de ebben önmagában az egészségügyi ellátórendszer szerepe viszonylag csekély, még akkor is, ha az adott kórra hatékony, jól működő szűrési-gondozási rendszereket építünk ki. A válasz hazánkban is igen, az egészség fejleszthető!

Az ellátórendszer működésének javításától azonban a betegségek, tünetek kezelése lesz jobb, a népesség egészsége alig javul. A *népegészségüggyel* komolyan foglalkozó szakemberek körében evidencia, hogy a beteg-

ellátó rendszerek hatása a népesség egészségére legfeljebb 10% körüli, míg az életmód és a környezeti hatások 60%-os súllyal tehetőek felelőssé a népesség egészségének állapotáért.

Egy népesség egészségét befolyásoló faktorok, rendszerek megismerése módot ad az egészség jobbítására. A dinamikus leírásnak feladata a pontos képalkotás, az oksági viszonyok és folyamatok feltárása, amelynek az egyén egészségére ható tényezők figyelembevételével kell történnie és a népesség szintjén is értelmezni kell. A népességet jellemző életmódbeli és környezeti kölcsönhatások, a kapcsolati-kulturális hálózatok, a pszichoszociális állapot és a globális járványügyi hatások mérlegelése, számbavétele segít abban, hogy egy populáció egészségi állapotát befolyásoló tényezőket megismerhessük, a jobb egészség irányába befolyásolhassuk.

Az egészségbefolyásoló faktorok mellett hatásmechanizmusok ismerete is szükséges. Ezek az időbeliség, az egyenlőtlenségek, méltánytalanságok csökkentésének jelentős egészség-hatása, a beavatkozási módok, a csapadék, a „kerék-küllő” szabály és a prevenció paradoxon. A prevenció paradoxon lényegét tekintve annyit jelent, hogy a népesség egészségének javítását célzó beavatkozások nem feltétlenül az egyén szintjén érzékelhető módon jelennek meg. *Például a zöldségárak relatív alacsony szintje az egyén szintjén több zöldség fogyasztására ösztönöz, de feltűnő, látványos változást az egyén nem érzékel. A populáció szintjén viszont csökken pl. a vastagbélrák, valamint a magas koleszterinszintből fakadó keringési megbetegedések aránya, vagyis a zöldségárak csökkenése a populáció várható élettartamát emeli.*

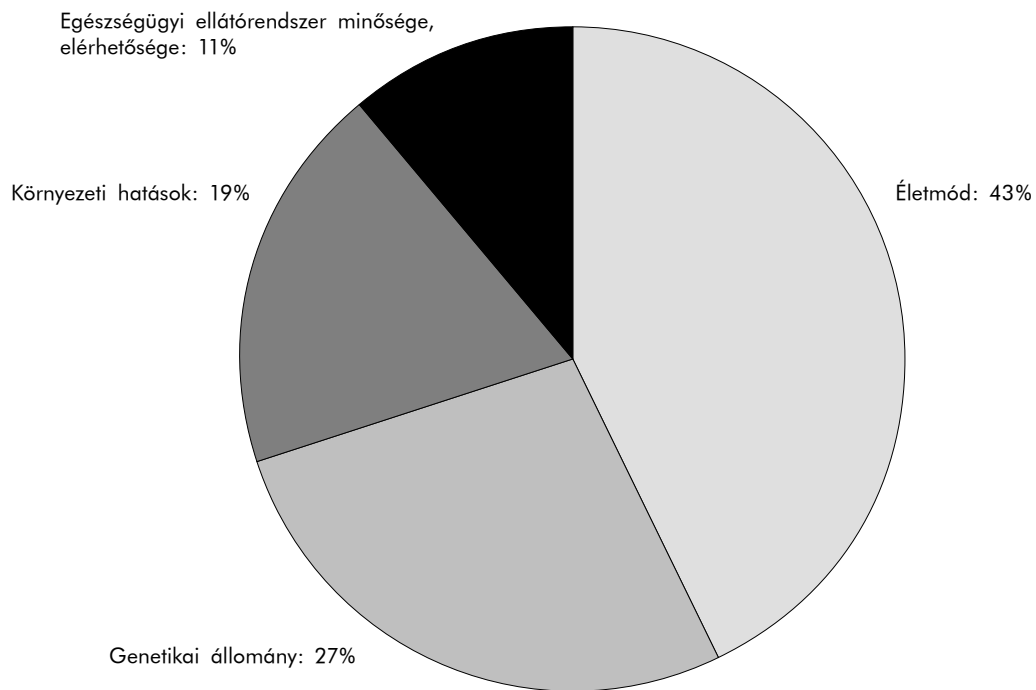
### Fogalmak

#### *Szűrés – mint egészségügyi fogalom*

*Szűrővizsgálat:* tünetmentes személyek időről időre történő vizsgálata erre alkalmas módszerrel, rejtett betegség fennállásának valószínűsítése vagy kizárása céljából. Olyan, rendszeres, időszakonként (évente, kétevente, stb.) végrehajtott vizsgálatosorozat (röntgen-, labor- és egyéb vizsgálatok), amelynek célja bizonyos betegségek kockázati tényezőinek, vagy magának a betegségnek kiszűrése. Szűrővizsgálatokat a lakosság széles körében, életkorhoz kötötten, fertőző megbetegedésekkel kapcsolatosan, valamint egyes nem fertőző betegségekre vonatkozóan akkor végezhetnek, ha a betegség károsító hatását a szűrővizsgálattal teljesen vagy részben kiküszöbölhetik, és panaszmentes életszakasz biztosítható. Amennyiben a betegség fennállta beigazolódik, akkor előírás, hogy a hatékony gyógyító terápia alkalmazásának feltételei adottak legyenek. A szűrés tehát úgy szerveződik, hogy szakmailag hatásos legyen a megbete-

1. ábra

**Egy populáció egészségét befolyásoló faktorok globális szinten**



2. ábra

**Az egészséget befolyásoló faktorok komplexitása, körbekapcsolt hatásmechanizmusa specifikus szinten**



tegedési, halálozási mutatók javításában, illetve a súlyos kórállapotok arányának csökkentésében. A szűréseket két nagy csoportba osztjuk: lehet alkalmoszerű szűrővizsgálatról, vagy szervezett, népegészségügyi szűrési modellről beszélni.

### Egészség

*Az egészség előfeltételei és egyben forrásai:* béke, lakhatás, élelem, jövedelem, oktatás, stabil ökológiai rendszer, fenntartható erőforrások, társadalmi igazságosság, társadalmi egyenlőség.

Az egyén szempontjából a teljes fizikai, szociális, mentális optimális jól-lét állapota és nem pusztán a betegség vagy rokkantság hiánya.

Egy populáció szempontjából az egészségre hatással van a társadalmi, a gazdasági, a szociális, a kulturális és a fizikai környezet egésze, ezért önmagában az egyének egészségi állapotából nem lehet a populáció egészségi állapotára következtetni.

Az egészség cél, eszköz, erőforrás, nem statikus, állandó állapot, hanem folyamat.

### Egyenlőtlenség

A javak nem azonos eloszlása, birtoklása az egyének, vagy egyének csoportjai között egy konkrét vonatkoztatási rendszeren belül. Megnyilvánulhat például az egészségi állapotban, a szolgáltatásokhoz való hozzáférésben, a pénzügyi erőforrások elosztásában és a szolgáltatások tényleges igénybevételében.

### Epidemiológia

Az egészséggel kapcsolatos állapotok, jelenségek eloszlása és az előfordulásukat befolyásoló tényezők tanulmányozása, amely egy meghatározott populációban használja fel eredményeit az egészséggel kapcsolatos problémák felügyeletéhez és megoldásához.

### Népegészségügy

A népegészségügy társadalmi és politikai koncepció, amelynek célja populációs szinten az egészség fejlesztése, az élet meghosszabbítása és az élet minőségének javítása a lakosság körében az egészségfejlesztés, a betegségmegelőzés és más, egészséget befolyásolni szándékozó tevékenység által. A népegészségügy olyan társadalmi, szakmai és politikai kezdeményezés, amelynek célja az egészség megőrzése, fejlesztése közösségi szinten, szem előtt tartva a közösség elkötelezettségét az egészség védelmére, az élet meghosszabbítása és az élet minőségének javítása iránt. *A népegészségügyi ciklus elemei:*

a lakosság egészségi állapotának leírása, az egészségi állapotot befolyásoló tényezők alakulásának jellemzése; a népegészségügyi szükségletek és igények azonosítása, rangsorolása; egészségfejlesztési programok tervezése, lebonyolítása, értékelése.

### Az egészséget befolyásoló tényezők áttekintése

Egy populáció egészsége jellemezhető többek között a születéskor várható élettartammal, és/vagy az akadályozottság szintjével. A magyarországi adatok jóval elmaradnak az uniós mutatóktól. Az átlagolt adatok elfedik azon szélső értékeket, amelyek a jó és rossz egészségi állapotú részpopulációkat, így az egészség-egyenlőtlenségeket jellemzik. Ma Magyarországon a nyugati országrész egyes kistérségeihez képest a keleti országrész egyes kistérségeiben a születéskor várható élettartam kb. 7 évvel kevesebb. Az egészségi állapotban megmutató jelentős egyenlőtlenségek csökkentése össz-társadalmi érdek, hiszen az állampolgári esélyegyenlőséget nem támogató, a gazdasági versenyképességet rontó állapot kezeléséről van szó.

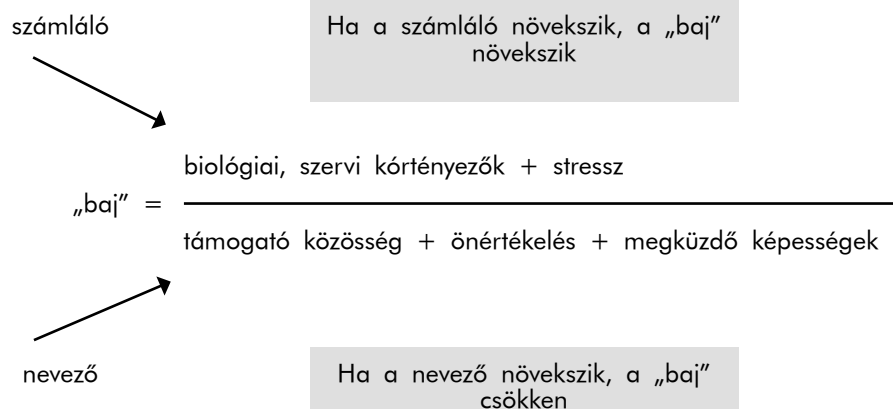
A GDP mértéke uniós összehasonlításban nem magyarázza a magyarországi alacsony, születéskor várható élettartam-értékeket. Az oksági viszonyok elemzése itt nem feladatunk, de összegezve elmondható, hogy a koordinált és egy irányba mutató, az egészség ügyét szolgáló befektetések, programok, akciók közösségi támogatottságának erősítése, a *szinergikus* hatás ösztönzése az összbefektetés mértékének növelése nélkül is a lakosság egészségi állapotának javulását eredményezi.

*Az egészség előfeltételének* és forrásának (béke, lakhatás, élelem, jövedelem, oktatás, stabil ökológiai rendszer, fenntartható erőforrások, társadalmi igazságosság és méltányosság) megléte lehetővé teszi az egészség fejlesztését, amellyel nem csak a megbetegedési/halálozási mutatók javulnak, de javul az ország gazdasági teljesítő-képessége, versenyképessége is.

Egy populáció egészségét, egészségi állapotát (az előfeltételek megléte után) *globális szinten* a genetikai adottságok, a környezeti hatások, az életmód és az egészségügyi ellátó rendszer minősége határozza meg különböző súllyal. Kockázati elem, amelyek kezelése szükséges, a járványügyi biztonság és a katasztrófavédelmi készség. A populáció egészségi állapotát befolyásoló faktorok százalékos eloszlása az adott célpopuláció szempontjából kis mértékben változhat. Ezek az egymással is kölcsönhatásban lévő faktorok az állami befolyásolhatóság szempontjából más sorrendbe sorolhatóak, mint az egészségre ható befolyásolási súlyukból következne. Nyilvánvaló, hogy egy populáció genetikai adottságait az állami intézkedések alig tudják befolyásolni, ezek

3. ábra

**Az egyén rossz egészségét („baj”) befolyásoló tényezők kapcsolati rendszere  
George Wilson Albee (1921–2006) képlete**



hatása minden szinten konstans. Az (egészségügyi) ellátó rendszer minőségét, elérhetőségét az állami intézkedések jelentős mértékben befolyásolhatják. A környezeti állami befolyásolási lehetőségek korlátozottak, a meglévő adottságoktól, a gazdasági lehetőségektől és a szakpolitikai stratégiák kölcsönhatásától függenek. A lakosság életmódját – bár ennek javítása hozza a legnagyobb populációsintű egészségjavulást – állami intézkedésekkel, amelyek mérhető hatása hosszú távú, csak áttételesen lehet kedvezően befolyásolni. (*Elliot Joslin (1869–1962): A gének betöltik a fegyvert, s az életmód húzza meg a ravaszt*) (1. ábra)

Az állami intézkedések jelentősége a populáción belüli egyenlőtlenségek csökkentésében és a *méltánytalan egyenlőtlenségek* megszüntetésében vitathatatlan.

*Specifikus szinten egy populáció egészségét a társadalmi, gazdasági, politikai, kulturális, egészségügyi ellátási és fizikai környezet kölcsönhatásának rendszerre alakítja. Kockázati elem a környezetek szinergiájának akadályozottsága (pl. egymástól való elszigetelődése, diszharmonikus fejlődése/fejlettségének, stb. mérséklése).* (2. ábra)

*Lokális szinten (azokon a színtereken, ahol a mindennapi élet folyik) az egészséget a hétköznapi szabadság megélésének szubjektív érzete, a lakó-, a munkahelyi és a természeti környezet, a társas kapcsolatok és társas támogatottság, az anyagi helyzet, az értékek és ismeretek, valamint a társadalom intézményi szolgáltatásainak elérhetősége, minősége együttesen biztosítja. Kockázati elem a szinterek közötti jelentős közvetített/képviselt értékűtözés, a hiteltelenség.*

*Az egyén – különböző szinterek szereplőjeként – főleg közösségi minták követésével alakítja viselkedését.*

Az életmód szempontjából is kiemelkedően fontos – a biológiai, szervi adottságok és kórtényezők mellett – a társas kapcsolatok megléte (támogató közösség), az önismeret, az önértékelés, a problémákkal való megküzdési képesség és az egyéni stresszkezelési módok. A legfontosabb, az életmódot veszélyeztető kockázati (rizikó-) viselkedésmódoak a dohányzás, a táplálkozási és mozgási (energia-egyensúly) szokások, az alkoholfogyasztás minősége és mennyisége, valamint az egyéb függőségek (többnyire az egészség szempontjából is sikertelen, a stressz kezelését célzó technikák). Az egyéni baj megelőzését (*Albee képlete alapján*) a különböző elemek leírható kölcsönhatásban alakítják (3. ábra)

## Fogalmak

### Szinergia

*Szinergia* esetén a részek összessége nagyobb eredményt hoz létre, mint ugyanazon részek különálló működésének egyszerű összege. „*Az egész mindig nagyobb, mint a részeinek összege.*” (*Arisztotelész*)

### Az egészség előfeltételei (alapfeltételei)

Az egészség alapfeltételeit a különböző dokumentumokban kissé eltérően sorolják fel:

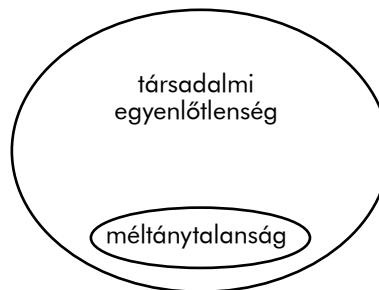
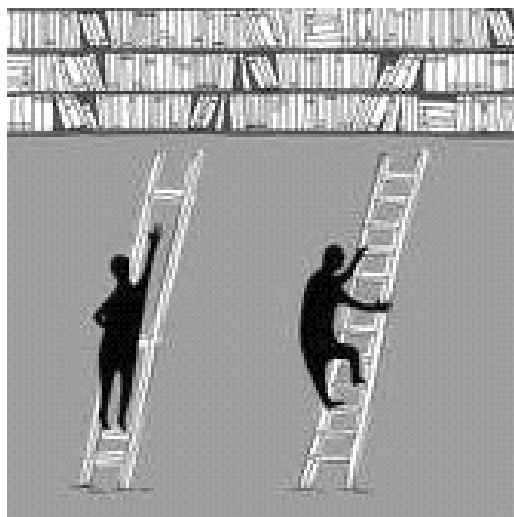
– *Ottawai Charta (WHO)*: Béke, lakhatás, élelem, jövedelem, oktatás, stabil ökológiai rendszer, fenntartható erőforrások, társadalmi igazságosság és méltányosság

– *Semmelweis-terv*: Béke, lakhatás, élelem, jövedelem, oktatás, stabil ökológiai rendszer, fenntartható erőforrások, társadalmi igazságosság

4. ábra

**Az egyenlőtlenségek és méltánytalanságok fogalmi tisztázása**

Az egészségben megnyilvánuló egyenlőtlenségek (*inequalities*) nagy halmazában részalmaz a méltánytalanságok (*inequities*) köre.

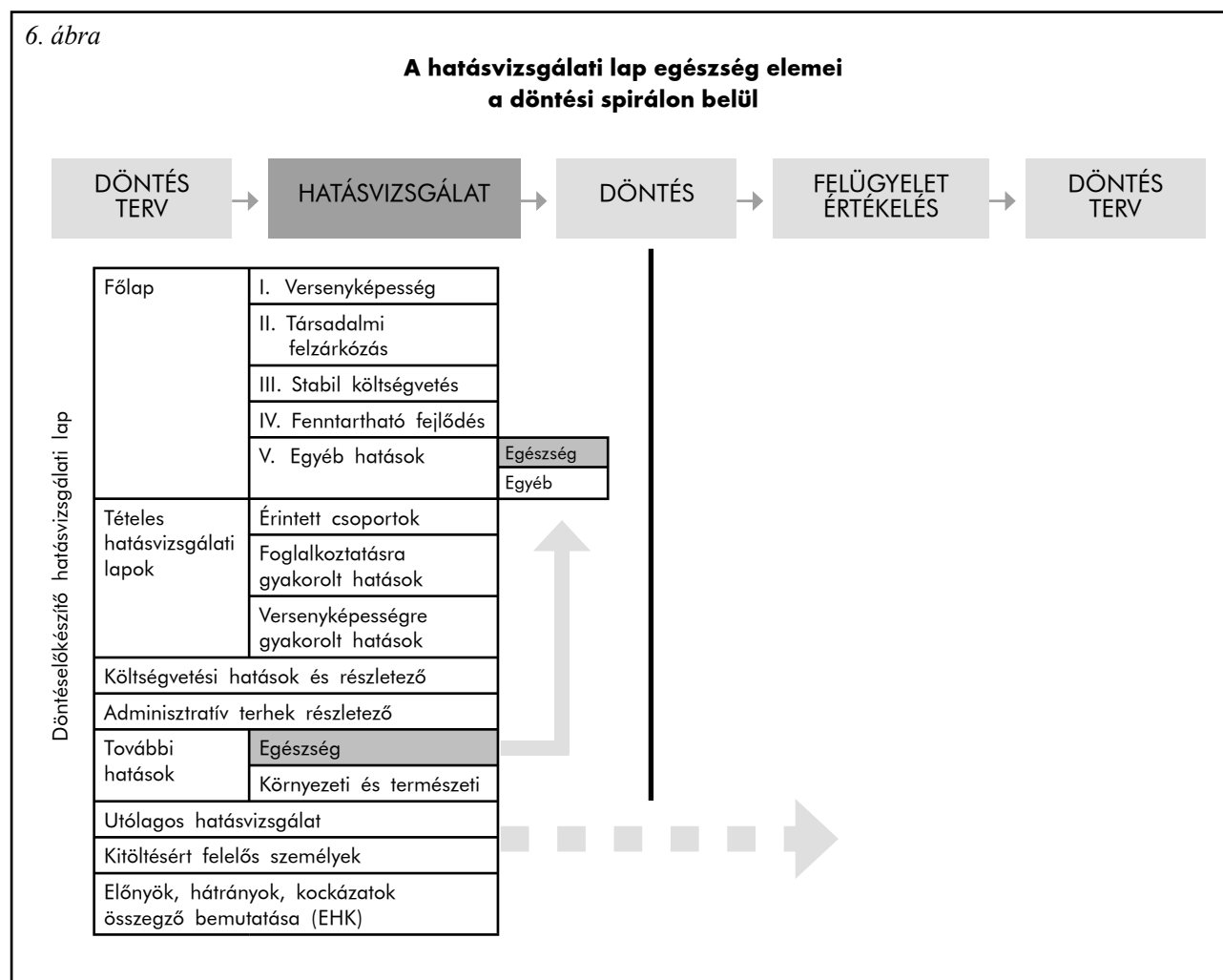


Méltánytalanok azok az egyenlőtlenségek, amelyek az adott társadalmi-gazdasági kontextusban nem szükségszerűek, (szakma)-politikai döntésekkel mérsékelhetőek.

5. ábra

**A hatásvizsgálat helye a döntési spirál egy szakaszában**





– Az egészségügyről szóló törvény (2011. évi LXXXI. törvény 15. §): Lakás, élelem, jövedelem, oktatás, stabil ökológiai rendszer, fenntartható erőforrások, társadalmi igazságosság és egyenlőség, sportolás, üdülés, munkahely

### A hatásvizsgálati lap egészséggel kapcsolatos részének kitöltése

#### Pozicionálás

A döntések spirális rendszerében egy szakasz az elő- és utóéleti folyamatból és a közöttük elhelyezkedő döntési pontból áll. Az előéleti folyamat egyik eleme a hatásvizsgálat. (5. ábra)

Jelenleg az előéleti folyamat hatásvizsgálati vertikumának egyetlen eszközére, a *hatásvizsgálati lapra* fókuszálunk, ezen belül is a döntéstervezetek egészséghatásaira. A hatásvizsgálati lap egyik eleme, az „*Utólagos hatásvizsgálat*”, életszerűen az utóéleti folyamattal is megteremti a kapcsolatot, ezért erre is teszünk utalásokat. Az egészségvetület két helyen jelenik meg, de mivel a főlapon a válaszok automatikusan jönnek létre az „*Egyéb hatások – Egészséghatások*” elemről, így ennek kitöltésére fókuszálunk. (6. ábra)

#### Méltánytalan egyenlőtlenség

Méltánytalanok azok az egyenlőtlenségek, amelyek az adott társadalmi-gazdasági kontextusban nem szükségszerűek, (szakma)politikai döntésekkel mérsékelhetőek. (4. ábra)

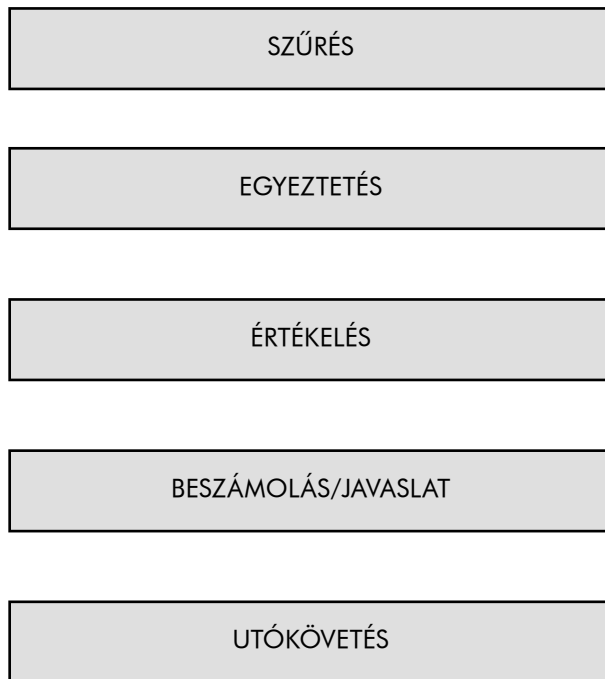
#### Szintér

A szintér olyan „hely”, ahol az egyén otthon van, ahol a probléma is „otthon van”, és ahová – az előzőekből adódóan – a beavatkozást is el kell juttatni. Tehát a szintérprogramok, eltérően a rizikócsoportos megközelítéstől, a természetes „élőhelyén” találják meg célcsoportjukat, az egyének természetes, organikus társas kapcsolataiba ágyazottan fejtik ki hatásukat.



