

## Tartalom

### FELMÉRÉSEK

A Szegedi Tudományegyetem által szervezett  
kortárssegítő program kvalitatív és kvantitatív értékelése  
*Dr. Faludi Eszter, Dr. Kósa Karolina, Dr. Barabás Katalin* 2

A kortársoktatás szerepe az egészségnevelésben  
*Dr. Párduczné Szöllősi Andrea* 10

Az egészségmagatartás néhány elemének vizsgálata  
a középiskolákban  
*Huszka Péter, PhD.* 14

### LELKI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS

A MOL lelki egészségfejlesztési jó gyakorlata  
*Dr. Miniska István* 26

A Procter&Gamble, Hyginett Kft. lelki egészségfejlesztési  
jó gyakorlata  
*Goda Krisztina* 28

Stresszkezelő tréning  
*Balassa Levente* 30

### HÍREK, INFORMÁCIÓK

AZ EGÉSZSÉG ÜGYE ANNO ÉS MOST  
A kerékpározásról anno és most  
*Köteles Gábor* 44

Pápai áldás egy győri orvosnak  
*Csapucha Adrienn* 50

Az egészségfejlesztés jelentősége mozgássérült sportolóinknál  
Fogyatékkal élő mozgássérült sportolók kimagasló eredményei Győrött  
*Prof. Dr. Schmidt Péter* 51

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

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

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



Országos  
Egészségfejlesztési  
Intézet

# A Szegedi Tudományegyetem által szervezett kortárssegítő program kvalitatív és kvantitatív értékelése

Dr. Faludi Eszter<sup>1</sup>,  
Dr. Kósa Karolina<sup>2</sup>,  
Dr. Barabás Katalin<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Debreceni Egyetem OEC, Népegészségügyi Kar, Megelőző Orvostani Intézet;

jelenlegi munkahelye: Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat, Debrecen

<sup>2</sup>Debreceni Egyetem, OEC, Népegészségügyi Kar, Megelőző Orvostani Intézet, Egészségfejlesztési Tanszék

<sup>3</sup>Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet

## Bevezetés

Aktuális téma napjainkban a fiatalkorúak életmódjának kedvezőtlen alakulása, a dohányzás, az alkohol- és drogfogyasztás jelenléte a tizenévesek között. Az „Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása” című felmérés legutóbbi, 2010-es eredményei szerint a 11. osztályos fiatalok 77%-a már kipróbálta a dohányzást, a fiúk 42%-a pedig legalább hetente dohányzik. Az alkoholfogyasztás is hasonló jellegzetességeket mutat: a 11. osztályosok 90%-a – nemtől függetlenül – fogyasztott már alkoholt, a fiúk 41%-a pedig legalább heti rendszerességgel fogyaszt sört. A lányok 31%-a heti rendszerességgel fogyaszt bort, boros kólát vagy röviditalokat.<sup>1</sup> Új jelenség a fiatalok körében a rohamivás (*binge drinking*), amely fiúknál 5 vagy több, lányoknál 4 vagy több alkoholos ital elfogyasztását takarja néhány órán belül,<sup>2</sup> általában a lerészegedés kifejezett céljával. Igaz, hogy európai összehasonlító adatok szerint 1995–2003 között a rohamivás (több mint 5 ital elfogyasztása egy alkalommal, több mint háromszor az elmúlt 30 napban) a magyar 15–16 éves, tanuló fiúk és lányok körében is mintegy 2%-kal csökkent,<sup>3</sup> de a már idézett legutóbbi *HBSC-felmérés* szerint 2010-ben a 11. osztályos fiúk 16%-a volt kétszer több alkalommal részeg az adatfelvételt megelőző hónapban (lányoknál ez lényegesen alacsonyabb, mintegy 7%). Egyéb drogok vonatkozásában a 9. és 11. osztályos tanulók csaknem egyharmada használt tiltott és legális drogot, 24%-a kipróbálta a marihuánát, 1,9%-a pedig negyvenszer vagy annál többször használt kannabisz-származékot élete során.<sup>1</sup>

Mindezen magatartási jellemzők összefüggésben vannak azokkal a változásokkal és problémákkal, amelyek a fiatal korosztályt érintik, s amelyek nem megfelelő kezelése szomatikus és pszichés károsodáshoz vezethet.

A fiatalok lelki egészségét illetően kedvezőtlennek tekinthető, hogy 2002-ben 15%-uk enyhébb-súlyosabb depressziós tüneteket mutatott;<sup>4</sup> 2010-ben a depresszív hangulatot jellemző átlagpontszám minden vizsgált korosztályban magasabb volt a lányok körében;<sup>1</sup> 2011-ben a depressziós hangulat budapesti serdülő fiatalok közt 23%-nak adódott,<sup>5</sup> és a hasonló korúakhoz képest kedvezőtlenebb mentális egészség egyetemi hallgatók körében is kimutatható<sup>6,7</sup>.

Ezen kedvezőtlen tendenciák megállítása, illetve javítása célzott beavatkozásokat tesz szükségessé, amelyek tervezésénél figyelembe veendő, hogy a család szerepe a tizenévesek életében csökken; a személyiséglélektanból jól ismert módon a velük történő eseményeket, problémákat egyre inkább barátaikkal, iskolatársaikkal, velük egyidős ismerőseikkel osztják meg<sup>8,9</sup>. Kézenfekvő tehát a fiatalok kamaszkori nehézségeinek leküzdéséhez olyan személyeket, kortárssegítőket bevonni, akik korban közel állnak hozzájuk, és az adott problémákra megoldási alternatívákkal rendelkeznek. A kortárssegítők a kamaszokban eredendően meglévő azonosulási képességet mozgósítva, mellérendelt szerepben igyekeznek segítséget nyújtani társaiknak, illetve sokszor a híd szerepét töltik be a kompetens szakemberek és a fiatalok között, akikre ebben az életkorban a „felnőttek” elleni lázadás jellemző. A kortárssegítés, mint az egészségfej-



lesztés egyik fontos módszere, képessé teszi a segítők, és rajtuk keresztül kortársaikat is, hogy – az *Ottawai Charta* szellemének megfelelően – egészségüket javítsák, és az egészségi állapotuk felett nagyobb kontrollt gyakoroljanak.<sup>10</sup> A kortárssegítők szervezett formában kapnak kiképzést bizonyos, a fiatalok körében jellemző problémák kezelésére, és működésük is szervezett formában, szupervízióval történik.<sup>11</sup>

A kortárssegítésnek jelentős hagyományai vannak Magyarországon. A civil szférában az 1980-as évek végén kezdődött el a kortárssegítők lelki segítségnyújtásba való bevonása a később *Tini Lánc Alapítvány* néven ismertté vált kortárssegítő csoporttal.<sup>12</sup> A felsőoktatásban 1986-ban, az *ELTE Pszichológiai Tanszékén* alakult meg egy, a hallgatók bevonásával működő pszichológiai diáktanácsadó, amely csírája volt a napjainkban az egyik legsokrétűbb szolgáltatást nyújtó *Diáktanácsadó Központnak*.<sup>13</sup> Az orvostanhallgatók körében az első magyarországi kortárssegítő csoport *Simon Tamás professzor* vezetésével, 1988-ban alakult meg a *Semmelweis Egyetemen*, orvostanhallgató fiatalokkal, akik az AIDS-prevenció segítésére középiskolákban tartottak előadásokat.<sup>14</sup> Ezt a példát követve más egyetemeken is létrejöttek kortárssegítő csoportok, melyek tevékenysége fokozatosan bővült a dohányzás, a drog-, majd az alkoholfogyasztás megelőzésére, célcsoportjai pedig a felsőoktatásban tanulóakra is kiterjedtek.<sup>13,15,16</sup> A képzés áttételes hatása mellett a direkt hatás is jelentős, hiszen a segítők emocionális intelligenciája, képessége az érzelmileg törékeny helyzetek felismerésére és kezelésére jelentősen javul; önbecsülésük, valamint érzelmi tudatosságuk növekszik.<sup>17</sup> A kortársképzésben résztvevők olyan készségeket sajátítanak el, melyek nem csak az egészségfejlesztő munkához, hanem későbbi pályájuk során orvosként, professzionális segítőként a gyógyító tevékenységhez is szükségesek. A kortársképzés pályaszocializációs jelentőségét tükrözi, hogy az a *Debreceni* és a *Semmelweis Egyetemek Általános Orvostudományi Karain* beépült a kurrikulumba is, speciálkurzusként felvehető,<sup>18</sup> a *Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karán* pedig 2004 óta kötelezően választható kurzus.

A kortárssegítéssel kapcsolatban csakúgy, mint az egészségfejlesztés egyéb tevékenységeinél, fontos a programok értékelése, melynek során választ kaphatunk arra a kérdésre, hogy sikerült-e a kitűzött célokat elérni; illetve a ráfordított humán-, finansziális és egyéb erőforrások jól hasznosultak-e. A kortárssegítő programok értékelésénél is jelentkezik azonban az egészségfejlesztési tevékenységek értékelésének általános nehézségei, melyek azzal kapcsolatosak, hogy a beavatkozások igen széles köre, eltérő jellege és változatos célcsoportjai miatt az értékelés módszertanának is széleskörűnek kell lennie. Az értékelés összpontosíthat a folyamatokra és/vagy a kimenetek-

re (hatásokra). Az epidemiológia klasszikus, kvantitatív módszerei csak korlátozottan alkalmazhatók, és a folyamatok, a kimenetek, illetve a hatás méréséhez használatos indikátorok is specifikusan, az egyes beavatkozásokhoz szabva alkalmazandók.<sup>19,20</sup>

Vizsgálatunk célja a *Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kara Magatartástudományi Intézetének* (korábban: *Pszichiátriai Klinika, Magatartástudományi Csoport*) koordinálásában évtizedek óta zajló kortárssegítő program értékelése volt. Jelen vizsgálatban a program folyamatértékelését végeztük el az 1999–2007 közti időszakra, az *Egészségügyi Világszervezet* egészségfejlesztési programok értékelésére javasolt keretét követve. Az ajánlás szerint elsőként leírjuk a programot, azonosítva annak konceptuális alapjait, bemutatjuk az adatgyűjtés folyamatát – az ajánlás szerint több forrásból származó adatok feltárására törekedve –, majd elemezzük a gyűjtött adatokat, melyek alapján ajánlásokat fogalmazunk meg.<sup>19,20</sup>

## A program leírása és elméleti alapjai

Az akkori *Szegedi Orvostudományi Egyetemen* a *Semmelweis Orvostudományi Egyetem* kortársprogramjának mintájára az 1980-as évek végén indult a kortárssegítés, *Dr. Barabás Katalinnak*, a *Közegészségügyi Intézet* adjunktusának vezetésével, az AIDS-prevenció témájában. 1993-ban formálisan is létrejött a kortárssegítő csoport, az AIDS-prevenációs programok pedig fokozatosan egészültek ki a dohányzás és a drogfogyasztás elleni aktivitással. Később az egészséges táplálkozással és a daganatos betegségek megelőzéséről szóló programok is beépültek a mozgalomba. Orvostanhallgatói kezdeményezésre, a kortárssegítés részeként indult a *BIBE Klub*, mely lányok számára nyújtott lehetőséget – kortárssegítők által vezetett beszélgetések keretében – a lelki étellel és a párkapcsolatokkal kapcsolatos témák megbeszélésére. A kortárssegítés konceptuális alapja *Bandura* szociális tanuláselmélete, mely szerint a viselkedésváltozás társas kölcsönhatások eredményeként alakul ki.<sup>21</sup> Ebben a folyamatban a kortárssegítők mint megbízható információk birtokosai, illetve konkrét magatartásformák (pl. pszichoaktív szerek használata) tekintetében követendő szerepmoделlek jelennek meg. Ebből következően a kortárssegítésnek alapvető része a kiscsoportos formában történő képzés, ami nem csak a segítők ismereteit bővíti, hanem nagymértékben segíti a képzendőkének fejlődését is.<sup>12</sup> A kortárssegítés koordinációját a program indulásától kezdve *Dr. Barabás Katalin* végzi, 1998–2007 között az *Általános Orvostudományi Kar Magatartástudományi Csoportjának*, 2008 óta *Magatartástudományi Intézetének* vezetőjeként.

A program meghatározott lépésekre tagolódik.



## Felkészítés

A Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kara Magatartástudományi Intézetében 1998 óta, kezdetben speciálkollégiumként, 2004-től kötelezően választható, két kredit értékű kurzus keretében elméleti és gyakorlati ismereteket oktatunk „Az egészségfejlesztés gyakorlata” címmel. Ezután „Az orvos mint egészségnevelő” című, ugyancsak két kreditet érő egészségfejlesztő kurzus során sajátítják el a hallgatók az egészségfejlesztő programok tervezésének, előadások összeállításának és megtartásának módszertanát. A hallgatók a csoport előtt mutatják be a tervezett foglalkozásokat, illetve előadásokat. A tréningcsoport tagjai jelentik a szimulált célcsoportot. A bemutatót követően a pendletoni szabályok betartásával történik a hallgatók munkájának kritikai elemzése és a korrekciók elvégzése. A bemutatás után mehetnek ki a hallgatók a „terepre”. A frissen kiképzett hallgatók gyakorlott kortársoktatók melletti hospitálást követően végezhetnek csak önálló munkát. A felkészített orvostanhallgatókból így egy mozgósítható egészségnevelői közös kortárs munkacsoport alakul ki.

## Kapcsolattartás/igény

Az iskolák az iskolai védőnők segítségével tartják intézetünkkel a kapcsolatot. A védőnők közvetítik az iskolák igényeit témák szerint, sokszor az előadó személyét is megjelölve.

## Megvalósulás

A dátumegyeztetés után hallgatóink előzetesen ellenőrzött előadásukkal, programtervezetükkel jelennek meg az iskolában. A szegedi általános és középiskolák osztályfőnöki óráinak keretén belül, illetve a nagyon népszerű egészségnapok előadóiként, programvezetőként vesznek részt a tanulók egészségnevelésében.

## Visszajelzés

Az egészségfejlesztő hallgatók teljesítményének minőségét a tanulók ötfokozatú jeggyel osztályozzák. Az iskolák a tanulói visszajelzések alapján választják ki „törzselőadói” gárdájukat. Intézetünk rendszeresített, az iskolák által igazolt visszajelző kérdőív segítségével kap információt a megtartott foglalkozás körülményeiről, a kortársoktató reflexióiról. A visszajelzések összesítése minden év végén megtörténik.

## Szupervízió

A hallgatók számára ad hoc is lehetőség nyílik sürgős

problémák megbeszélésére. A kortárssegítők számára a *junior Bálint-csoport* havi rendszerességgel lehetőséget nyújt az elakadások szakszerű megoldására.

## Közösségépítés

Az egészségnevelői munkacsoport közösségé válását segítik a közös csoportünnepek. Az első szemeszter végén karácsonyi összejövétel, májusban az évzáróként megrendezett ún. *eper-party* tartozik a „csoportritushoz”.

Csoportképző erejű az egyetemi egészségnapok és az *AIDS Világnap* megvalósítása. A tumorprevenciós tanulmányi nap megszervezése és lebonyolítása jelenti a legkomplexebb szervezési feladatot, melyet a kiképzett hallgatók végeznek. Ez alkalmat ad arra is, hogy gyakorlatot szerezzenek egy tudományos konferencia szervezési módszertanában. A kortárs egészségnevelők Marosvásárhelyen műhelymunka keretében – egyetemisták az egyetemistáknak – adják át a szegedi modellt.

## Az adatgyűjtés módszerei és folyamata

Az értékeléshez kvalitatív és kvantitatív módszereket is igénybe vettünk. A kvantitatív értékelés keretében azokat a kérdőíveket és igazolólapokat dolgoztuk fel, amelyeket a kortárssegítők töltöttek ki minden, középiskolásoknak tartott előadás után, s amelyek a résztvevők létszámára, az előadás témájára, a használt szemléltetőeszközökre, tanár jelenlétére, a leggyakrabban feltett kérdésekre és az előadónak az előadással kapcsolatos véleményére vonatkozó (ez utóbbi nyitott és zárt kérdés formájában is megfogalmazott) információkat tartalmaznak. Az 1999–2000 tanévtől a 2006–2007 tanévig rendelkezésre álló, összesen 534 papír alapú kérdőív összesítése Excel-táblázatban történt.

A kvalitatív módszerek közül hármat alkalmaztunk.<sup>22</sup> Az esetleírás – felderítő jellegű módszerként – átfogó értékelések kiindulási alapjául szolgálhat, egyes eseményekben megragadva az általánosat, illetve alkalmas a szokatlan jelenségek, eltérő vélemények feltárására is. (Jelen cikkünkben a program leírására használtuk.) Elemeztük és összesítettük a programban résztvevő, előadásokat tartó kortárssegítők által kitöltött kérdőívek utolsó részében megfogalmazott nyitott kérdésekre adott, kézzel írt válaszokat. Strukturált interjúkat készítettünk a programban kulcsszerepet játszó személyekkel és a csoportok tagjaival. A cikk első szerzője a kortársoktatók közül négy hallgatóval készített egyenként egyórás interjút, melyek teljes anyagát diktafonnal rögzítette. Az interjúk során előzetes elvárásokról, a program erősségeiről és hiányosságairól, valamint a program fejlesztésének lehetőségeiről beszéltek a hallgatók. Interjú készült a szegedi *Tömörkény István Gimnázium* egészségnevelőjével, mint a célcsoport



1. táblázat

**Az orvostanhallgatók által megtartott előadások összesítése**

Év	Előadók száma	Előadások száma	Előadás /fő	AIDS	Szex	Drog	Alkohol	Dohányzás	Táplálkozás	Egyéb	Létszám
2006–2007	21	49	2,3	5	11	5	3	8	8	22	1522
2005–2006	25	90	3,6	38	38	8	8	8	19	14	2619
2004–2005	12	49	4,1	7	6	6	3	3	3	4	
2003–2004	7	74	10,6	45	40	28	10	14	–	16	2203
2002–2003	5	83	16,6	69	55	29	3	28	–	4	
2001–2002	8	38	4,8	10	6	7	3	3	–	–	1218
2000–2001	12	90	7,5	31	23	20	7	17	–	2	2321
1999–2000	7	61	8,7	12	38	23	16	19	–	–	1512
Összesen	97	534	5,5	217	217	126	53	100	30	62	11395

képviselőjével is, aki az említett középiskolában zajló egészségnevelői tevékenység részleteiről, pozitív és negatív oldaláról, a diákoktól kapott visszajelzésekről szolgáltatott információt.