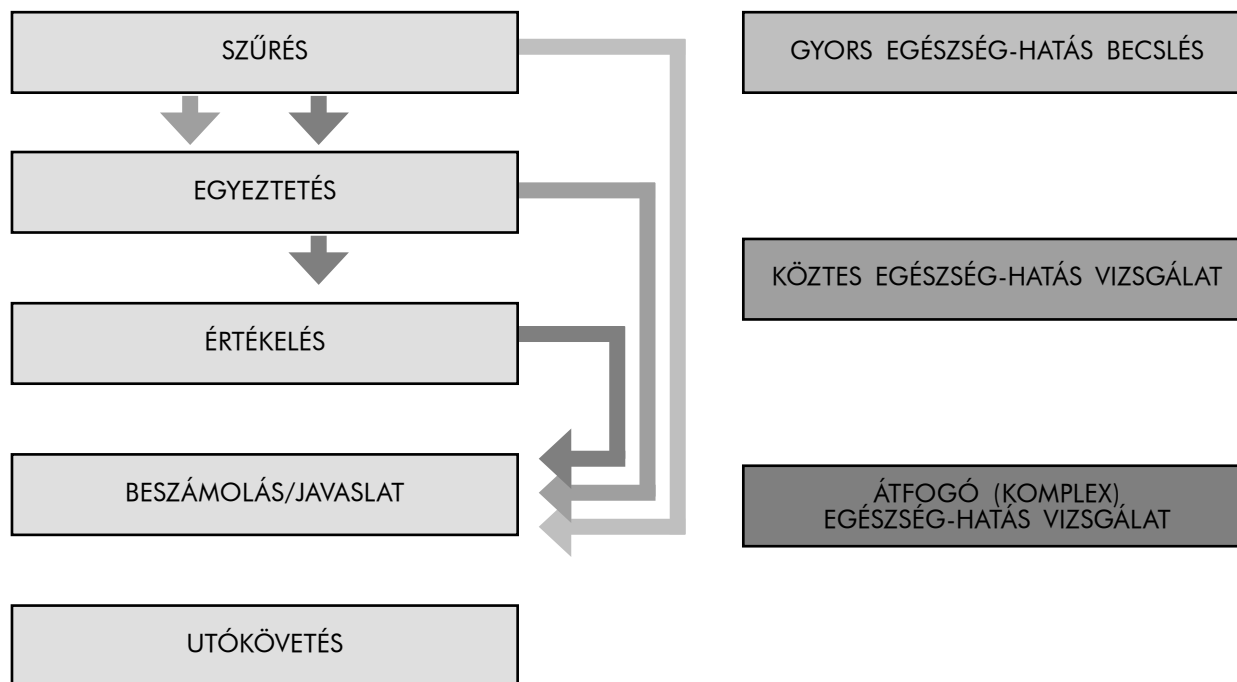
7. ábra

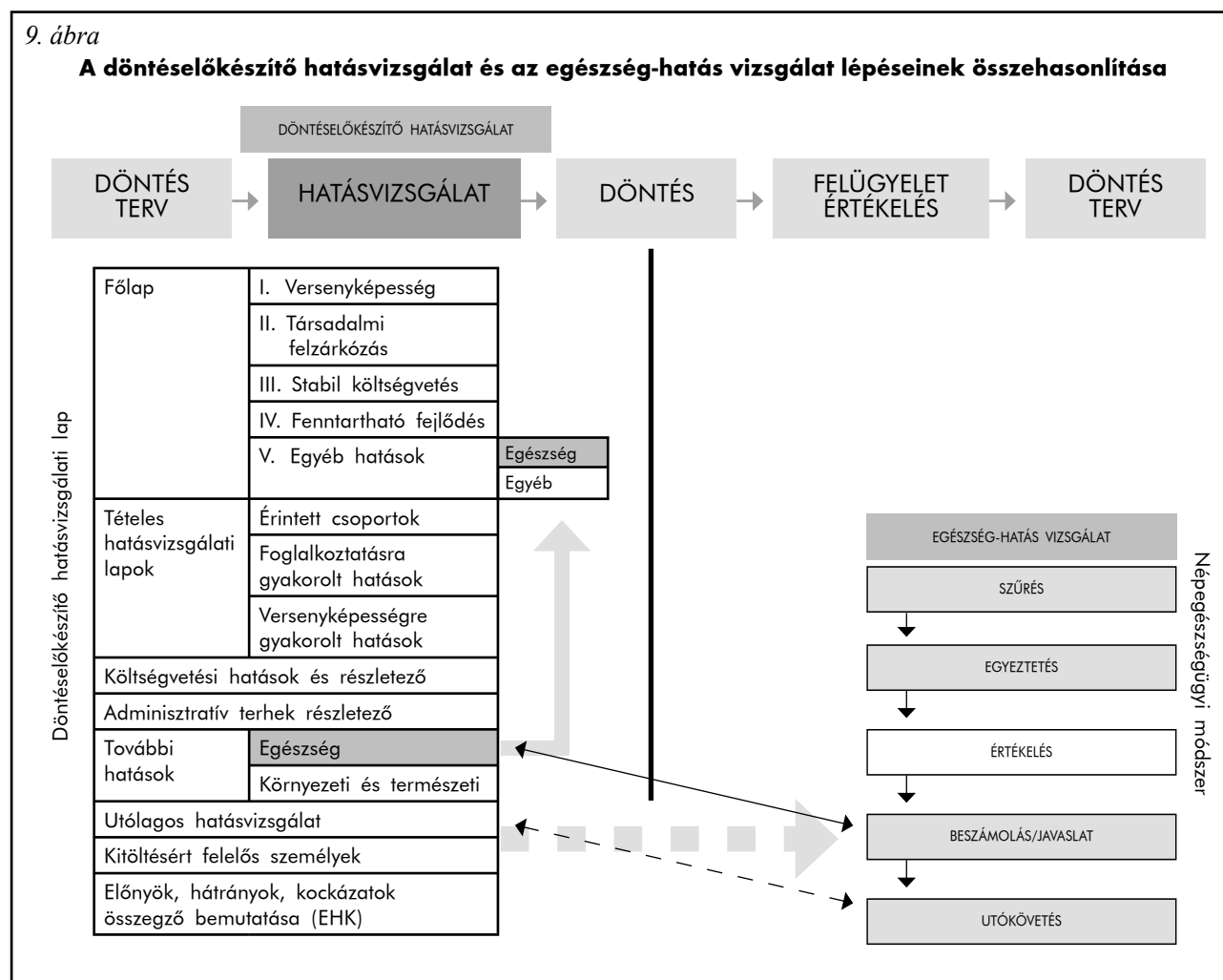
**Az egészség-hatás vizsgálat lépései**



8. ábra

**Az egészség-hatás vizsgálat lépései – önállóan is értelmezhető módszertani elemek**





10. ábra  
**Az egyeztetés – köztes egészség-hatás vizsgálat szereplőinek áttekintése**

személyi összetétel	célcsoport	érintettek	tapasztalati szakértelem
	szaktudás	szakmai tapasztalatok, bizonyítékok	szakmai vélemény
	államigazgatás	folyamatszabályozás	koordináció, kommunikáció
	hatóság	betartatás	keretek, adatok, ellenőrzés

11. ábra

**Az egészség-hatás vizsgálat módszertani elemeinek  
több szempontú összehasonlítása**

		humán kapacitás igény	felkészülés/ döntési idő	költség	megbízhatóság
SZŰRÉS	gyors egészség-hatás becslés	kevés bevont ember	kevés felkészülési idő, gyors döntés	nincs járulékos költsége	témától függően változó
EGYEZTETÉS	köztes egészség-hatás vizsgálat	több bevont szakember	jelentős felkészülési idő, gyors döntés	nincs jelentős költsége	a bevont szakemberek rendelkezésére álló adatok függvényében megbízható
ÉRTÉKELÉS	átfogó (komplex) egészség-hatás vizsgálat	több bevont szakmai csoport	hosszabb vizsgálati és döntési folyamat	van költsége az adatok elérésének/kutatásának függvényében	akár magasabb tudományos bizonyíték szintű
BESZÁMOLÁS/JAVASLAT					
UTÓKÖVETÉS		a beszámolás/javaslat elkészítéséhez rendelt források kb. 10%-a			a hatásbecslést igazolja vagy cáfolja

*Egészség-hatás becslés/vizsgálat*

Az Európai Bizottság állásfoglalása szerint az Európai Unió egészséggel kapcsolatos kompetenciája nem korlátozható csupán az Unió jelenlegi egészségstratégiájában megfogalmazott népegészségügyi akciókra. Az Amszterdami Egyezmény értelmében a közösség politikájának, döntéseinek, akcióinak megfogalmazásában és azok megvalósításában az emberi egészség védelmének szempontjait magas szinten kell érvényre juttatni. Így a belső piaccal, szociális ügyekkel, kutatás-fejlesztéssel, mezőgazdasággal, kereskedelemmel és környezettel kapcsolatos tevékenységek abból a szempontból is vizsgálhatóak, hogy milyen a hatásuk az Unió állampolgárainak egészségére és jólétére. Ennek módszere az egészség-hatás vizsgálat (EHV), amely hatékony és látványos érdekképviseleti eszköz, népegészségügyi módszer. Lépései a szűrés, az egyeztetés, az értékelés, a beszámolás/javaslat és az utókövetés. (7. ábra)

Az egészség-hatás vizsgálat eredménye minden esetben a „Beszámolás/javaslat”. Ennek minősége, meg-

bízhatósága az adott kérdés komplexitásától, a meglévő adatok, ismeretek elérhetőségétől és a vizsgálatot/ becslést végzők rendelkezésére álló forrásaitól függ. A lépések – az előbbieik értelmében – egymásra épülnek, külön módszertani elemnek is tekinthetők, így lépésenként önálló eredményt (javaslatot) is eredményezhetnek. (8. ábra)

A döntéselőkészítő hatásvizsgálat és egészség-hatás vizsgálat lépéseinek összehasonlítása több eredményhez vezet. Könnyen beláthatóvá válik az a tény, hogy – az egészség-hatás vizsgálat lépéseit önálló módszertani elemnek tekintve – az EHV elemeinek alkalmazása segíti a döntési folyamatot. Az elemek közül, eredménytől függetlenül, leggyorsabban a szűrés, több időráfordítással az egyeztetés, még több idő ráfordításával és források biztosításával a komplex értékelés segítheti a döntéselőkészítő hatásvizsgálatot, a döntés előéleti folyamatát. Az utóéleti folyamatban az utólagos hatásvizsgálatot az önálló módszertani elemként is alkalmazható EHV lépései segítik. (9. ábra)

Tovább vizsgálva a különböző EHV-elemeket, mód-

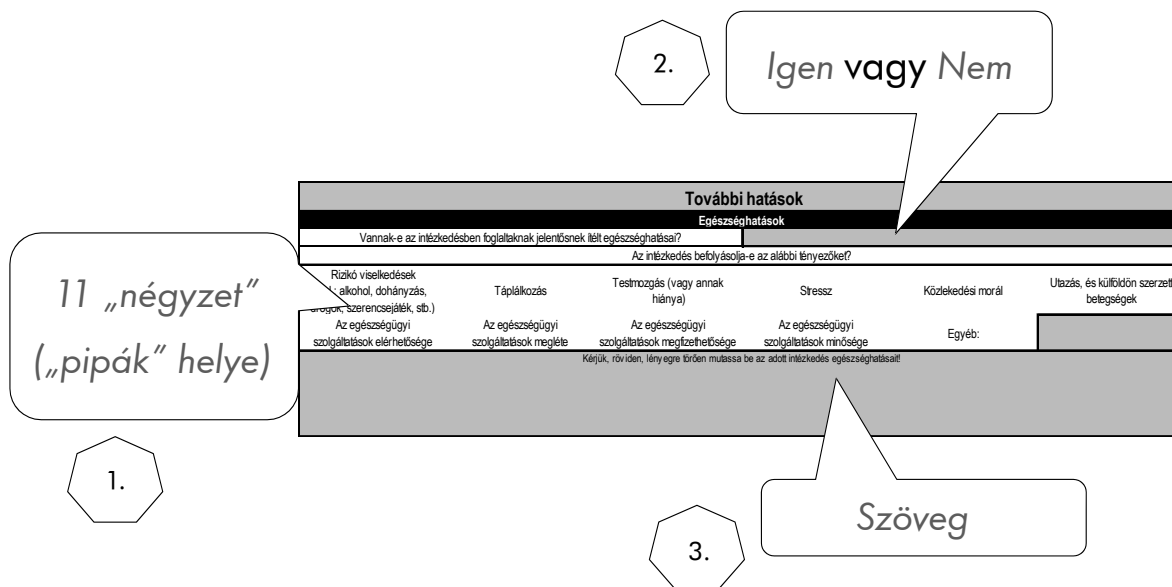
12. ábra

**A tudományos bizonyítékok szintjei**

Minőségi kategóriák	Tudományos bizonyítékok
I.	Erős tudományos bizonyíték, amely legalább egy tökéletesen kivitelezett, megfelelő méretű randomizált kontrollált vizsgálatból (RCT), vagy több kisebb RCT metaanalíziséből származik.
II.-1.	Tudományos bizonyíték, amely jól megtervezett, nem randomizált kontrollvizsgálatból származik.
II.-2.	Tudományos bizonyíték, amely jól megtervezett kohorsz-, vagy eset-kontroll analízisből és lehetőleg több centrumtól vagy kutatócsoporttól származik.
II.-3.	Tudományos bizonyíték, amely esettanulmányokból, illetve jelentős eredményre vezető, nem kontrollált felmérésből származik.
III.	Vezető szakmai szervezetek klinikai tapasztalatokon alapuló véleménye, leíró tanulmányok vagy szakértői csoportok véleménye
IV.	Nem megfelelő, metodikai problémákkal terhelt (esetszám, nem eléggé átfogó, follow-up) vagy egymásnak ellentmondó tudományos bizonyítékok

13. ábra

**Az egészséghatások kitöltési sorrendje**

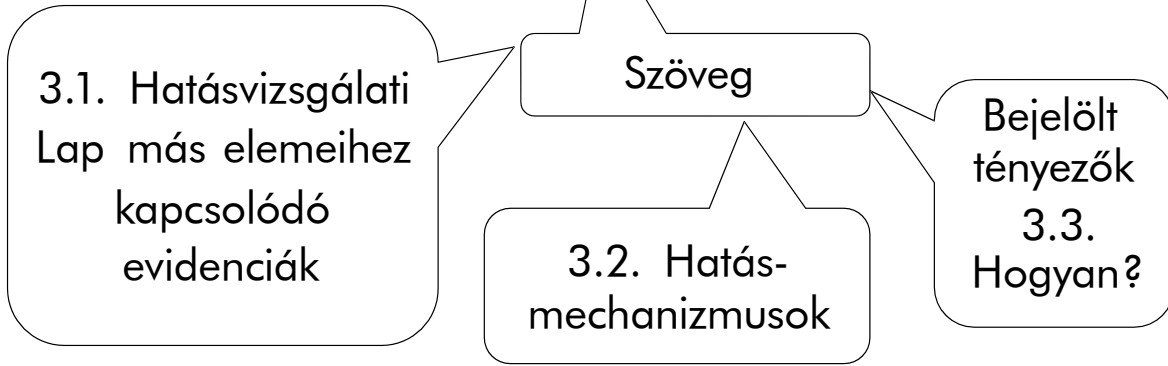


14. ábra

**Egészséghatások – szöveges rész – komponensek**

További hatások					
Egészséghatások					
Vannak-e az intézkedésben foglaltaknak jelentősnek ítélt egészséghatásai?					
Az intézkedés befolyásolja-e az alábbi tényezőket?					
Rizikó viselkedések (pl.: alkohol, dohányzás, drogok, szerencsésjáték, stb.)	Táplálkozás	Testmozgás (vagy annak hiánya)	Stressz	Közeledési morál	Utazás, és külföldön szerzett betegségek
Az egészségügyi szolgáltatások elérhetősége	Az egészségügyi szolgáltatások megléte	Az egészségügyi szolgáltatások megízethetősége	Az egészségügyi szolgáltatások minősége	Egyéb:	
Kérjük, röviden, lényegre törően mutassa be az adott intézkedés egészséghatásait!					

3.



szertani egységeket, a beszámolás/javaslat tartalmától függetlenül jelentős eltérést tapasztalunk.

A gyors egészség-hatás becslés minimális humán kapacitást, kevés felkészülési időt igényel, járulékos költség nélkül gyors döntést eredményez, viszont megbízhatósága a témától függően igencsak változó. Az egyszerűbb, kevés faktorú, népegészségügyi evidenciának is mondható témákban megbízhatósága jobb, a többletényező, rövid és hosszabb távon változó irányú, más-más társadalmi csoportokat másként érintő témák esetében nem megbízható.

A köztes egészség-hatás vizsgálat több szakember bevonását igényli. (10. ábra)

A szakemberek felkészülési ideje, az egyeztető találkozó megszervezése kicsit hosszabb idő, de a találkozó alatt a döntés viszonylag gyors folyamat.

Az átfogó (komplex) egészség-hatás vizsgálat – értékelés – humán kapacitás igénye nagyobb, folyamata hosszabb, mivel itt már nem csak a meglévő adatok rendszerezése, de célzott vizsgálatokkal/kutatással új adatok előállítását is feladat. Ennek megvalósítása költségigényes, minél magasabb tudományos bizonyíték szintű a vizsgálat, költségei annál magasabbak. (11. ábra)

Összefoglalva elmondható, hogy a döntéselőkészítő

hatásvizsgálati lap kitöltéséhez az egészség-hatás vizsgálati módszer alkalmazható. A továbbiakban az EHV-módszer adaptálható elemeit tekintjük át, amelyek a hatásvizsgálati lap egészséggel kapcsolatos elemének kitöltését segítik.

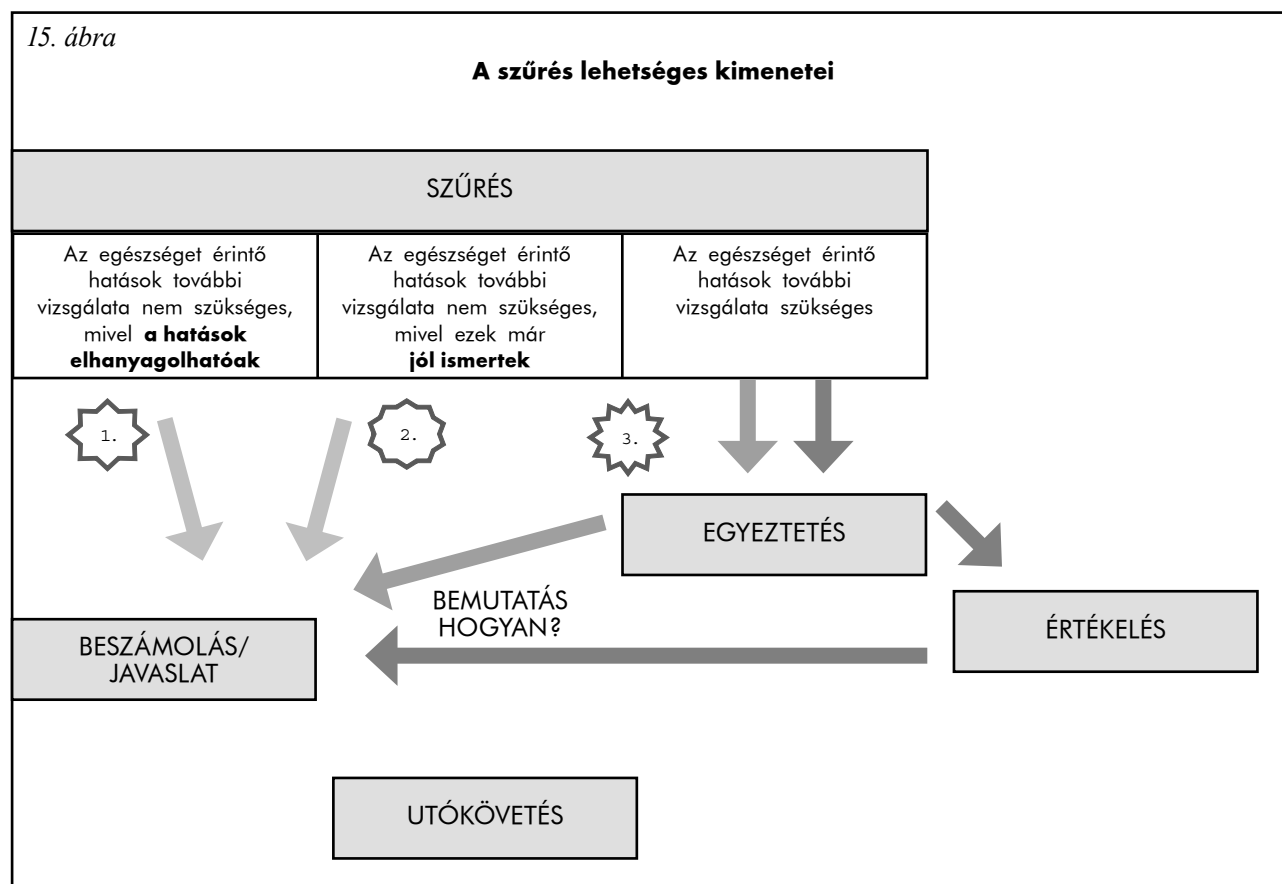
**Fogalmak**

*Szűrés – mint az EHV lépése*

Az EHV folyamatában a szűrés önálló, gyors becslési módszertani elemnek is tekinthető. Többek között a tervezett döntések egészséghatásának vizsgálatára alkalmas. Segítségével eldönthető, hogy egyáltalán van-e bármilyen lényeges egészséghatása a tervezett döntésnek, ismert adatok, tények esetén a hatás jellemezhető-e, valamint kijelöli a további mérlegelés/vizsgálat, utókövetés szükségességét. Lényeges elválasztani a szűréstől, mint egészségügyi fogalomtól.

*A tudományos bizonyítékok szintjei*

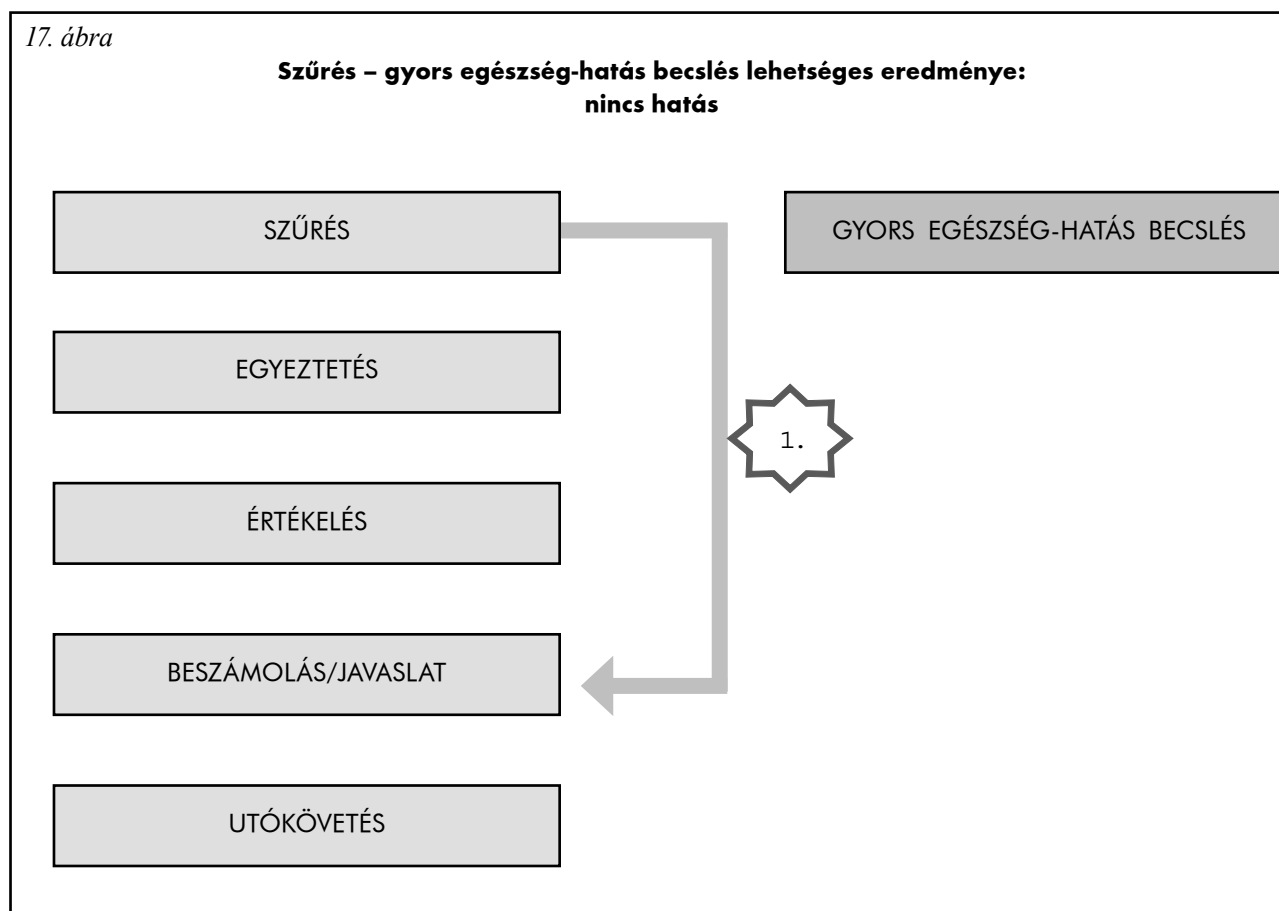
Az „US Preventive Services Task Force” (1989) ajánlása alapján. (12. ábra)



16. ábra

### A lakosság egészségi állapotát befolyásoló 11 tényező kifejtése

	Tényezők főkategóriái	Tényezők	Tényezők kifejtése
1.	Életmód	Rizikóviselkedés (pl. alkohol- és drogfogyasztás, dohányzás, szerencsejáték, stb.)	A társadalmi normákhoz való igazodást gátló mérték; az egyént és/vagy környezetét károsító/veszélyeztető minőség
2.		Táplálkozás	Az élettani alapszükségleteken túl, az életmódhoz igazodó, az energiaegyensúlyt elősegítő
3.		Testmozgás (vagy annak hiánya)	Az életkori szükségletekhez, életmódkompenzációhoz igazodó, az energiaegyensúlyt elősegítő
4.		Stressz	Kezelése minden élőlény egyik alapszüksége
5.		Közlekedési morál	Elsősorban a balesetmegelőzés vetülete miatt
6.		Utazás és külföldön szerzett betegségek	Elsősorban a járványügyi biztonsági kockázat miatt
7.	Az egészségügyi szolgáltatások	elérhetősége	A lokális földrajzi eltérések bemutatásánál jelentős. Érdekes szűkebb társadalmi csoportok szempontjából külön is vizsgálni.
8.		megléte	
9.		megfizethetősége	
10.		minősége	
11.	Egyéb		Az egészség előfeltételei Katasztrófavédelem



### Egészség-hatás vizsgálat

Azon eljárások, módszerek, eszközök kombinációja amelyek segítségével egyes programok, gazdasági, szakpolitikai döntések, projektek népességre gyakorolt potenciális egészséghatásai és e hatások populáción belüli megoszlása értékelhető (WHO, 1999).

### „Egyéb hatások” fejezet „Egészséghatások” – kitöltési sorrend

Az egészséggel kapcsolatos kitöltendő három részre tagoltak, a javasolt kitöltési sorrend nem lineáris. (13., 14. ábra)

### Szűrés I. – van vagy nincs egészséghatás

A javasolt kitöltési sorrend első lépésénél 11 tényező szerepel. Ezen tényezők és a döntéshozó folyamat tárgyát képező tervezet tartalmi kapcsolatának vizsgálata maga a szűrés. A szűrés bemutatására két lépésben kerül sor. Először azt kell eldönteni, van-e egészséghatása a vizsgált tervezetnek.

A szűrés eredményei, függetlenül a becslés tárgyát képező döntéstervezet tartalmától, három kategóriába

sorolhatóak: az egészséget érintő hatások további vizsgálata nem szükséges, mivel a hatások elhanyagolhatóak (1.); az egészséget érintő hatások további vizsgálata nem szükséges, mivel ezek már jól ismertek (2.); az egészséget érintő hatások további vizsgálata szükséges (3.). (15. ábra)

„Az egészséget befolyásoló tényezők áttekintése” fejezetben bemutatott komplex hatásmechanizmusok drasztikus egyszerűsítésével született meg a hatásvizsgálati lap „Egészséghatás” részéhez az alábbi 11 tényező:

1. Rizikóviselkedések (pl.: alkohol- és drogfogyasztás, dohányzás, szerencsejáték, stb.)
2. Táplálkozás
3. Testmozgás (vagy annak hiánya)
4. Stressz
5. Közlekedési morál
6. Utazás és külföldön szerzett betegségek
7. Az egészségügyi szolgáltatások elérhetősége
8. Az egészségügyi szolgáltatások megléte
9. Az egészségügyi szolgáltatások megfizethetősége
10. Az egészségügyi szolgáltatások minősége
11. Egyéb

A 11 tényező három fő kategóriába sorolható (életmód, egészségügyi ellátás és egyéb). A tényezők kifejtése azt a célt szolgálja, hogy értelmezésében egységes fókusz

18. ábra

**Kitöltési minta: elhanyagolható egészséghatás  
– szöveges rész harmadik komponens (3.3.)**

További hatások					
Egészséghatások					
Vannak-e az intézkedésben foglaltaknak jelentősnek ítélt egészséghatásai?			nem		
Az intézkedés befolyásolja-e az alábbi tényezőket?					
Rizikó viselkedések (pl.: alkohol, dohányzás, drogok, szerencsésjáték, stb.)	Táplálkozás	Testmozgás (vagy annak hiánya)	Stressz	Közlekedési morál	Utazás, és külföldön szerzett betegségek
Az egészségügyi szolgáltatások elérhetősége	Az egészségügyi szolgáltatások megléte	Az egészségügyi szolgáltatások megfizethetősége	Az egészségügyi szolgáltatások minősége	Egyéb:	

A tervezett döntésnek nincs számottevő egészséghatása a lakosság szempontjából, mert az egészséget befolyásoló tényezők egyikét sem érinti jelentős mértékben.

valósulhasson meg, a fogalmi tartalmak egyértelműek, a szűrés pedig sikeres legyen. (16. ábra)

Az „Egyéb” fő- és alkategória teret enged minden olyan, a drasztikus egyszerűsítésnek áldozatul esett tényező vizsgálatának, amely az adott intézkedéstervezet szempontjából releváns lehet. A 16. ábrán példaként két faktort említettünk (az egészség előfeltételei, katasztrófavédelem).

Mechanisztikus megközelítésben elmondható, hogy ha a jelzett 11 tényező egyike mellé sem kerül jelzés („pipa”), akkor az egészséghatás elhanyagolható. Az eldöntendő kérdésre, miszerint „Vannak-e az intézkedésben foglaltaknak jelentősnek ítélt egészséghatásai?”, az adható válasz a „NEM”. Ezzel a javasolt kitöltési sorrend második lépése is megvalósult. (17. ábra)

Ebben az esetben a kitöltési sorrend harmadik lépésének, a szöveges résznek („Kérjük, röviden, lényegretörően mutassa be az adott intézkedés egészséghatásait”) harmadik komponense is megválaszolható. „A tervezett döntésnek nincs számottevő egészséghatása a lakosság szempontjából, mert az egészséget befolyásoló tényezők egyikét sem érinti jelentős mértékben” szöveg kerülhet a „További hatások” – „Egészséghatások” szöveges összefoglalójába és ez automatikusan generálódik a FŐLAP V. EGYÉB HATÁSOK fejezetébe is. (18. ábra)

Ilyen tiszta, egyértelműen jelentős egészséghatással nem bíró előkészítendő döntés az, amelynek biztos, hogy nincsen a lakosságra, illetve körülhatárolható lakossági csoportokra közvetlen és közvetett hatása rövid-, közép- és hosszú távon.

A kitöltési sorrend második lépésében, a döntéstervezet tartalmát figyelembe véve, a hatásvizsgálati lap („További hatások” – „Egészséghatások” rész) zárt válaszlehetőségeket (igen vagy nem) enged meg.

Ennek a válasznak elsődleges vonatkoztatási rendszere Magyarország teljes lakossága, tehát a lakosság szempontjából kell a választ mérlegelni. Ugyan az egyes társadalmi csoportok detektálása a hatásvizsgálati lap más részein (FŐLAP II., „Társadalmi felzárkózás” és a Tétel hatásvizsgálati lapok, „Érintett csoportok” elem) történik, azért itt is előre jelezzük, hogy a koherencia érdekében az egészséghatások későbbi bemutatásánál ezt is szem előtt kell tartani. (19. ábra)

**Szöveges rész – első komponens  
– evidenciák**

A hatásvizsgálati lap többi fejezetéhez való tartalmi kapcsolódást az alábbiakban bemutatott népegészségügyi evidenciák logikai rendszere jellemzi. Ezek koherens, a döntéstervezet szempontjából értelmezhető bemutatása adja a szöveges rész első komponensét (3.1.) (20. ábra)

**– A versenyképességgel kapcsolatban**

- Ha a népesség egészségi állapota javul, akkor a gazdaság javul.
- Ha a gazdaság javul, akkor a társadalom versenyképessége javul.
- Ha a népesség egészségi állapota javul, akkor a társadalom versenyképessége is javul.

**– A társadalmi felzárkózással kapcsolatban**

- Ha az egészségben nyilvánuló egyenlőtlenségek csökkennek, akkor a társadalmi egyenlőtlenségek is csökkennek.
- Ha a társadalmi egyenlőtlenségek csökkennek, akkor a társadalmi felzárkózás gyorsul.
- Ha az egészségben nyilvánuló egyenlőtlenségek csökkennek, akkor a társadalmi felzárkózás gyorsul.



19. ábra

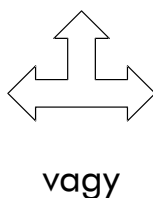
**Az eldöntendő kérdés megválaszolása a kitöltési sorrend második lépése**

2.

Egészséghatások	
Vannak-e az intézkedésben foglaltaknak jelentősnek ítélt egészséghatásai?	

Ha a 11 db négyzet bármelyikébe pipa kerül

**Igen**



**Nem**

Ha a 11 db négyzet egyikébe sem kerül be pipa



20. ábra

**A szöveges rész első komponense – koherenciát segítő megfontolások**

További hatások					
Egészséghatások					
Vannak-e az intézkedésben foglaltaknak jelentősnek ítélt egészséghatásai?					
Az intézkedés befolyásolja-e az alábbi tényezőket?					
Rizikó viselkedések (pl.: alkohol, dohányzás, drogok, szerencsejáték, stb.)	Táplálkozás	Testmozgás (vagy annak hiánya)	Stressz	Közlekedési morál	Utazás, és külföldön szerzett betegségek
Az egészségügyi szolgáltatások elérhetősége	Az egészségügyi szolgáltatások megléte	Az egészségügyi szolgáltatások megfizethetősége	Az egészségügyi szolgáltatások minősége	Egyéb:	
Kérjük, röviden, lényegre törően mutassa be az adott intézkedés egészséghatásait!					

3.

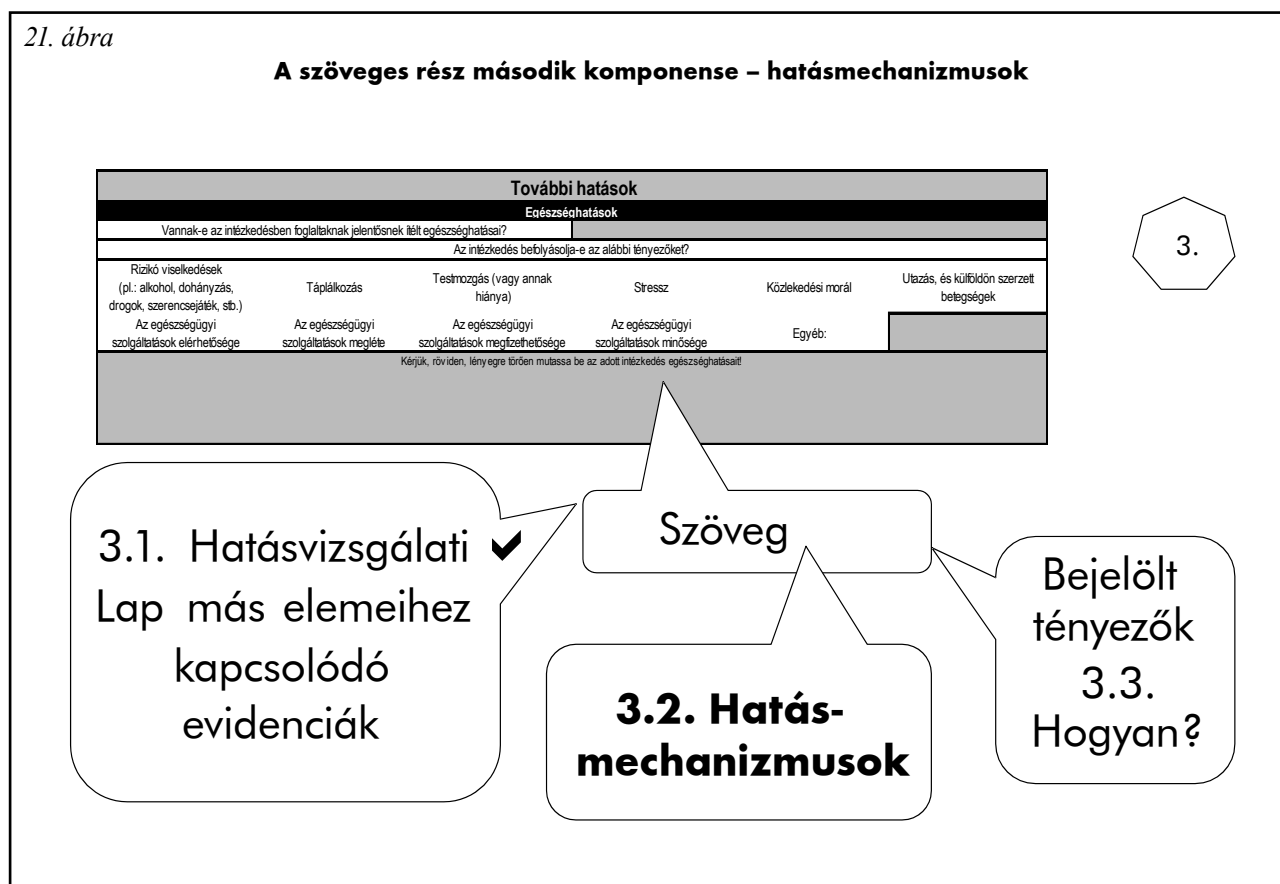
**3.1. Hatásvizsgálati Lap más elemeihez kapcsolódó evidenciák**

**Szöveg**

**3.2. Hatásmechanizmusok**

**Bejelölt tényezők  
3.3. Hogyan?**

21. ábra



– *A stabil költségvetéssel kapcsolatban*

- A népesség egészségének javulását a hosszú távú befektetések, következetes stratégiák gyorsítják.
- A hosszú távú befektetések, következetes stratégiák megvalósításához stabil költségvetés szükséges.
- A stabil költségvetés a népesség egészségének javulását eredményezi.

– *A fenntartható fejlődéssel kapcsolatban (itt most a társadalmi részt nem említve)*

- A fenntartható fejlődés, akár mint a környezetvédelmi szabályozás alapelve, a környezet megóvását, jó minőségét célozza.
- A természetes és épített környezet jó minősége jó egészséget biztosít.
- A fenntartható fejlődés alapelveinek érvényesülése népegészségügyi szempontból a lakosság egészségét javítja.

**Szöveges rész – második komponens – hatásmechanizmusok**

A különböző típusú hatásmechanizmusok vázlatos áttekintésével elsősorban az a célunk, hogy a szöveges rész

második komponense releváns tartalommal feltölthető legyen. Ezek teljes körű mérlegelése az átfogó (komplex) *EHV* feladata, amely ugyan nem képezi ezen segédanyag központi tárgyát, de elemeinek ismerete elengedhetetlen. Kitérünk a hatások időbeliségére az indikátorok vonatkozásában; az egyenlőtlenségek, méltánytalanságok csökkentésének jelentős egészséghatására; a beavatkozási módok és gondolkodási műveleti eltéréseik vázlatára; érintjük a csapadék elkerülésének fontosságát; bemutatjuk a „kerék-küllő” szabályt, amely a komplex hatásmechanizmusok feltárását segíti; valamint a prevenció paradoxonra is hozunk példát. (21. ábra)

**3.2.1. Hatások időbelisége – indikátorok**

Az egészséget befolyásoló faktorok bemutatásánál már kiderült, hogy a globális, a specifikus, a lokális szint és az egyén szintje eltér, amelyek az időbeliséggel is kapcsolatban vannak. Egy irányított, célzott változtatás hatásai egymásra épülnek, ok-okozati logikával és időben kiterjedő folyamatban.

Klasszikus projekttervezési szempontból irányított, célzott változtatás (beavatkozás) esetén az egyén elsősorban – és azonnal – az *előfeltételek* meglétét/

22. ábra

**Az egészség-meghatározók változását jelző mutatók, indikátorok a különböző cél-szinteken**

Globális cél	Impact	Egészség-meghatározók változása, mutatók	Társadalmi hatások: <i>gazdasági versenyképesség, foglalkoztatottak aránya, bizalom, biztonság</i>		
			Életmódbeli hatások: <i>életminőség, szabad döntéshozatal, (egészség)-egyenlőtlenségek csökkentése</i>		
			Egészségi hatások: <i>születéskor várható élettartam, elkerülhető halálozási arányszám, egészségben eltöltött életek, akadályozottság</i>		
			Környezeti hatások: <i>CO-kibocsátás, alternatív energia felhasználás, szelektív hulladékkezelés</i>		
Specifikus cél	Outcome	Egészségfejlesztési középtávú eredmények, mutatók	Egészséges életmód	Jól működő ellátórendszer	Egészséges környezet
			<i>elhízás aránya, dohányzás aránya, ételmiszer-választás, mozgásgazdag életmód, alkohol- és illegális kábítószer-használat, depresszió</i>	<i>preventív szolgálatokhoz való hozzáférés, az egészségügyi, oktatási, szociális, kulturális szolgáltatásokhoz való hozzáférés és megfelelő minőségű ellátás</i>	<i>biztonságos természetes és épített környezet, támogató gazdasági és szociális körülmények, a megfelelő ételmiszerekhez való hozzáférés, korlátozott dohány- és alkoholfogyasztási lehetőségek</i>
Működési cél	Output	Egészségfejlesztési rövid távú eredmények, mutatók	Az egészséggel kapcsolatos műveltség	Közösségi tevékenységek és társas befolyásolás	Az egészséget támogató politikai gyakorlat és intézményi háttér
			<i>az egészséggel kapcsolatos ismeretek, attitűdök, motivációk és magatartásbeli beállítódások, egyéni képességek, én-hatékonyság</i>	<i>közösségek részvétele, felhatalmazás, társas normák, közvélemény alakulása</i>	<i>az egészséget támogató politikai szándék kinyilvánítása, törvényhozás, szabályozások, erőforrások allokálása, intézményi háttér kialakítása</i>
Bemenet	Input	Egészségfejlesztési eszközök	Felkészítés – az egyént az egészség feletti kontrollra képessé tevés, feljogosítás	Propagálás – az egészség pártolása	Közvetítés (közbenjárás)
		Egészségfejlesztési tevékenységek	<i>Az életminőség, az egészségi állapot javítása, egészségvédelem (betegségek megelőzése, védőoltások, szűrések, egészségnevelés</i>	<i>Egyéni és társadalmi akciók kombinációja, politikai elkötelezettség, politikai támogatottság, társadalmi elfogadottság konkrét egészségcél vagy -program érdekében</i>	<i>Szektorok közötti, állami és civil szervezeteken, csoportokon belüli és közötti – különböző érdekek és szektorok egyeztetik álláspontjait az egészség érdekében</i>
Előfeltétel		Lakossági csoportok bevonása a szintereken	Pl. kliens-oktatás, iskolai oktatás, írott és elektronikus média-kommunikáció	Pl. közösségépítés, csoportok támogatása, gyakorlati tanácsadás	Pl. lobbizás, politikai szervezkedés és aktivitás, a bürokratikus akadályok legyőzése

23. ábra

**Beavatkozási módok kategorizálása, hatásmechanizmusok**

Mottó	Beavatkozási mód	Hogyan befolyásol?
a „halevésre” való igény felkeltése	megalapozó	ami előfeltételek és működési keretek szintjén teszi az egészség jobbítását megvalósíthatóvá
halastavat adunk	preventív	az, ami megelőzi az egészségromláshoz vezető út kialakulását és fenntarja a jó egészséget
hálót szőni tanítunk	operatív	az a beavatkozás, ami visszafordítja a folyamatot (állapotot) a rosszabb egészség irányából a jobb egészség irányába
halat adunk	tüneti (tűzoltó) beavatkozás	az, ami a rossz egészségi állapotot egyes tüneteiben enyhíti, de az okokat nem szünteti meg, a jobb egészség irányába tartós elmozdulást nem eredményez

hiányát és a projekt *bemeneti oldalát (input)* érzékeli. Ez az egészség előfeltételeivel és az egészségfejlesztési eszközök meglétével, valamint az egészségfejlesztés folyamatával jellemezhető.

A projekt *közvetlen eredményei (output)* már érzékelhetőek és jól mérhetőek a helyi közösségek szintjén, akár egy évvel a projekt indítása után is. Ezek az egészséggel kapcsolatos műveltség, a közösségi tevékenységek és társas befolyásolás, valamint az egészséget támogató politikai gyakorlat és intézményi háttér tipikus indikátoraival jellemezhetőek. Jelentős kockázati elem, ha a projekt tervezésébe a célcsoportot nem vonták be és a projekt esetleg nem a célcsoport szükségleteire, igényeire reagál.

A projekt *specifikus (köztes) céljait (outcome)* időben később, kb. 1–3 év távlatában lehet érzékeltetni nagyobb területi és/vagy társadalmi csoportok vetületében is. Ezek jellemzését az egészséges életmód, a jól működő ellátórendszer és az egészséges környezet indikátorai segítik. Komoly kockázat, hogy ezen a szinten csak akkor érzékelhető a hatás, ha a projekt még működik és a földrajzi, társadalmi csoportok bevonása szempontjából egyre szélesebb körben elterjed (a jó gyakorlatok intézményesülése).

A *globális célt megvalósító hosszú távú hatás (impact)* mérhetősége már legalább az 5–10 évnyi időintervallumba esik. A mérhető indikátorok több területet is érintenek:

– *társadalmi hatások* (gazdasági versenyképesség, foglalkoztatottak aránya, bizalom, biztonság, stb.),

– *életmódbeli hatások* (életminőség, szabad döntéshozatal, (egészség)egyenlőtlenségek csökkentése, stb.),

– *egészségi hatások* (születéskor várható élettartam, elkerülhető halálozási arányszám, egészségben eltöltött életevek, akadályozottság, stb.),

– *környezeti hatások* (CO-kibocsátás, alternatív energia felhasználás, szelektív hulladékkezelés, stb.).

Kockázatot jelent, ha a lokális szintű projektek között nincs mód a szinergikus hatás érvényesülésére, vagyis ha a „*hogyan*” nem központilag összehangolt és a „*mit*” nem a helyi igényekre reagál.

Megjegyezzük, hogy komoly minőségi és hatékonysági kérdés, hogy a globális célok mennyire kapcsolódnak az *Európai Unió* 2020-ig fejlesztendő öt stratégiai célterületéhez:

1. A foglalkoztatási ráta növelése a 20–64 éves korcsoportban, illetve az idősebb munkaerő, az alacsony képzettségűek és a legális bevándorlók jobb munkaerőpiaci integrációja.

2. A köz- és magánfinanszírozás növelésével a kutatás-fejlesztés feltételrendszerének, finanszírozásának javítása.

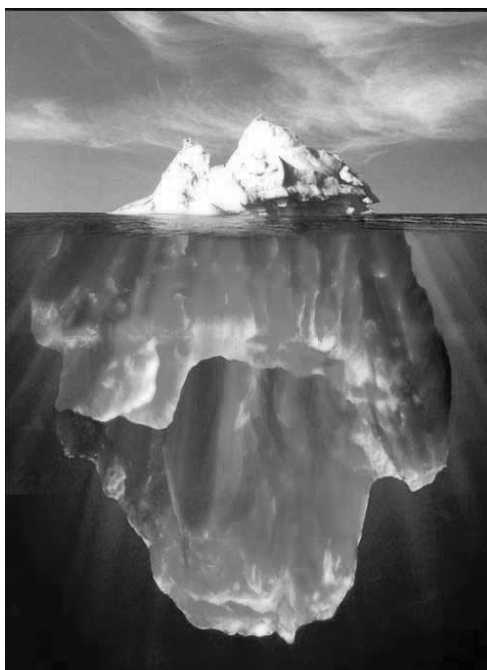
3. A gázkibocsátás mérséklésével az üvegházhatás csökkentése, a megújuló energia fogyasztásának növelése.

4. Az iskolázottság szintjének emelése, elsődlegesen az iskolai oktatásból kiesők számának csökkentése, a 30–34 évesek szakképzésének javítása.

5. A társadalmi befogadás elősegítése, elsődlegesen a szegénység csökkentésével. (22. ábra)

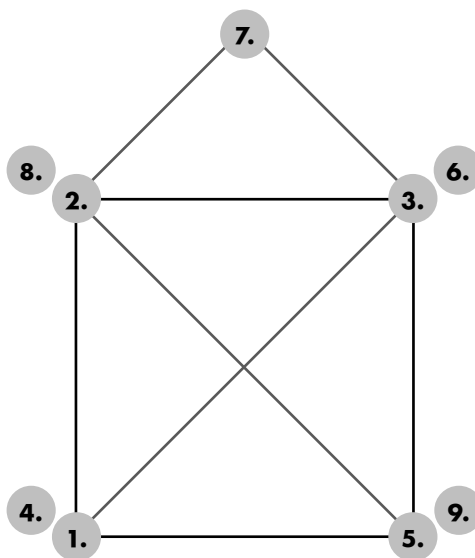
24. ábra

**A „problémajéghegy”, amelynek csak egytizede látszik a felszínen**



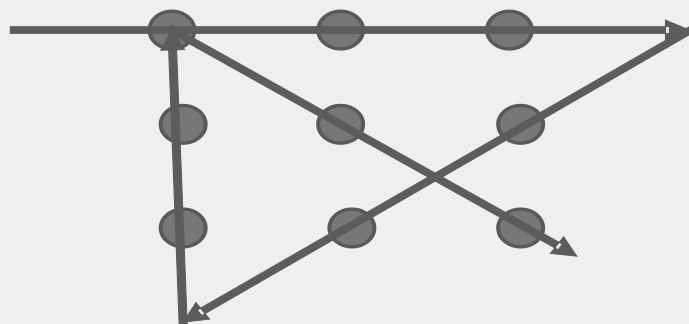
25. ábra

**Az operatív problémamegoldási sablon**  
**Végigmehetünk minden vonalon egyszer, a ceruza felemelése nélkül, legfeljebb nyolc szakasszal?**



26. ábra

**A preventív problémamegoldási sablon**  
**Össze lehet kötni a kilenc pontot négy szakasszal, a ceruza felemelése nélkül?**



Az időbeliség másik jelentős aspektusa, hogy a várt hosszú távú hatás eléréséhez több út is vezethet, amelyek köztes céljai önmagukban még nem valósítják meg a társadalmi globális hatást (*impact*), de – az idő előrehaladtával – jelentősen segítik azt.