### Eredmények: a gyűjtött adatok elemzése

#### Kvantitatív értékelés

Ennek során az évente megtartott előadások száma, valamint ezek témájának megoszlása volt leírható. Az előadásokon résztvevő középiskolás diákok számát csak nagyságrendileg tudtuk meghatározni, mivel két év (2004–2005) létszámra vonatkozó adatai hiányoztak, bizonyos kérdőíveken pedig a pontos létszám helyett az osztályok száma szerepelt (pl. „5 osztály”). Ilyen esetekben az osztálylétszámot átlagosan 25-nek vettük. Összesen 534 kérdőív elemzésére került sor, melyek alapján 97 kortársoktató a kérdőívek számával megegyező (534) alkalommal, összesen több mint tizenegyezer középiskolásnak tartott előadásokat. Az előadásokon résztvevő diákok létszáma átlagosan 24–32 fő közt mozgott azokban az években, melyekben rendelkezünk adatokkal. Leggyakoribbak az AIDS-szel és a szexualitással kapcsolatos előadások voltak (arányuk 27–27%), míg az előadások közel ötöde (19%) az alkoholfogyasztást és a dohányzást, 15%-a pedig a drogokat érintő témakörökkel foglalkozott. Az egy kortársoktatóra eső előadások száma átlagosan 5,5 volt. Az előadások számának témák és évek szerinti bontása az 1. táblázatban látható.

A kvantitatív értékelés keretében dolgoztuk fel

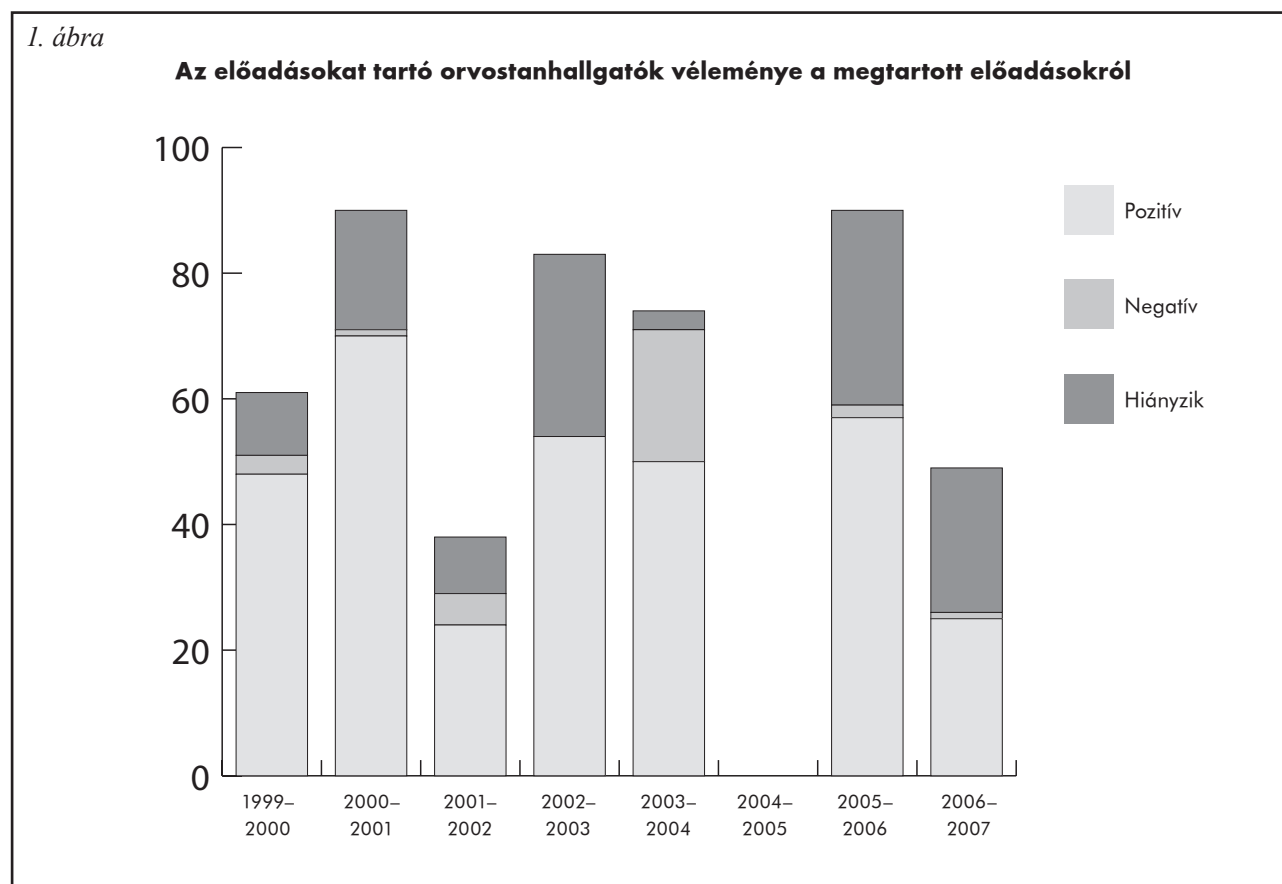
a kérdőívek utolsó kérdését is („Az Ön számára pozitív élmény volt-e az előadás megtartása?”), melyre minden vizsgált évben az előadók legalább fele igennel válaszolt, sőt ez az arány az 1999–2000-es és a 2000–2001-es években csaknem elérte a 80%-ot (1. ábra).

#### Kvalitatív értékelés

##### Dokumentumelemzés

Az értékelés során feldolgozott kvalitatív adatok két csoportba tartoztak. Elemeztük a kérdőívek nyitott kérdéseire adott válaszokat, valamint a célszemélyekkel készített interjúkat.

A kortárssegítők által kitöltött kérdőívek nyitott kérdéseire adott válaszokban az egyetemista előadók kiemelték a középiskolás diákok részéről tapasztalt aktív részvételt, és kifejezett igényüket több előadásra. A diákok nyitottan, bizalommal fordultak az előadóhoz, gyakran egymást fegyelmezték, és tapasztalataikat megosztották egymással. Egyes témákban széleskörű tudással rendelkeztek, de voltak olyan osztályok is, ahol épp az informáltság hiánya miatt volt hasznos az előadás. Esetenként az előadónak sikerült néhány szkeptikust meggyőznie, illetve elfogadtatnia azt, hogy az abortusz nem fogamzásgátlási módszer. Főként a fiatalabb középiskolások voltak elutasítók a drogokkal szemben, és megoldási alternatívákra is tettek javaslatokat. Az igazolólapokon lényegesen több jó tapasztalatot, mint kedvezőtlen említettek. Negatívumként legtöbbször a fegyelmezés nehézségeit fogalmazták meg, illetve a tájékozottságnak azt a nemkívánatos formáját, mely szerint egyes témákban



(pl. a drogok ára, beszerezhetősége) „túl jól” informáltak voltak a diákok. Néhány osztály a szégyenlősség, némely pedig az érdektelenség miatt mutatott passzív hozzáállást. Az egyik előadó szerint személyét nem tartották elég hitelesnek a diákok a drogokról szóló előadáson, hivatkozva arra, hogy „ő még ki sem próbálta”. Ezen túlmenően problémát okozott, hogy egyes előadók szerint a fiatalok egy része már kialakultnak vélte saját életstílusát, és nem volt nyitott arra, hogy „beszóljanak” szokásaiba, még ha azok károsak is.

### Strukturált interjúk

A kvalitatív értékelés másik pillérét a strukturált interjúk képezték. Az interjúalanyokról összességében elmondható, hogy elhivatottak az iskolai egészségfejlesztés iránt, és lelkesen végzik feladatukat. Kitűzött céljuk eléréséről egybehangzóan azt állították, hogy „ha egy ember elgondolkodik azokon, amiket elmondunk, akkor már megérte”. Ugyanakkor megfogalmazódott az igény az előadások által elért hatások pontosabb mérésére, melynek kidolgozása a program koordinátora szerint is összetett feladat, mivel magatartásbeli változások egyrészt hosszú távon remélhetők, másrészt a sok közül csak egy faktoruk a kortárssegítés. A programban részt-

vevő orvostanhallgatók a program vezetőjétől nagyon sok segítséget kapnak, emellett azonban igénylik más szakterületeken tevékenykedő orvosok segítségét is, és szeretnék, ha az egyetem jobban elismerné munkájukat. Szorgalmaznák a más kortárssegítő csoportokkal való együttműködést, és nagyobb szabású rendezvények szervezését, mint ahogyan az a *Tömörkény Gimnáziumban*, az iskola által szervezett *Egészségnapok* keretében többször is megvalósult.

A *Tömörkény Gimnázium* egészségnevelőjének elmondása szerint évente kétszer megszervezik a *Szülők Akadémiáját*, melynek során tudatosítják a szülőknél, hogy nevelői szerepük nem szűnt meg azzal, hogy gyermekük középiskolás lett. A tanárnővel készített interjú szerint a szülők egy része – szakterületének megfelelő előadások tartásával – az egészségnevelői tevékenység aktív résztvevője. A gimnázium példamutató a kortárssegítő tevékenység kiterjesztésében is, mivel maga is szervez kortársképzést. Ennek kortárssegítői az iskola diákjaiból kerülnek ki, akik pszichológusok és más szakemberek segítségével készülnek fel feladataikra. Ez a képzés népszerű, és a kortárssegítők csoportjában tapasztalt összetartás pozitív példát mutat a többiek számára is. Az egészségre káros magatartásformák megelőzésének leghatékonyabb módszerét a szabadidő

értelmes eltöltésében látja a tanárnő, s erre a gimnázium számos lehetőséget kínál a diákoknak. Az orvostanhallgatók által említett „nagyobb elismerés” a tanárnő szerint is hiányossága a programnak; illetve a hatékonyabb működéshez a személyi feltételeket is javítani kellene egy pályázatíró és egy szervező munkatárs bevonásával. Mind az orvostanhallgatók, mind a tanárnő fontosnak tartják az egészségnevelés és a tantárgyi oktatás szorosabb összekapcsolását.

## Megbeszélés, ajánlások

Összességében elmondható, hogy a *Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Magatartástudományi Intézete* által koordinált kortárssegítő program résztvevői sikeresnek és hasznosnak tartják a tevékenységüket, más kortárssegítő programok tapasztalataihoz hasonlóan.<sup>23,24</sup>

Értékelésünk egyik erőssége, hogy a csaknem egy évtizedre visszamenően megőrzött igazolólapok segítségével pontos adatokat nyerhettünk a programban résztvevőkről. Az interjúk során körvonalazódtak a személyes vélemények, és a többek által is megemlített előnyök és hátrányok alapján a program egészének előnyeire és hátrányaira lehet következtetni. A kortárssegítő program erősségének tekinthető, hogy a megkérdezettek kivétel nélkül felelősséget éreznek a fiatalok iránt, és példaértékű elhivatottsággal művelik az egészségnevelést, remélhetően megtartva ezt az attitűdöt későbbi működésük során is.

A kortárssegítés hiányosságának tartható, hogy a program működtetéséhez az emberi és az anyagi erőforrások nem megfelelő mértékben állnak rendelkezésre, ez azonban régóta jellemzi a helyzetet, és nem csak a Szegedi Tudományegyetemen.<sup>13</sup> Igény lenne más kortárssegítő csoportokkal való aktívabb kapcsolattartásra is, melyre jó példát mutatnak a *Felsőoktatási Tanácsadás Egyesülete (FETA)* által szervezett, a felsőoktatásban működő kortárssegítők számára kínált találkozók.<sup>25</sup> Ennek mintájára a középiskolákban működő kortársoktatók számára is érdemes lenne műhely-találkozókat, szakmai konferenciákat vagy közös továbbképzéseket rendezni. Az előadók és a program vezetője szerint is hatékonyabb lenne eseti előadások helyett többszöri alkalommal, akár előadássorozatok keretében találkozni egy-egy osztállyal, mely lehetőséget adna a hatékonyság növelését segítő bizalmi viszony kialakulására.<sup>26</sup> Ez segítené az előadások hosszabb távú hatásainak jobb felmérését is. Az értékelés további gyengesége, hogy az előadásokon résztvevő diákok véleményét közvetlenül nem minden esetben mérik fel. Erre csak az előadók döntően pozitív visszajelzéseiből, és az igazolólapokon többször megemlített, a diákok részéről megnyilvánu-

ló aktív részvételből lehet következtetni. A *Tömörkény Gimnázium* által szervezett egészségnapokon tapasztalt magas részvételi arány a kedvező fogadtatást bizonyítja. A célpopuláció véleményének pontosabb ismerete, igényeik felmérése segítené a program minőségének további javítását, és az esetleges hiányosságok pótlását. Az előadók igényt tartanak az elismerő visszajelzések mellett a diákok részéről megfogalmazódó negatív kritikákra is, mely nemcsak a kortárssegítő program, hanem a kortárssegítő egyéni fejlődését is előmozdíthat.

A kortárssegítő programok értékelése továbbfejlesztésre vár nem csak hazánkban, hanem világszerte is.<sup>27</sup> A célpopuláció körében végzett, programok előtt és után készített kérdőíves felmérések, ha csak ismereteket és attitűdöt mérnének is – magatartásváltozás nélkül –, fontos adalékot nyújtanának a kortársprogramok értékeléséhez és fejlesztéséhez, ezeket azonban óhatatlanul korlátozzák hazánkban a fentebb már említett erőforráshiányok. Elemzésünkkel arra szerettünk volna példát adni, hogyan lehetséges egy kortársprogram értékelését többféle megközelítés alkalmazásával értékelni. Ez a bizonyítékokon alapuló népegészségtan vizsgálatainak hierarchiájában, a szakirodalomban alkalmazott tipizálás szerint esettanulmánynak felel meg, mely korlátozottan alkalmas az eredmények általánosítására.<sup>28</sup> Célunk azonban nem általános következtetések levonása volt a kortársprogramok eredményességéről, hanem – a szegedi program értékelése mellett – elsősorban az, hogy felhívjuk az egészségfejlesztők figyelmét a kortárssegítésben rejlő, sok tekintetben kiaknázatlan lehetőségekre, valamint az ilyen programok szakmai értékelésének fontosságára és lehetőségeire.

## Összefoglalás

Cikkünkben a *Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karán* működő kortárssegítő programot értékeltük többféle módszer alkalmazásával. A kvantitatív értékelés során az 1999–2007 közötti időszakban tartott előadások száma, téma szerinti megoszlása, az előadók száma, az egy előadó által megtartott előadások száma és a résztvevő diákok létszáma volt leírható. A kvalitatív értékelés az előadásokat megtartó kortárssegítők által kitöltött, összesen 534 igazolólap nyitott kérdéseire adott válaszok, valamint a program öt kortársoktatójával, illetve a célcsoport képviselőjével készített strukturált interjúk alapján történt.

Az eredmények szerint a vizsgált 9 évben 97 kortárssegítő 534 előadást tartott, melyek 27–27%-a az AIDS-prevencióval és a szexuális kultúrával, 19%-a az alkoholfogyasztással és a dohányzással, 15%-a pedig a droghasználattal volt kapcsolatos. A többi előadás témája az egészséges táplálkozás és a daganatos betegségek megelőzése

volt. Az előadásokon átlagosan 24–32 középiskolás, a 9 év alatt összesen több mint 11 ezer diák vett részt.

Mind az interjúkban, mind az igazolólapokon a programot értékesnek és hasznosnak tartó válaszok voltak döntő többségben. Az előadásokat az előadók nagy része pozitív élményként élte meg, a diákokat érdeklődőnek és aktívnak tartotta. A lényegesen kevesebb számú rossz tapasztalat a fegyelmzési nehézségekkel és az érdektelenséggel volt kapcsolatos. A program hiányosságai a humán- és az anyagi erőforrások elégtelensége, a középiskolásokra gyakorolt hatások mérésének nehézségei, illetve a más, hasonló profilú csoportokkal való kapcsolattartás. Az utóbbi két hiányosság orvoslásának lehetősége azonban döntően az erőforrások bővítésén múlik.

Esettanulmányunk nem enged meg általános következtetéseket a kortársprogramok hatékonyságáról, de alátámasztja a szegedi program sikerességét, felhívja a figyelmet a kortársprogramok lehetőségeire, valamint azok értékelésének fontosságára az egészségfejlesztésben. A célpopulációra gyakorolt hatás mérése szükséges a hatékonyság megítéléséhez és a program fejlesztéséhez, de kivitelezéséhez elengedhetetlen az erőforrások bővítése.

## Summary

The paper describes the evaluation of the peer education programme of the *University of Szeged* between 1999–2007. The introduction gives a brief overview of

the history of peer education in Hungary, including the origins of the evaluated programme. Evaluation follows the *WHO* recommendations for health promotion evaluation. Description of the conceptual basis and implementation of the project is followed by introducing the methods of evaluation that included the collection of available quantitative and qualitative data. Quantitative data analysis revealed specifics of the 534 presentations held by 97 peer educators to a target audience of 11395 students in the course of 1999–2007, not including two years due to lack of data. Qualitative evaluation was based on the open question of the 534 feedback-questions filled by peer educators, and on interviews carried out with 4 peer educators and one teacher of a high school in which most events took place. The majority of feedbacks were favourable; the handful of criticism was mostly related to disinterest and lack of discipline in the target groups. The programme can be considered successful, however, there is a definite need to measure outcome and impact which would require more resources than has been available in the continuously underfunded programme.

### Köszönetnyilvánítás

A cikk szerzői köszönetüket fejezik ki *dr. Kovács Józsefnének*, a szegedi *Tömörkény István Gimnázium* egészségnevelőjének, valamint a kortárs program segítő és befogadó résztvevőinek az adatgyűjtés során nyújtott segítségért.