*Ilyen példa lehet az, hogy az óvónők képzése első látásra alig befolyásolhatja az iskolai lemorzsolódás csökkentését és a globális célt, a társadalmi befogadás erősítését. Viszont annak ismeretében, hogy az iskolai lemorzsolódás hátterében gyakran a szenzomotoros fejletlenség áll, és az óvónőket, akik hátrányos helyzetű gyermekekkel foglalkoznak, integrált csoportokban végezhető szenzomotoros tréning oktatására képezzük ki, akkor már belátható, hogy a globális célhoz illeszkedő, de önmagában a teljes problémát nem megoldó projektről beszélünk, amelynek az idő múlásával, a projekt elterjedésével jelentős hatása lehet.*

### 3.2.2. Egyenlőtlenségek, méltánytalanságok csökkentése

Az egészséghatások áttekintésében erről már esett szó. Itt csak hangsúlyozzuk, hogy a „gazdag” országok esetében egyértelművé vált, hogy az egyenlőbb társadalom az egészségesebb. Az egyenlőtlenségeket magyarázó

kompozicionális elemek (az indikátoroknál részleteztük) mellett a kontextuális (szubjektív, közérzeti, pszichoszociális faktorok) befolyásolása is szükséges. A méltánytalan egyenlőtlenségek redukálása központi és helyi célzott intézkedésekkel megvalósítható, ezért ezek befolyásolásában a döntéselőkészítő hatásvizsgálat kulcsfontosságú.

### 3.2.3. A tervezett beavatkozási módok kategorizálása

Általánosságban elmondható, hogy egy hatékony változtatás, amely irányított és célzott, négy beavatkozási mód egyidejű teljesülésének függvénye. Tehát egy intézkedéstervezet egészséghatásának bemutatásakor az intézkedés általános (globális) céljának szempontjából is vizsgálni kell a beavatkozási módok típusát. A „*hogyan befolyásol?*” kérdés megválaszolását is segíthetik a beavatkozási módok kategóriái.

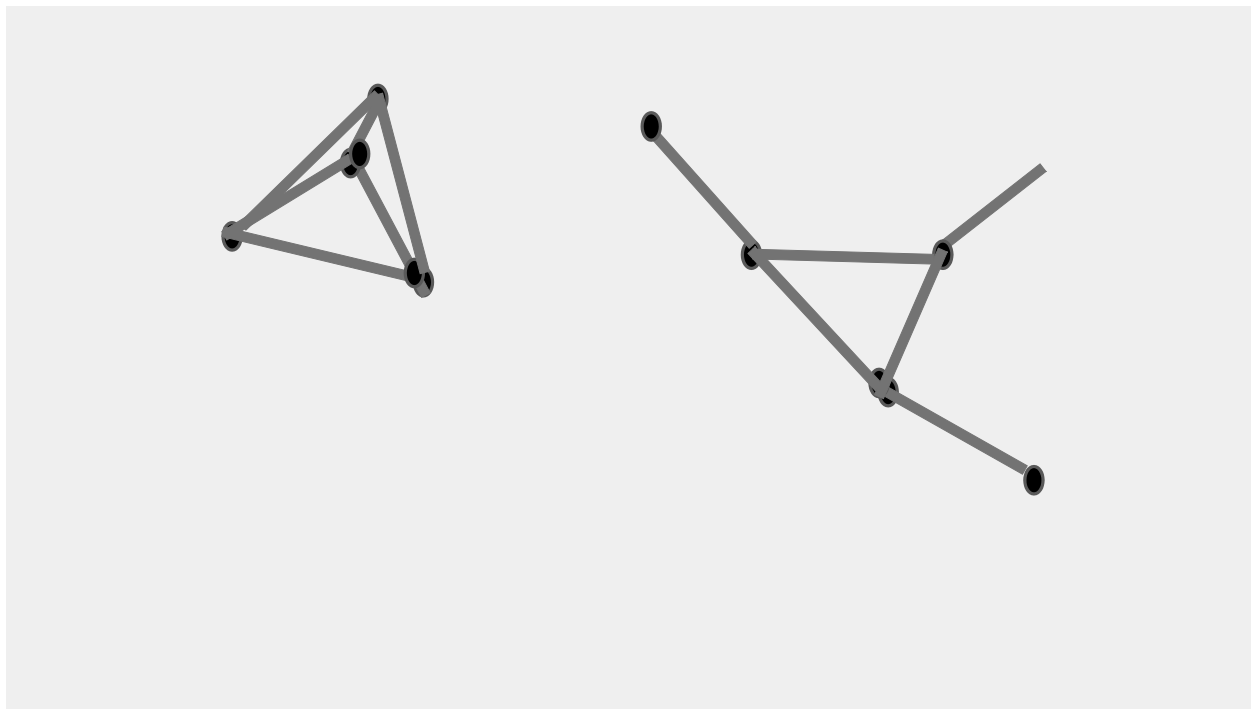
Az egészség szempontjából

– *megalapozó* beavatkozás, amely előfeltételek és működési keretek szintjén teszi az egészség javítását megvalósíthatóvá;

– *preventív* beavatkozás, amely megelőzi az egészségromláshoz vezető út kialakulását és fenntartja a jó egészséget;

27. ábra

**A megalapozó problémamegoldási sablon  
Hat gyufaszázból hogyan lehet négy egyenlő oldalú háromszög?**



28. ábra

**Beavatkozási módok kategorizálása  
Példa: „a dohányzás visszaszorítása” intézkedésterv esetén**

Beavatkozási mód	Hogyan befolyásol?	Példa: a dohányzás visszaszorítása
megalapozó	ami előfeltételek és működési keretek szintjén teszi az egészség jobbítását megvalósíthatóvá	egészségkultúra terjesztése, a „nemét mondani tudás” tanítása
preventív	az, ami megelőzi az egészségromláshoz vezető út kialakulását és fenntarja a jó egészséget	rászokás/kipróbálás megelőzése aktív stratégiákkal
operatív	az a beavatkozás, ami visszafordítja a folyamatot (állapotot) a rosszabb egészség irányából a jobb egészség irányába	dohányárak áremelése, leszokást segítő programok terjesztése (nehezített hozzáférés, tünetek enyhítése)
tüneti (tűzoltó) beavatkozás	az, ami a rossz egészségi állapotot egyes tüneteiben enyhíti, de az okokat nem szünteti meg, a jobb egészség irányába tartós elmozdulást nem eredményez	dohányzás betiltása a közterületeken (korlátozás)

29. ábra

**Beavatkozási módok kategorizálása**  
**Példa: „a dohányzás visszaszorítása” és „a nemdohányzók védelme”**  
**intézkedéstervek összehasonlítása**

Beavatkozási mód	Példa: a dohányzás visszaszorítása	Példa: a nemdohányzók védelme
megalapozó	egészségkultúra terjesztése, a „nemét mondani tudás” tanítása	egészségkultúra terjesztése, a „nemét mondani tudás” tanítása
preventív	rászokás/kipróbálás megelőzése aktív stratégiákkal	rászokás/kipróbálás megelőzése aktív stratégiákkal
operatív	dohányárak áremelése, leszokást segítő programok terjesztése (nehezített hozzáférés, tünetek enyhítése)	dohányzás betiltása a közterületeken (korlátozás)
tüneti (tűzoltó) beavatkozás	dohányzás betiltása a közterületeken (korlátozás)	figyelmeztető feliratok a dohánytermékeken

– *operatív* beavatkozás, amely visszafordítja a folyamatot (állapotot) a rosszabb egészség irányából a jobb egészség irányába;

– *tüneti („tűzoltó”)* beavatkozás, amely a rossz egészségi állapotot egyes tüneteiben enyhíti, de az okokat nem szünteti meg, a jobb egészség irányába tartós elmozdulást nem eredményez. (23. ábra)

A különböző beavatkozási módok nem összehasonlíthatóak a „jó” és „rossz” dimenzióban. Minden, az egészség javítását célzó beavatkozás hasznos. A várható hatékonyságot viszont lehet jóslni, illetve új intézkedéseket is lehet tervezni, ha a vizsgált intézkedéstervezet nem fedi a beavatkozási módok mindegyikét. Az össze nem hasonlítható folyamatoknál különböző gondolkodási/problémamegoldási modellek alkalmazhatóak:

– A *tüneti* kezelést úgy lehet jellemezni, hogy a „problémajéghegy” látható, víz feletti csúcsára reagál. (24. ábra)

– Az *operatív* beavatkozás jellemzője, hogy a meglévő dimenzióban, létező csomópontok között talál jó utat. (25. ábra)

– A *preventív* megoldás a dimenzió megtartásával, a csomópontok átlépésével ad jó megoldást. (26. ábra)

– A *megalapozó* jó megoldások több dimenziót is figyelembe vesznek. (27. ábra)

Az alábbi példa – a dohányzás visszaszorításának témakörében – mint globális cél, a különböző beavatkozási módok mindegyikére mintát ad, amelyek akár külön-külön is lehetnek előkészítési szakaszban lévő

döntések. A teljes beavatkozási sorozat egyidejű megvalósulása hatékony lehet a dohányzás visszaszorításában. (28. ábra)

Egy másik példán szemléltetjük, hogy a beavatkozási kategóriák akár azonos elemei is kategóriát válhatnak, ha a téma (globális cél) változik – ezen esetben a dohányzás visszaszorítása mellett a „nemdohányzók védelme”. (29. ábra)

Itt jegyezzük meg, hogy – mint minden példa –, ez sem teljes körű, hiszen csak népegészségügyi vetületet mutattuk be. Nyilvánvaló, hogy hasonló alapossgal kell vizsgálni, hogy például a dohánytermékek fogyasztásának csökkenése milyen hatással van a dohányipar alkalmazottaira. Ez is bizonyítja, hogy a hatások előrettekintő becslésénél a szakpolitikák összehangolása, a különböző szakmai ismeretek és adatok együttes vizsgálata szükséges.

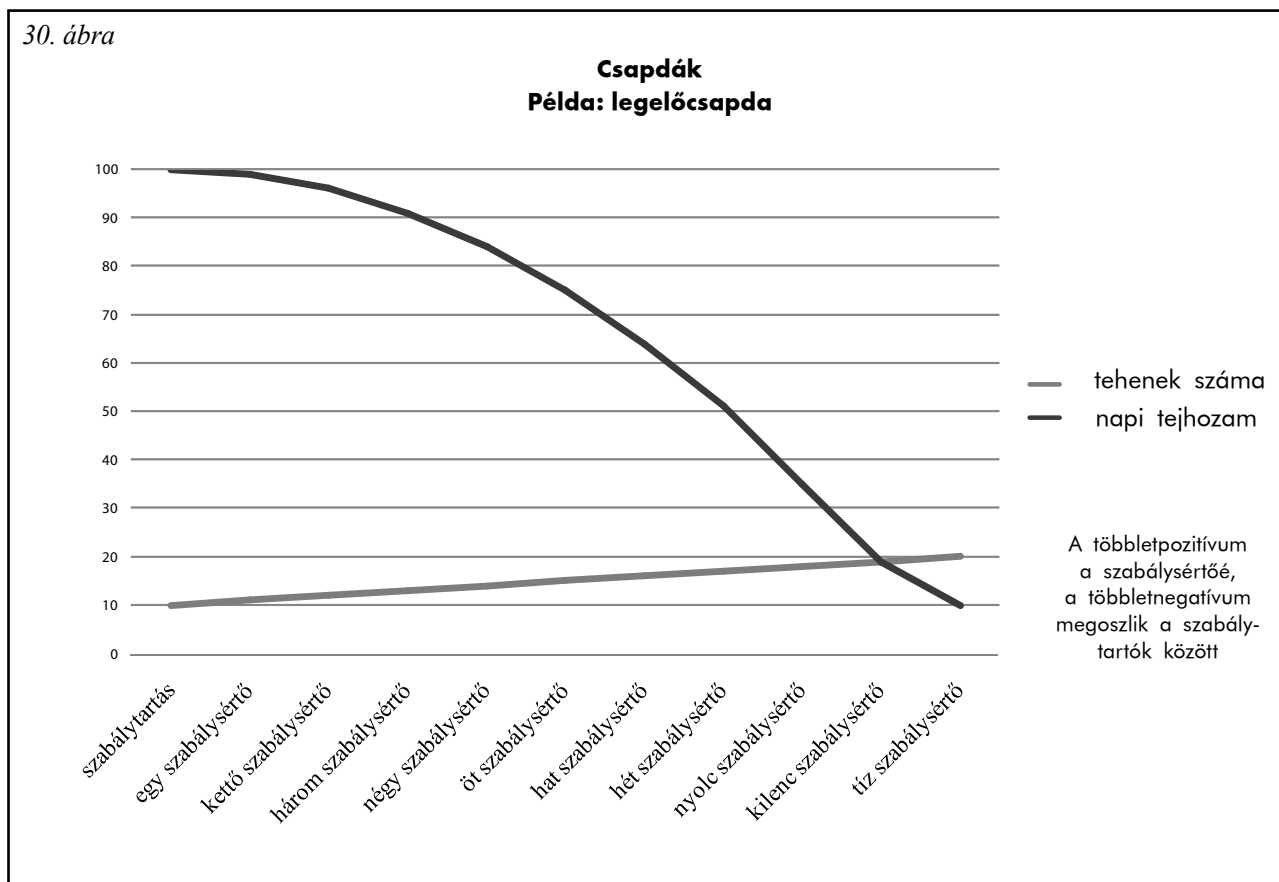
### 3.2.4. Csapdák

A csapdákról általában elmondható, hogy elkerülésük kevesebb kárral jár, mint a bekövetkezésükkor történő kárenyhítés. Az elkerülés előfeltétele az interszektoriaális és interprofesszionális kooperáció, a nyertes–nyertes kimenetek keresése.

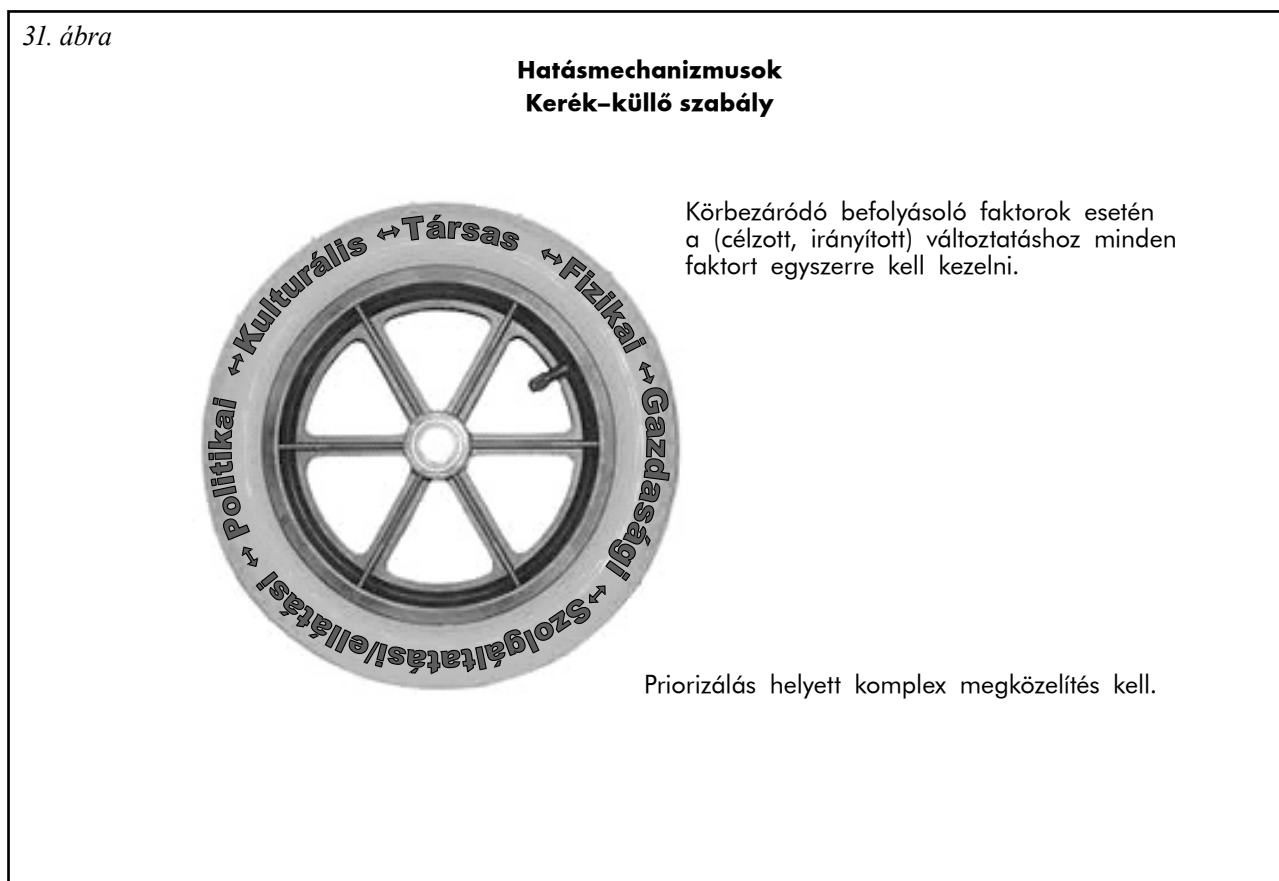
Az egyik csapdatípust a közlegelő példáján szemléltetjük: 10 gazda 10 tehene napi 10 liter tejet ad, így napi 100 liter tejet termelnek. Amint egy gazda még egy tehenet is legeltet, minden tehén tejhozama 8 literre csökken,



30. ábra



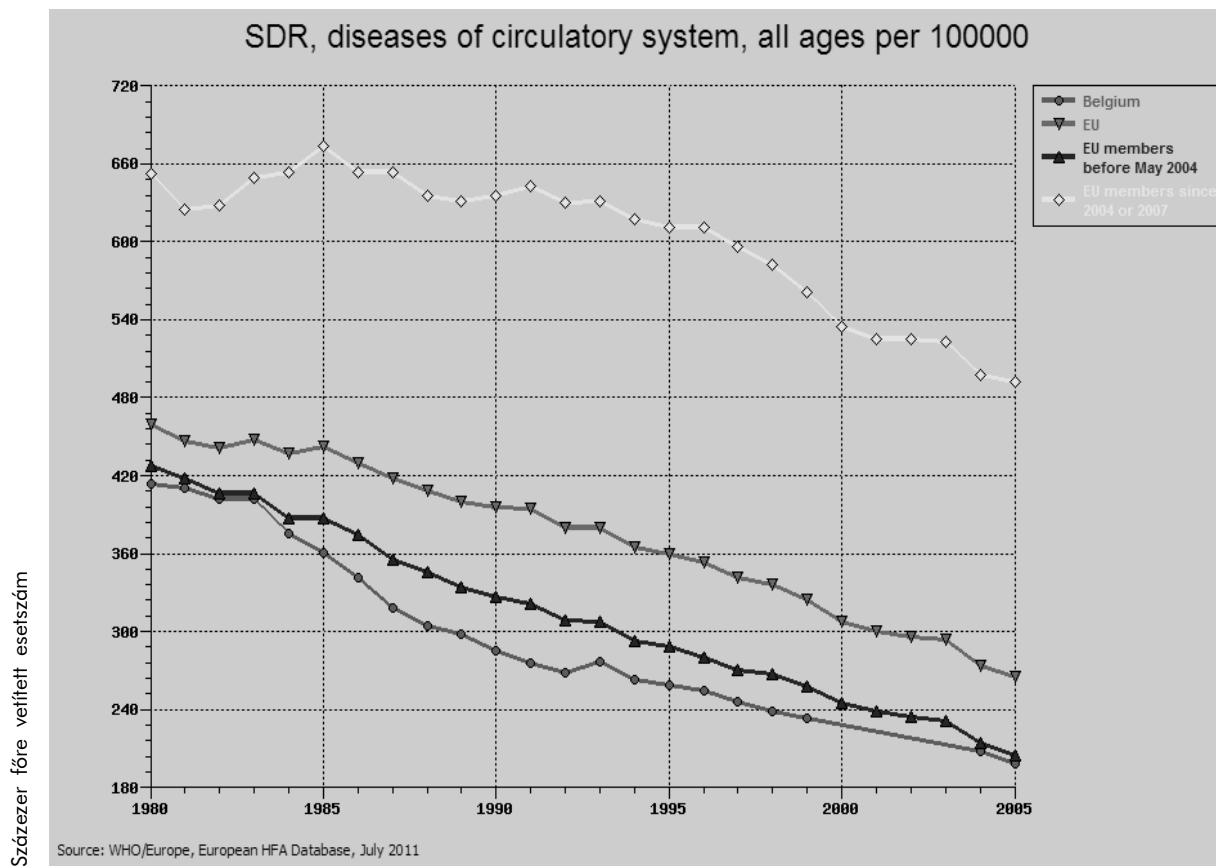
31. ábra



32. ábra

**Példa a prevenció paradoxonra: a belgiumi keringési betegségek alacsony száma a kenyér sótartalma folyamatos csökkentésének is köszönhető**

Standard halálozási ráta a keringési betegségek vonatkozásában



Naptári évek

a szabálysértő kétszer annyi tejet kap, mint szabálytartó társai, az összes tej mennyisége pedig 98 literre csökken. A szabálysértők számának emelkedése hamarosan az összes gazda tönkremenetelét eredményezi. (30. ábra)

Amennyiben a közlegelőt például a zárt egészségügyi kasszával helyettesítjük, a tejtermelés helyett az intézményeknek pontértéket hozó, jelentett egészségügyi gyógyító beavatkozásokat, jól belátható, hogy egy-egy intézmény (gazda) túlzó pontjelentése az egész rendszert veszélyeztetné.

### 3.2.5. „Kerék–küllő” szabály

Több olyan rendszer van, amelyek lineáris oksági viszonyokkal nem írhatóak le. Több esetben a befolyásoló faktorok nem csak a vizsgált elemre, hanem egymásra is hatnak, és körbekapcsoltan fejtik ki hatásukat.

Például ilyen a lokális szintereken a „cigánykerék”, amikor egy telepi közösség komplex, körbekapcsolt, egymásra ható problémákkal küzd: szegénység, lakhatás, munkanélküliség, nehezen elérhető jó minőségű oktatás, rossz egészség és/vagy az egészség előfeltételeinek hiányosságai. Nyilvánvaló, hogy sem a segélyek, sem az új lakások építése, sem a munkahelyek teremtése, sem az oktatás színvonalának és elérhetőségének javítása, sem az egészség fejlesztése önmagában nem hoz(hat) jelentős és fenntartható változást. Viszont az együttes, komplex, egymáshoz kapcsolódó beavatkozási rendszer eredményessége nem kérdőjelezhető meg. Sajnos a prioritizálás – egy-egy elem kezelése az ilyen rendszerekben nem hozza a várt változásokat, és ilyenkor előfordulhat a „victim blaming” (az áldozat hibáztatása) effektus felerősödése, amely a társadalmi befogadási folyamatot veszélyezteti.

Egy másik példa az egészség specifikus szintű kör-

nyezeti meghatározói (társadalmi, gazdasági, politikai, kulturális, egészségügyi ellátási és fizikai környezet kölcsönhatásának rendszere). Belátható, hogy például csak a szolgáltatások minőségének és elérhetőségének javítása nem hoz fenntartható egészségi állapot javulást, mint ahogyan egy kerék egy küllőjének változtatása sem mozdítja elő a kerék használhatóságát. (31. ábra)

### 3.2.6. Prevenációs paradoxon

Ezek többnyire olyan központi beavatkozások, amelyek a lakosság részéről szinte nem is érzékelhetőek, mégis

javulást eredményeznek a populáció egészségi állapotában. Erre talán a legjobb példa, hogy Belgiumban már a hetvenes években elkezdtek fokozatosan csökkenteni a kenyér sótartalmát. Tudvalevő, hogy a túlzott sófogyasztás a keringési betegségek kialakulásának egyik lényegi rizikófaktora. A lakosság számára nem érzékelhető fokozatos sótartalom-csökkentés a keringési megbetegedések esetszámának visszaszorulását eredményezte. Nyilvánvaló, hogy a kenyér sótartalmának csökkentése mellett egyéb prevenációs tevékenységeket is végeztek, így a hatás nem csak ennek köszönhető, de uniós viszonyításban is látványos. (32. ábra)

# A Humán Papillomavírussal kapcsolatos ismeretek Békés megyei fiatalok körében

Dr. Párduczné Szöllősi Andrea<sup>1</sup>, tanársegéd  
Lukács Anita<sup>2</sup>, diplomás ápoló  
Dr. Párducz László<sup>3</sup>, osztályvezető főorvos

<sup>1</sup>Szent István Egyetem, Gazdasági, Agrár- és Egészségtudományi Kar, Gyula

<sup>2</sup>Fővárosi Önkormányzat Idősek Otthona, Gyula

<sup>3</sup>Pándy Kálmán Megyei Kórház, Szülészeti-nőgyógyászati osztály, Gyula

## I. Bevezetés

Napjainkra – a múlt századvégi társadalmi változások hatására – a fiatalok élethelyzetei, életviteli szokásai jelentősen megváltoztak. A tizenévesek szexuális aktivitása világszerte és hazánkban is folyamatos növekedést mutat, mind számarányát, mind jelentőségét tekintve.

A mai serdülők sokszor felelőtlenül élnek partnerkapcsolataikat is. Az első nemi kapcsolat döntően alkalomszerűen jön létre, a partner is hasonló korú és magas a nem védekezők aránya. A fiatalkori szexualitás két leggyakrabban előforduló, nem kívánt következménye a szexuális úton terjedő fertőzések kialakulása és a nem kívánt terhességek létrejötte.

Az elmúlt évtizedekben egyre több kórokozóról vált ismertté, hogy képes nemi úton is emberről emberre terjedni. A szexuális úton terjedő fertőzés (vagy betegség) (*sexually transmitted disease, STD*) elnevezést ma azon betegségek megjelölésére használjuk, amelyek kialakulásában és terjedésében az intim emberi kontaktusnak meghatározó szerepe van. Ilyen kapcsolatnak tekinthető a „hagyományos” nemi érintkezésen kívül az orális és az anális nemi kapcsolat is.

Az elmúlt évtizedekben a szexuális úton terjedő fertőzések növekvő arányszámot mutatnak. A veszélyeztetettek köre a demográfiai jellemzők, a viselkedési és a szexuális szokások alapján körvonalazható. A megváltozott társadalmi hatások, a rossz szociális körülmények, a határok átjárhatósága, a korábban jól működő jelentési kötelezettség törvényi szabályozásának megszűnése mind hozzájárulnak az *STD* terjedéséhez.

Az *STD* gyakori előfordulásával elsősorban a fiatal, szexuálisan aktív, nem stabil párkapcsolatot folytató személyek között számolhatunk (promiszkuitás).

Az *STD* társadalmi jelentősége terjedéséből fakad. A fertőzöttek – nemi aktivitásukkal – növelik a primer infekciókban szenvedők számát, hozzájárulva ahhoz, hogy a társadalomban emelkedjen a késői szövődmények gyakorisága.

## A Humán Papillomavírusról

A Humán Papillomavírus a ma ismert leggyakoribb, szexuális úton terjedő vírus. A HPV egy DNS-víruscsoport, amely a bőrön és a nyálkahártyákon okoz elváltozásokat.

A világon csaknem 630 millió HPV-fertőzött él. Egyes becslések szerint a szexuálisan aktív fiatal nők fertőzöttségi aránya 20–40%-os, de az aktív szexuális életet élők 80%-a legalább egyszer átesik a fertőzésen élete folyamán. A vírus a férfiakat és a nőket egyaránt megbetegítheti. Az összes új fertőzés 75%-a a 15–24 évesek között fordul elő. Becslések szerint a betegek többsége az aktív szexuális élet első 2–3 éve alatt fertőződik meg.

A méhnyakrák világszerte a nőket fenyegető második leggyakoribb rosszindulatú daganat. A fejlett országokban 10 000 lakosra évente 10 új megbetegedés esik, a fejletlenebb országokban ez az arány ennek négyszerese. A HPV a világon 550 ezer méhnyak- és egyéb rák kialakulásáért felelős, amely az összes daganatos megbetegedések 6,1%-a. A méhnyakrákok és egyéb genitális karcinómák több, mint 90%-a összefügg a Humán Papillomavírussal.

## 1. táblázat

A HPV-vírus rizikófaktorok szerinti csoportosítása

Rizikófaktor	Vírusgenom
Magas	16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 52, 53, 56, 58, 59, 66, 67, 68, 70
Közepes	40, 42, 43, 51, 54, 61, 62, 69, 71, 72, 73, 77, 82, 83, 84, 86, 87
Alacsony	6, 11, 44, 55, 74

A vírusnak több mint 100 alfaja különböztethető meg, amelyek egy része a bőrt, másik része a nyálkahártyát támadja meg. A vírus megközelítőleg 60 törzse a nemi szervek tájékán, a genitális traktusban, a méhnyak, a szájjüreg, a garat, a nyelőcső, a végbélnyílás környéki régió vagy a hímvessző hámban található.

A vírus több mint 100 altípusát daganatkeltő képességük alapján magas (kb. 15–20 típusa daganatkeltő), közepes és alacsony kockázatú csoportokba osztották (1. táblázat)

Annak az esélye, hogy egy nő élete során HPV-fertőzésen essen át, legalább 80%. Az átmeneti HPV-fertőzés szexuálisan aktív nőkben nagyon gyakori. Amennyiben a szervezet védekezőrendszere nem elég erős, a HPV-fertőzés állandósul. A HPV-praevalencia a 20–25 év közötti korosztályban legmagasabb.

A méhnyakrák legfontosabb aetiológiai faktora a HPV, de az epidemiológiai adatokból az is következik, hogy önmagában a magas onkogén potenciállal rendelkező HPV-típusokkal való fertőzés még nem elég rákmegelőző állapot vagy méhnyakrák kialakulásához, ehhez egyéb járulékos faktorokra (pl. dohányzás) is szükség van.

A HPV fertőzések 90%-a immunválaszunk segítségével 2 év alatt meggyógyul. A fertőzöttek 5–10%-ánál alakul ki tartós fertőzés, amely több év alatt daganatok kialakulásához vezethet.

A Humán Papillomavírus 6-os és 11-es típusa a genitális szemölcsök mintegy 90%-áért felelős.

A HPV terjedésének három módja lehetséges: 1.) bőrfelületek érintkezése révén 2.) nemi úton 3.) fertőzött anyáról magzatára a lepényen keresztül, illetve a szoptatás során. Mivel a HPV kontaktusok útján, leginkább szexuális úton terjed, az óvszer ugyan csökkenti a kockázatot, de nem ad teljes védelmet és biztonságot, mert a vírus bármilyen fertőzött bőrfelületről átkerülhet a partner bőrére.

A HPV-vel való megfertőződés esélyét növeli a korán kezdett szexuális élet, a promiszkuitás, más STD-fertő-

zések stimuláló hatása (syphilis, chlamydia, herpes...). A fertőzés gyakorisága a szexuális szokásokkal is összefüggést mutat.

A daganatkeltésben nagy szerepük van a különböző kofaktoroknak is: a dohányzásnak, a hormonkészítményeknek, a társfertőzéseknek és a legyengült immunállapotnak.

A Humán Papillomavírus-fertőzés a jelenlegi terápiás lehetőségek birtokában nem gyógyítható. A rendszeres szűrővizsgálatoknak a komolyabb kóros állapotok kialakulásának megelőzésében nagy jelentőségük van.

A megelőzés másik fontos útja a védőoltás alkalmazása. (2. táblázat)

A méhnyakrák elleni védekezés egyetlen módszere évtizedeken keresztül a citológiai szűrővizsgálat volt, ugyanis a rákmegelőző állapotokat időben fel lehet ismerni. Azonban – a szűrőprogramok propagálása ellenére – a méhnyakrák halálozási adatai az elmúlt 10 évben nem változtak Magyarországon. Ezért van nagy jelentősége annak, hogy a HPV-fertőzés megelőzésére kifejlesztették és elérhetővé tették a védőoltásokat, amelyekkel a méhnyakrákok többsége megelőzhető.

A nemi élet megkezdése előtti vakcináció közel 100%-os védekezést biztosít a védőoltásban levő HPV-típusok okozta rákos és jóindulatú megbetegedések ellen. A vakcináció mellett azonban a rendszeres méhnyakrákszűrés változatlanul javasolt.

## Kutatási cél

A kutatás célja annak feltárása volt, hogy a Békés megyei középiskolás fiatalok milyen ismeretekkel rendelkeznek a Humán Papillomavírusról, ismerik-e a fertőzés terjedésének módjait, a vírus által okozott betegségeket, szövődményeket, valamint a megelőzés lehetőségeit, és alkalmazzák-e mindezeket a gyakorlatban. Felmértük továbbá, hogy az érintett fiatalok kihez fordulhatnak párkapcsolati kérdéseikkel, és kitől, milyen formában kaphatnak hiteles és alkalmazható információkat.

2. táblázat

**A méhnyakrák megelőzésének módszerei**

1. Nőgyógyászati szűrővizsgálat		
2. HPV-fertőzés kockázatának csökkentése felelős szexuális viselkedéssel		
3. HPV elleni védőoltás:	HPV 16, 18 ellen	HPV 6, 11, 16, 18 ellen
Kivédhető:	Méhnyakrák és az azt megelőző elváltozások	Méhnyakrák és az azt megelőző elváltozások Szeméremtesttrákot megelőző elváltozások Nemi szervi szemölcsök

**Módszerek**

Kutatásunk során – leíró statisztikai megközelítésben – a kérdőíves felmérés módszerét választottuk. A kérdőív nyitott és zárt kérdései a tényekre, ismeretekre és véleményekre egyaránt rákérdeztek.

A kérdőíveket Békés megyei gimnáziumok és szakközépiskolák tanulói töltötték ki. A vizsgált mintát 212 fő alkotta. A felmérés 2010 szeptembere és 2011 áprilisa között történt.

A leíró statisztika módszerével átlagot, maximum, minimum értékeket és az adatok relatív gyakoriságát számítottuk ki.

**Eredmények**

A megkérdezett fiatalok a 14–19 év közötti korosztályból kerültek ki – hiszen ők a leginkább érintettek – átlagéletkoruk 15,9 év. A nemek szerinti megoszlást tekintve 140 lány és 72 fiú töltötte ki a kérdőíveket. (1. ábra)

A megkérdezett fiatalok 48%-ának volt már szexuális kapcsolata, amelynek első időpontja 14–16 éves kor közé tehető. A tanulók közül 46 főnél 1–2 fő, míg 56 fiatalnál 3–5 fő volt az eddigi szexuális partnerek száma.

Sajnálatos módon a fiatalok párkapcsolataiban megfigyelhető a promiszkuitás jelensége, megjelenik a versenyszellem, és sok esetben előfordul, hogy több partnerrel volt már nemi kapcsolatuk. Ez egyrészt igazolja a primer prevencióval (védőoltás) kapcsolatos minél korábbi ismeretközlést – az érintett tanulókkal és szüleikkel egyaránt –, másrészt fontos hangsúlyozni, hogy a szexualitással kapcsolatos egészségnevelő munka nem halasztható a középiskolás időszakra, hiszen már az általános iskolák felső tagozatán létjogosultsága van.

A megkérdezettek csaknem fele szexuálisan aktív, ugyanakkor a 2. ábra jól szemlélteti, hogy sok esetben nem, vagy nem megfelelő módon védekeznek.

A szexuálisan aktív fiatalok közel fele nem biztonságos védekezési módot alkalmaz (nem védekezik, vagy csak megszakítással), és 41%-uk szed fogamzásgátló tablettát. A fiatalok számára leginkább ajánlott, úgynevezett „kettős védekezést” – fogamzásgátló tabletta és óvszer egyidejű alkalmazása – egyetlen kérdőíven sem jelölték.

A megkérdezettek közül 27 fő még nem is hallott a Humán Papillomavírusról, így a fertőzés terjedésével és megelőzésével kapcsolatban sem rendelkezik információkkal.

A válaszadók többsége tudja ugyan, hogy a vírus főként szexuális úton terjed, de akadnak helytelen vélemények is. (3. és 4. ábra)

A legfontosabb megelőzési mód – mint más, szexuális úton terjedő fertőzések esetén is – az óvszerhasználat. Bár tudjuk, hogy ez nem nyújt teljeskörű védelmet a HPV-fertőzések ellen, lényeges a fiatalok számára hangsúlyozni ennek fontosságát. A válaszadók nagy többsége a monogám párkapcsolat szerepét is ismeri a fertőzés megelőzésében, míg a védőoltás jelentőségét alig több, mint a megkérdezettek fele jelölte.

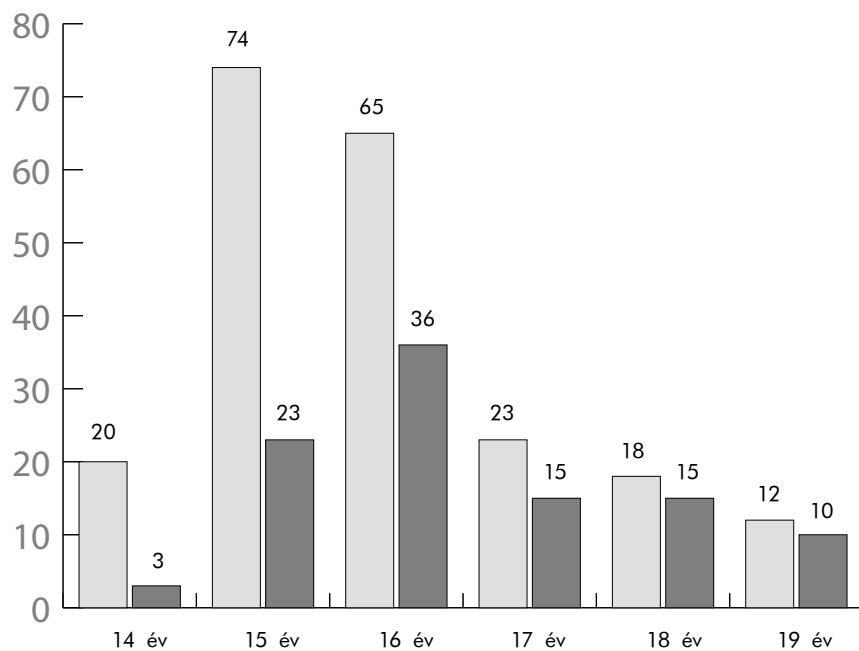
A megkérdezett fiatalok döntő többsége tisztában van azzal, hogy a vírus mind a lányok, mind a fiúk esetében okozhat megbetegedéseket, de az elváltozások, betegségek tekintetében már hiányosak az ismereteik. A megkérdezett tanulók nagy része nem tart fertőzésektől és betegségektől kialakulásától.

Az 5. ábra mutatja, hogy a megkérdezett fiatalok párkapcsolati kérdésekben kitől, milyen forrásból szerzik ismereteiket. Megnyugtató, hogy legtöbb esetben a védőnő és a szülők szerepelnek információforrásként, de látható a média kiemelkedő szerepe is az érintett korosztály életében.

Fontos megtalálni azokat a közvetítő közegeket, amelyek a leghatékonyabban és a leghitelesebben képesek a gyakorlatban hasznosítható ismeretekkel ellátni az ifjúságot.

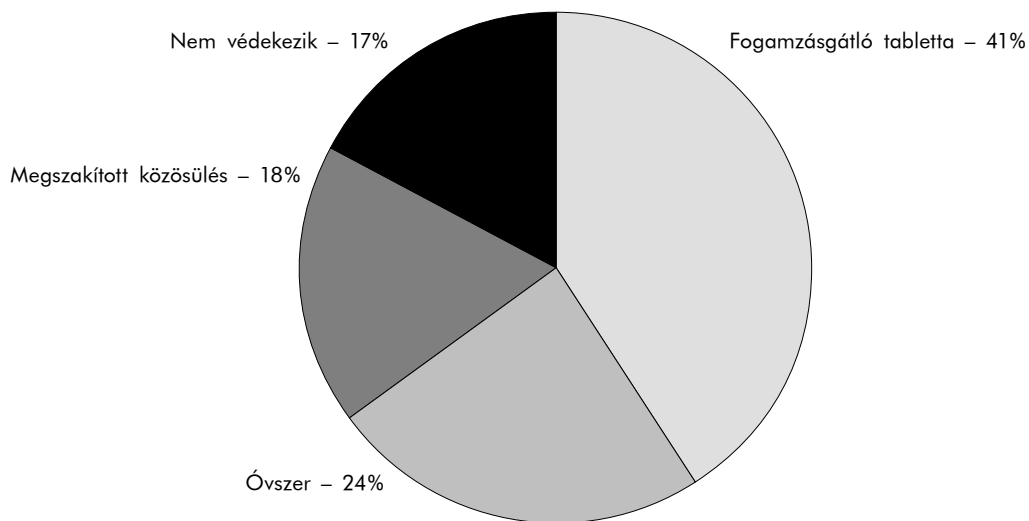
1. ábra

**A megkérdezettek életkor és szexuális aktivitás szerinti megoszlása  
(n=212)**

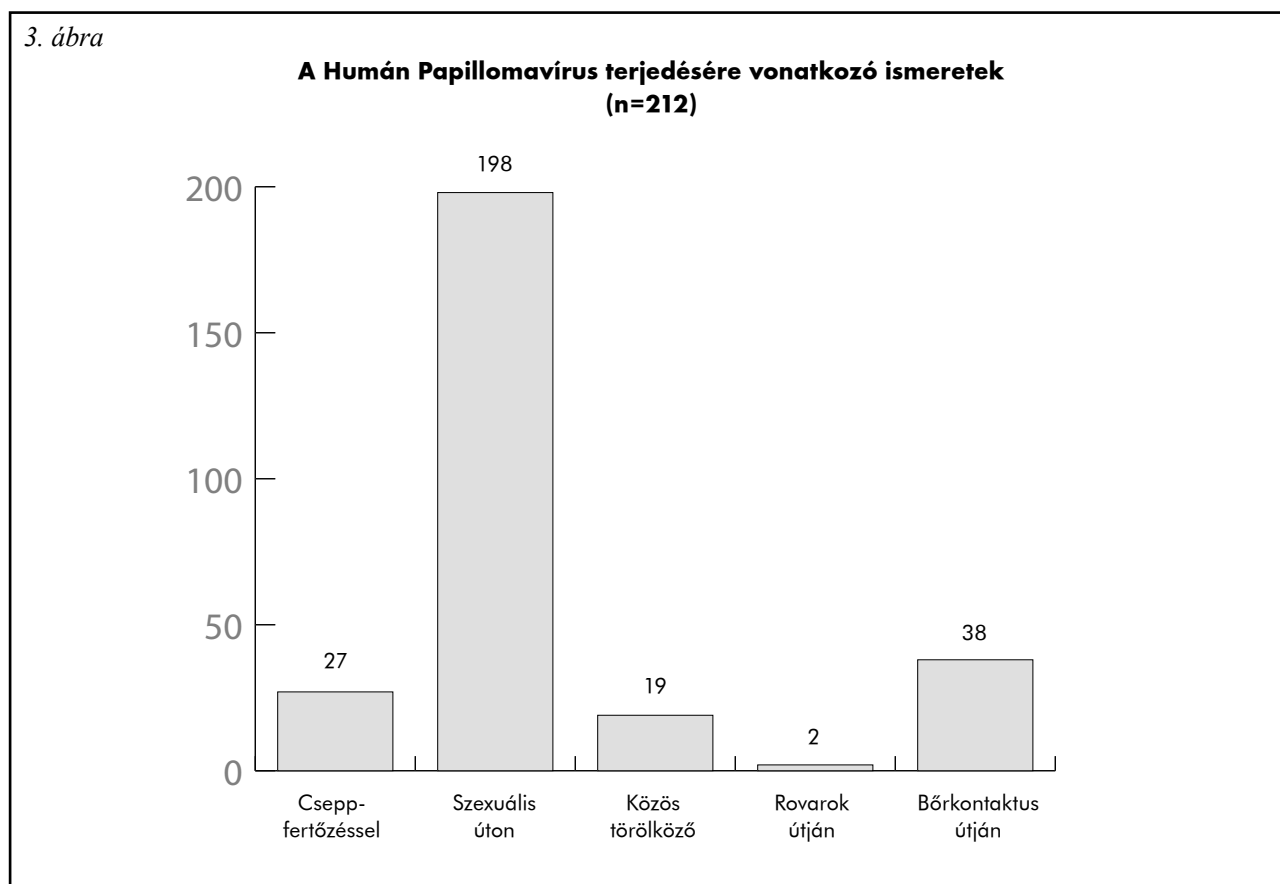


2. ábra

**A szexuálisan aktívak védekezés szerinti megoszlása  
(n=102)**



3. ábra



A megkérdezettek több mint fele hallott már a védőoltás lehetőségéről, de csak nagyon kevesen (12%) oltatták be magukat. Ennek alapvetően – az ismerethiányon túl – anyagi okai vannak. Azon tanulókhöz, akik megkapták a védőoltást, szervezett formában jutott el a vakcina.

### Következtetések, javaslatok

Változó világunkban az egészség, mint érték – sem egyéni, sem társadalmilag – még mindig nem kellőképpen elismert tény. Nagyon jól tudjuk, hogy az egészséggel kapcsolatos bármilyen befektetés – az egyéni érdeken túl – társadalmi jelentőségű is. A legnagyobb hangsúly az elsődleges megelőzésen van, hiszen eredményeiben ez a leghatékonyabb módszer.

– Az egészségtudatosság már fiatal korban is fontos, hiszen akkor még könnyebb – a primer prevenció keretein belül – az egészséget védeni, megőrizni és fejleszteni, mint egy kialakult betegséget kezelni. Az egészségnevelés éppen arra törekszik, hogy már fiatal kortól kezdve tudatosítsa az egyénben, hogy törődniük kell saját egészségükkel, hiszen az egyéni és a közösségi érdek is ezt kívánja meg hosszú távon.

– A szexuális élet kérdéseiről a családok nagy részében nem, vagy nem megfelelő módon beszélgetnek.

Az iskolákban folyik ugyan egészségnevelő tevékenység, de ez sok esetben csak alkalomszerű, és a fiatalok nem igazán tartják kielégítőnek. A fiataloknál az első szexuális együttlét időpontja átlagosan a 15–16 életév közé tehető, tehát fontos lenne ezt megelőzően a megfelelő információkkal ellátni őket.

– Az egészségnevelés elsődleges és legfontosabb színtere a család kellene, hogy legyen.

– Kezdetől fogva olyan ismeretekhez kell juttatni a fiatalokat, amelyeket képesek hatékonyan alkalmazni.

– Az egészségnevelés fontos szereplői a különböző szintereken jelenlévő nevelési-oktatási intézmények pedagógusai, tanárai, valamint az egészségügyi dolgozók (védőnők, diplomás ápolók, orvosok...) szerepe is vitathatatlan.

– A kortárs oktatók hatékonyan egészíthetnék ki az iskolai egészségnevelésben résztvevők munkáját, különösen a reprodukzív egészséget érintő kérdésekben.

– Egészségprevenciós órák beiktatása az iskolai programba.

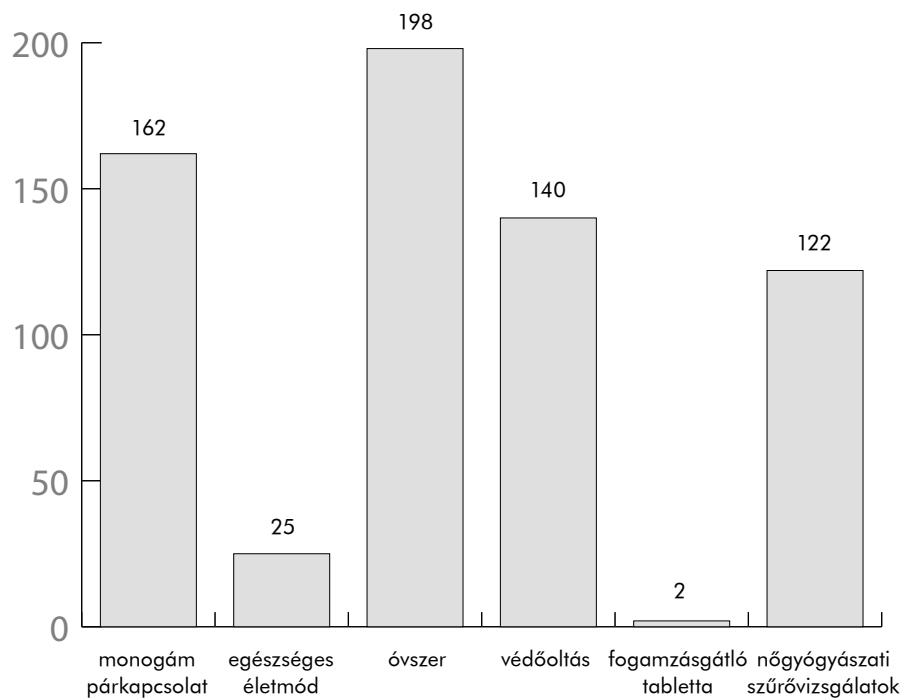
– A HPV-fertőzések elleni védőoltások elérhető közelségbe kerülése miatt fontosnak érezzük a szülők körében történő ismeretterjesztést is.

– A fiatalok nőgyógyászati jellegű kérdéseikkel, problémáikkal időben megfelelő szakellátáshoz fordulhassanak, ismerjék lehetőségeiket.