## IRODALOM

1. Németh Á.–Költő A. (szerk.): *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010*. Országos Gyermekégeszségügyi Intézet, Budapest, 2011. [http://www.ogyei.hu/anyagok/HBSC\\_2010.pdf](http://www.ogyei.hu/anyagok/HBSC_2010.pdf)
2. *Binge drinking*. *CDC Vital Signs*. Centers for Disease Control and Prevention, 2012. <http://www.cdc.gov/vitalsigns/BingeDrinking/>
3. *Binge drinking and Europe*. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. German Centre for Addiction Issues (DHS), 2008. <http://www.ias.org.uk/resources/papers/europe/phproject/bingedrinking-conclusions.pdf>
4. Susánszky É. *A magyar fiatalok életminőségének alakulása az elmúlt két évtizedben*. Doktori értekezés. Semmelweis Egyetem, Budapest, 2009. [http://phd.sote.hu/mwp/phd\\_live/vedes/export/susanszkyeva.d.pdf](http://phd.sote.hu/mwp/phd_live/vedes/export/susanszkyeva.d.pdf)
5. Kalmár P.: „Depressziós tünetek előfordulása adolescens korú fiataloknál Budapesten, a XIV. kerületben, 2011-ben.” In: *Egészségfejlesztés*, 2011;52(5–6):12–16.
6. Bíró É.–Balajti I.–Ádány R.–Kósa K.: „Az egészségi állapot és az egészségmagatartás vizsgálata orvostanhallgatók körében.” In: *Orvosi Hetilap*, 2008; 149(46):2165–2171.
7. Bíró É.–Olvasztó L.–Kósa K.: Óvodapedagógus hallgatók mentális egészsége felmérése. In: *Magyar Pedagógia*, 2010;110(4): 285–300. [http://www.magyarpedagogia.hu/document/Biro\\_MP\\_1104.pdf](http://www.magyarpedagogia.hu/document/Biro_MP_1104.pdf)
8. Mérei F.–Binét Á.: *Gyermeklélektan*. Medicina, Budapest, 2006.
9. M. Cole–S. R. Cole: *Fejlődéslélektan*. Osiris, Budapest, 2006.
10. „Ottawai Charta.” In: *Az egészségfejlesztés alapelvei*. Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2002. <http://www.oefi.hu/alapelvek.pdf>
11. *Standards for Peer Education Programmes*. United Nations Population Fund (UNPF) 2005. [http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2006/ypeer\\_standardsbook.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2006/ypeer_standardsbook.pdf)
12. Rác J. (szerk.): *Az esélyteremtés új útjai: Kortárs és sorstárs segítséggel szerzett tapasztalataink*. Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, 2008. [http://demetrovics.hu/dokumentumok/Kutatasok\\_9\\_RaczJ\\_konyv.pdf](http://demetrovics.hu/dokumentumok/Kutatasok_9_RaczJ_konyv.pdf)
13. Rajnai N. (szerk.): *Diáktanácsadók a felsőoktatásban*. Soros Oktatási Füzetek. Budapest, 2001. [http://www.feta.hu/sites/default/files/Diaktanacsadok\\_a\\_felsooktatásban.pdf](http://www.feta.hu/sites/default/files/Diaktanacsadok_a_felsooktatásban.pdf)
14. Simon T.: „Kortársoktatás a Semmelweis Egyetemen.” In: *Kortársak a kor-társakért. Kortársprogramok a magyar felsőoktatásban*. Konferencia kiadvány, Debreceni Egyetem, OEC, 2008.
15. *A KÖPÉ Egyesület bemutatása*. [www.tethely.net/htmls/php/attachment.php?ID=141](http://www.tethely.net/htmls/php/attachment.php?ID=141)





16. Lisznyai I.–Puskás-Vajda Zs. (szerk.): *A Felsőoktatási Tanácsadás Egyesület (FETA) első tíz éve*. FETA Budapest, 2006. [http://www.feta.hu/sites/default/files/A\\_FETA\\_elso\\_tiz\\_eve.pdf](http://www.feta.hu/sites/default/files/A_FETA_elso_tiz_eve.pdf)
17. Bácskai E.–Gerevich J.: *A kortárssegítés tanári kézikönyve*. Egészséges Ifjúságért Alapítvány, Vác, 2000.
18. Horváth D.–Dombi A.–Fésűs Sz.–Rosta E.–Sándor Zs.–Hege-dűs K.: „HuMánia – Önkéntes kortársképzés a jövő orvosaiért.” In: *Lege Artis Medicinae*, 2010; 20(3–4):252–255. [http://www.elit-med.hu/upload/pdf/humania\\_onkentes\\_kortarskepzes\\_a\\_jovo\\_orvosaiert-5502.pdf](http://www.elit-med.hu/upload/pdf/humania_onkentes_kortarskepzes_a_jovo_orvosaiert-5502.pdf)
19. Rootman I.–Goodstadt M.–Hyndman B.–McQueen D.–Potvin L.–Springett J.–Ziglio E. (szerk.): *Evaluation in health promotion*. WHO Regional Publications, European Series, No. 92., 2001. <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/evaluation-in-health-promotion-principles-and-perspectives>
20. *Kutatás-monitorozás, értékelés az egészségfejlesztésben*. Egészségfejlesztési módszertani füzetek. Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2004. <http://www.oefi.hu/modszertan6.pdf>
21. Smith E. R.–Mackie D. M.: *Szociálpszichológia*. Osiris, Budapest, 2004.
22. Héra G.–Ligeti Gy.: *Módszertan. A társadalmi jelenségek kutatása*. Osiris, Budapest, 2005.
23. Simon T.–Molnárné Garbacz A.: „Drogellenes aktivitások középiskolás drogtatók segítségével.” In: *Egészségnevelés*, 1997;38: 76–77.
24. Földes P.: „Segítő kortársak – kortárssegítők.” In: *Új Pedagógiai Szemle*, 2001. október <http://epa.oszk.hu/00000/00035/00053/2001-10-mh-Foldes-Segito.html>
25. *FETA Szakmai Nap 2011*. Felsőoktatási Tanácsadás Egyesület. <http://www.feta.hu/szakmainap2011#attachments>
26. Stewart-Brown S. (2006). *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; <http://www.euro.who.int/document/e88185.pdf>)
27. *Peer education and HIV/AIDS: Concepts, uses and challenges*. UNAIDS 1999. [http://data.unaids.org/publications/IRC-pub01/jc291-peereduc\\_en.pdf](http://data.unaids.org/publications/IRC-pub01/jc291-peereduc_en.pdf)
28. Daly J.–Wills K.–Small R.–Green J.–Welch N.–Kealy M.–Hughes E.: „A hierarchy of evidence for assessing qualitative health research.” In: *Journal of Clinical Epidemiology*, 2007;60:43–49.



# A kortársoktatás szerepe az egészségnevelésben

Dr. Párduczné Szöllősi Andrea adjunktus

Szent István Egyetem, Gazdasági, Agrár- és Egészségtudományi Kar, Gyula

A Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság vezetőségi tagja

## Bevezetés

A társadalom modernizálása mélyreható változásokat indított el hazánkban. A változások hatással vannak a népesség egészségi állapotára is, és a napjainkra kritikussá váló egészségi helyzeten csak akkor tudunk változtatni, ha a betegségek gyógyítása mellett megelőzésük is előtérbe kerül. A magyar lakosság egészségi állapota nemzetközi összehasonlításban is rendkívül kedvezőtlen, és jelentősen elmarad attól, amit társadalmi-gazdasági fejlettségünk általános szintje lehetővé tenné. A lakosság egészségének fejlesztése össztársadalmi összefogást, multidiszciplináris és multiszektoriális együttműködést igényel, egyéni felelősségvállalással.

A felnövekvő nemzedék egészségmagatartásának formálása, a jövő egészséges felnőtt társadalmának nevelése kiemelt fontosságú feladat. Az egészséges fiatal generáció felnevelése az egyén, a család és az egész nemzet közös érdeke.

Az egészségfejlesztés leglényegesebb módszere az egészségnevelés. A hiányos egészségkultúra, az egészségtelen életmód, a környezeti tényezők, a hiányzó prevenciók tevékenységek közvetlenül befolyásolják az egyén egészségi állapotát.

Bármely történeti kor oktatást-nevelést érintő szakirodalmába bepillantva jól látható, hogy az egészség, mint érték a jövő generáció szempontjából kiemelt helyet foglal el.

A prevenció a modern egészségügy kulcsszava. Napjainkra egyértelművé vált, hogy hatásos és eredményes csak a preventív személet lehet. Az egészségnevelés

szerepe, jelentősége egyre inkább felértékelődik a prevenció munkában, így az egészségnevelő tevékenységi köre is kibővül. Az egészségnevelés – az egészségkultúráltság kialakítása és az egészség megőrzése – így a születéstől a halálig tartó komplex feladatot jelent.

## Az iskolai egészségnevelés célja, szerepe

A szocializáció intézményes színtere az iskola, amely a szükséges jártasságok és készségek kialakításában meghatározó szerepet játszhat. Az intézményes (iskolai) nevelés egyik fontos részterülete az egészségnevelés, a mindennapok nevelőmunkájának szerves része, amelynek célja a tanulók személyiségfejlesztése. A diákokat minél korábban meg kell ismertetni az egészséges életmód alapjaival, hiszen csak folyamatos ismeretbővítéssel érhetik el a felnőttkori egészségtudatos gondolkodást.

Az egészséges életmódra történő nevelés elsődleges és legfontosabb színtere a család. Az egészséges életvitel készségeinek, magatartásmintáinak kialakításában, formálásában, a szocializáció folyamatában a családi környezet mellett fontos szerepet töltenek be az oktatást, nevelést végző intézmények.

Az iskolai egészségfejlesztés az iskola egész életébe, mindennapjaiba beépülő tevékenység. Az egészséges életmód és magatartásformák (egészséges táplálkozás, a dohányzás mérséklése, dropprogram megvalósítása, a stressz tudatos feldolgozása...) kialakítását az oktatás valamennyi szintjén érvényesíteni kell.

Az egészségnevelés tartalma az egészségre, szemléle-

te viszont a nevelésre és a személyiség alakítására vonatkozik. Az egészség képviselőjére az egészségügy képviselői (iskolaorvosok, védőnők, ápolók...) vállalkoztak, míg a nevelés, tanítás felelőssége a pedagógusokra hárul. Fontos, hogy a két szektor egymás munkáját kiegészítve, szoros együttműködésben végezze, a jövő generáció egészségesebb életvitele érdekében.

Az iskolai egészségfejlesztés jogszabályi környezete (28/2000. (IX.21.) OM rendelet) a korábbiaknál tágabb keretet biztosít az egészségfejlesztés iskolai programjaihoz. Fontos, hogy az iskolák egészségnevelési programot készítsenek, és következetesen végrehajtsák az abban megfogalmazott feladatokat.

Az iskolai egészségnevelés célja, hogy ismeretátadással, példával, közös ténykedéssel megtanítsák a fiatalokat, hogyan kell az egészség értékét megszerezniük, megőrizniük és fejleszteniük. Tehát a programok – kellő ismeretek átadásával – hozzásegíthetik a tanulókat az egészséges életvitel kialakításához és a helyes értékrend felépítéséhez.

Az egészségmegőrzés tehát olyan komplex feladat, amelyben a szülőkön túl feladata és felelőssége van az iskolai környezetnek, a pedagógusoknak és az egészségügyi szolgálat szereplőinek is.

## A kortársoktatás fogalma, története

A kortársoktatás kifejezés annak megnevezésére született meg másfél évtizeddel ezelőtt, hogy hasonló korúak tanítanak hasonló korúakat. Az ilyen munkaformának az ad létjogosultságot, hogy a tapasztalatok szerint az emberek – különösen a fiatalok – jobban hisznek annak, amit saját korosztályuk valamelyik tagjától hallanak. Bizonyos esetekben tehát hatékonyabb lehet az oktatás, ha nem a hagyományos modell szerint folyik. Az ismeretek átadásán túl a hangsúly a megfelelő hozzáállás kialakításán és az egészséges viselkedésmód elfogadtatásán van.

Ez az oktatási forma Amerikából származik. Los Angelesben 1988 óta működik a *Peer Educator Program* (Kortársoktató Program). A program először az AIDS megelőzését tűzte ki céljául, később pedig a drogfogyasztás és a dohányzás megelőzésére is képeztek kortársoktatókat, akik hasonló korúak körében végzik felvilágosító, megelőző munkájukat. Sikere révén a program több országba, így Magyarországra is eljutott.

1996-ban *Oppé László* kezdeményezésére Pécsen indítottak *Kortársoktató Programot*. Céljuk a 10–18 éves fiatalok egészséges életmódra való nevelése az általános iskola felső tagozatán, a középiskolákban, és egyéb rendezvényeken az AIDS, a drog- és alkoholfogyasztás, a stresszkezelés, a dohányzás megelőzése és a családi életre nevelés témákban. 15 év alatt 136 képzésen több, mint 2000 diákot képeztek ki kortársoktatóknak.

A képzésekre évek óta túljelentkezés van. A kortársoktatói munka színvonalának ellenőrzése is beépült az oktatásba. Hatékonyságvizsgálati kérdőívek segítségével mérik a tanulók véleményét munkájukról. A kortársoktató találkozók munkájukat ez alapján elemzik és értékelik. A hagyományos előadások helyett a diákokat bevonják a gyakorlatokba és szerepjátékokba, majd csoportosan megbeszélik a felmerülő kérdéseket. Céljuk, hogy az ismeretek átadásán túl személyes hitelességgel és elkötelezettséggel mutassák be a megfelelő viselkedésmintákat és magatartásmintákat.

Napjainkra már országszerte elterjedt és kedvelt ez az oktatási forma (*Budapesti Orvostanhallgató Kortársoktatók Egyesülete, MCSNTT Libresse Program...*).

## Az MCSNTT Békés Megyei Ifjúsági Szekciójának fő tevékenységei

A *Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság (MCSNTT)* egy multidiszciplináris társaság, amelynek fő célja, hogy elősegítse a harmonikus családi élet kialakulását, kiemelten a nők, a gyermekek, a fiatalok védelmét, a reprodukív egészség feltételeinek biztosítását, különböző szakemberek tudományos tevékenységének összehangolását.

Az évek során a tudományos érdeklődés mellett fokozatosan előtérbe került a családvédelemmel kapcsolatos konkrét tevékenység, kiemelten a szexuális és reprodukív egészség, illetve a családtervezés gyakorlati támogatása.

Az *MCSNTT Ifjúsági Szekciója* 2006 novemberében jött létre. A Társaság elvei szerint programjainak megvalósításába be kívánja kapcsolni a felsőoktatásban tanuló hallgatók és pályakezdő fiatalok széles rétegeit. Az egészségügyi prevenció iránt érdeklődő hallgatóknak jó lehetőségük nyílik arra, hogy aktivitásukat egy kiterjedt nemzetközi kapcsolatokkal rendelkező tudományos társaságban fejtsék ki, és tapasztalataikat a későbbiek során is kamatoztathassák.

Az *MCSNTT Ifjúsági Szekciója* teret ad nem csak az orvostanhallgatók, hanem minden más szakterületen tanuló hallgató és pályakezdő számára, hogy bekapcsolódjanak az egészségügyi prevenció munkába, amelynek részét képezi a kortársoktatás. A kortársoktatás lényege, hogy egy felkészített, kiképzett előadó információkat ad át a hozzá korban közel álló hallgatóságnak. A kortársoktatás egy csatorna, amelyen keresztül – ha megfelelően működik – hatékonyan lehet alakítani a hallgatók szemléletét. Az előadás sikere alapvetően két tényezőtől függ: a pontos szakmai (orvos- és egészségügyi) ismeretektől és a megfelelő előadói készségtől. Egyik sem hatékony a másik nélkül. A diákok hozzáállása oldottabb egy hozzájuk korban közel álló személyhez. Ez a körülmény személyesebb kontaktust

eredményez a tanulókkal, ami megkönnyíti a kérdésfelvetést, bátrabb érdeklődést eredményez a téma iránt. A kortársoktató korszerű szakmai ismeretekkel rendelkezik, és a fiatalok hétköznapijai is ismertek számára. Ez az oktatási forma lehetővé teszi az órán a kötetlen, felszabadult beszélgetést, így az előadás nem csupán egyoldalú ismeretközlés, hanem interaktív oktatás.

2009 tavaszán alakult meg az *MCSNTT Békés Megyei Szervezetének Ifjúsági Szekciója*. A szervezet fő célkitűzése az volt, hogy az *MCSNTT* munkájába bevonjuk az egészségügyben tevékenykedő 35 évnél fiatalabbakat.

Az elmúlt évek során számos prevenció előadást tartottunk a megye általános iskoláinak felső tagozatában, középiskolákban, valamint egyéb rendezvényeken. A programokban aktívan részt vettek a *Szent István Egyetem Gyulán működő Egészségtudományi Campusának* oktatói mellett az *Ápolás és betegellátás*, valamint *Szociális munka* szakos hallgatói is.

Az előadások fő célja a tanulók ismereteinek bővítése, kiegészítése, magatartás- és személyiségformálása. Előadásaink során az alábbi fő témaköröket érintettük: egészséges táplálkozás, dohányzás- és dropprevenció, helyes családi életre nevelés, fiatalkori fogamzásgátlás, szexuális úton terjedő fertőzések.

Tapasztalataink szerint a fiatalok ismerete széleskörű, de minősége elmarad az elvárttól. Sok mindenről sokat tudnak, de ismereteik felszínesek vagy pontatlanok. Gyakran tapasztaljuk munkánk során, hogy az ismeretek és a magatartásmódok nincsenek egymással összhangban.

Az egészségnevelés hatékonyságának kulcskérdése az egészségnevelő személye. A kortársoktatás során az előadó szakmailag megalapozott és a gyakorlatban is alkalmazható és hasznosítható információkkal látja el a tanulókat, mindezekhez kötetlen, oldott körülményeket teremtve.

Az egészségnevelésnek ez a módszere megyénkben is igen népszerű, több középiskolával együttműködési megállapodás keretében dolgozunk együtt. A jövőben tervezzük munkánk hatékonyságának mérését, önkéntesen, név nélkül kitöltött kérdőívek segítségével. Az eddigiek során ez csak alkalomszerűen valósult meg. A visszajelzések alapján mind a tanulók, mind a pedagógusok körében nagy népszerűségnek örvendenek az ilyen jellegű előadások.

Úgy gondolom, ez az oktatási forma hatékony kiegészítője lehet az iskolai egészségfejlesztésnek, különösen a reprodukció egészségét érintő témakörökben. Így a felnövekvő nemzedék nagyobb ösztönzést kap az egészséges életmódra, ismereteit bővítve odafigyel életvitelére és egészség tudatos gondolkodással biztosítja egészségének megőrzését.

## Összefoglalás

A magyar lakosság egészségi állapota nemzetközi összehasonlításban is igen kedvezőtlen. Az okok háttérben meghatározóan jelen van az egészségtelen életmód, a hiányos egészségkultúra, a környezetszennyezés, valamint az ország gazdasági fejlettségének és teljesítőképességének hiányosságai. Napjainkra egyértelművé vált, hogy hatásos és eredményes csak a preventív szemlélet lehet.

A felnövekvő nemzedék egészségmagatartásának formálása, a jövő egészséges felnőtt társadalmának nevelése kiemelt fontosságú feladat. Az egészségfejlesztés legfontosabb módszere az egészségnevelés, amelynek szerepe egyre inkább felértékelődik a prevenció munkában.

A szocializáció folyamatában az egészségnevelés elsődleges színtere a család, de a későbbi életévekben az oktatás-nevelést végző intézmények szerepe is meghatározó.

Az iskolai egészségnevelés célja megismertetni a tanulókat az egészséges életmód alapjaival, ezáltal segíteni a felnőttkori egészségtudatos gondolkodás kialakítását. Az egészségnevelésben a szülőknél túl feladata és felelőssége van az iskolai környezetnek, a pedagógusoknak és az egészségügyi szolgálat szereplőinek is.

Hazánkban először Pécsen indítottak *Kortársoktató Programot*. Céljuk, hogy az ismeretek átadásán túl személyes hitelességgel mutassák be a megfelelő viselkedésmódokat és magatartásmintákat.

Napjainkban már országszerte elterjedt és kedvelt ez az oktatási forma. A *Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság* keretein belül a *Békés megyei Tagozat* is folytat kortársoktatást. A kortársoktató a megfelelő szakmai ismeretek birtokában kötetlen, oldott hangulatú előadást tart, amely így nem egyoldalú ismeretközlés, hanem interaktív előadás. Ez a pedagógusok és diákok körében is népszerű módszer hatékony kiegészítője lehet az iskolai egészségnevelésnek.

## Summary

The health of the Hungarian people in international comparison is also rather unfavourable. The causes are particularly present: the unhealthy lifestyle, the incomplete healthculture, the environment pollution and the defects of the productivity and economical development of the country. It has become unambiguous that only the preventive view can be effective.

It is a stressed and significant task to form the health attitude of the young generation and educate the society of the future healthy adults. The most important way of the health development is the health education that part is appreciated during the preventional work more and more.

In the course of the socialization the family is the pri-





mary scene of the health education but in the later year of one's life the role of the educational institutions is determining as well.

The aim of the school health education is to acquaint the students with the bases of the healthy way of life by this means form the health conscious thinking by adulthood. Besides the parents the school surrounding the pedagogues and the participants of the public health have responsibility for the health education as well.

In our country they set off Contemporary Program in Pécs the first time. Their aim is to give information and

represent the appropriate behaviour models and samples with personal authenticity.

Nowadays it's a popular and very much used model all over the country. Within the scope of the Pro Familia Hungarian Scientific Society the Branch of Békés Country has contemporary teaching. The contemporary instructor with required professional knowledge gives an informal lecture which isn't a onesided communication but interactive lecture. This method which is popular in the circle of the teachers and students can be an efficient complementary of the school health education.

### IRODALOM

Benkő Zs.–Erdei K.: *Egészségfejlesztés felsőfokon*. JGYTF, Szeged, 2003.

*Az Egészség Évtizedének Nemzeti Népegészségügyi Programja*, Egészségügyi Közlöny, 2003.

Elekes A.: *Pedagógia – egészségpedagógia*. ETI, Budapest, 1999.

Meleg Cs.: „Iskolai egészségnevelés: A feladat újrafogalmazása.”

In: *Magyar Pedagógia*, 102. évf., 1. szám, 11–29. 2002.

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

*A Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság honlapja*.  
[www.mcsntt.hu](http://www.mcsntt.hu)



# Az egészségmagatartás néhány elemének vizsgálata a középiskolákban

Huszka Péter PhD., egyetemi docens

Széchenyi István Egyetem, Kautz Gyula Gazdaságtudományi Kar,  
Marketing és Menedzsment Tanszék, Győr

## 1. Bevezetés

A gyakorló pedagógus oktató és nevelői tevékenysége során a társadalom különböző rétegeiből származó, eltérő személyiségű, más-más szocializációs fokon álló tanulókkal találkozik, érintkezik. A tanári tevékenység során, a tanulási-tanítási folyamatban ezen eltérő, gyakran pszichológiailag is sérült, gyengén fejlett gyerekekkel el kell érniük azt a célt, hogy a diákok az iskolatípusnak, illetve életkori sajátosságaiknak megfelelő ismeretanyagra tegyenek szert.

Nincs olyan pedagógus – és nem is lehet –, aki teljes mértékben elégedett munkájával, és azt mondhatja: befejeztem nevelői tevékenységem. A tanári élethivatás végig kell, hogy kísérjen minden pedagógust, és gyakran csak évek múlva érlelődik meg, tudatosul a gyermekben, illetve a már ifjú felnőttben az iskolában kifejtett oktatói-nevelői munka.

Az iskolai életben szinte mindennapos eset, hogy egy tanulónál tanulási, viselkedési problémák mutatkoznak, és teljesítménye, társaihoz fűződő viszonya romlik. A legtöbb esetben ezek a negatív változások konkrét pszichológiai jelenségekre, történésekre vezethetők vissza, melyek viszont nagymértékben függenek az egyén pillanatnyi pszichikus állapotától, illetve személyi hatások esetén – pl. a társakhoz fűződő viszony romlásakor – a közösségben lévő személyekkel kialakított érzelmi kontaktustól is. Az iskolában folyó pedagógiai tevékenység fő célja a gyermek személyiségének fejlesztése, tudatos és tervszerű nevelői és oktatói folyamat keretében. A tudatos személyiségfejlesztés csak a min-

denkori aktuális tanulói személyiség ismeretében lehet eredményes.

Napjainkban a felgyorsult politikai, társadalmi és gazdasági változások – az alapfokú képzéstől egészen az egyetemekig – különösen sok gondot okoznak a gyakorló oktatóknak, hiszen a kilencvenes évektől kezdődően megszűnt az a „langyos légkör” ami a diákokat, de sok esetben a pedagógusokat is övezte. Hozzá kellett szokniuk – és diákjaikat is hozzá kellett szoktatniuk – ahhoz, hogy az élet bonyolult útvesztőjében nem elégséges bizonyos ismeretanyag elsajátítása és alkalmazása, hanem folyamatosan új ismeretekkel kell gazdagodniuk. Ezzel párhuzamosan szétszakadt az a „védőernyő”, amely a szocializmus idején a diákokat védte. Az új politikai és gazdasági légkör kétségtelenül szabadabbá és nyitottabbá tette a lakosságot, de ezzel egyidejűleg – pontosan ezen hatások következtében – megjelentek olyan nemkívánatos jelenségek is, amelyek gyakran sokkolták a társadalmat, és ezzel párhuzamosan a tanulói ifjúságot is. *Svéhlik* 2004-ben ezt így fogalmazta meg: „*Korunk vezetői ma már túlnyomó többségében felsőfokú végzettséggel rendelkeznek. Így a felsőoktatásnak óriási felelőssége van, hiszen egy vezető akkor lehet igazán sikeres, ha az általa tanult és képviselt szemléletmód, valamint vezetői attitűdje a szervezet minden részlegét kellőképpen áthatja.*”

Sajnos sok esetben ez nem így történik. A hirtelen jött szabadságra ugyanis nem volt felkészülve a társadalom. A társadalmi változások, a munkanélküliség megjelenése, a szexuális szabadság hirtelen – és sokszor nagy nyil-



vánosságot kapott – előretörése, a kábítószer- és az alkoholfogyasztás jelentős mértékű emelkedése, az öngyilkosságok számának növekedése, illetve ezek hatására a családi élet felbomlása számos esetben befolyásolja a tanulók iskolai életbe való beilleszkedését.

Mivel a tanulás hatékonyságát, a személyiség kialakulását nagymértékben ezek a – részben pszichoszociális, részben mentálhigiénés – tényezők befolyásolják, fontos ismernünk ezeket, illetve azokat a társadalomban meglevő nyílt, vagy rejtett összefüggéseket, melyek egyes deviáns magatartási formák kiváltói lehetnek.

Mivel az iskola fontos színtere az egészséges lelki nevelésnek is, nem mellékes, hogy egy-egy osztályban, illetve valamilyen mikroközösségben milyen interakció alakul ki a közösség tagjai között. A társakat egymáshoz fűző baráti viszony kedvezően hathat az egyén pszichikumára, különösen akkor, ha a családi életben valamilyen nehézség merült fel. A család, mint a legfontosabb szociális intézmény nem csak az első érzelmi kötődés színtere, hanem mintegy szemüveggé válhat, amelyen keresztül környezetünket szemlélhetjük. A lelki egészség megőrzése szempontjából nyilvánvaló tehát, hogy a család, mint elsődleges nevelői-oktatói mikroközösség kiemelkedő fontosságú a személyiség fejlődésében, ezért a családi élet sérülése súlyos mentális problémák kiindulópontja lehet.

Ezért választottam kutatási témául a tanulók mentális egészségének, egészségmagatartásának vizsgálatát. Az egészségmagatartás *Baum, Krantz és Gatchel [1997]* szerint az egészséggel kapcsolatos magatartásformák összessége, melyek az egészséges életmód elemeként az egészség-szükségletek és az egészség-indítékok következtében létrejövő viselkedésben nyilvánulnak meg. Nem kevésbé fontos azon külső és belső tényezők ismerete sem, melyek egy-egy személyiség pozitív, illetve negatív irányba való változását befolyásolják, befolyásolhatják. Mindezek megerősítettek abban, hogy a 13–25 éves korosztály egészség tudatosságát, életmódját és egészségmagatartását vizsgáljam. Jelen tanulmány a kutatás kezdetének bemutatására törekszik, ekkor középfokú oktatási intézmények 15–17 éves tanulóinak egészségmagatartását térképeztük fel.

## 2. Irodalmi áttekintés

A fiatalok között világszerte egyre korábbi életkorban jelentkeznek a deviáns viselkedésre utaló jelek. Megszaporodtak a mentális zavarok, gyakoribbák a káros szenvedélyek, a társadalom peremére való kerülés, a társadalomból való kilépés.

### 2.1 A deviancia és az egészségmagatartás meghatározása, értelmezése

A deviancia szó a 'de' képzőből és a 'via' szóból származik, jelentése „az úttól való eltérés”. Deviancia, magatartászavar alatt a normál átlagtól eltérő magatartásmintákat értjük; beilleszkedési zavarokat, melyek az adott közösség beilleszkedési normáival nem egyeztethetőek össze [*Rosta, 2007*].

A fiatalkori devianciának objektív és szubjektív okai vannak, melyek együttesen változtatják, alakítják a fiatalok magatartását. Először azokat a legfontosabb objektív okokat említhetjük, amelyek a családi környezetben gyökereznek. Ide tartoznak a sokat emlegetett családi problémák: a család egyensúlyi helyzetének felbomlása, a szülők válása, az új családi kapcsolatok kialakítása, az erkölcsileg felelőtlen szülők magatartása, az anyagi gondok, az alkoholista családi környezet, a durva szülői bánásmód, a helytelen nevelési elvek, a rossz baráti társaság, stb.

A normák elfogadása kultúrafüggő, hiszen előfordul, hogy egy adott kultúrában egy viselkedési formát teljesen elfogadnak, míg egy másik kultúrában devianciának tartanak. Vannak olyan viselkedési formák, mint például az öngyilkosság vagy az alkoholizmus, melyeket szinte minden társadalomban deviánsnak ítélnék meg, ennek ellenére van olyan deviáns viselkedés, mint pl. a drogfogyasztás, melynek bizonyos formáit egyes dél-amerikai országokban elfogadottnak tekintenek [*Pikó, 2002*]. Alapvetően deviáns viselkedési formának tekinthető a bűnözés, az öngyilkosság, az alkoholizmus, a drogfüggőség, valamint a lelki betegségek.

Egészségi állapotunkat ugyanakkor a fentiekén kívül még számtalan tényező befolyásolja, melyek sokszor egymásra is hatással vannak. Saját kutatásaim és a szakirodalom szerint ezek közül a legfontosabbak:

- A környezetszennyezés és egyéb környezeti hatások (pl. stressz).

- Az életmód, melynek egyik megnyilvánulása az egészségmagatartás. *Baum, Krantz és Gatchel [1997]* szerint egészségmagatartás, egészség tudatosság minden olyan viselkedés, mely hatással lehet egészségünkre, amíg egészségesek vagyunk.

- A kedvezőtlen táplálkozási szokások, mint pl. zsíros és tartósítószerrel „túltömött” ételek fogyasztása, illetve a rendszertelen és egészségtelen táplálkozás.

- Az alkohol- és kábítószerfogyasztás, illetve a dohányzás (mint alapvető deviáns viselkedésforma).

- A genetikai adottságok.

- A szociális helyzet.

- A kényszeres vásárlói magatartás [*Makkos–Káldi et al., 2011*].

Az ifjúsági szubkultúrák jellemzőinek megváltozása,



1. táblázat

**Az egészségmagatartás és a deviáns viselkedési forma néhány elemének időbeli változása**

Év	Halállal végződő öngyilkosság 100 ezer lakosra	Halállal végződő öngyilkosság (7–19 évesek) 100 ezer lakosra	Alkoholos májbetegségben meghaltak	Bor (liter)	Sör (liter)	Égetett szeszes ital (50%-os alkoholtartalommal számolva)	Alkoholisták becsült száma (ezer)	Dohány (kg)	Jogerősen elítélt fiatalok
1920–1924	27	...	...	32	6	...	...	...	...
1925–1929	29,7	...	...	24	7	...	...	...	...
1930–1934	32,9	...	...	33	2	...	...	...	...
1950	22,2	...	m 5000,0	33	8,3	1,5	...	1,1	...
1980	44,9	15,4	m 1556,0	34,8	86	9,3	224	2,4	4613
1989	41,6	51,8	...	22,8	104	10	...	2,2	6362
1990	39,8	11,8	4080	27,7	105	8,5	588	2	5156
2000	32	7,9	5757	28,3	71,6	6,4	829	1,5	7524
2002	27,9		4985	34,1	72,7	6,8	718	...	7321
2004	27,1		4808	32,7	73,2	7,1	692	1,4	7086
2006	24,4	6,2	3538	33,4	74,2	7,3	509	1,5	7120
2008	24,7	7,2	3741	*28,5	*77,8	*6,9	539	...	

Forrás: KSH statisztikai évkönyvei (1970–2008), Egészségügyi statisztikai évkönyv 2008 alapján, saját szerkesztés  
\*2007-es adat, m-más módszerrel számítva, nem összehasonlítható

valamint az ifjúsági munkanélküliség (a 26 év alattiak több mint 20%-a nem talál fél éven belül állást) a fiatalok deviáns viselkedésének kialakulását, így újabb szubkulturális csoportok létrejöttét is maga után vonta.

A kockázati magatartás és az azt befolyásoló tényezők alaposabb vizsgálata azt mutatja, hogy serdülőkorban a család befolyását egyre inkább a kortársak szerepe váltja fel. A kortárscsoportokhoz való tartozásnak azonban kedvezőtlen oldalai is van. Az együttlétek gyakran társulnak rizikószerkeztés fogyasztásával is. Különösen erős az ún. „best friend” hatás, ami azt jelenti, hogy a legjobb barát által közvetített hatás, norma a legmeggyőzőbb a dohányzás és az alkoholfogyasztás elkezdésében [Pikó, 2000]. Az ifjúsági deviáns magatartás jellemző típusai közé tartoznak még – a fentiekén túl – a csavargás, az öngyilkosság és bűncselekmények elkövetése is, amelyekről áttekintő adatsor az 1. táblázatban található.

Nyilvánvalóan a táblázatban szereplő adatok „súlya” nem tekinthető egyenlőnek sem az egyén, sem a társadalom szempontjából, de a tapasztalatok révén összekapcsolhatóak. A társadalmi struktúra változásának egyenlőtlensége (a családok gazdasági, iskolázottsági helyzete

és lehetőségei, az egyes hagyományok, stb.) meghatározó a társadalom szociológiai mutatóinak alakulásában, befolyásolja az egyén magatartásának, viselkedésének tartalmát és irányát.

## 2.2 A deviáns viselkedés feltételezhető okai

Az itt tárgyalt deviáns viselkedés okaira vonatkozó szociológiai és pszichológiai kutatások alapján feltételezhetően az alábbi okok játszottak közre abban, hogy közülük az öngyilkosság és az alkoholizmus gyakorisága biztosan, a mentális betegségek feltételezhetően 30–35 éve növekszik:

– Mindegyik devianciaforma közvetlen oka az egyéni életben fellépő nagymértékű stressz. Feltételezhető, hogy az elmúlt évtizedek nagy és gyors társadalmi változásai következtében megnövekedett a stresszhelyzetek gyakorisága és súlyossága. Azok a személyek nem képesek a stresszhelyzeteket elviselni vagy megoldani, akiknek fiatalkori szocializációja valamilyen ok következtében sérülést szenvedett, és akik személyiségfejlő





dése nem vezetett a felnőttkori stressz elviselésére és megoldására képes erős személyiség kialakulásához. Feltételezhető, hogy a szocializációt megzavaró fiatalkori helyzetek – például az egyik szülő elvesztése, válás következtében – gyakoribbá váltak a mai magyar társadalomban [Andorka, Harcsa, 1990].

Az előző fejezetben tárgyalt irodalommal megegyezően itt is megállapíthatjuk, hogy a magyar társadalom norma- és értékrendszerében régóta előfordulnak olyan elemek, melyek az öngyilkosságot és a lerészegedést bizonyos helyzetekben megengedik, sőt sugallják. Ezért érthető, hogy stresszhelyzetben levő emberek, amikor nem képesek a helyzetet uralni, az alkohol közismerten feszültséget oldó hatásához folyamodnak, illetve szélsőséges helyzetekben öngyilkosságot elkövetve menekülnek a megoldatlan problémák elől. Az 1. táblázatban az egészségmagatartás és a deviáns viselkedési forma néhány elemének időbeli változását szemléltetem.

A táblázat adatainak elemzése és a mögöttes tartalmak vizsgálata túlnő jelen cikk keretein (egyúttal egy soron következő publikáció tárgyát képezi), ezért jelenleg csupán az adatok bemutatását tartom fontosnak. Rövid „kitérőt” csak az alkoholfogyasztás tekintetében teszek, elsősorban azért, mert az alkoholfogyasztás mintegy az összes többi deviáns viselkedés táptalajául szolgál. Magyarországon az abszolút literben mért összes alkoholfogyasztás a vizsgált években viszonylag stabilan 9,8–11,7 liter között alakult, ami dobogós helynek számít a fejlett országok rangsorában. Az 1990-es évek közepén megfigyelhető visszaesés nem volt tartós, hiszen a bor és égetett szesz fogyasztása újra növekedésnek indult. A piac vesztésének a söripar tekinthető, hiszen az 1990-ben elért, 105 litert is meghaladó volumen napjainkra több mint 30%-os csökkenést mutat. Ennek ellenére a sör alkoholtartalmának fokozatos növekedése miatt az abszolút alkoholra átszámított sörfogyasztás a vizsgált időszakban stagnált. A táblázat adatai mindenesetre tükrözik, hogy hazánkban a káros hatású szerek fogyasztása nemzetközi mércével mérve is magas.

### 2.3 A deviáns viselkedés megelőzésének esetleges lehetőségei

Elsődleges cél a deviáns viselkedésminta kiiktatása, illetve megelőzése. Ezt már a serdülőkorban el kell kezdeni a család lélektani rendszerének erősítésével és a család védő funkciójának fenntartásával.

A második lehetőség a személyiség deviáns referenciacsoportoktól való megóvása [Kotler, 1999], valamint az egészséges, aktív referenciacsoportok kialakítása, hiszen ezek fejlesztő, jó hatással vannak a szocializációs problémákkal küzdőkre.

Harmadrészt fontos a személyiség megfelelő fejlődé-

sének, épségének, egyensúlyának, valamint önértékelésének védelme. Ide tartozik a korai konfliktusok, krízisek megfelelő segítése, kezelése.

Fontos tényező lehet a a deviáns viselkedés kezdeti megnyilvánulásával szembeni megfelelő társadalmi tolerancia, illetve a hátrányos helyzetűek túl korai és túl erőteljes deviáns minősítésektől való védelme [Józsa, Eisingerné, 2011].

Az ifjúkori deviáns magatartás negatív következményeinek csökkentésére számos pedagógiai és állami eszköz áll rendelkezésre. Természetesen a pedagógia nem tudja teljes mértékben megoldani a problémát, de elméleti és gyakorlati vívmányai, hagyományai és eredményei alapján nagyobb hatást gyakorolhat a deviancia megszüntetésére. A szülők és a pedagógusok összefogása nagyobb segítséget és eredményesebb megoldást nyújt az iskoláknak, mint az intézmények közötti együttműködés. A megelőzés lehetőségeiről két példát említenék: az alternatív típusú iskolákat, valamint a rendőrség ifjúságvédelmi munkáját [Pásztor, 2000].