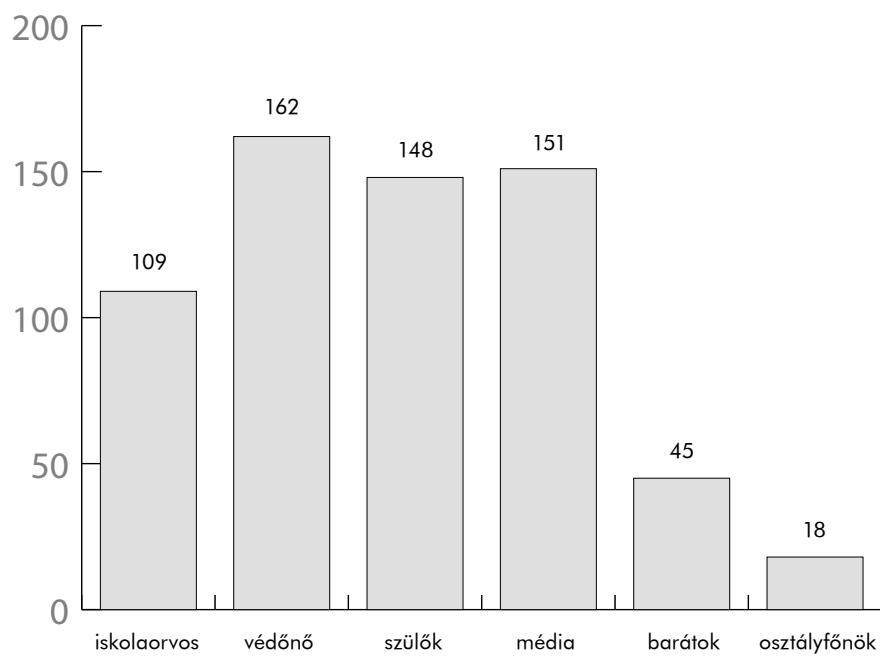
4. ábra

**A HPV megelőzésére vonatkozó ismeretek  
(n=212)**

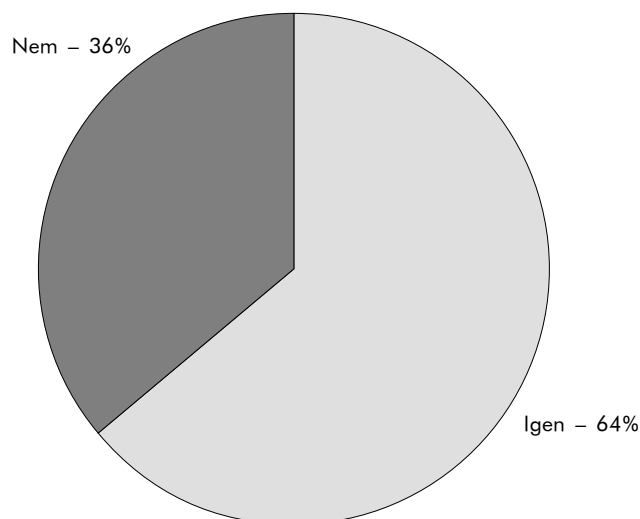


5. ábra

**Az információszerzés legfőbb módjai a megkérdezett körében  
(n=212)**



6. ábra

**A HVP-fertőzések elleni védőoltás ismerete a megkérdezett körében**

– A média és az internet adta információs csatornák hatékonyabb kihasználása.

– Meg kell tanítani az ifjúságot arra, hogy felelősséggel döntsenek reproduktív egészségük megőrzéséről, amihez megfelelő magatartás és felelősségtudat szükséges. Így válhatnak érett gondolkodású és a későbbiekben majd másokról is gondoskodni tudó felnőttekké.

### Összefoglalás

A Humán Papillomavírus a ma ismert egyik leggyakoribb szexuális úton terjedő vírus. A méhnyakrákok és egyéb genitális karcinómák több, mint 90%-a összefügg a Humán Papillomavírussal.

Magyarországon évente 4 milliárd forint a cervixdagatokkal kapcsolatos terápia költsége, míg a teljes HPV-teher (egyéb HPV-megbetegedés és a beteg utánkötésének költségei) meghaladhatja a 8 milliárd forintot.

A fenti betegségek – amelyek a magyar nőknek, a magyar népesedési növekedésnek is aránytalanul magas károkat okoznak – mind elkerülhetőek.

A HPV-fertőzés által okozott megbetegedések ellen eddig a szűrés volt az egyedüli prevenció lehetőség. A megelőzés másik fontos és költséghatékony útja a védőoltás. A szervezett méhnyak-szűrés ellenére a kedvezőtlen megbetegedési és halálozási adatok az egészségnevelés

még hatékonyabbá tételét indokolják az általános iskolák felső tagozatán és a középiskolákban. A reprodukciós egészségvédelem fokozott jelentőséggel bír, hiszen az első HPV-fertőzés általában 14–20 éves kor között alakul ki.

A HPV jelentőségéről és a megelőzés fontosságáról készült felmérésünk adatai is ezt támasztják alá.

#### *Célunk:*

- a fiatalok reprodukciós egészséggel kapcsolatos ismereteinek bővítése, egészségtudatosságának alakítása,
- az iskolai egészségnevelő munkában résztvevők tevékenységének segítése kortárs oktatók bevonásával.

### Summary

The Human Papillomavirus is one of the most frequent viruses that spreads in sexual way. More than 90 per cent of the cervixes and other cancers are connected with the Human Papillomavirus.

The cost of the treatment is related to the cervix is 4 billion Ft a year in Hungary, while the total HPV burden (other HPV disease and the costs of the following treatments) can be 8 billion Ft.

The above mentioned diseases – that can cause disproportionate harm to the Hungarian woman and the increase of the Hungarian population – all these are avoidable.

Against the diseases caused by the HPV infection the only preventional possibility was the cervix examination.

The other important and less expensive way of the prevention is the vaccination. Despite the organised cervix examination the disadvantageous sickness and mortality datas reason the more efficient health development in the grammar schools. The reproductional hygiene has increased importance as the first HPV infection develop between the age of 14–20.

#### IRODALOM

Borsos A. (szerk.): *Gyermeknőgyógyászat*. Golden Book, Budapest, 1998. 158–178.

Brian M. Slomovitz, Diane C. Bodurka: „HPV elleni oltóanyag: az ellenállás leküzdése.” In: *Nőgyógyászati és Szülészeti Továbbképző Szemle*, 2008.

*Epidemiológiai Információs Hetilap (Epinfo)*, 2007.

Kozinszky Z., Csatornai S.: „A művi terhességmegszakítások szá-

The datas of our survery of the importance of the HPV and the significance of the prevention support it as well.

#### *Our purpose:*

– enlarge the knowledge of the youth related to the reproductional health, form the health awareness,

– help the participants’ work of the school sanitary regulation by initiationing into contemporary instructors.

mának elemzése hazánkban.” In: *Magyar Nőorvosok Lapja*, 69, 2006. 501–514.

Papp Z. (szerk.): *A szülészet-nőgyógyászat tankönyve*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2007. 459–463., 465–492.

Pikó B.: *Egészségtudatosság serdülőkorban*. Akadémiai Kiadó, 2002.

*Szülészeti-Nőgyógyászati Prevenációs Tudományos Társaság hivatalos HPV honlapja*

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

## Összefogás a magas vérnyomás ellen

Magyar Hypertonia Társaság

**A** Magyar Hypertonia Társaság a hagyományokhoz híven 2011. december 1–3. között tartotta XIX. Kongresszusát és X. Nemzetközi Továbbképző Kurzusát. Az idei évben a Társaság olyan aktuális témákkal várta az érdeklődőket, mint a hipertonia-kutatás újdonságai, aktuális kérdései, epidemiológiája, a magas vérnyomás és a daganatos betegségek, illetve a magas vérnyomás és a társbetegségek összefüggései.

A Magyar Hypertonia Társaság évente ismétlődő kongresszusa nem csak a hazai orvostársadalomnak fontos összejövetel, hanem hazánk és a Kárpát-medencében élők számára is igen jelentős esemény. Európa ezen régiójában továbbra is növekszik a magas vérnyomás előfordulása – meghaladva a 2 milliót –, és a következményeként kialakuló súlyos szervi betegségek száma is folyamatosan emelkedik. A nem kontrollált hypertoniás betegek száma még mindig igen magas. A Magyar Hypertonia Regiszter 2002 és 2005 közötti időszakban végzett mérései alapján a nem kezelt magasvérnyomás-betegek száma hazánkban megközelíti a 60 százalékot. Örömmel üdvözöljük a Magyar Hypertonia Társaság küldetésének sikeresét, mivel a felmérések azt mutatják, hogy a hazai betegek több mint 40 százaléka ma már hatékony, sokszor gyógyszeres ellátásban részesül, ami európai szinten is kiváló eredmény.

A szakértők 2011-ben is külön hangsúlyt fektettek a magas vérnyomás és a társbetegségek kapcsolatára. A tanulmányok bizonyították, hogy a vérnyomás emelkedése együtt jár a nemkívánatos szív- és érrendszeri események bekövetkezésével, valamint a stroke arányának növekedésével. Népegészségügyi szempontból a magas vérnyomás, a magas vérzsírszint és a dohányzás adja a legrosszabb életkilátásokat. A metabolikus szindróma,

kiemelten a magas vérnyomás nagy szerepet játszhat a perifériás érbetegség kialakulásában is. A Társaság a Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társasággal együttműködve indított ÉRV Regiszter Programja az idei évben is folytatódott, további háziiorvosi praxisokkal kiegészülve, így már közel 300 ÉRV Regiszter Ponton végzik rendszeresen az esetlegesen érintett betegek kiszűrését és utánkövetését.

Annak érdekében, hogy a hazai lakosság egészségmegőrzésére és a betegség megelőzésére vonatkozóan 2010-ben átfogó szűrővizsgálatban részesülhessen, a Szív- és Érrendszeri Nemzeti Program részeként elindult Magyarország legnagyobb átfogó egészségvédelmi szűrőprogramja.

2011-ben 192 helyszínen fordult meg a szűrőkamion, amelynek segítségével 17 000, elsősorban középkorúakat érintő vizsgálat eredményeit dolgozták fel. A vizsgált adatokban nőknél 42 százalékban, férfiaknál pedig 66 százalékban volt a normálnál magasabb a vérnyomás. A program első két évadjában 332 helyszínen több mint 1 200 000 vizsgálatot végeztek el.

Sikeresen zárta a Magyar Hypertonia Társaság az „Éljen 140/90 alatt!” program során idén ősszel indított, elsősorban a fiatal korosztályhoz szóló kampányát. A kezdeményezés célja az volt, hogy az iskolákon és a közösségi médián keresztül hívja fel a figyelmet a magasvérnyomás-betegség megelőzésére.

A Társaság „A Hypertonia Éve 2011” címmel iskolai pályázatot hirdetett az ország összes általános és középiskolája részére hogy kiderüljön, melyik intézmény diákjai tudják a legnagyobb figyelmet fordítani az egészségre, azon belül a magasvérnyomás-betegség megelőzésére. A pályázaton 42 iskola indult, amelyek összesen több

*mint 20 000 ember vérnyomásértékét mérték meg, és több mint 1 400 főt – akinél magas vérnyomásértéket mértek – irányítottak orvoshoz! Szinte az ország egész területéről érkeztek pályázatok, a legtöbb nevezés a budapesti, a Pest megyei és a Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei régióból érkezett.*

Első helyen a *nagyszentjánosi Hunyadi Mátyás Általános Iskola*, második helyen a *Tiszavasvári Középiskola, Szakiskola és Kollégium*, harmadik helyen pedig a *nagyhegyesi Veres Péter Általános Iskola* végzett. A nyertes iskolák nyereményüket a *Magyar Hypertonia Társaság* budapesti kongresszusán szervezett ünnepélyes díjátadón vehették át.

Az iskolai pályázaton kívül a Társaság online aktivitásokkal is szól a fiatalokhoz (és rajtuk keresztül családtagjaikhoz, ismerőseikhez). A legnagyobb magyar videó-megosztó portálon neves hazai szakemberek és a *Lelkes-*

*Mérő* család bábfigurái részvételével négyrészes oktatófilm-sorozatban mutatták be a magasvérnyomás-betegséget, annak kialakulását, megfelelő kezelését és a helyes otthoni vérnyomásmérést.

A fiatalabb korosztály eléréséhez legmegfelelőbb felületen, a *Facebook*-on játékos és tájékoztató formában is informálódhattak az érdeklődők a magas vérnyomásról.

*A kezdeményezéshez ez idáig több mint 1 200 ember csatlakozott (like-olt), és havonta több mint 6 300 érdeklődő keresi fel a kluboldalt. A kampány kezdete óta több mint 300 000 érdeklődő olvasta a tájékoztató üzeneteket és több, mint ötszázan hozzá is szóltak a témához.*

Mind az iskolai pályázat, mind a közösségi médiában tett aktivitások hosszú távon hozzájárulnak ahhoz, hogy már a legfiatalabb korosztály is tájékozott legyen a magas vérnyomást illetően, így könnyebben megelőzhető az esetlegesen később kialakuló betegség.

ÉLJEN



ALATT!



A HYPERTONIA ÉVE 2011

# Szabadidősport

## A sport mindenkié

Köteles Gábor egészségfejlesztő, testnevelő tanár, edző

Országos Egészségfejlesztési Intézet

A szabadidősport fogalmának definiálása nem egyszerű feladat, részben a meghatározáskor használt célok és módszerek eltérő megközelítése miatt, részben pedig azért, mert annak tartalmát a mai napig számos tényező befolyásolja, bővíti.

Talán a leggyakrabban használt megfogalmazás szerint a szabadidősport fogalma alatt olyan fizikai tevékenységet értünk, amely hozzájárul a minőségi élet megteremtéséhez, és amelyet az egyén a rendelkezésére álló szabadidőben végez. A tevékenység célja sokrétű, magában foglalja többek között a játékot, a szórakozást, a sikerélmény elérését, a kondíció és alak javítását. Emellett lehetőséget ad a személyiség fejlesztésére (csapatszellem, siker és kudarc kezelése, fair play, stb.) és alapvető feltétele egészségünk hosszú távú megőrzésének is.

Az elmúlt évtizedek alatt bekövetkezett életmódbeli változások következményeként egyes sportolási formákból eltűnt a sportban eddig nélkülözhetetlen versengés. A sport egészségre gyakorolt kedvező hatásainak előtérbe kerülése miatt számos új sportág jelent meg (pl. spinning, aerobic), amelyek céljaiban nem a teljesítményelvű követelmény, hanem főként a fittség, az egészség, valamint az általános teljesítőképesség megszerzésének, megőrzésének, fejlesztésének lehetősége húzódik meg. Ma a szabadidősport és az élsport között sokkal nagyobb az átjárás, mint sok évtizeddel ezelőtt. Ennek következtében szinte valamennyi versenysportágat üzik szabadidősport-tevékenység keretében is, illetve azok a sportágak, amelyek szabadidősportként jöttek létre, egy idő után, bizonyos népszerűségi szintet elérve, gyakran akár versenysporttá is válhatnak.

Egyes szabadidős sportformáknál nem elsősorban az egészség vagy a munkavégző-képesség helyreállítása

a fő motiváló tényező, hanem inkább a sport pillanatnyi élvezeti értéke dominál. A szabadidősport fogalmát bővíti továbbá a különböző rétegsportok (pl. gyerekek, diákok vagy nyugdíjasok számára sajátosan kialakított sportformák), de mára ide soroljuk a legkülönbözőbb technikai eszközöket igénylő szabadidős sporttevékenységeket is. Mindezek ellenére a terület megnevezésére egységesen a szabadidősport vagy rekreációs sport, illetve hazánkban is egyre gyakrabban „*Sport for All*”, azaz a „*Mindenki sportja*” kifejezést használják.

## A szabadidősport megközelítése, feloszthatósága, területei

### a) Szervezettség alapján

– informális, kötetlen szabadidősport (kirándulás, kerékpározás, futás, úszás, nordic walking, stb.)

– szervezett keretek közötti szabadidősport (sportegyesületben, munkahelyen, stb.)

– adott esetben versenysport is lehet (de semmi esetre sem élsport)

– üzleti sportvállalkozás keretében üzött szabadidősport (pl. fitnesztermek)

### b) Társadalmi, gazdasági jellemzők szerint megközelítés lehetne

– Nemek szerint

• nők sportja

• férfiak sportja

– Korosztályok szerint

• gyermeksport

• ifjúsági sport

• felnőttek sportja

• szeniorok sportja

- Biológiai helyzet alapján
  - épek sportja
  - fogyatékkal élők sportja
- Munkavégzés szerint
  - diáksport
  - munkahelyi sport
  - nyugdíjasok sportja
- Társadalmi helyzet szerint
  - etnikai kisebbségek sportja
  - munkanélküliek sportja.

A szabadidősport és a hivatásszerűen űzött, profi sport között egyértelműen különbséget kell tenni. Ugyanakkor ez a különbségtétel nem azt jelenti, hogy két egymástól teljesen elszigetelt jelenségről van szó. A szabadidősport és professzionális sport számos egyezőséget is mutat:

1. A professzionális sport célja a nemzetközileg is kimagasló sportteljesítmény elérése, a teljesítmény folyamatos növelése. A szabadidősportban a győzelem, a csúcsteljesítmény többnyire nem elsődleges. Fontosabb a jól-lét, az egészségmegőrzés, az egészségfejlesztés, a játék, a testsúly, a kondíció megőrzése, a társasági élet, bár az egyéni teljesítménynövelés is cél lehet.

2. A két területen más viselkedésforma érvényesül. A tevékenység maga lehet azonos, de a gyakorlat elvégzése, az edzés és az eredmény eltérő. Egy szabadidős „kocogó” esetében a futás a teljes sporttevékenységgel egyenlő, tehát a végzett tevékenység szintjén magát a végcél jelenti.

3. A fentiekből eredően a motiváció is eltérő. A hivatásos sportolót ösztönzi az, hogy minél jobb eredményt érjen el, illetve további (külső) kényszert jelent a szerződése, amely akár a rendszeresen lefutandó távot, mint kötelezettséget is előírhatja. A szabadidejében sportoló kedvtelésből fut. Igaz, számára is fennállhat belső, illetve külső kényszer, mint például az önmaga felé támasztott elvárások, a társas környezet esztétikusabb külső

iránti kíváncsálma vagy akár egészségügyi okok, ám ez a kényszer egy szerződés kötelezettségeivel szemben – észlelt és közvetett.

A fenti különbségekre nagyon jó példa az utóbbi időben egyre sikeresebb, a Magyar Labdarúgó Szövetség égisze alá tartozó *Grassroots Program*, amelynek szlogenje: „*Mindenki, Mindenhol, Minden időben*”. A *grassroots* szónak nincs magyar megfelelője, jelentése: minden labdarúgó tevékenység, ami nem professzionális. Meghatározott cél, hogy kortól, nemtől, hovatartozástól, fogyatékoságtól függetlenül minél többen folytassanak labdarúgó tevékenységet, vagyis focizzanak.

### *A Union of European Football Associations (UEFA) Grassrootsra vonatkozó alapelvei:*

1. Mindenkinek
2. Nincs megkülönböztetés
3. Baráti fesztiválok, nem csaták!
4. Dinamikus, egyszerű, izgalmas!
5. Alapvető biztonság: pályán, lelátón!
6. Közös a felelősség!
7. Döntő a fair play!
8. Középpontban a labda, a felszabadultság elsődleges
9. A játék szeretete...
10. Barátság

A magyar lakosság nem él olyan testmozgásban gazdag életmódot, mint Európa más országainak polgárai. A felnőtt lakosságnak mindössze 16%-a végez valamilyen rendszerességgel sporttevékenységet, de élettanilag elégséges mértékű és mennyiségű testedzést csak a népesség 9%-a. Pedig a mai szabadidősport-kínálat, sőt a lakossági igény sem olyan szegényes, mint ahogyan gondolnánk.

*ezer-tízes évekre.* Sportszakember továbbképzési konferenciasorozat II., Nemzeti Sportszövetség

Szabó Ágnes: *A (szabadidő)sport alapfogalmai és kutatott területei.*

Corvinus Egyetem, Vállalatgazdaságtan Intézet, 2009

<http://www.mlsz.hu/grassroots>

#### IRODALOM

Király István Attila: *A szabadidősport szerepe a brit nemzeti sportstratégiában. Egy lehetséges út.* Corvinus Egyetem, Vállalatgazdaságtan Intézet, 2011

Monspart Sarolta: *A sport mindenkié. Szabadidősport-éltap a két-*

# Útmutató a lelki egészség gazdasági megközelítéséhez

Országos Egészségfejlesztési Intézet

## 1. Bevezetés

A nagyszámú „stresszkezelő program” és egyéni támogatásra irányuló kezdeményezés ellenére napjainkban a munkahelyi hiányzások leggyakoribb oka pszichoszociális eredetű, beleértve a stresszt is. Európában becslések szerint minden negyedik dolgozó szenved stressztől, és ez a stressz felelős a munkahelyi hiányzások 50 százalékáért. Mindez 2002-ben az *Európai Unió* tizenöt országában 20 milliárd euró járulékos kiadást jelentett.

### *Adatok és tények*

- Életük során az európai polgárok 25 százaléka szembeáll mentális és pszichés egyensúlyvesztéssel, problémával, zavarral (továbbiakban lelki problémákkal).
- Európában a felnőtt lakosság 27 százaléka, vagyis 93 millió ember tapasztal mentális problémákat.
- Az *Egészségügyi Világszervezet (WHO)* becslése szerint 2020-ig a depresszió válik a rokkantság második legmeghatározóbb okává a világon.
- Európa-szerte nő a munkahelyi stressz és lelki problémák okozta hiányzások, munkanélküliség és tartós leszakadottsági kérések száma, például a tartós egészségi panaszok és a rokkantság 10 százalékát mentális és lelki problémák okozzák.
- Becslések szerint Európában a lelki problémák okozta teljes költség évi 240 milliárd euró. Ennek kevesebb, mint felét a közvetlen költségek, pl. az orvosi ellátás alkotják. A fennmaradó nagyobb összeg, 136 milliárd

euró a termelékenység csökkenéséből, pl. táppénzes hiányzásokból fakad.

A probléma annál is inkább komolyan veendő, mivel egy vállalat gazdasági hatékonysága és versenyképessége egyre inkább függ a dolgozók mentális és kognitív készségeitől: a kreativitás, a kapcsolati és érzelmi készségek, az autonómia, és a tapasztalatcsere manapság kulcstényezők az egyéni és kollektív eredményességben. Ezek a tényezők szorosan kapcsolódnak az egyén lelki jól-létéhez.

A lelki jól-lét azonban nem csak a gazdasági termelést szolgáló stratégiai „erőforrás”, hanem a vállalat által „termelt” erőforrás is. A túlzottan megerőltető munka, a kitűzött célok eléréséhez szükséges erőforrások hiánya, a konfliktusos munkakapcsolatok, az agresszív ügyfelek, stb. negatív hatással lehetnek a dolgozók mentális és érzelmi készségeire, lelki jól-létére, és ezáltal teljesítményükre is. Emiatt pedig paradox helyzettel találkozunk szemben magunkat: minél fontosabbá válik a lelki egészség a vállalat számára, annál inkább felmerülhet ennek az erőforrásnak a hiánya. Ez nem feltétlenül az egyének lelki jól-létének csökkenését jelenti, hanem azt, hogy a vállalat teljesítménye jobban függ a munkavállalók egészséges lelki állapotán alapuló készségektől, mint valaha.

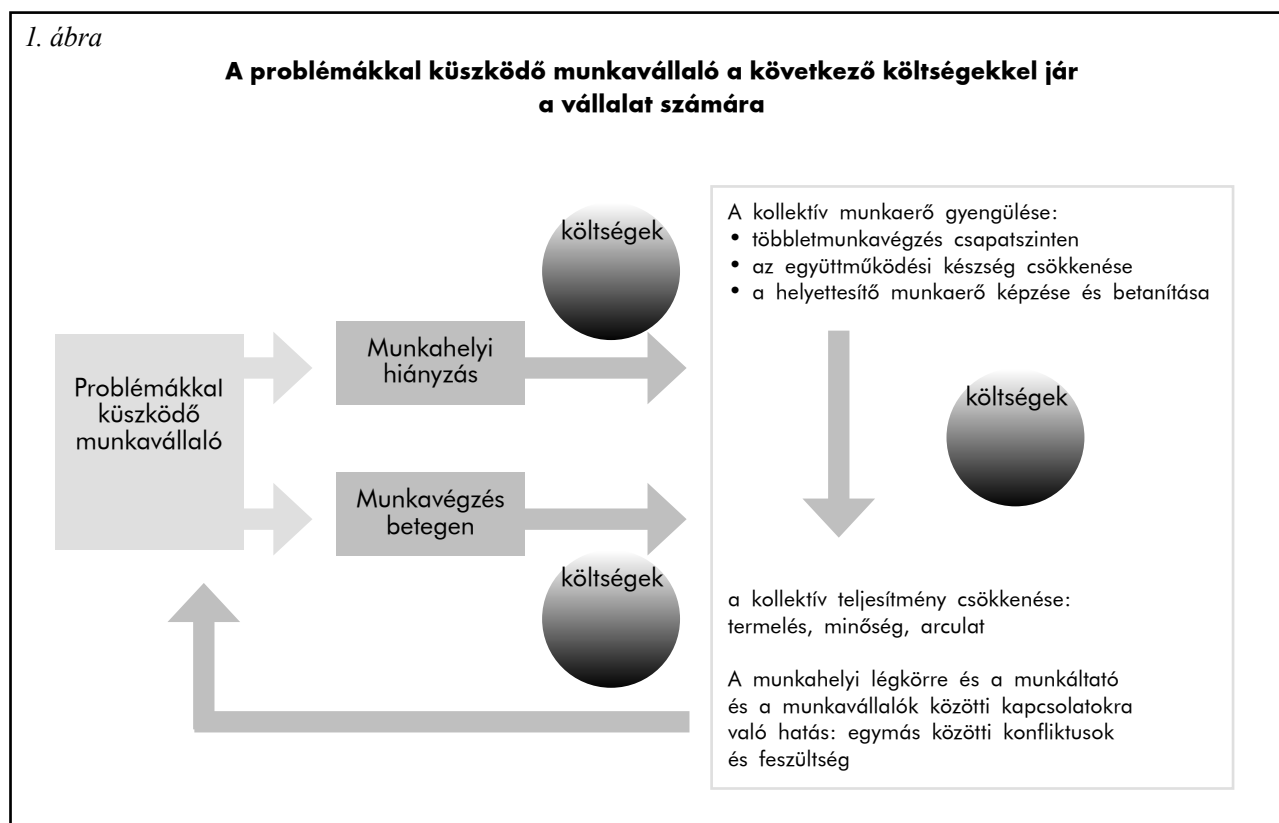
E tanulmány célja, hogy a vállalatok vezetői számára rálátást nyújtson a munkahelyi pszichoszociális kérdések (pl. stressz, zaklatás, erőszak, kiégés) gazdasági vetületére. Például mennyibe kerül az, ha nem tesznek lépéseket e kérdések megoldására? Hogyan lehet a hely-

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



1. ábra

**A problémákkal küszködő munkavállaló a következő költségekkel jár a vállalat számára**



zETFelmérés költségeit mérlegelni és értékelni? Milyen beruházási költségekkel jár a pszichoszociális kockázatok megelőzése (és ennek hányadrésze térül meg)?