A rendszerváltás óta jelentősen bővült az iskolarendszer, ahol a hagyományos iskolák mellett az alternatív iskolák is megtalálhatók. A tapasztalatok azt mutatják, hogy az alternatív iskolák többsége sikeresebb a deviáns magatartású fiatalok nevelési problémáinak kezelésében, a társadalomba való beilleszkedésük elősegítésében, mint a hagyományos iskolák. Az eredményesség tekintetében azonban meghatározóbb az intézmény célrendszere, légköre, a nevelés tartalmi összetevői, de fokozott mértékben a gyermek szociális háttere is.

A bűncselekmények létrejöttét megelőző szervezetek csak 1960-tól kezdték meg működésüket a nyugati országokban. Az Európa Tanács 1987-ben felhívta a kormányok figyelmét, hogy hozzanak létre országos, regionális és helyi szervezeteket; alakítsanak ki saját speciális programokat a bűnmegelőzésre; támogassák a deviáns viselkedéssel foglalkozó kutatásokat, valamint tegyenek lépéseket a különféle szervezetek együttműködésére. 1989-től a hazai rendőrségnél is létrejöttek a bűnmegelőzési osztályok, melyek a gyermek- és ifjúságvédelem, a kábítószerfogyasztás, a vagyonvédelem és az eltűnt kiskorúak körözésének feladatokról látták el.

### 2.4 A serdülő- és ifjúkor sajátosságai

A fejlődépszichológia a fejlődő személyiség pszichikus funkcióit, sajátosságait vizsgálja. Tárgya a pszichikum kialakulása és fejlődése egyrészt a törzsfajlás (*filogenezis*), másrészt az egyéni fejlődés (*ontogenezis*) folyamán. Az egyedi lelki fejlődést vizsgáló kutatásoknak három szorosan összefüggő, de viszonylag önálló ága van: a gyermekpszichológia, az ifjúságpszichológia és a felnőttpszichológia.



A fejlődéslélektan így felöleli a születéstől a halálig tartó lelki fejlődés valamennyi szakaszát és jelenségét, a fejlődés mozgatóerőit, sajátosságait és törvényszerűségeit. A nevelő számára különösen a gyermeklélektan és az ifjúságpszichológia jelentős, hisz ezek segítségével ismerheti meg a gondjaira bízott korosztályok lelki fejlődésének sajátosságait. Az oktató-nevelőmunka lényege a személyiségfejlesztés. Ezért a fejlődéslélektani ismeretek a pedagógiai kultúra nélkülözhetetlen alapelemei közé tartoznak. [Geréb, 1988]

A pszichikumfejlődésnek külső és belső feltételei vannak. A külső feltételek az egyénre ható környezeti tényezők, a belső feltételek közé az egyén vele született adottságait és élete folyamán szerzett tapasztalatait, személyiségvonásait soroljuk. A külső feltételek, mint okok mindig a belső feltételeken keresztül hatnak.

A külső és belső feltételek rendkívül bonyolult viszonyban állnak egymással. Az adottságok, vagyis a szervezet veleszületett anatómiai-fiziológiai sajátosságai befolyásolhatják a pszichés fejlődést. Az adottságok nem feltétlenül öröklöttek.

Az adottság mellett a másik fontos tényező a biológiai érés. Az érés lényege a veleszületett adottságokban rejlő lehetőségek kibontakozása valamilyen biológiai programozottság alapján, általában függetlenül a külső feltételektől. A pszichikai érés – az egyes lelki funkciók, vagy az egész személyiség kibontakozása – szintén független a külső feltételektől. [Rita L., Richard C., Edward E., Daryl, J., 1995]

A serdülőkorban a személyiség fejlődése két középpont körül formálódik. Az első – mely e folyamat fiziológiai alapját képezi – a biológiai érés, és az ezzel összefüggő, ébredező nemi ösztön, a másik pedig a felnőtté válás. E periódus végével egy harmadik középpont is megjelenik, mely később tartósan maga alá rendeli az ember tevékenységét: a hivatás, a munka. [Völgyesy, 1979]. Napjainkban megfigyelhető, hogy a serdülőkorban lévő fiatalok személyiségét közvetlen környezetük etnocentrizmusa is részben befolyásolja [Németh, Gombos, Józsa 2011].

A fiziológiai érés és a pszichikai érés kapcsolódnak egymáshoz, és nemcsak egymástól, hanem a környezeti körülményektől is függenek.

A serdülőt érdeklik az anatómiai felépítés részletei, megfelelő leírásokat, illusztrációkat keres, idevágó kifejezések iránt érdeklődik. [Geréb, 1988]

### 3. Anyag és módszer

A kutatás feladata egy megbízható adatsor felállítása a 13–25 éves korosztály egészségtudatosságának, ezen belül alkoholfogyasztásának, dohányzásának, drog fogyasztásának, szexuális magatartásának, illetve egészsé-

ges életmódjának, egészségi állapotának és környezet-tudatosságának vizsgálata szempontjából. Nem kevésbé fontos és aktuális feladatnak tartom a magyar népesség egészségi állapotának nemzetközi összehasonlítását, az egészségi állapot hazai társadalmi-területi különbségeinek bemutatását, valamint a különbségek háttérben álló okok magyarázatát sem.

A vizsgálat több lépcsőben zajlott le, s a tervek szerint a következő években is folytatódik. Jelen kutatás mintegy „kísérleti jelleggel” a Nyugat-Dunántúlon véletlenszerűen kiválasztott középfokú oktatási intézmények 15–17 éves tanulói egészségmagatartásának vizsgálatára irányult.

Mindezen célok és feladatok korrekt megvalósítása céljából az alapsokaságból vett minta összeállításánál célokom a reprezentativitás és a véletlenszerűség biztosítása volt. Egy korábban kidolgozott többlépcsős mintavételi eljárás segítségével [Szakály, 1994, Huszka, 2006] többszörös reprezentativitást sikerült elérnem. A kvóta-rendszert nem és iskolai végzettség szerint úgy állítottam össze, hogy a megadott korosztályt tükrözze.

A jelen – és későbbi – kutatásokat az alábbi módszer szerint valósítottam meg:

- Első lépésként az alapsokaságot az ország hét régiója szerint felosztottam, majd minden régióban kiválasztottam egy tesztmegyét, amely az adott régió fogyasztóinak reprezentálására megfelelőnek tűnt.

- Az egyes régiók tesztmegyéinek népességi adatai alapján meghatároztam az egyes régiók lakosságának egymáshoz viszonyított százalékos arányát (természetesen a vizsgált korosztály vonatkozásában), országos adatokhoz viszonyítva.

- Ezt követően számítottam ki a megyén belül a megyeszékhelyen, majd a városokban és a kisebb lélekszámú községekben élők számát, illetve arányát.

- A következő lépésben a KSH adatai alapján nem és iskolai végzettség szerint tovább csoportosítottam a vizsgált korcsoportot, és a kapott részarányok alapján állítottam össze a lekérdezendő személyek kvótáját.

- A megbízható eredmények alapja – a reprezentativitáson túl – az, hogy a véletlenszerű kiválasztás lehetőségét is biztosítani kell. Ehhez az ún. „minden n-edik” módszert alkalmaztam, melynek fontos jellemzője, hogy minden egyes személynek azonos esélye van a mintába való bekerülésre.

A fentieknek megfelelően a kérdőívek kitöltése véletlenszerűen kiválasztott oktatási intézmények 9. és 10. évfolyamában történt, úgy, hogy minden második iskolában csupán egy osztályt (A, B, C sorrendben) kérdeztünk meg. A többi (páratlan sorszámú) iskolában ugyanakkor az osztályok közül véletlenszerűen két osztályt választottam ki (feltéve, hogy több évfolyam is volt az intézményben). A kérdőíveket az adott osztály minden egyes tanulója kitöltötte. A vizsgálatba 220 személy vontunk be.

A nagyszámú adat feldolgozása az SPSS for Windows 14.0 matematikai-statisztikai programcsomag segítségével történt. A program felhasználásával gyakorisági eloszlások, kereszttáblázatok segítségével vizsgáltam az egyes változók egymással, valamint a háttérváltozókkal való összefüggéseit. Az átlagszámítások mellett a Chi<sup>2</sup>-próbával szignifikanciavizsgálatokat is végeztem [Malhotra, 2001].

#### 4. Az eredmények és értékelésük

##### 4.1. A család, az iskola és a barátok hatása egyes deviáns viselkedések kialakulásában

Dolgozatom elkészítéséhez kérdőíves feladatlapokat készítettem, melyek első részében a felmérés résztvevői a családról, a családon belüli kapcsolatokról, az iskoláról és baráti körükről nyilatkoztak.

A megkérdezett tanulók 13,43%-ának elváltak a szülei, őket édesanyjuk nevelte. A gyerekek a legtöbb esetben negatív emlékeket hordoztak erről. Megfigyelhető volt, hogy a kérdőív egy későbbi kérdésére – mint a családon belüli legfontosabb értéket – 88,90%-ban a szeretetet rangsorolták az első helyre. Ugyancsak náluk volt jellemző, hogy partnerük legfontosabb tulajdonságának a bizalmat tartották, és még a fiúk sem jelölték meg a fontos tulajdonságok között a jó külső megjelenést, ami egyébként – mint később arra rámutatok – a fiúknál fontos tulajdonságként szerepelt.

A fiatalok pályaaorientációjának vizsgálata ugyan csak érintőlegesen szerepelt a kutatásban, de az eredmények híven tükrözik a mai magyar valóságot. Azok a tanulók, akiknek szülei egyetemest vagy főiskolát végeztek, 71,15%-ban szintén valamely felsőfokú intézményben kívánnak továbbtanulni, mindössze 4,18%-uknak nem volt elképzelése a jövőt illetően.

A felmérés alapján kevésbé kedvező azon tanulók helyzete, akiknek szülei szakmunkásképzőt vagy csak általános iskolát végeztek. Náluk mindössze 13,18% volt azok aránya, akik felsőfokú intézménybe kívánnak jelentkezni, és csaknem tízszer annyian, 38,27%-ban vélték úgy, hogy munkanélküliek lesznek, illetve még nem volt elképzelésük a jövőt illetően. Ez rendkívül kedvezőtlen, hiszen társadalmilag jelentős problémát okozhat, és könnyen lehet, hogy ezek a gyerekek kilátástalanságukban az alkohol vagy a kábítószer rabjaivá válnak.

Nem meglepő a következő megállapítás sem, mely azt mutatja, hogy az ebbe a csoportba tartozó diákok szüleinél a legmagasabb a munkanélküliségi ráta (79,28%), míg az érettségizett, illetve felsőfokú végzettségű szülők esetén „csak” 11,72% volt (a tanulók válaszainak tükrében). Ez rendkívül veszélyes lehet, hiszen a gyerek otthon, csa-

ládi körben is azt látja, hallja, nincs értelme tanulni, úgyszólván munkanélküli lesz. Egy diák így vélekedett erről: „*Minek tanuljak, anyu, apu is munkanélküli, mégis megélik valahogy*”. Azt hiszem, ez önmagáért beszél.

A szülő–gyermek kapcsolat is fontos valamely deviáns viselkedés kialakulásánál. A felmérésből kitűnik, hogy középiskolásaink legkönnyebben azonos nemű barátaikkal és édesanyjukkal beszélnek meg problémáikat, illetve alakítanak ki szoros kapcsolatot. Eredményeim összhangban vannak Pikó [2000] eredményeivel is, miszerint a kortárs csoportok szerepe meghatározó a rizikómagatartási formák esetében. A csoportértékek, a csoportkonformitás presszionáló hatásával tud a legnehezebben megküzdeni a fiatal. Különösen erős – a már korábban is említett – ún. „*best friend*” hatás. Ezt erősíti az is, hogy a testvérek is nagyobb arányban beszélnek meg egymással gondjaikat (65% és 57%), mint édesapjukkal. Gyakorló apaként ezt még akkor is aggályosnak tartom, ha ezzel mintegy „megelőzzük” a különböző nemű barátok által közvetített normák követését, ami véleményem szerint csupán a diákok „félelmének, cikisségének” következménye. Az eredmények pontos megoszlását az 1. ábrán szemléltetem.

Az előző kedvezőtlen ténnyel ellentétben azonban kedvező, hogy a gyerekek mindegyike rendelkezik barátal, akikkel 74,1%-uk hetente 4–5-ször, közel 20%-uk 2–3-szor, 11,9%-uk pedig hetente egyszer találkozik.

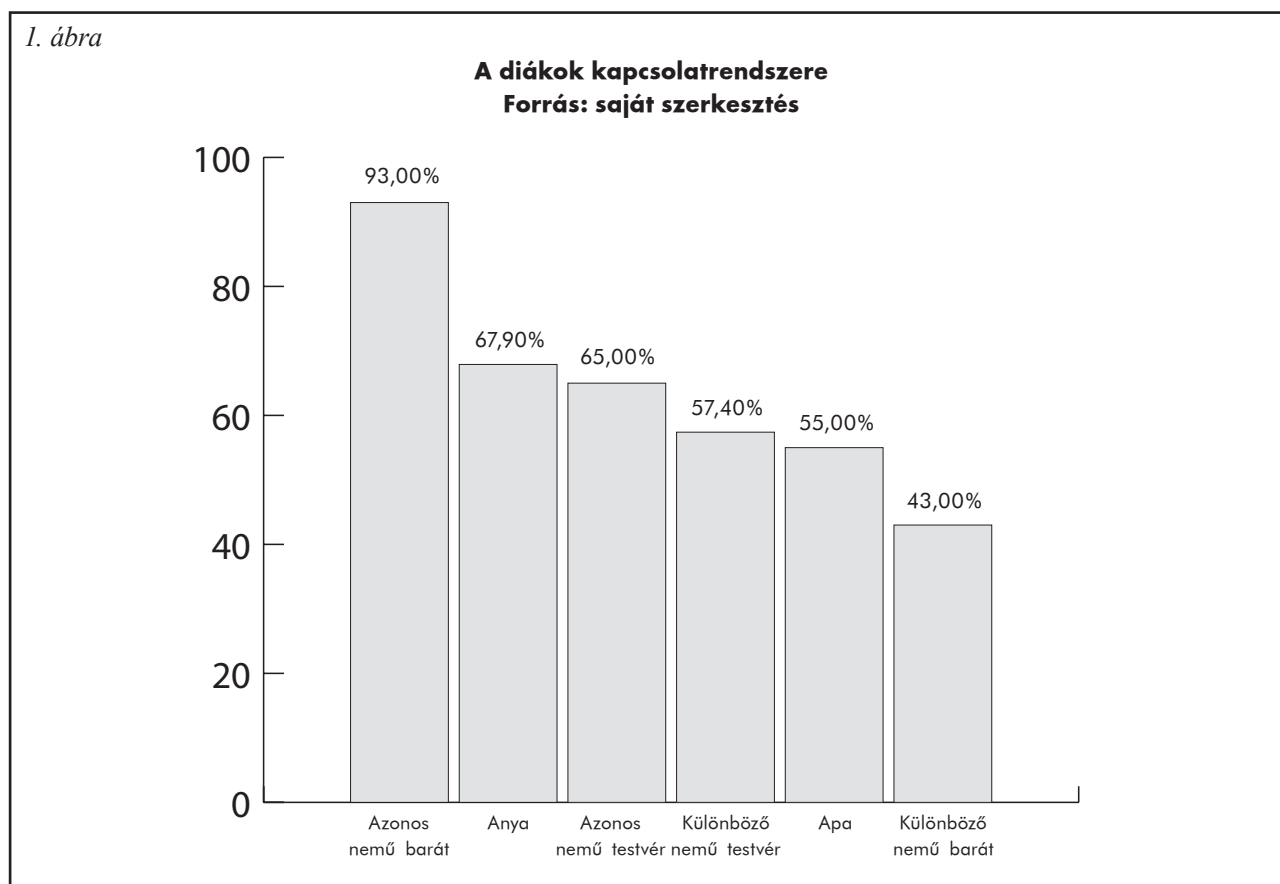
A válaszadóknak az iskolával, mint az egyik legfontosabb szociális-nevelési intézménnyel szembeni érzelmi a két szélsőség között mozognak, azaz közel 65%-uk a „*kicsit szeretem*”, 11,6%-uk a „*nagyon szeretem*” választ adta (2. ábra). Talán nem is kell külön kiemelni, hogy a lányok körében nagyobb arányban találjuk az iskolát szeretőket. Mindenesetre az mindenképpen kedvező, hogy a válaszadók túlnyomó része nem „viselkedik ellenségesen” az iskolával szemben. „Csupán” közel 25% azok aránya, akik nem, vagy egyáltalán nem szeretik az iskolájukat. Érdekes megfigyelés, hogy a diplomás és nem diplomás szülők gyerekeinek válaszaiban ennél a kérdésnél nem találtam különbséget, azaz ők közel egyenlő arányban utasítják el az iskolát, mint intézményt.

##### 4.2. A dohányzás, alkohol- és kábítószerfogyasztás vizsgálata és néhány gondolat a diákszerelemről

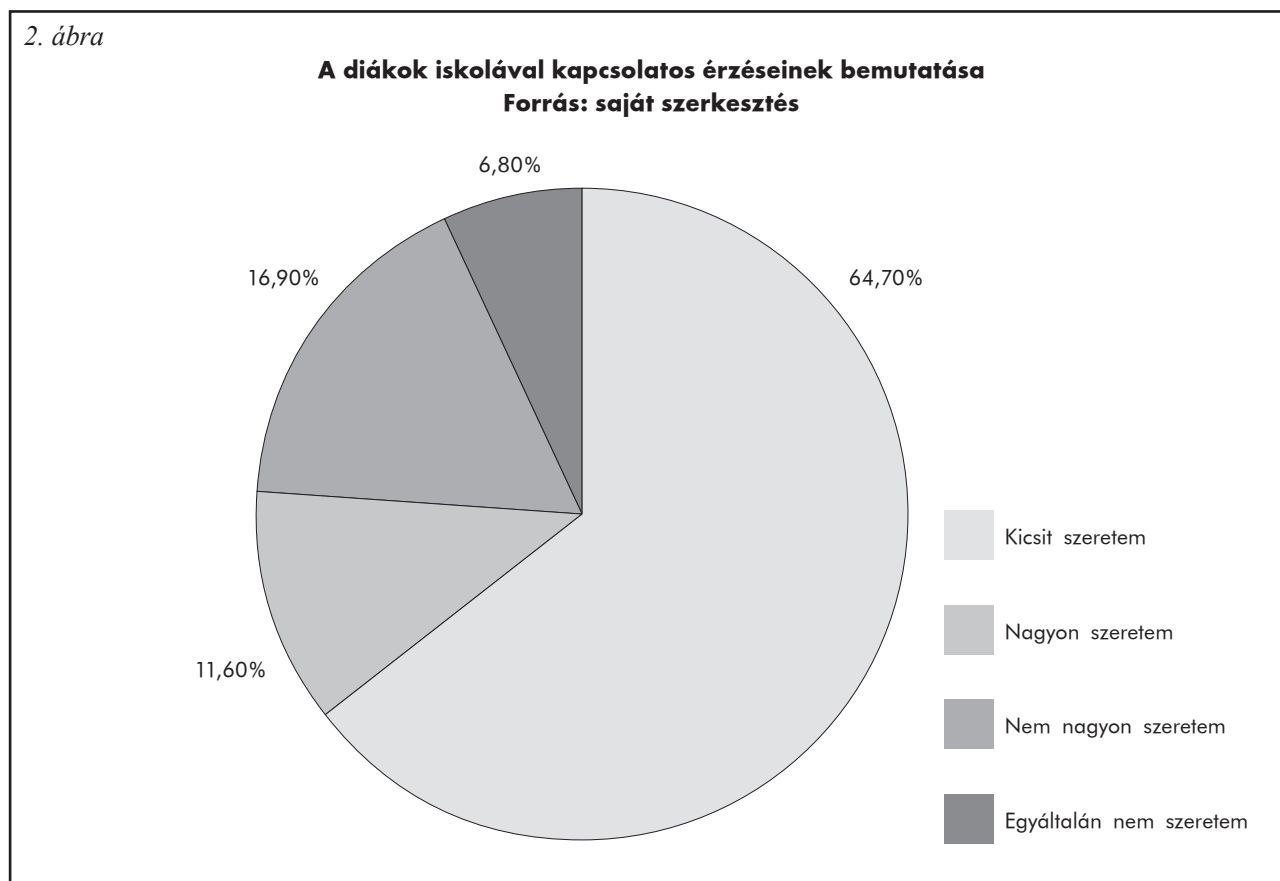
A családi, iskolai, baráti háttér vizsgálata után dolgozatom második részében középiskolásaink dohányzási, italozásai szokásait, és ezek hatását vizsgáltam.

Megállapítható volt, hogy ezen káros, egészséget romboló élvezeti cikkek használata már jóval a középiskolás évek előtt megkezdődik, ezért már az általános iskolában különösen fontos a preventív felvilágosítás.

1. ábra



2. ábra





2. táblázat

**A dohányzás gyakoriságának százalékos megoszlása**

	Rendszeresen dohányzik	Alkalmanként dohányzik	Kipróbálta a dohányzást	Nem dohányzik
Lányok	27,26%	21,22%	30,30%	21,21%
Fiúk	26,47%	11,76%	20,58%	41,17%

Forrás: saját szerkesztés

3. táblázat

**A dohányzás hatása a fiúkra és a lányokra**

	Nyugtató	Kellemetlen	Kellemesebbé teszi a társaságot	Unaloműző	Szórakoztató	Növeli az önbizalmat	Élénkítő
Lányok	31,2%	20,8%	9,5%	7,2%	7,1%	9,0%	15,2%
Fiúk	35,0%	15,0%	20,0%	14,0%	7,0%	5,0%	4,0%

Forrás: saját szerkesztés

A válaszadó tanulók közül a lányok 78,79%-a, míg a fiúk csupán 58,23%-a dohányzott már életében. Az első dohányzás időpontja többnyire az általános iskolás korszakhoz kötődik. A dohányzó lányok 76,92%-a már az általános iskolában rágyújtott (többségük, 75%-uk társaságban, míg 25%-uk egyedül), és csupán 23,07%-uknál esett az első dohányzás időpontja a középiskolás évekre. A többség (83,33%) ebben az esetben is társaságban szívta el első cigarettáját.

Valamelyest javít ezen kedvezőtlen megállapításokon az a tény, hogy azok a lányok, akik életükben már dohányoztak, nagy százalékban csak „kipróbálni” akarták. „*Nem is értem, mi a jó benne?*” – írta az egyik lány, míg egy másik így nyilatkozott: „*Már nem dohányzom, fél éve végleg befejeztem, anyu cigizik, de eljutottam odáig, hogy már a füstjétől is felfordul a gyomrom.*” Az elmondottakat a 2. táblázatban foglalom össze.

A táblázatból és a kérdőívek elemzéséből megállapítható, hogy a fiúk esetében magasabb a nem dohányzók száma, ugyanakkor a dohányzást már „kipróbált” fiúk nagyobb arányban válnak e káros szenvedély rabjaivá.

Mind a lányok, mind a fiúk a dohányzást a legnagyobb százalékban barátok, illetve osztálytársak hatására kezdték el. Kedvező tapasztalat, hogy a szülők, illetve más felnőttek ebben nem játszottak szerepet. Jellemző volt az is, hogy a szülők legnagyobb része (a lányoknál 38,46%, a fiúknál 40%) nem tud, illetve tudott gyermeke dohányzásáról és/vagy tiltja azt (a lányoknál 30,77%, a fiúknál 15%).

Érdekes képet kapunk, ha megvizsgáljuk a dohányzás

tanulóinkra gyakorolt hatását. A vizsgálat százalékos eredményét, nemek szerint megosztva a 3. táblázatban mutatom be.

A táblázat adatai egyértelműen jelzik, hogy mindkét nem esetében közel egyharmados értékkel a dohányzás nyugtató hatását emelték ki a válaszadók. Az adatok azt is egyértelműen tükrözik, hogy sokak számára kellemetlen érzések társulnak hozzá – akkor miért is fordulnak e káros szerhez a fiatalok? Itt jelentős különbségek figyelhetők meg a fiúk és a lányok között. Az „erősebb nem” véleménye azt tükrözi, hogy esetükben (szignifikáns különbséget mutatva) az idő eltöltése és az unaloműzés a legfontosabb. Számomra érdekes tapasztalat, hogy a lányok válaszai alapján második legfontosabb dohányzási okként jelenik meg a cigaretta élénkítő hatása, és figyelemfelkeltő az is, hogy a válaszadó lányok úgy érzik, hogy a cigarettázás növeli önbizalmukat. Az általam csak „menő hatásként” megfogalmazott kutatási eredmény további megalapozását szintén rendkívül fontosnak vélem. Saját megfigyeléseim és a közoktatásban (is) tevékenykedő tanárkollégák személyes tapasztalatai ugyanakkor megerősítik e hatás meglétét.

A dohányzási szokásokat vizsgálva – összhangban a már ismertett tényekkel – látható, hogy a tanulók a szülők jelenlétében (21,74%-ban) sokkal kevesebbet, illetve (69,57%) egyáltalán nem dohányoznak, ellenben baráti társaságban jelentősen megnő a dohányzás intenzitása.

A dohányzási szokások elemzése után a középiskolások alkoholfogyasztását vizsgáltam.

4. táblázat

**A különböző italféleségek fogyasztásának százalékos megoszlása**

	Naponta	Hetente	Havonta	Ritkábban mint havonta	Soha
Sör	18,05%	40,17%	16,10%	1,96%	23,73%
Bor, pezsgő	39,57%	38,23%	17,49%	51,28%	15,25%
Likőr	4,58%	18,89%	45,23%	22,80%	7,50%
Pálinka, whisky, vodka	47,53%	60,59%	23,71%	15,08%	56,16%
Gyümölcsbor	–	17,23%	23,15%	8,45%	51,17%

Forrás: saját szerkesztés

A vizsgálatban résztvevő személyek mindössze 18,46%-a nem fogyasztott még alkoholt, illetve csak családi ünnepek alkalmával ivott egy koccintásnyit. A válaszadók fennmaradó része több-kevesebb rendszerességgel fogyaszt alkoholt. E téren a nemek között nem volt kimutatható szignifikáns különbség. A dohányzáshoz hasonlóan itt is a barátok játsszák a legfontosabb „motiváló szerepet”, de szomorú tényként állapítható meg, hogy a szülők e téren jelentős negatív hatással vannak gyermekeikre – erről a válaszadók 5,85%-a így vélekedett.

Kedvezőtlen képet mutat a különböző alkoholféleségek fogyasztásának aránya és mennyisége is. Az élettanilag legkedvezőtlenebb rövidital fogyasztása áll első helyen (41,79%), ezt a bor követi (32,28%).

A választ adó tanulók 78,50%-a az alkoholfogyasztás hatására jókedvű lett, 9,80%-a utólag elítélte cselekedeteit, míg 5,88%-uk esetében az alkoholfogyasztás agresszív viselkedésben nyilvánult meg (ez utóbbiak mindegyike fiú volt). 5,82%-uk vallotta úgy, hogy nem emlékszik cselekedeteire.

Az alkoholfogyasztás mennyiségének százalékos megoszlását a 4. táblázatban mutatom be. Jól látható, hogy az égetett szeszes italok fogyasztása meglehetősen magas. Szomorú az is, hogy ezen italféleséget jelentős mennyiségben fogyasztják a lányok is.

Az alkoholfogyasztás mennyiségének vizsgálata hasonló képet mutat az előzőekben már vizsgált és bemutatott dohányzási szokásokhoz. A diákok főként baráti társaságban, összejöveteleken fogyasztanak alkoholt, míg családi körben alkoholfogyasztásuk minimális.

A lerészegedésre vonatkozó 17. kérdés megválaszolására – érdekes módon – tabutémának tűnt, annak ellenére, hogy az ezt megelőző kérdéseknél ilyen probléma nem merült fel. A kérdésre a diákoknak mindössze 69,43%-a válaszolt. Megállapítható volt, hogy a választ adó középiskolások 36,9%-a még egyszer sem volt részeg,

ugyanakkor – a felmérés alapján – 19,9%-uk 10 alkalomnál többször volt delíriumos állapotban (3. ábra). A fent említettek részletesebb és alaposabb vizsgálata ugyancsak kívánatos lenne.

Sajnos a túlzott alkoholfogyasztás tekintetében nincs érdemi különbség a két nem között. Sőt, a nagy városokban lakó lányok közül – ha minimálisan is –, de többen választották azt, hogy már 4–10 alkalommal voltak részegek.

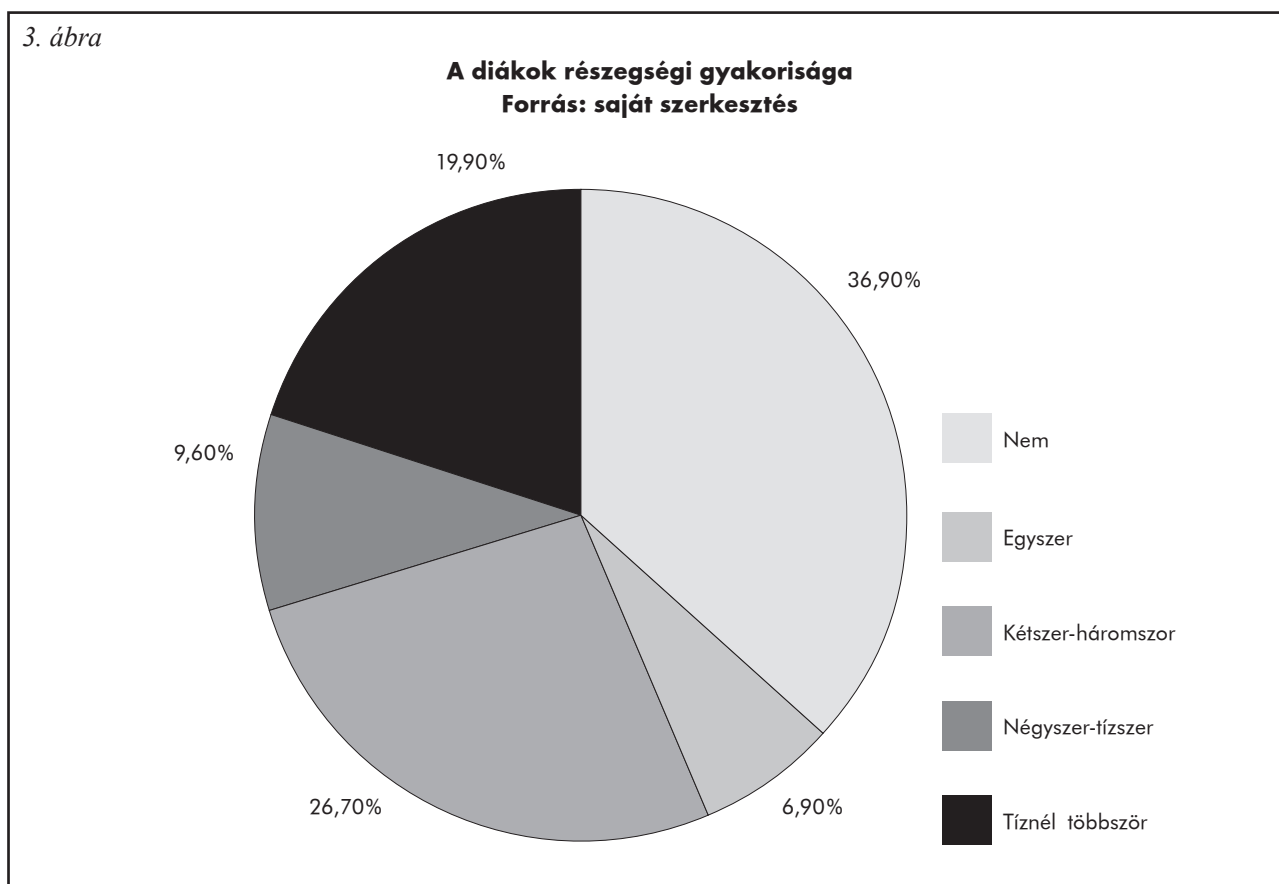
Annak ellenére, hogy a tanulók viszonylag nagy százaléka rendszeresen vagy viszonylag sűrűn használ valamely egészségre ártalmas szert, csupán 9,8%-uk gondolja, hogy egészségi állapota kifejezetten rossz. Egészségi állapotát 51,2%-uk jónak, 39%-uk nagyon jónak tartja.

Szintén elkeserítő az is, hogy – bevallásuk szerint – kábító hatású szert már a tanulók 5,2%-a fogyasztott. A kutatás ezen eredményeit jelen cikkben nem részletezzük, ugyanakkor fontos jeleznünk, hogy ez a kérdés osztotta meg leginkább a válaszadókat.

A kérdőíves felmérés harmadik részében a serdülőifjú korosztályt talán leginkább érdeklő és foglalkoztató témakörrel, a szexualitással foglalkoztam. Itt az első szexuális tapasztalatokról, a velejáró öröm-, illetve kudarcélményekről, leendő partnerükről, házastársukkal szemben „támasztott” igényeikről, az eljövendő közös gyermekek neveléséről vallott nézeteiket vizsgáltam és értékeltem. A kutatás részletes eredményeit – a tanulók droghasználati szokásaihoz hasonlóan – jelen cikkben nem részletezzük. Fontosnak, különösnek és egyben érdekesnek tűnhet az is, hogy a kérdőívet kitöltő diákok nem kezelték tabutémaként ezt a kérdést, sőt, a legnagyobb affinitást mutatták.

Nevelési szempontból lényeges az a tapasztalat, hogy a középiskolások nagy része igényli az ilyen és hasonló kérdőívek kitöltését, a szabad (név nélküli) véleményformálást. Személyes tapasztalataim is alátámasztják ezt, hiszen a tanulóknak sok esetben nincs kitől megkérdez-

3. ábra



niük egyes intimebb problémákat, a szülők nagy része erre nem fektet kellő hangsúlyt, és sajnos a tanár–diák kapcsolat sem mindig terhelhető ilyennel. Úgy vélem, a pedagógusoknak több időt kellene fordítaniuk az ilyen jellegű problémák megbeszélésére, a kérdések feldolgozására, azonban erre – az amúgy is nagy terheltség miatt – nem nagyon nyílik lehetőség. Több tanuló különvéleménye is ezt tükrözi: „Ilyen kérdőíveket többször is fel lehetne tenni a 16–17 éveseknek”, vagy „Jó lenne, ha sűrűbben kérdeznének ezekről a témákról, és utána egy kötetlen megbeszélésen megtárgyalni a fontosabb, problémásabb dolgokat”. A felmérést értékelve nyilvánvaló, hogy az osztályfőnöki tantervben ezekre a témákra előírt 1–2 óra nem elegendő, hiszen a diákok nemcsak a hasonló kérdéseket, hanem az utána történő kiértékelést, megbeszélést is igénylik.

A megkérdezett lányok és fiúk mindegyike túljutott élete egyik legszebb élményén, a diákszerelmen. Ezzel csaknem egy időben felébred bennük az egymás iránti szexuális vágy is.

## 5. Összefoglalás

Az iskolában folyó pedagógiai tevékenység fő célja a gyermek személyiségének fejlesztése, tudatos és tervszerű nevelői és oktatói folyamat keretében. A tudatos

személyiségfejlesztés csak a mindenkor aktuális tanulói személyiség ismeretében lehet eredményes.

Az új politikai és gazdasági légkör kétségtelesen szabadabbá és nyitottabbá tette a lakosságot, de ezzel egyidejűleg – pontosan ezen hatások következtében – megjelentek olyan nemkívánatos jelenségek is, amelyek gyakran sokkolták a társadalmat, és ezzel párhuzamosan a tanulóiifjúságot is.

Ezért választottam kutatási témául a tanulók mentális egészségének, egészségmagatartásának vizsgálatát. Az egészségmagatartás *Baum, Krantz és Gatchel [1997]* szerint az egészséggel kapcsolatos magatartásformák összessége, melyek az egészséges életmód elemeként az egészség-szükségletek és az egészség-indítékok következtében létrejövő viselkedésben nyilvánulnak meg.

Mindezek megerősítettek abban, hogy a 13–25 éves korosztály egészségtudatosságát, életmódját és egészségmagatartását vizsgáljam. Jelen tanulmány a kutatás kezdetének bemutatására törekszik, ekkor középfokú oktatási intézmények 15–17 éves tanulóinak egészségmagatartását térképeztük fel.

A kutatás feladata egy megbízható adatsor felállítása a 13–25 éves korosztály egészségtudatosságának, ezen belül alkoholfogyasztásának, dohányzásának, drog-fogyasztásának, szexuális magatartásának, illetve egészség-

séges életmódjának, egészségi állapotának és környezet-tudatosságának vizsgálata szempontjából.

Jelen kutatás mintegy „kísérleti jelleggel” a Nyugat-Dunántúlon véletlenszerűen kiválasztott közép fokú oktatási intézmények 15–17 éves tanulói egészségmagatartásának vizsgálatára irányult.

A megkérdezett tanulók 13,43%-ának elváltak a szülei, őket édesanyjuk nevelte. A gyerekek a legtöbb esetben negatív emlékeket hordoztak erről. Megfigyelhető volt, hogy a kérdőív egy későbbi kérdésére – mint a családon belüli legfontosabb értéket – 88,90%-ban a szeretetet rangsorolták az első helyre. Ugyancsak náluk volt jellemző, hogy partnerük legfontosabb tulajdonságának a bizalmat tartották.

Szintén a családi környezetre vonatkozik az a megállapítás is, hogy a munkanélküli szülők gyermeke gyakorta otthon, családi körben is azt látja, hallja, nincs értelme tanulni, úgyszólván munkanélküli lesz. Egy diák így vélekedett erről: „*Minek tanuljak, anyu, apu is munkanélküli, mégis megélünk valahogy*”. Azt hiszem, ez önmagáért beszél.