Egyszerűbben fogalmazva a pszichoszociális kockázatokkal kapcsolatban két eset lehetséges:

- A vállalat nincs tudatában a kockázatoknak. Nem tesz semmit ellenük, amely különböző szinteken gazdasági, társadalmi és emberi következményekkel jár.

- A vállalat elhatározza, hogy foglalkozik a problémával, kezeli, orvosolja és megelőzi ezeket a kockázatokot. Ettől a költségek csökkenését várja. Ebben az esetben a vállalat költségei rövid távon megemelkednek, e befektetésnek azonban hosszú távon pozitív hozadéka van.

Az alábbiakban bemutatjuk és összehasonlítjuk e két gazdasági stratégiát.

Végezetül olyan (jogi, társadalmi, kereskedelmi) kérdéseket is igyekszünk röviden bemutatni, amelyek nem közvetlenül gazdasági jellegűek, de szorosan kapcsolódnak az intézkedésekre vonatkozó stratégiai döntéshozatalhoz.

## 2. Mennyibe kerül, és milyen hatása vannak annak, ha a vállalat nem tesz semmit?

A problémákkal küszködő munkavállaló az 1. ábrán bemutatott költségekkel jár a vállalat számára.

### *A stressz ördögi köre (egy munkahelyi példán keresztül bemutatva)*

A stressz beindít egy láncreakciót, amely folyamán a stressz egyéni hatásainak (pl. hiányzás vagy teljesítménycsökkenés) kollektív, szervezeti szintű következményei is lesznek: a hiányzások miatt nagyobb munkaterhelés a többi kolléga számára, a segítség megvonása attól, aki a kollégák szerint nem „ad bele mindent”, visszahúzódás az együttműködéstől, a szolidaritástól, stb.) Ezek a folyamatok hatással vannak a vállalat gazdasági teljesítményére is, ami megnyilvánulhat a termelésben (minőségi, mennyiségi tekintetben), a vezetés és a dolgozók közti viszony minőségében, és a vállalat általános kereskedelmi tevékenységében. Ezek a sokrétű negatív folyamatok veszélyeztetik a többi dolgozó lelki egészségét is, amely ismételt munkahelyi hiányzásokhoz, vagy betegen való munkavégzéshez vezethet. Ezenkívül természetesen a magánéletben is jelentkezhetnek deficitek, amelyek szintén visszahatnak a munka világára. Így alakul ki a stressz ördögi köre.

### *A munkahelyi hiányzás költségei és hatásai*

Az a dolgozó, aki nem érzi jól magát a munkahelyén, kezdetben csak időszakosan marad távol a munkahelyéről (betegszabadság, ismétlődő hiányzások). Azonban

2. ábra

**A stresszhez és a pszichoszociális kockázati tényezőkhez  
kapcsolódó költségek értékelése**

Költségek	Kategória	Adatok	
		Mennyiségi	Minőségi
Hiányzáshoz kapcsolódó	Kieső napok	<ul style="list-style-type: none"> <li>A hiányzó dolgozónak kifizetett juttatások</li> <li>Egészségbiztosítási hozzájárulás</li> <li>Túlórázó kollégák</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A vezetőség és a HR munkaideje</li> </ul>
	A hiányzó munkavállaló helyettesítése	<ul style="list-style-type: none"> <li>Álláshirdetés és a munkaerő-kölcsönzés költségei</li> <li>A bizonytalan állások többlet-béreköltségei</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Toborzás, tréning és gyakorlati idő</li> <li>Átmeneti többletterhelés a kollégák számára</li> <li>A munkatempó lassulása, az eredmények romlása</li> </ul>
Betegen való munkavégzéshez kapcsolódó (elkötelezettség hiánya)	Termelésescsökkenés	A túllépett határidők miatti büntetések	<ul style="list-style-type: none"> <li>Több hiba</li> <li>Csökkent minőség</li> </ul>
	A kollektív és személyes kapcsolatok megromlásából fakadó kockázati tényezők (zaklatás, konfliktus a vezetőséggel, stb.)	Jogi költségek: pereskedés, kártérítések	<ul style="list-style-type: none"> <li>Az innováció visszaesése</li> <li>Egy piac megnyerésére/ az ügyfelek igényeinek kielégítésére való képesség csökkenése</li> </ul>
	Stresszel összefüggő munkahelyi balesetek	<ul style="list-style-type: none"> <li>A balesetből fakadó hiányzás okozta költség-növekedés</li> <li>A biztosítási díjak növekedése</li> <li>A munkakiesésből fakadó járulékköltségek növekedése</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A vezetőségnek a csapat átalakításával töltött ideje</li> <li>Megromlott kép a vállalatról az ügyfelek /a csapat szemében</li> <li>A vállalat vonzerejének csökkenése</li> <li>A vezetőség és a HR munkaideje</li> </ul>

*Ez a lista csak tájékoztató jellegű.  
Minden szervezet a saját képére formálhatja a modellt.*

ha visszatérte után sem biztosítottak számára a pozitív munkafeltételek, akkor ez hosszú távú hiányzást, részleges vagy teljes beilleszkedési zavart, végül a munkavállaló kilépését vagy eltávolítását is eredményezheti. Ez pedig költséges a szervezet számára. A költségeknek két formája van: a kieső napok számához és a hiányzó dolgozó pótlásához kapcsolódó kiadások.

*A költségek felmérése a következőkön alapulhat:*

- *menyiségi adatok:* kifizetett juttatások, járulékok, foglalkozás-egészségügyi hozzájárulás, stb.

- *minőségi adatok:* a helyettesítő kolléga támogatása, betanítása, a munka minőségének csökkenése, az innovációs potenciál csökkenése, stb.

Így egy hiányzó, a vállalattól kilépő vagy eltávolított munkavállaló egyszer s mindenkorra humán költségeket generál a kollektív munkaerő szintjén. Amennyiben egy hiányzó munkavállalót nem helyettesítenek, munkája kollégáira hárul, és ez nagyobb munkaterhet eredményez. A stressz a kollégákra is áterjedhet, amely növeli a hiányzás esélyét a szervezeti egységen belül. Továbbá egy hiányzó kolléga átmeneti helyettesítése, vagy egy új kolléga érkezése a beilleszkedési fázisban szintén zavarokat okozhat a szervezeti egység működésében. A termelés átmeneti csökkenése szintén a stressz okozta költségek részét alkotja. Végezetül nem szabad megfeledkeznünk arról, hogy a munka megszakadásának vagy egy kolléga távozásának többnyire negatív hatása van az általános munkakörnyezetre, a termelékenységre és a minőségre.

### *A betegen való munkavégzés költségei és hatásai*

Sok dolgozó akkor sem megy betegállományba, ha beteg, ennek pedig ugyanúgy ára van a vállalat számára. Ez a jelenség a betegen való munkavégzés fogalma, amikor a betegség vagy kiégés ellenére dolgozik a munkavállaló. Gyakorlatilag ez azzal jár, hogy a munkavállaló fizikailag jelen van a munkahelyén, de nem az elvárható minőségű munkát nyújtja.

A betegen való munkavégzéssel kapcsolatos költségeket nem szabad alábecsülni, hiszen ezek a vállalat működését számos szinten befolyásolhatják:

- a termelés és kreativitás csökkenése,
- stresszel összefüggő munkahelyi balesetek,
- zaklatásból és személyes konfliktusokból eredő kockázatok.

### *Nemzetközi tanulmányok főbb eredményei*

A betegen való munkavégzés jelenségét nehéz mérni, de sok tudományos tanulmány hangsúlyozza gazdasági hatásait:

- Egy amerikai tanulmány szerint egy munkavállaló teljesítménycsökkenése 33%-os vagy annál nagyobb mértékű a betegen való munkavégzés esetén.

- Egy nemrégiben közölt brit tanulmány szerint a betegen való munkavégzésből fakadó teljesítménycsökkenés majdnem duplája (605 £/munkavállaló/év) a lelki problémákkal kapcsolatos betegszabadságokénak (335 £/munkavállaló/év).

## 3. A helyzet értékelése: Hogyan kezdjük neki? Hogyan mérjük fel a költségeket?

*Amikor egy vállalat úgy dönt, tesz valamit*

Ahhoz, hogy egy szervezet lépéseket tudjon tenni a stresszel és a pszichoszociális kockázati tényezőkkel kapcsolatos költségek csökkentésének érdekében, pontosan meg kell határozni a pszichoszociális kockázati tényezők körét és gyökerét, majd döntenie kell a szükséges lépésekről. A munkával kapcsolatos pszichoszociális kockázati tényezők áttekintése a 3. ábrán látható.

A pszichoszociális kockázati tényezőket komplex módon kell értékelnünk, hiszen mindig több okuk van, és a munkára gyakorolt hatásuk általában nem azonnal nyilvánul meg. Fontos tehát tudni, hogyan azonosítsuk a tényezőket a lehető legkönnyebben és legkorábban ahhoz, hogy megfelelő prevenció lépéseket tehesünk.

A helyzetet különböző eszközök segítségével értékelhetjük.

Egyrészt a munkahely a teljes munkavállalói körben – vagy annak reprezentatív részén, pillanatkepszerűen – kérdőíves felmérést végezhet a pszichoszociális kockázatok felmérésére (a munkavállalók egészségi állapotának meghatározása, a munkahelyi légkör értékelése, a feszültségek azonosítása).

Másrészt bevezethet egy értékelőlapos megközelítést a meglévő adatok alapján, a helyzetnek megfelelő specifikus indikátorok kiválasztásával. Ez lehetővé teszi egy hosszú távú felügyeleti (figyelemmel kísérő) és jelzőrendszer, illetve -folyamat kialakítását.

### *Stressz és pszichoszociális kockázati tényezők kérdőíve*

E kérdőívek szerint egyszerre érdemes felmérni a személyek egészségügyi állapotát és stressz-szintjét, valamint a munkakörülményekről és az alkalmazás feltételeiről vallott álláspontját. A kérdőív célja híd létrehozása kétféle adat, az okok és az érezhető hatások között. A cél a pszichoszociális kockázati tényezők feltárása, valamint az érzelmileg sebezhető egyének vagy csoportok azonosítása.

Az ilyen jellegű kérdőívek használatánál szigorúan biztosítaniuk kell az alábbiakat: anonimitás, megfelelő arányú részvétel (kitöltés), megbízható válaszok és a szervezet dolgozóinak teljes reprezentálása.

### Értékelőlap

Érdemes egy értékelőlapot vezetni azokról a kiválasztott mennyiségi és minőségi adatokról (indikátorokról), amelyek a szervezet számára fontosak, ahelyett, hogy több, egymásra épülő adatlapot íránk, amelyek átláthatósága nehézkes és hosszú távon kevésbé hatékony. Értékelő lapunknak az alábbiakat kell tartalmaznia:

### Működési indikátorok

A munkahelyi stressz és a pszichoszociális kockázati tényezők jelenlétének első jelei gyakran egyéni és/vagy kollektív panaszok formájában jelentkeznek. Az ilyen jellegű panaszok rendszerint feszültséghez és/vagy a munkát vagy a szervezetet érintő problémákhoz vezetnek. Ajánljuk, hogy ezeket a problémákat az alábbiak szerint azonosítsuk és csoportosítsuk:

1. *Munkából adódó feszültségek:* ellentmondás a munka céljai és a rendelkezésre álló források között, a követelmények és az egyéni mozgáster (autonómia) között, a szükséges erőfeszítés és a regenerálódás (pihenés) lehetőségei, az elvárások és az egyén képességei között.

2. *A munkavállaló értékei és elvárásai:* feszültség a munka és a munkán kívüli teendők között, a munkavállaló szakmai elvárásai és az eredményekre vonatkozó szervezeti követelmények között, vagy az erőfeszítések és a jutalmazás között, stb.

3. *Változások a munkában:* feszültség a gyors és/vagy folyamatos technológiai változások valamint az ezekhez való alkalmazkodásra fordítható idő között, stb.

4. *Csoportok és egyének közötti kapcsolat:* a hierarchikus, egyének közötti és csoportkonfliktusokból eredő feszültségek, stb.

### Egészségi és biztonsági indikátorok

Ezek az indikátorok általában könnyen hozzáférhetőek és bizonyos mértékig megfoghatóvá teszik a stressz kockázatait és tüneteit, például patológiák, gyógyszerfogyasztás, vagy a foglalkozás-egészségügyi orvos adatainak formájában.

A mennyiségi (a működéshez kapcsolódó indikátorok) és minőségi (az egészségügyi és biztonsági indikátorok) aspektusokat tartalmazó értékelőlap létrehozásához specifikus tudás és források szükségesek. A munkahelyi körülményekkel foglalkozó szakemberek – a már

meglévő információk mellett – hasznos szakvéleményt adhatnak a szervezetről.

### Mik az értékelés költségei?

Annak ellenére, hogy ez az előzetes értékelés költséges, valamint idő- és energiaigényes, elengedhetetlenül szükséges az előttünk álló feladatok sikeres kivitelezéséhez. Azonban többről van szó, mint egyszerű költségekről, hiszen ez inkább befektetés, amely lehetővé teszi, hogy a szervezetben jelenlévő specifikus problémákat azonosítsák, és megtegyék a megfelelő prevenció lépéseket. Az értékeléshez kapcsolódó főbb költségek:

- a szolgáltatások megvásárlásához kapcsolódó költségek (szervezeten kívüli prevenció szolgáltatások, tanácsadók igénybevétele esetén),
- az adatok gyűjtéséhez és értékeléséhez szükséges idő költsége.

## 4. Hogyan valósítsuk meg a prevenciót? Milyen költségei vannak az ilyen lépéseknek?

### A prevenció intézkedések bevezetése

Miután a pszichoszociális kockázatokat felmértük és elemeztük, az intézkedések kivitelezése három szinten történhet. Igazán hosszú távú hatásokat csak átfogó egészségfejlesztési stratégia kidolgozásával és végrehajtásával lehet elérni. Különböző intézkedések kombinációja és koordinációja – mind szervezeti mind egyéni szinten – elengedhetetlen a munkavállalók lelki egészségének fejlesztéséhez. Az, hogy mely intézkedéseket alkalmazzák, az állapotfelmérés eredményeitől és az adott munkahely elvárásaitól függ.

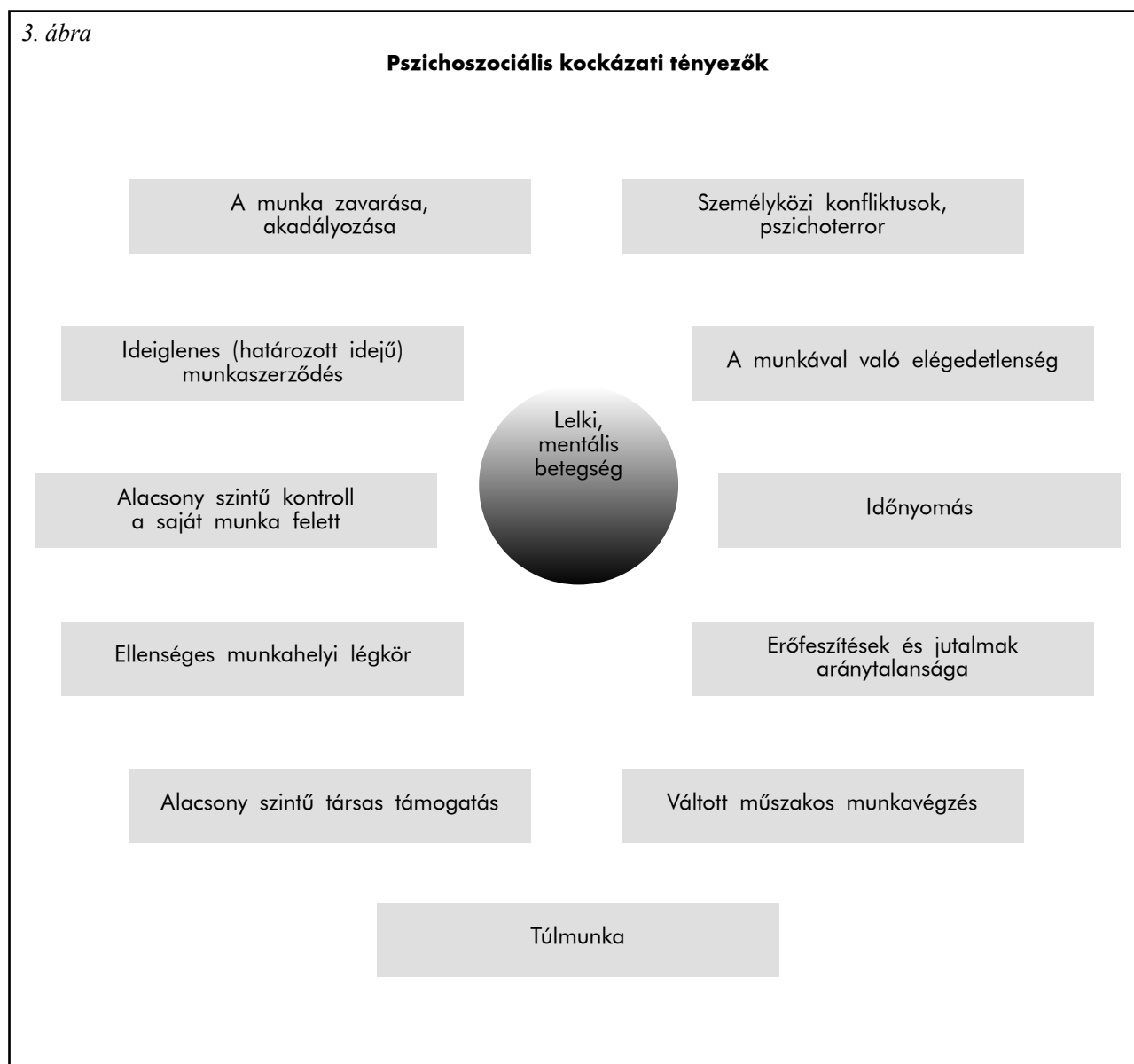
### Néhány példa szervezeti intézkedésekre:

- Rossz munkafolyamatok átszervezése.
- A dolgozók saját munkájuk feletti kontrolljának megteremtése.
- A társas támogatás bátorítása és erősítése.
- Résztvételi menedzsment-stílus bátorítása.
- Az erőfeszítések és jutalmak egyensúlyba hozása.

### Az alábbi egyéni szintű tevékenységeket, beavatkozásokat különböztetjük meg:

- *Stresszkezelési tevékenységek munkavállalók számára.* Az ilyen stratégia központi elemei azok a tréningek, tanfolyamok, amelyek segítségével a munkavállalók elsajátíthatják a megfelelő stresszkezelési módszereket, de a különböző relaxációs technikák és a testedzés is segíthetnek a munkahelyi stressz csökkentésében.

3. ábra



• *Lelki problémákkal küzdő munkavállalók támogatása.* Ebben az esetben egyrészt arra helyezik a hangsúlyt, hogy a munkavállalóknak egyéni (belső vagy külső) tanácsadást biztosítsanak a lelki problémák bizalmas kezelése érdekében, másrészt a szervezet biztosíthat a mentális betegségen átesett munkavállalók számára a munkába való visszatérést megkönnyítő eljárásokat, folyamatokat.

• Végezetül *vezetői és szervezeti gyakorlatok széles választéka* áll rendelkezésre, amelyek hozzájárulnak a megfelelő munkahelyi légkör kialakításához. Nem lehet eléggé hangsúlyozni, hogy ezek a gyakorlatok valóban a megelőzési politikák biztos alapjai, olyanok, mint például a rendszeresen tartott megbeszélések és a munkavállalók értékelése, a vezetőség bátorítása a részvételt elősegítő vezetési stílus alkalmazására, stb.

*Milyen beruházások szükségesek ezekhez a lépésekhez?*

A megelőzés költségei a tervezés, a kivitelezés és az értékelés lépéseikhez kapcsolódó kiadásokat jelentik, például:

- Figyelemfelkeltő és kommunikációs eszközök kialakítása.
- A vezetőség a témával kapcsolatos képzése.
- Munkaszervezéssel, munkaterheléssel és készségekkel kapcsolatos intézkedések.

*Néhány pont, amelyre érdemes figyelni a preventív lépések kialakítása során*

- A preventív megközelítés kezdetén a vezetőség és a csoportok bevonása a párbeszédbe.

• A vezetőség biztos és hosszú távú elköteleződése az új megközelítés mellett.

• A „szakértő” és a „közvetítő” személyek koordinációja: foglalkozás-egészségügyi orvos, pszichológus, szociális munkás, munkavédelmi szakember, HR-osztály, vezetőség, stb.

• A tervezett prevenciós lépések fokozatos bevezetése, a gyakran korlátozott erőforrások figyelembevételével.

• A monitorozás (figyelemmel kísérés) eszközeinek kialakítása, amelyek különösen hasznosak a befektetések megtérülésének értékelésére.

• A célra szánt költségvetés meghatározása.

A szervezeti tapasztalatok és a témában született tanulmányok azt mutatják, hogy a megelőzés sikere nem specifikus, egyedi, egyszeri lépésen (pl. képzés kezdeményezése, adatlap megalkotása, fejlett kommunikáció, stb.) múlik, hanem egy átfogó stratégiai megközelítés megalkotásán, amely a több szintet célzó lépések kiépítésére is elegendő időt szán.

### *Szervezeti esettanulmány*

Franciaországban egy irodabútorokkal foglalkozó cég stresszindikátorai vészjóslóan magasnak bizonyultak: hiányzások, a munkavállalók foglalkozás-egészségügyi orvosnak jelzett panaszai, a termelés csökkenése. A szervezet vezetősége, a HR-osztály és a regionális egészségbiztosítási szerv együttes felmérése alapján megtalálták a megoldást: a rendszeresebb kommunikációt a megnyert piacról (a munkavállalók aggódtak a jövőjükkel illetően), az ütemterv másféle szervezése, stb. Ennek nyomán hamarosan csökkentek a hiányzások és a panaszok. „*Sokáig tart a szükséges lépések felismerése és kivitelezése, de gazdasági szempontból valóban nyereségesebb*” – mondta a szervezet vezetője.

## 5. Egyéb kockázati tényezők figyelembevétele

A gazdasági szemponton kívül több más érvek is szólnak a pszichoszociális kockázati tényezők hatékony megelőzése mellett:

### *1. Jogi szempontok*

Az európai szabályozásoknak való megfelelés igénye arra készteti a vállalati szereplőket, hogy együtt gondolkodjanak. A kockázatok kiértékelésének kötelezettsége megköveteli a szervezettől a pszichoszociális kockázati tényezők meghatározását, valamint egy cselekvési terv felállítását.

A pszichoszociális kockázati tényezők akár bírósági perekhez is vezethetnek, jókora költséget okozva az érinn-

tett szervezetek számára. Egy jogi eljárásban a felperesnek kifizetett juttatásokon kívül azt sem szabad alábecsülni, hogy maga az eljárás is költséges, tekintettel a perköltségekre és a szervezet termeléséből elvett időre. A joggyakorlat sokszor a szervezet felelősségét állapítja meg öngyilkosság vagy zaklatás esetén.

### *Jogi eset*

2007-ben Franciaországban a Feljebbviteli Bíróság felelősnek talált és elítélt egy vállalatot, mivel egy dolgozója öngyilkosságot követett el, miután megromlott a kapcsolata a munkáltatóval. A következmények anyagi vonzata jelentős volt: a perköltségeken kívül a vállalat balesetbiztosításának\* díja kétszeresen is növekedett: egyrészt az eset munkahelyi balesetként történt besorolása, másrészt a munkáltatói felelősség megállapítása után. Az áldozat családja kártérítési pert indított a céggel szemben.

*\*Szerkesztői megjegyzés: Franciaországban a munkahelyi balesetbiztosítás bonus-malus rendszerben működik.*

### *2. A szervezetről alkotott kép*

Az ilyen munkajogi viták egyéb költségei is jelentősek, mivel továbbterjedő rossz hangulatot, léghőrt okozhatnak a munkavállalók között, ami pedig rontja a szervezetről kialakult képet a vásárlók, a részvényesek, a beszállítók és a jövőbeni alkalmazottak szemében. Ezért a szervezet érdeke, hogy komolyan vegye a pszichoszociális kockázati tényezőket. A munkafeltételekről alkotott megromlott vélemény megnehezíti a toborzást, felgyorsítja a munkaerő fluktuációját, befolyásolja az előállított termékekről, szolgáltatásokról és a szervezetről kialakított képet, valamint komoly hatósági vizsgálatokhoz is vezethet.