Nagy általánosságban kedvező, hogy a gyerekek mindegyike rendelkezik barátokkal, akikkel 74,1%-uk hetente 4–5-ször, közel 20%-uk 2–3-szor, 11,9%-uk pedig hetente egyszer találkozik.

Kábító hatású szert már a tanulók 5,2%-a fogyasztott.

Az egészségmagatartás vizsgálata azt mutatja, hogy mind a lányok mind a fiúk esetében a dohányzás a legnagyobb százalékban barátok, illetve osztálytársak hatására kezdődött. Némiképpen kedvező lehet az a tapasztalat, hogy a szülők, illetve más felnőttek ebben nem játszottak szerepet.

Az egyik legfontosabb dohányzási okként jelenik meg a cigaretta élénkítő hatása, és figyelemfelkeltő az is, hogy a válaszadó lányok úgy érzik, hogy a cigarettázás növeli önbizalmukat. Az általam csak „*menő hatásként*”

megfogalmazott kutatási eredmény további megalapozását szintén rendkívül fontosnak vélem

Sajnos a túlzott alkoholfogyasztás tekintetében nincs érdemi különbség a két nem között. Sőt, a nagy városokban lakó lányok közül – ha minimálisan is –, de többen választották azt, hogy már 4–10 alkalommal voltak részegek.

## Summary

The subject of the study is the health awareness of young people aged 13–25. It includes their alcohol consumption, smoking habits, health conditions, healthy lifestyles and environmental awareness. This research examines the health behaviour among young people aged 15–17 who attend secondary schools in Western Transdanubia. These secondary schools were selected at random.

The results of the research shows that those children living in broken home and having negative memories of parental divorce think that love is the most important value in the family life. 88,9 percent of teenagers living in broken family answered that love was the most important value.

The research of the health behaviour shows that young people, both boys and girls, started smoking primarily due to the motivation of their friends and classmates. It might be a positive fact that the parents and other adults did not play a role in teenage smoking.

The most important reason of the smoking was the stimulus effect. It was also very remarkable result that the majority of girls who were interviewed felt that smoking increased their levels of self-confidence. The so-called “cool effect” needs in my opinion further examinations.

There are not significant gender differences in extreme alcohol consumption. More girls living in cities answered that they had been drunk 4 to 10 times.

## IRODALOM

1. Andorka R.–Harcza I. [1990]: „Deviáns viselkedés.” In: Andorka Rudolf (szerk.): *Társadalmi riport*. Társadalomkutatási Informatikai Egyesülés, Budapest.
2. Baum, A.–Krantz, D. S.–Gatchel, R. J. [1997]: *An introduction to health psychology*. McGraw-Hill, New York.
3. Geréb Gy. [1988]: *Pszichológia*. Tankönyvkiadó, Budapest.
4. Huszka P. [1996]: *A tejtermékfogyasztás szerkezeti változása a vásárlói magatartás függvényében*. PhD-értekezés, Kaposvár.
5. Józsa L.–Eisingerné B. B. [2011]: „The Role of Ethnic Marketing in Corporate Strategy.” In: *Strategic Management: International Journal of Strategic Management and Decision Support System* 16 (1). 3–10. p.
6. Kotler P. [1999]: *Marketing menedzsment*. Műszaki Kiadó, Budapest.
7. Makkos-Káldi J.–Keller V.–Torma K. [2011]: *Vásárlási stílusok a fiatal egyetemisták körében, avagy egy feltáró kutatás tapasztalatai*. Marketing Oktatók konferenciája. Pécsi Tudományegyetem.
8. Malhotra, Nareshk. [2001]: *Marketingkutató*. Műszaki Kiadó, Budapest.
9. Németh Sz.–Gombos Sz.–Józsa L. [2011]: *The influence of ethnocentric tendencies on the corporate image and strategy in Hungary*. Marketing Theory Challenges in Emerging Societies. 2nd EMAC Regional Conference, Iasi, Romania.
10. Pásztor M. [2000]: *Ifjúság, deviancia, bűnözés, Jelentés a magyar közoktatásról*. [ftp://ftp.oki.hu/jka2k\\_hatter/01\\_ifj.pdf](ftp://ftp.oki.hu/jka2k_hatter/01_ifj.pdf) A letöltés dátuma 2009-10-28
11. Pikó B. [2002]: *A deviáns magatartás szociológiai alapjai és megjelenési formái a modern társadalomban*. JATE Press, Szeged.





## FELMÉRÉSEK

---

12. Pikó B. [2000]: „A társas kapcsolati háló szerepe a dohányzás serdülőkori előfordulásában.” In: *Népegészségügy*, 81 (2.)
13. Rita L.–Richard C.–Edward E.–Daryl J. [1995]: *Pszichológia*. Osiris, Budapest.
14. Rosta A. [2007]: *A deviáns viselkedés szociológiája*. Loisir Könyvkiadó, Budapest–Piliscsaba.
15. Svéhlik Cs. [2004]: *Humán értékek szerepe az iparvállalatok marketing tevékenységében*. MTA Tudományos Konferencia „Magyarország és a 21. század kihívásai az Európai Unióban”, Komárom.
16. Szakály Z. [1994]: *Korszerű állati eredetű alapélelmiszerek piac-képességének vizsgálata*. Kandidátusi értekezés, Kaposvár.
17. Völgyesy P. [1979]: *Fejlődés- és neveléslélektan*. A GATE Tanárképző Intézetének Kiadványa, Gödöllő.



# A MOL lelki egészségfejlesztési jó gyakorlata

Dr. Miniska István

A MOL-csoport orvos-tanácsadója

A MOL-csoport stratégiaalkotásában évek óta nagy figyelmet fordít a hazai és nemzetközi felmérésekre, amelyek a munka világában az elmúlt évtizedben napvilágot láttak. A MOL hosszú távú előrelátására utal, hogy 2006-ban olyan munkahelyi egészségfejlesztési stratégiát alkotott „*STEP – Tegy egy lépést az egészségedért*” néven, amely évről-évre, az előző évi tapasztalatok alapján, folyamatos fejlődésen ment keresztül, és mára nemcsak Magyarországon, hanem európai szinten is ismert és elismert programmá vált.

Az elmúlt években – a mentális betegségek egyre növekvő számáról és gazdasági következményeiről készített tanulmányokat figyelembe véve – a munkahelyi pszichoszociális kockázatok felmérése 2009-ben bekerült a COMPASS – átfogó munkahelyi kockázattertelési rendszerbe. Ez a gyakorlatban azt jelenti, hogy 2011 év végére a MOL-csoport vállalatainak meghatározó hányadában ismertté válik a munkahelyi stressz, mint kockázat mértéke. Ezt a programot egészíti ki a társaság új, 2010-ben indított *COHESIO* nevű projektje, amely a munkahelyi pszichés stressz felmérését és kezelését tűzte ki céljául, és első eredményeit már a mindennapi munkában is alkalmazzák.

A munkahelyi stressz-kezelés főleg tréningek igénybevitelével történik: elsősorban a folyamatos munkarendben dolgozók és az egyéb, magas pszichés kocká-

zatnak kitett munkavállalók, valamint a munkahelyi vezetők részére tartottak és terveznek stressz-kezelő tréningeket, de az autogén tréning – amely elismert és széleskörűen alkalmazott relaxációs technika – is beke-  
rült már a programba.

A *COHESIO* projektbe még két programelemet építettek be: a műszakos munkavállalók pszichés stressz-szintjének műszeres mérése és a nem váltóműszakos kontroll-csoporttal történő összehasonlítása, valamint egy ergonómiai kockázat-menedzselési kísérleti (pilot) program. Ez utóbbi a stressz okozta vázizomrendszeri betegségek feltárását és ergonómiai megoldását célozza, amelynek eredményeit MOL-csoport szinten bevezetik a mindennapi gyakorlatba.

A MOL *COHESIO* projektjének időtartama 2010-től három évre szól, de a programok fenntarthatóságát a továbbiakban is szeretnék megőrizni. Ezért a stressz-kezelő tréningek vállalati oktatási rendszerbe történő beillesztését tervezik, hogy azok valóban a mindennapok részévé váljanak.

2010-ben a MOL az érdekképviseletek és a munkavállalók bevonásával kidolgozta *Esélyegyenlőségi Tervét*, amelynek célcsoportjai a gyermeket nevelő, az 50 évnél idősebb, a nemzeti vagy etnikai kisebbséghez tartozó, a pályakezdő és az esetleges csoportos létszámleépítésben érintett munkavállalók.



A „Munka: Lélekre Hangolva” kampány az Európai Bizottság 2003–2008-as Népegészségügyi Programjának társfinanszírozásával valósult meg.

Az Európai Bizottság Egészség- és Fogyasztóügyi Végrehajtó Ügynöksége nem vállal felelősséget a tanulmányban felhasznált információkért, a kizárólagos felelősség a szerzőt terheli.



## LELKI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS

---

Ezen kívül elkészült a cég *Rehabilitációs Kézikönyve* (eljárásrend, hasznos információk) és *Rehabilitációs szabályzata* (a Rehabilitációs Bizottság működése, rehabilitációs eljárás) is. A cég hangsúlyt fektet dolgozói munkájának és a magánéletének összeegyeztethetőségére rugalmas munkaidő, részmunkaidő, távmunka és rugalmas szabadságolás lehetőségének biztosításával.

A határozott céloknak, a módszertanilag megfelelően

megalapozott programoknak, az összehangolt munkának, a kutatásoknak, a bizonyítékon alapuló gyakorlati kezdeményezéseknek, felméréseknek, tréningeknek, és annak az elhivatottságnak köszönhetően, amely a MOL Nyrt. munkatársait jellemzi, a vállalat joggal nyerte el a „*Munka: Lélekre Hangolva*” kampány keretében a „*Munkahelyi Lelki Egészségfejlesztés Legjobb Gyakorlata*” címet.



## A Procter&Gamble, Hyginett Kft. lelki egészségfejlesztési jó gyakorlata

Goda Krisztina

A Foglalkozás-egészségügyi Szolgálat vezetője

A Procter&Gamble, Hyginett Kft. vezetőinek elkötelezettsége és felelősségvállalása a munkatársak egészsége és teljesítőképessége iránt példamutató. Ez tükröződik a vállalati politikában, irányelvekben és fontos része a szervezeti kultúrának. Különös figyelmet szentelnek a vezetők és a többi munkatárs közötti közvetlen kapcsolat, a nyitott munkahelyi légkör kialakításának. Erre jó példa a rendszeres heti „Open Talk” és „HR reggeli” kötetlen beszélgetései a vezetők és a dolgozók között. A nemzetközi gyakorlatban már alkalmazott, valamint saját kezdeményezésű programjainak és egy lelkes csapatnak köszönhetően a Procter&Gamble, Hyginett Kft. elérte, hogy – dolgozóival szoros kapcsolatot kialakítva – közösen oldják meg mind a testi, mind pedig a lelki problémákkal kapcsolatos kérdéseket.

A vállalat üzleti stratégiája gazdasági érdekként fogalmazza meg a munkavállalók egészségének támogatását és fejlesztését. Mindez tükröződik 17 pontos egészségvédelmi minőségbiztosítási rendszerükben (*Health Systems Key Elements* – egészségvédelmi kulcselemek), és a rendszeres külső auditálási értékelésekben. Az egészségvédelmi kulcselemek legfontosabb alkotói a sürgősségi feladatokra való felkészültség, a munkavállalók lelki támogatása (*Employee Assistance Program*), a szűrő- és munka-alkalmassági vizsgálatok kivitelezése, a betegállomány kezelése, prioritások felállítása,

a kockázatértékelés és az egészségfejlesztő programok működtetése.

A lelki támogatást nyújtó programban 2009 során 114 munkatárs kapott segítséget, hogy leküzdhesse mentális nehézségeit, 32 esetben pszichoterapeuta segítségével. A programot a Foglalkozás-egészségügyi Szolgálat munkatársai vezetik, pszichológus és pszichoterapeuta bevonásával, akik a munkaalkalmasság megállapításán kívül a lelki egészség helyreállításban is segítik a dolgozókat. A rászoruló alkalmazottak kéthetente jelentkezhetnek be konzultációra, amely helyben, a gyár területén, annak rendelőjében hozzáférhető. A szolgálat elektronikus és csoportos tréningjein rendszeresen tájékoztatják az alkalmazottakat a program elemeiről, amelynek megelégedettségi mutatója 95% fölött van.

2009-ben vezették be az ún. „vállalati atléta” (*Corporate Athlete*) képzés is. A tréning az egyén jóléti állapotának összetevőit vizsgálja, az energizált, harmonikus élet megteremtéséért. Külön fejezet foglalkozik a spirituális és a lelki béke kérdésével. A tréning során megszerzett tudás fenntartását rendszeres frissítő információkkal biztosítják.

A dolgozók körében stressz-szint mérés, stresszkezeléssel és jógaoktatással is segítik a lelki kiegyensúlyozottság állapotának elérését. A lelki egészség fontos összetevőjeként a társas kapcsolatok támogatása



A „Munka: Lélekre Hangolva” kampány az Európai Bizottság 2003–2008-as Népegészségügyi Programjának társfinanszírozásával valósult meg.

Az Európai Bizottság Egészség- és Fogyasztóügyi Végrehajtó Ügynöksége nem vállal felelősséget a tanulmányban felhasznált információkért, a kizárólagos felelősség a szerzőt terheli.

is prioritást élvez. A gyár minden részlege csapatépítő rendezvényeken erősíti a kapcsolatokat, évente egyszer az egész szervezet, a családtagokkal együtt egy családi napot is eltölt.

Minden évben kampányjelleggel is megszólítják a munkavállalókat, valamint irodai masszázst, fényterápiás kezelést is biztosítanak számukra, illetve lehetőségük van a dohányzásról való leszokásban segítség igénybevételére is.

Az elégedettségi kérdőívek eredményein alapuló tervezésnek, a lelki egészség kérdését a vállalati kultúra szerves részévé tevő, a társas támogatást elősegítő, valamint a lelki egészséggel foglalkozó tréningeknek köszönhetően a Procter&Gamble, Hygiett Kft. méltán nyerte el a „Munka: Lélekre Hangolva” kampány keretében a „Munkahelyi Leleki Egészségfejlesztés Legjobb Gyakorlata” címet.

## 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. *Honlap:* www.oefi.hu.

### *A kézirat formája*

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

Fáradozásukat köszöni és eredményes munkát kíván

a Szerkesztőbizottság



# Stresszkezelési tréning

az Országos Egészségfejlesztési Intézet megbízásából összeállította

Balassa Levente pszichológus

„Borzalmas látni, hogy valaki semmiségekért remeg,  
és ugyanakkor érzéketlen a legnagyobb dolgokkal szemben.”  
(Blaise Pascal)

## 1. Bemutakozás

### 2. A tréning keretei: Avagy a jó együttműködés szabályai

- Tisztelettel bánok másokkal.
- A magam nevében beszélek, egyes szám első személyben fogalmazok.
- Kérdéseket teszek fel, ahelyett, hogy a feltételezéseimre reagálnék.
- Világosságot teremtek ott, ahol ez számomra és/vagy mások számára jelentős.
- Cselekedeteimért én magam vagyok a felelős.
- Bizalomra méltóan viselkedem, és a személyesnek tekinthető információkat megtartom a csoporton belül.
- Reális megállapodásokat kötök, és ezeket megbízhatóan betartom.

Továbbá:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## 3. A stressz meghatározása és folyamata

### Stressz:

- a) A stressz egy nem specifikus reakció, amellyel szervezetünk reagál minden kihívásra, minden erőteljes ingerre. (Hans Selye)
- b) A stressz a külső-belső világ változásaihoz való alkalmazkodás természetes folyamata.
- c) A stressz az, amikor az emberek a lelki vagy fizikai jóllétüket veszélyeztető eseménnyel szembesülnek. (Atkinson, 1995)

### Szorongás:

A stressz-helyzetben kialakuló természetes érzelmi állapot, feszültség, amely arra figyelmeztet bennünket, hogy valami nincs rendben a világgal való kapcsolatunkban, és az adott szituációval csak megküzdési kapacitásunk maximumának mozgósításával vagyunk képesek megbirkózni.

### Megküzdés/coping:

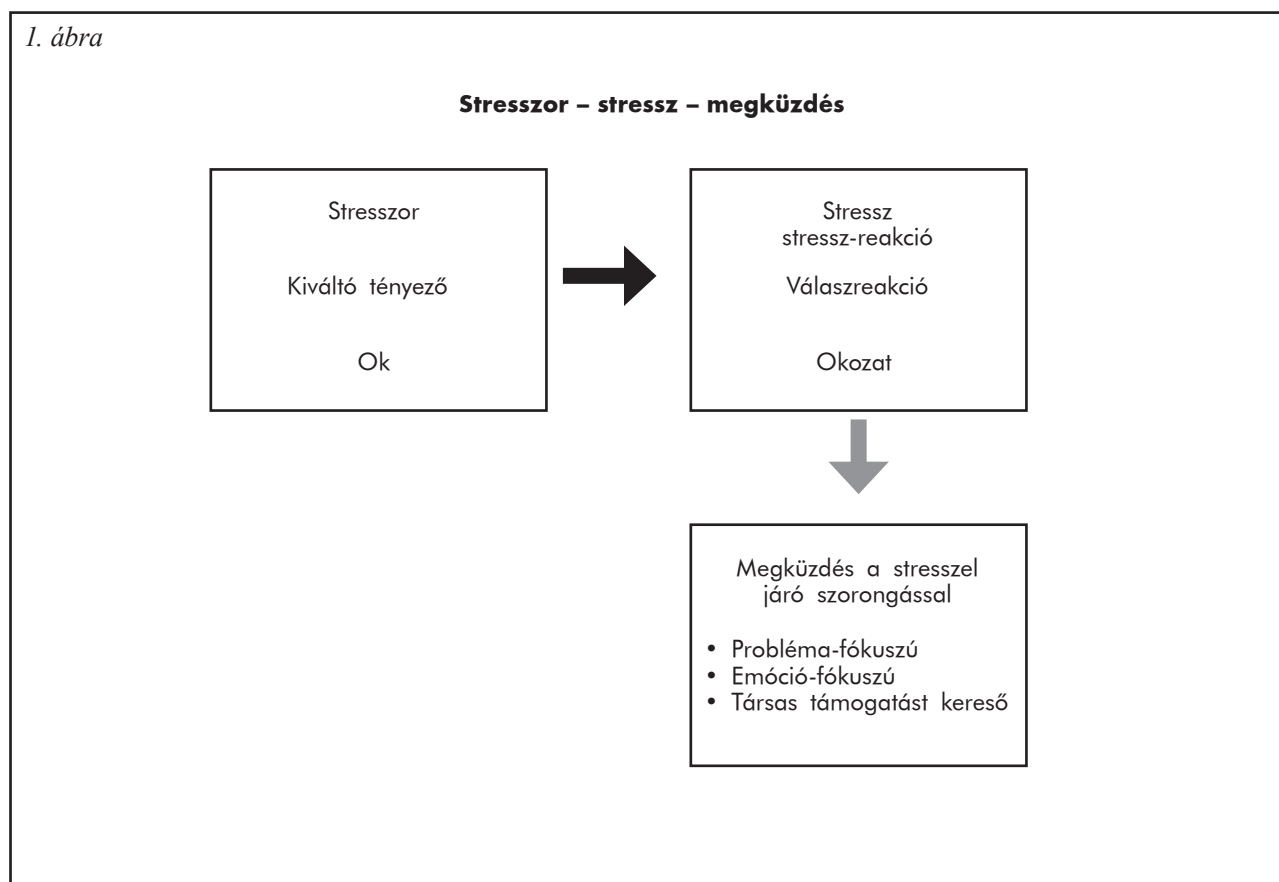
A stresszel járó szorongás csökkentésére szolgáló gondolati, érzelmkezelési és viselkedéses eljárások egyénre jellemző mintázata, amely helyreállítja a szervezet egyensúlyát.