### *3. Munkahelyi kapcsolatok*

A stressz áttérjedésének jelensége, a személyek közötti feszültség, a stressz miatti hiányzások és az ebből következő szervezettelenség befolyásolják a munkahelyi kapcsolatokat. Nő a konfliktusok kialakulásának kockázata a szakszervezet vagy más dolgozói érdekképviselések és a vezetés között, ennek következtében a tárgyalások lelassulnak, sztrájkok törhetnek ki, stb. A munkáltató és a munkavállalói érdekképviselések közötti párbeszéd hiánya rontja a kapcsolatok minőségét, és a stressz további növekedését eredményezi.

### *4. Teljes körű felelősség*

A vállalatok egyre inkább olyan teljes körű cselekvési

terveket dolgoznak ki, amelyek szociális, finanszírozási és környezeti szempontokat is figyelembe vesznek, például a társadalmi, illetve a környezeti felelősségvállalás szempontjain keresztül. A pszichoszociális kockázatok-

ra és tényezőkre való odafigyelés – mint pl. a munka és a magánélet egyensúlya, illetve az egészségfejlesztési és -monitorozási folyamat – e szempontokba sikeresen beépíthető.

## Tisztelt Szerzőink!

Kérjük, hogy az *Egészségfejlesztés*be szánt 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](mailto:haromszeki.zsuzsanna@t-online.hu). *Honlap:* [www.oefi.hu](http://www.oefi.hu).

### *A kézirat formája*

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

Fáradásukat köszöni és eredményes munkát kíván

a Szerkesztőbizottság

## „Egész(séges) lélekkel” Program

(TÁMOP – 6.1.2/AKMR/09/1)

Lipovszky Judit tanár

Benkő István Református Általános Iskola és Gimnázium

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

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

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

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

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

*A pályázat főbb elemei:*

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

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



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



## TÁMOP – Benkő Nap – Egészség

A hagyományos *Benkő Nap – 2012. április 20.* – ebben az esztendőben – a sikeres TÁMOP-pályázatnak köszönhetően – sok, elsősorban prevenciós programmal gazdagodott. Az „egészséges” hangulatot megalapozó ünnepségen – az intézmény tanévének összegzésén túl – kiosztották az *Év Tanára díjat*, amelyet – talán nem véletlenül – a TÁMOP-pályázat sikeres koordinátora, *dr. Lipovszky Györgyné* kapott, a diákok ovációja mellett. A bensőséges hangulatú rendezvényt követően a diákok ünnepi öltözetüket hétköznapi ruhára váltották, hogy az egészségmegőrzéssel kapcsolatos programokon fesztelenül tudjanak részt venni. Ezután következtek az izgalmas, forgószínpadszerű állomásokon rendezett programok.

Az egészségnap témái az alábbiak voltak:

- „*Az egészséges is lehet finom!*” – salátakészítés és -kóstolás.
- *Mindent lehet enni:* süteménykóstolás (nincsenek tiltott ételek, a mennyiség a lényeg).
- *Elsősegélynyújtás:* gyermekkorban hogyan segíthetünk a bajbajutottakon? Alapvető ismeretek.
- „*Bicajozni jó!*” – de ismerjük-e kerékpározással kapcsolatos közlekedési szabályokat?
- „*Kettő és négy láb a rend védelmében*” – a rendőrkutya szabadidőben és szolgálatban; a rendőrautó akcióiban.
- *A szájhigiéniéről részletesen:* fogmosás, a fogkrém és a szájvíz eredményes használata.
- *Testmozgás egész nap:* szabadtéri sportágak kipróbálása, úszás kezdőknek és haladóknak, tornatermi sportok gyakorlása.
- Délután: „*A családok egészségéért!*” Szülők részvétele az iskolába kitelepült szűrőprogramokon.

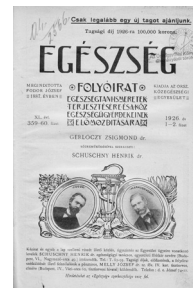
Az iskolai prevenció a hátralévő pár hétben, sőt nyáron is tovább folytatódik: az osztályok – az érettségizőket kivéve – az év végi kirándulásokra készülnek, amelyek fontos része az egészséges életmódra való nevelés. A tanév végén „útravalót” kapnak a gyerekek: töltsük a nyarat is egészségesen! Komoly szakmai szervezőmunkával készül a tantestület a nyári életmódtáborra, amelynek idén az energiaegyensúly (táplálkozás – fizikai aktivitás) lesz a fő témája. Az iskolában sok a túlsúlyos gyermek, ezért határozta úgy, hogy a TÁMOP-pályázatból e probléma megoldására sokat fognak áldozni. A szakmai program összeállításakor különös figyelmet fordítanak arra, hogy a résztvevő gyerekek számára a program fenntartható legyen. A pedagógusok – a dietetikusokkal és sportszakemberekkel – olyan szokások kialakításán fáradoznak, amelyeket a gyerek otthoni körülmények között is folytatni tud, valamint a következő tanév folyamán is gyakorolhatja.

Terveink szerint a későbbiekben részletesen beszámolunk a programok tervezéséről, megvalósulásáról és továbbéléséről.





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



## Vakáció és egészségfejlesztés anno és most

Bodor Tamás,  
Dr. Kishegyi Júlia

Országos Egészségfejlesztési Intézet

A fiatalok szünidő alatti nyaralásával, üdülésével, táboraival és kirándulásaival, illetve annak nevelési szempontjaival az „Egészség” folyóirat számos írása foglalkozik. Nehéz dolga van a szerzőknek abban a tekintetben, hogy mit emeljenek ki az utókornak. Ugyanis a leírtak önmagukban, külön kommentár nélkül is elgondolkodtatóak, széles látókörről tesznek tanúbizonyságot és horizontális megközelítéseket tartalmaznak.

Mindjárt a legelején kezdjük **a szünidő, a vakáció fogalmának definiálásával**, amelyet szemléletesen jelez az alábbi gondolatsor.

*„A vakáció lényege a szabadidő, a szabadság, mely alkalmat ad az egyéniség kinyújtására, öntevékenységre, gyermekszerűségre. Ekkor a gyermek, az ifjú élheti a saját életét, kedve szerint tékozzolhatja erőfeszítéslegét (Karácsony Sándor). A serdülőnek megvan a maga titkos világa, melyet nem mutat meg nekünk. Ha közel akarunk férkőzni hozzá, teremtsünk körülötte olyan világot, melyben felismeri a maga titkos világát (ilyen a tábor és más vadregényes helyzetek). Az egyéni és közös élményszerzés teszi varázslatos, boldog hetekké a vakációt.”<sup>1</sup>*

A cikkek közös, rendszeresen visszatérő egyik aspektusa az, hogy a **városban nevelkedő fiatalnak vidék-**

**re, falura történő utazását ösztönzi, hogy a gyermek a városból kikerülve kapcsolatba kerüljön a természettel, sokat legyen a levegőn és mozogjon.**

*„Tanulóink legnagyobb része a szünidő alatt, ország-szerte falura kerül – illetőleg a falusiak az iskolából ki a mezőre, erdőre. A városi lakos, a hol csak szerét teheti, falura, rokonokhoz, barátokhoz adja ekkor tanuló gyermekét. S az idő többnyire elég jól telik itt; járás, kelés, szabadban játszás, vadászás, kocsizás, lovaglás, a hol víz van fürdés, hajózás járja. A tanulók megismerik a természetet, a gazdaságot, szórakoznak, erősödnek.*

*Mennyivel szerencsésebb az a tanuló, a ki falun, kivált víz mellett lehet; úszhatik, csolnakázhat, vadászhat. Kiséreljék meg a fővárosi szülők, adják nagyobb fiaikat nyáron a Duna mellé, a Balaton mellé, és látni*

fogják mily óriási különbség van fiuk fejlődésében itt és pl. díszes svábhegyi villájukban.”<sup>2</sup>

„A városokban való nyaralás két nagy ártalommal fenyegeti a fejlődő nemzedéket, amelyek egyike a testi, a másik a az erkölcsi szférában fejt ki káros hatását. Szárazföldi éghajlatunk következtében a nyár még faluhelyen is forró, a kötömegeknek mondható nagyobb városokban éppenséggel irtózatoss. A falak csak úgy öntik a meleget, a szobákban éjjel is kiállhatatlan s fülledt a levegő; a szellő egyáltalában nem érvényesül, a locsolás kevés, bármily gyakran történik. Az udvarok és szabad terek száma pedig egyre csökken.”<sup>3</sup>

„A gyermek egészen más életviszonyok közé jut, ha falura viszik; a városi zajt felváltja a természet szépsége, mező, rét, erdő, hegy, folyó, stb. A gyermeknek szabad játszani, futni; eleget tehet mozgási ösztönének. E mellett bővülnek ismeretei, lát állatot, növényt, amit városban nem láthat. Pirosabb lesz a gyermek arca, izomzata erősbödik, étvágya javul, testsúlya növekedik.”<sup>4</sup>

„Falun, jó nagy kertben 2–3 többgyermekes család vegyen ki lakást, úgyhogy 6–10 kisebb-nagyobb gyermekekből álló gyerekhad verődhessen bandába. Jó levegő, friss gyümölcs, zöldség, orvos a közelben és sok-sok szabadság a gyermekek külön kis társadalma számára. Ilyenkor születnek az egész nyarat betöltő szervezett játékok, amelyekben kicsinek-nagynak egyaránt jut szerep, a gyermek visszatér a természettel való közvetlen kapcsolatba, intenzíven él, megfigyel, tapasztalatokat gyűjt és szellemiekben, lelkieken meggazdagodva tér vissza az iskolába.”<sup>1</sup>

A tanulmányokban visszatérő elem **az iskolák helyes szerepfelfogásának hangsúlyozása az szünidő eltöltésének vonatkozásában.**

„A tanulókkal való foglalkozás a szünidőben tehát egyáltalában nem ellenkezik az iskola földataival, sőt az ifjúság erkölcsi nevelése és testi fejlődése szempontjából határozottan kívánatos ott, ahol ezen feladatokkal a szülői ház megbirkózni nem képes.”<sup>3</sup>

„Különösen szomorú, hogy az iskolák sokszor óriási udvarait, amelyek testgyakorlatra, játékra megfelelően készültek, egyáltalában nem használjuk fel. Mily szép volna, ha egy tanító vagy tanár felügyelete alatt az ifjúság bizonyos időkben és csoportokban eljönne! Megfelelő beosztással igen, sok tanulónak lehetne alkalmat adni élénk és mégis felügyelet alatt történő testmozgásra, ami gyermekeit féltő anyának is lehetővé tenné gyermekének elküldését, talán még fizetne is érte, ámbátor a legtöbb iskolahatóság – ahol Németországban láttam – maga fizette a felügyelő tanítót.”<sup>3</sup>

„A vakáció helyes megoldásának nevelési problémái az iskolánál és a családnál kezdődnek. Félreérti a vakációt az iskola, amikor leckét ad fel, sőt külön-

leckét is kijelöl a gyengébbeknek a mulasztottak pótlására. Pedig a gyengébb diák rendszerint rosszabb testi és idegbeli kondícióban is van s sok esetben ez is oka az elmaradásának. Még ma is ritka az olyan tanár, mint akiről Karácsony Sándor emlékezik meg, aki megkérdezte és felállította: »kik azok a derék emberek, akik a vakáció alatt tanultak«, de azonnyomban le is ültette, mondván: »elég bolondul cselekedtetek«. A szellemi érésben gyakori az erőtorlódás, látszólagos elakadás, majd megint gyorsíramú előretörés. Egy boldog, erőadó vakáció után játszva pótolhatja a gyermek azt, amit a kedélyét nyomasztó nyári korrepetálás, könyv mellett gubbasztás nem tud elérni.”<sup>1</sup>

**A fiatalokkal foglalkozó szakemberek táborozás, üdültetés során alkalmazandó tulajdonságjegyeire is részletesen kitérnek a szerzők.**

„A családias légkör megteremtése a vezetők: orvos, nevelő és annak segéderői (sporttanár, cserkészvezető, leányköri vezető stb.) feladata.

Kívánatos, hogy a telep orvosa gyermek- és ifjúságléktanban jártas és lelki gyógykezeléssel már foglalkozott nevelő hajlamú egyéniség legyen. Sajnos, még ma is előfordul, hogy a telepre minden előképzettség nélküli egyéneket (állás nélküli vagy üdülésre szoruló magánalkalmazottat, jogászt, diákot) alkalmaznak – díjazás nélkül. Így azután érthető módon arra rendezkednek be, hogy ők fognak nyaralni. A gyermekközösség dinamikus feszültségébe kerülve, nem tudnak helytállni, fegyelmezni, vezetni és foglalkoztatni.

Az üdültetést vezető pedagógus legyen jó pajtás, játszótárs, telve szeretettel türelemmel, friss kedéllyel. Legyen „charismatikus vezetője” a gyerekeknek, akár a bandavezér, erős, edzett, kitűnő sportban, legügyesebb a játéokban, a foglalkoztató munkákban. Ha kell, álljon oda birkózni, s ha nem tudják legyőzni, magasra fog emelkedni a tekintélye. Legyen jártas az ifjúság- és csoportléktanban, ismerje a gyermeki együttélés törvényeit, a közösségi élet rendező és bontó erőit, (barátság, közös élményzónák, klikk, vetélkedés). Higgadtan és tapintatosan tartsa rajta a szemét a kamaszkor szekszuális nyugtalanságain, rossz szokásain. Ezen a téren is végezzen nevelő, gyógyító munkát. Legyen nyitottfüllű meghallgatója a kis problémáknak, örömöknek és sérelmeknek. Mindenekfelett legyen titoktartó, aki nem él vissza a felé nyiladozó bizalommal.”<sup>1</sup>

Kaphatunk módszereket **a tanulók szünidei tevékenységeinek módszertanára is.**

„Egészségi szempontból főleg a friss levegőn való tartózkodással, mozgással járjon a foglalkoztatás a szünidőben, erkölcsi szempontból pedig, hogy lehetőleg az egész szünidőre terjedjen ki. ...

Ha ezek után mérlegelés tárgyává tesszük, hogy egyáltalában miféle foglalkoztatások kerülhetnek szóba,

*elsősorban, különösen e háborús időkben, az ifjúság kertészkedése tolu előtérbe. ...*

*A kertészkedéssel kapcsolatban mint igen hasznos, amellet nem megerőltető testi munkaként jöhet szóba a mindenféle kézi ügyesség, a szlőjd. ...*

*Különösen ajánlatos, ahol csak lehet, a fürdés és úzás. ...*

*Az úzáson kívül a testgyakorlatok közül szóba jöhet a játék. ...*

*Semmiféle magánérdeket nem sértenek, friss levegőn való bőszes tartózkodással és élénk mozgással járnak, azonfelül felette tanulságosak és igen olcsók a kirándulások.”<sup>3</sup>*

\*

A mai korban is visszatérő elem a fiatalok szünidei tevékenységében a táborozás. **A tábor, mint az ifjúságsegítés eszköze, sajátos szocializációs, közösségfejlesztő és nevelési szintér, amely élményszerzéssel, a tábori programokba integrált képzésekkel, tartalmas és értékteremtő szabadidős programokkal járul hozzá a fiatalok személyiségének fejlődéséhez.** A táborozási lehetőség egyúttal természetbeni juttatás, egyedüli üdülési lehetőség is a nehéz körülmények között élő fiatalok számára, ezért fontos feladat, hogy a gyermek és ifjúsági korosztályból minél többen jussanak el táborokba, ifjúsági szálláshelyekre. Ugyanakkor hangsúlyozandó, hogy **a tábor nem cél, hanem eszköz, tehát az olyan táborok (és más nyári programok) támogatása preferálandó, amelyek az adott intézmény, szervezet éves szakmai tevékenységének részét képezik** (az iskola a pedagógiai program részeként diákjait, az egyesület munkatervének részeként tagjait, stb. viszi el, azaz a fiatalokkal előtte és utána is tudnak foglalkozni, ebből adódóan a táborozók tudatosan tervezett és szervezett folyamat részesei). Van **néhány közös vonás, amelyik mindegyik nyári program fontos feladata kell, hogy legyen, ezek a közösségformálás, az új értékek megismerése, illetve a maradandó élmények nyújtása.**

\*

A nyári üdülésre, táborozásra vonatkozó és hatályos jogszabályok a nyári szervezett üdültetéssel csak bizonyos szegmens mentén foglalkoznak.

- 12/1991. (V. 18.) NM rendelet a tanuló ifjúság üdülésének és táborozásának egészségügyi feltételeiről;

- 37/2007. (VII. 23.) EüM–SZMM együttes rendelet egyes nem üzleti célú közösségi, szabadidős szálláshelyek üzemeltetésének egészségügyi feltételeiről;

- 173/2003. (X. 28.) Korm. rendelet a nem üzleti célú közösségi, szabadidős szálláshely-szolgáltatásról;

- 239/2009. (X. 20.) Korm. rendelet a szálláshely-szolgáltatási tevékenység folytatásának részletes feltételeiről és a szálláshely-üzemeltetési engedély kiadásának rendjéről;

- 46/2001. (XII. 27.) BM rendelet a szabad vízen való tartózkodás alapvető szabályairól;

- 78/2008. (IV. 3.) Korm. rendelet a természetes fürdővizek minőségi követelményeiről, valamint a természetes fürdőhelyek kijelöléséről és üzemeltetéséről.

Ezek közül néhány, egészségfejlesztési-egészségügyi szempontból is fontos szabályozást emelünk ki.

**A táborozásban csak az vehet részt, aki arra egészségileg alkalmas.** (Szálláshelyen szervezett üdülésen, táborozáson az a személy vehet részt, aki arra egészségi állapota alapján alkalmas és azt a szervezett táborozás megkezdése előtt a 12/1991. rendeletben foglaltaknak megfelelően igazolja.) A 300 főnél nagyobb létszámú táborok egészségügyi ellátását a tábor területén lakó orvossal kell biztosítani. Amennyiben a tábor nem rendelkezik saját orvossal vagy oxyológiai tanfolyamot végzett orvostanhallgatóval, a tábor egészségügyi ellátását a lakosság alapellátását végző orvossal kell biztosítani. A szervezőknek a táborvezetőket írásban kell arról tájékoztatniuk, hogy szükség esetén – a nap bármely szakában – hol biztosítható a táborozók orvosi ellátása. A táborokban biztosítani kell a létszámnak megfelelő elsősegélynyújtó felszerelést és kiképzett elsősegélynyújtó jelenlétét a táborozás teljes időtartama alatt.<sup>5,6</sup>

Az üdülőekben és a táborokban biztosítani kell **a táborozók szabadtéri mozgásának (sportolásának) lehetőségét.**<sup>5</sup>

Hat éven aluli, továbbá úszni nem tudó, 12 éven aluli gyermek csak felnőtt közvetlen felügyelete mellett fürödhet a szabad vizekben. Gyermek és ifjúsági csoportok esetén a csoport vezetőjének a fürdőzők létszámának megfelelő számú, úszni tudó és vízi mentésben jártas felnőtt személyekből figyelő és mentő őrséget kell állítania.<sup>7</sup>

A hálólhelyiségeket úgy kell kialakítani, hogy egy főre 3 m<sup>2</sup> – sátor tábor esetén legalább 2 m<sup>2</sup> – alapterület jusson. A matracokat nem szabad közvetlenül a földre helyezni.<sup>6</sup>

A táborozás szervezőjének a táborozás megkezdése előtt tájékoztatnia kell a résztvevőket arról, hogy védőoltással megelőzhető a kullancs-encephalitis, azonban a Lyme-kór ellen nem véd, ezért a kullancsirtószerek alkalmazása és a naponkénti „kullancsvizit”, valamint a felfedezett kullancsok azonnali eltávolítása szükséges. A tájékoztatásnak ki kell terjednie a nem szokványos viselkedésű vadon élő állatok simogatásával, érintésével kapcsolatos veszélyekre is. Amennyiben állatharapás, marás vagy tömeges darázscsípés történik – az orvosi ellátás biztosításán túl –, a harapás, a marás vagy a csípés tényét azonnal jelenteni kell a tábor helye szerint illetékes népegészségügyi szakigazgatási szervnek.<sup>6</sup>

Sorolhatnánk tovább a fontosabb szabályokat, de jól látható, hogy ezek nem adnak teljes mértékben szakmai

támpontot a nyári programok szervezésére. Törvényi szabályozás pedig nincs. A táboroztatás és a nyári üdültetés műszaki, egészségügyi, pedagógiai, mentálhigiénés, forrásallokációs feltételei hiányoznak, vagy csak részben szabályozottak. Ezért is merült fel többször a szabályozás igénye.

Az *Új Nemzedék Jövőjéért Program*<sup>8</sup> 3.4.2 alprogramjai között megfogalmazza azt, hogy „*támogatni kell a fiatalok belföldi turizmusát és ... ösztönözni kell egy olyan turisztikai hálózat kialakulását, amely hasonlóan a falusi turizmus rendszeréhez, egy komplex koncepcióba foglalja a fiatalok utazási, turisztikai lehetőségét. Kiemelt szerepet kap továbbá a nyári táborozás támogatása, amelyen keresztül a fiatalok a nyári szünidő egy részét közösségben, közösségi programokkal, aktív pihenéssel töltik.*” A program a táboroztatás ellenőrizhetővé tételével kívánja előmozdítani a fiatalok biztonságos körülmények közötti szabadidő eltöltését (jogszabály kidolgozása), valamint célul tűzi ki a táboroztatás képzési alapjainak megteremtését, továbbá a humán erőforrásokkal kapcsolatosan azt, hogy táborvezető csak képzett szakember és/vagy pedagógus legyen.

Egészségfejlesztési szempontból a nyári időszakban ma is fontos a szabadidős fizikai aktivitás (testmoz-

gás), a szabadban megszerezhető készségek fejlesztése (az úszás, evezés, vízisportok), maga a közösségfejlesztés (klasszikus szabadidős animáció, csoportmunka, nem formális tanulás), a lelki egészségvédelem és a táplálkozási modell megváltoztatása (energiaegyensúly). Nem mindegy, hogy kik foglalkoznak a fiatalokkal (szakmai tudás, szakirányú képzettség, horizontális együttműködés, emberi kvalitások), milyen módon becsüljük meg a pedagógust, a védőnőt, a civil szervezet munkatársát, akik szakemberként komoly munkát vállalnak, s a közhiedelemmel ellentétben nem „nyaralni mennek”. Az is nagyon lényeges alapelv, hogy az egészségfejlesztési programok éves folyamatot alkossanak, s ne csak egy program erejéig jelenjenek meg a fiatalok életében.

**Összegezve:** az egészséges életmód, a mindennapok egészségtudatos magatartásmintáinak kialakítását jól szolgálják a vakáció közösségben való eltöltését lehetővé tevő táborok. Már az elődök idejében is számos nehézség nehezedett a korosztályra és nevelőikre. A XXI. század növekvő követelményrendszere mellett egyre fontosabb a szabadidő egészségbarát eltöltése, valamint a fiatalokkal való foglalkozás az egészség- és közösségfejlesztés érdekében.

#### IRODALOM

1. Dr. Baloghy Mária: „A szünidei gyermeküdültetés nevelési szempontja.” Franklin Társulat, Budapest, 1942. szeptember; *Egészség* folyóirat VII. száma
2. „Tanulóink a szünidő alatt – rövid közlések.” Franklin Társulat, Budapest, 1889. július; *Egészség* folyóirat IV. száma
3. Juba Adolf dr.: „A középiskolai tanulók szünidei kirándulásai.” Franklin Társulat, Budapest, 1915. május; *Egészség* folyóirat V. száma
4. „Gyermekek nyári üdülése – rövid közlések.” Franklin Társulat, Budapest, 1926. május–június; *Egészség* folyóirat V–VI. száma
5. 12/1991. (V. 18.) NM rendelet a tanulóifjúság üdülésének és táborozásának egészségügyi feltételeiről
6. 37/2007. (VII. 23.) EüM–SZSZM együttes rendelet egyes nem üzleti célú közösségi, szabadidős szálláshelyek üzemeltetésének egészségügyi feltételeiről
7. 46/2001. (XII. 27.) BM rendelet a szabad vízben való tartózkodás alapvető szabályairól
8. 1494/2011. (XII. 27.) Korm. határozat az Új Nemzedék Jövőjéért Program, a Kormány ifjúságpolitikai keretprogramjának elfogadásáról

# CONTENTS

## SURVEYS

Health Impact Assessment Guide – Part I. 2  
*Bonifác József Solymosy*

The Knowledge Related to the Human Papillomavirus in the Circle of the Young People in Békés County 28  
*Andrea Szöllösi Párduczné M.D., Anita Lukács, László Párducz M.D.*

Fight Against High Blood Pressure 36  
*Hungarian Hypertonia Society*

## TRAININGS

About Recreational Sport 38  
*Gábor Köteles*

## MENTAL HEALTH DEVELOPMENT

A Guide to the Business Case for Mental Health 40  
*National Institute for Health Development*

## NEWS, INFORMATION

Introducing a Youth Mental Health Program in Budapest 48  
*Judit Lipovszky*

## THE MATTER OF HEALTH – PAST AND PRESENT

Holiday and Health Development Past and Present 52  
*Tamás Bodor, Júlia Kishegyi M.D.*

### 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