A tréning kidolgozása a „Munka: Lélekre Hangolva” kampány keretében történt, amely az Európai Bizottság 2003–2008-as Népegészségügyi Programjának társfinanszírozásával valósult meg.

Az Európai Bizottság Egészség- és Fogyasztóügyi Végrehajtó Ügynöksége nem vállal felelősséget a tanulmányban felhasznált információkért, a kizárólagos felelősség a szerzőt terheli.

1. ábra

**Interakcionista nézőpont:**

A helyzet és a személy egyes konkrét összetevőinek kölcsönhatása. Elsősorban: a stresszt átélő személy szubjektív értékelése. Az ugyanis, hogy mely külső vagy belső (érzelmi) eseményt értelmeznek olyanként, amely a saját testi-lelki erőforrásait jelentős mértékben igénybe veszi, személyről személyre változik. (1. ábra)

**Az általános alkalmazkodási szindróma fázisai****1. Riasztási vagy „alarm” reakció – „küzdj, vagy menekülj!”**

Élettani háttere: az ősember szervezetének természetes reagálása a veszélyre – Cannon-féle vészreakció

**2. Ellenállási fázis**

A szervezet ellenállóképességének fokozódása, a megküzdési kapacitások mozgósítása a szorongás redukálása érdekében.

**3. Kimerülési fázis**

Amikor a hosszú ideig elhúzódó stressz-hatás(ok) miatt a szervezet többé már nem képes a tartalékokat mozgósítva alkalmazkodni, és így az ellenállóképesség csökken.

**A stressz kezelésének konkrét lehetőségei:****1. Vágyaink és céljaink tudatosítása****2. Önbizalom és pozitív gondolkodás**

- Gondolataink tudatos monitorozása (naplózás)
- Gondolkodási torzítások felismerése
- Negatív gondolataink megkérdőjelezése
- 4 kérdés technika
- Átkeretezés (reframing)

**3. Konfliktuskezelés és asszertív kommunikáció**

- Konfliktusaink megjelenítése
- Agresszivitás nélkül, de magabiztosan (asszertivitás)
- Önérvényesítés (kérés, egyszerű – komplex önérvényesítés, „nem”-et mondás)
- Önérvényesítő kommunikációt segítő készségek: meghallgatás és empátia
- 4 kérdés technika alkalmazása
- Problémamegoldás és brainstorming

**4. Időbeosztás (saját idő és kikapcsolódás)**

- Fontosság és sürgősség
- Munkahelyi hatékonyság növelése
- Ütemtervek készítése



## LELKI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS

### 5. Ellazulásra való képesség

- Séta
- Relaxáció
- Jóga
- TM
- Művészetek élvezete

### 1. Motivációink:

*Miért vagyok itt?*

.....

.....

.....

.....

.....

*Milyen kép fejezi ki legszemléletesebben a stresszt?  
(pl. tárgy, állat, természeti kép)*

.....

.....

.....

.....

.....

*Milyen dolgokban szeretnék változtatni?*

.....

.....

.....

.....

.....

*Ehhez miben szeretnék változni?*

.....

.....

.....

.....

.....

*Milyen vágyaim vannak?*

.....

.....

.....

.....

.....

*Képzeld el, hogy beteljesültek ezek a vágyaid! Mit nyújt neked ezek beteljesülése? (Milyen állapotot idéz elő, milyen érzéseket vált ki benned?)*

.....

.....

.....

.....

.....

*Miért fontos neked, hogy ilyen állapotban legyél, hogy így érezd magad?*

.....

.....

.....

*Milyen céljaid vannak életed egyes területein?  
Legyenek DERÉK céljaid!*

**Karrierbeli céljaim:**

**Rövid távú:**

.....

.....

.....

**Középtávú:**

.....

.....

.....

**Hosszú távú:**

.....

.....

.....

**Magánéleti céljaim:**

**Rövid távú:**

.....

.....

.....

**Középtávú:**

.....

.....

.....



Hosszú távú:

.....  
 .....  
 .....

*Mi(k) jelenti(k) számomra a legnagyobb stresszt az életemben?*

.....  
 .....  
 .....

*Milyen konkrét helyzet(ek)ben jelenik meg az előbbi stressz?*

.....  
 .....  
 .....

*A tipikus stressz-helyzetben hogyan érzed magad, mire szoktál gondolni, és hogyan viselkedsz?*

Érzések:

.....  
 .....  
 .....

Gondolatok:

.....  
 .....  
 .....

Viselkedés:

.....  
 .....  
 .....

*Milyenné szeretnéd átalakítani ezt a tipikus helyzetet? (Azaz milyennek képzeled el az ideális helyzetet? Milyennek szeretnéd látni magad a helyzetben?)*

.....  
 .....  
 .....

*Volt-e már olyan valaha az életedben, amikor ugyanilyen, vagy hasonló helyzetben úgy viselkedtél, ahogyan szerettél volna, illetve, ahogy az előbb leírtad?*

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

Megbeszélés:

.....  
 .....  
 .....  
 .....

## 2. Gondolataink ereje:

### a) Irreális elvárások I. (a felesleges „kell”-ek):

- Mindig pontosnak kell lennem.
- Másoknak is mindig pontosnak kell lenniük.
- Minden vasárnap meg kell látogatnom a rokonaimat. (Ha rosszkedvű vagy ingerült vagy a kötelező látogatás miatt, akkor amúgy sem látnak majd szívesen)
- Minden hétfő reggel megbeszélést kell tartanunk. (Akkor is van értelme a megbeszélésnek, ha nincs mit megbeszélni?)
- Mindig igent kell mondanom, ha túlórázásra, vagy plusz munkára kérnek. (A munka mellett más dolgoknak – pl. a családi programoknak – is kellő jelentőséget kell tulajdonítanunk.)
- Sokat kell keresnem, hogy nagy házban élhessek, és nagy autóm legyen. (Vajon az anyagi jólét az egészség-nél és az emberi kapcsolatoknál is fontosabb?)
- Mindenkivel jóban kell lennem. Mindig át kell segítenem másokat a nehéz időszakukon. (A saját „nehéz időszakunk” ugyanolyan fontos, mint másoké.)

### b) Lelki játékok: avagy hogyan lássunk mindent sötét színben

- Mindent vagy semmit (Nem valószínű, hogy minden bajnak mi magunk vagyunk az okozói, de az sem, hogy minden miattunk javul meg.)
- A jó dolgok lekicsinylése (Ahelyett, hogy csak a negatív dolgokra gondolunk, a pozitívoknak is tulajdonítsunk kellő jelentőséget!)
- Rémlátomás (Csak a saját helyzetünket nehezítjük, ha mindig a legrosszabbat feltételezzük.)
- Címkezés (Ahelyett, hogy azt mondanánk „Csak én lehetek ekkora barom!”, mondjuk inkább azt, hogy „Hibáztam, de ez mással is megesik, úgyhogy gyorsan túl kell tennem magam rajta.”)

• „Ha ..., akkor ...!” (Mivel a megtörtént dolgokat – bármilyen hihetetlen is – már nem tudjuk meg nem történné tenni, ezért ne cukkoljuk magunkat azzal, hogy „ha akkor másképp döntök, akkor most nem így lenne!”)

#### c) Negatív várakozások kontra hiú remények:

A stresszhelyzetek többsége semleges, így a probléma soha nem önmagában a helyzetben rejlik, hanem a helyzetre adott saját reakcióidban. Ahogyan a helyzetet észleled, és összeveted múltbéli tapasztalataiddal, annak megfelelően fog konkrét jelentéssel telítődni!

Az élet egyes helyzetei azáltal nyerneket jelentőséget, hogy mindenáron összevetjük őket várakozásainkkal. Amennyiben a valóság nem felel meg várakozásainknak, konfliktushelyzet jön létre. Tehát ha nem vagyunk elég rugalmasak, akkor rendre felesleges stresszt okozunk magunknak!

#### d) Mentális monológok és önbeteljesítő jóslatok:

Saját magunkkal folytatott olyan belső beszélgetéseink, amelyek negatív frázisokat tartalmaznak, ezért kiválóan alkalmasak önmagunk marcangolására, stresszelésére.

(A negatív gondolkodásmód mögött gyakran önértékelési problémák húzódnak meg, ezért az ilyen ember egy konkrét probléma esetén nem a kreatív megoldási lehetőségeket találja meg, hanem csak a felmerülő nehézségeket.)

A negatív belső beszéd sokszor válik önbeteljesítő jóslattá, mivel ha elég sokszor mondogatjuk magunknak, hogy kudarcot fogunk vallani, akkor valószínűleg így is lesz. (Ez egyrészt megnyugtató, mert elvárásaink valóra válásával kiszámíthatóvá teszik az életünket – másrészt roppant veszélyes, mert a gyakori kudarcélmények a tartós stressz révén akár súlyos egészségkárosodáshoz is vezethetnek!)

### Életszemlélet

A mentális monológok az életszemléletünk visszatükröződései.

- A négy legfontosabb életszemlélet a következő:
- Velem minden rendben, és veled is minden rendben.
- Velem minden rendben, de veled nincs minden rendben.
- Velem nincs minden rendben, de veled minden rendben.
- Velem nincs minden rendben, és veled sincs minden rendben.

Saját eddigi életszemléletem: (Jelöld be!)

Kialakulásuk...

(És a dicséretre adott reakciók...)

Megbeszélés:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

#### e) Irreális elvárások II. (az irreális alapelvek azonosítása):

A 9 leggyakoribb irreális alapelv a következő:

- Fontos, hogy mindenki elfogadjon minket.
- Bizonyos helyzeteket jobb elkerülni, mint szembe-sülni velük.
- Csak akkor tekinthetem magam sikeresnek, ha fontos dolgokat érek el.
- Mások segítségére szorulok, és minden nehéz helyzetben szükségem van egy nálam erősebb egyéniségre.
- A boldogtalanság külső tényezők eredménye, így szinte semmilyen lehetőségem sincs a közérzetem befolyásolására.
- A mostani viselkedésem egyértelmű következménye bizonyos múltbéli történéseknek. Ha egykor mély nyomott valami az életemre, a teheről sosem tudok többé megszabadulni.
- Ha valami félelmetes történhet, jobb, ha felkészülök rá, ezért úgy kell viselkednem, mintha bármelyik pillanatban bekövetkezhetne.
- Más emberek problémáin is fel kell bosszantanom magam.
- Minden problémának van egy tökéletes megoldása – mással nem is érdemes próbálkozni.

### Feladat

1. Azonosítsd és ismerd fel a saját irreális alapelveidet! (Karikázd be a fentiek közül azokat, amelyek eddig rád is érvényesek voltak!)

2. Elemezd egy kicsit ezeket – és próbáld kinyomozni, hogy melyik életkorodból, illetve honnan (kitől, miből) származhatnak!

3. Ismerd fel az érvénytelenségüket!

4. Jelenlegi élethelyzeted és igényeid szerint változtass rajtuk, ha szükséges!

Saját, új alapelveim:

.....

.....

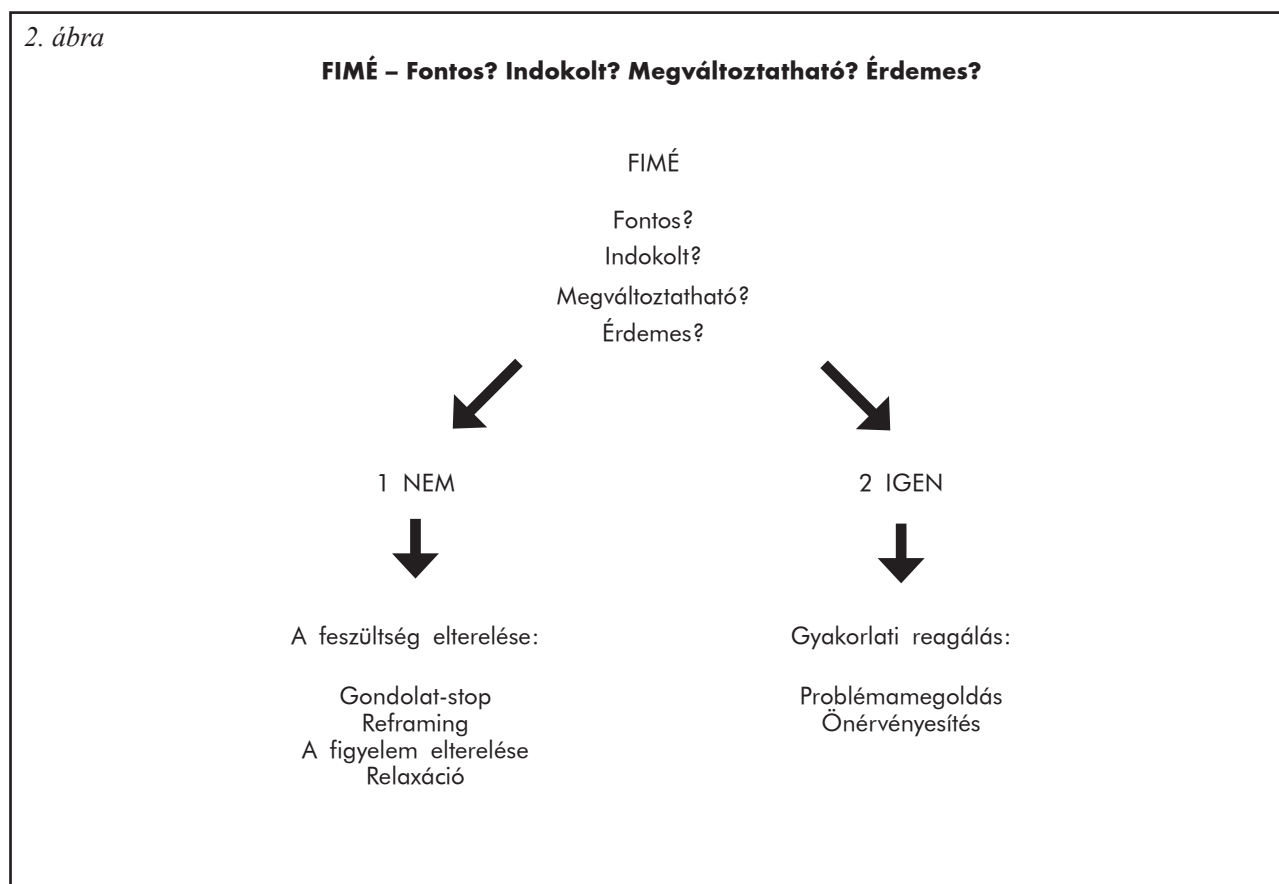
.....

.....

.....



2. ábra



Megbeszélés:

.....

.....

.....

.....

.....

Megbeszélés:

.....

.....

.....

.....

.....

### Gyakorlat

#### Tipikus gondolkodási hibák felismerése (összefoglalás)

- Minden vagy semmi típusú gondolkodás
- Túlzó általánosítások (mindig, minden, soha, senki)
- Pozitívumok leértékelése, figyelmen kívül hagyása
- Katasztrófizálás
- Címkézés, önmagunk beskatulyázása
- Negatív szűrő (egyetlen részlet kiemelése)
- Önkenyves következtetés (Gondolatolvasás, jövődömondás)
- Érzelmi alapon történő érvelés (a tények figyelmen kívül hagyása)
- Megszemélyesítés (mások viselkedését saját hibáknak tulajdonítjuk)
  - „Kell” állítások (2. ábra)

#### A percepciók megváltoztatása: pozitív belső beszéd

*Javasolt mondatok:*

- Végül is nem olyan katasztrófális a helyzet.
- Nézzük meg közelebbről, hogy mit tanulhatok a helyzetből!
- Ennél nehezebb problémákat is megoldottam már. (Emlékezz vissza korábbi sikeres problémamegoldásaidra!)
- Ugyan mi történhetne, ha végül így döntök?
- Melyek lehetnek a legsúlyosabb következményei a helyzetnek – és ezek hogyan érintik a saját lelki békémet? (3. ábra)

## 1. táblázat

## Gondolatok önmagadról

GONDOLATOK ÖNMAGAMRÓL	POZITÍV GONDOLATOK KONKRÉT HELYZETEKBEN
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meg tudom csinálni!</li> <li>• Minden rendben van velem.</li> <li>• Vagyok olyan jó, mint a többiek.</li> <li>• Hajlandó és képes vagyok változni is.</li> <li>• Kedvelnek az emberek.</li> <li>• Képes vagyok befolyásolni a sorsom.</li> <li>• Alapvetően jó ember vagyok.</li> <li>• Jól nézek ki, és jól is érzem magam.</li> <li>• Élvezem a saját társaságom.</li> <li>• Sikeres leszek.</li> <li>• Ennél nehezebb helyzetet is megoldottam már!</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sikerülni fog az előadásom.</li> <li>• Figyelni fognak rám a megbeszélésen.</li> <li>• Most még ideges vagyok, de meg fogok nyugodni.</li> <li>• Időben elkészülök a jelentéssel.</li> <li>• Nem csak egy vagyok a sok közül!*</li> <li>• Megérdemelten léptettek elő.</li> <li>• Meg tudom kötni ezt az üzletet.</li> <li>• Meg tudom védeni az igazam.</li> <li>• Elérem azt, amit akarok.</li> </ul>

## Feladat

Gondolj vissza a leírt stressz-helyzetedre!  
Milyen gondolatok jutottak eszedbe magadról és a saját teljesítményedről?

.....  
.....  
.....  
.....

Gondold végig, hogyan változtathatod meg ezt a belső beszédet annak érdekében, hogy pozitívabb képet fess magadról – a magad számára?

.....  
.....  
.....  
.....

## Javaslat

1. Mostantól kezdve tudatosan figyeld meg a nehéz helyzetekben mondott belső beszédedet!

2. Készíts listát ezekről, majd ülj le és fogalmazd át ezeket pozitív gondolatokra!

3. Mondogasd ezeket a mondatokat magadnak (ellazult állapotban)!

4. Készíts listát azokról a dolgokról, amelyeket elvárás-ként fogalmazol meg önmagaddal kapcsolatban!

5. Vigyázz! Ne legyen hosszú a lista, és csak ésszerű és elérhető célokat tartalmazzon! Ne akarj mindig tökéletes lenni – ez ugyanis teljesen irreális volna! (1. és 2. táblázat)

## Munkahelyi stressz

## A munkahelyi stressz forrásai általában:

- A vállalat felépítése (horizontális vs. vertikális)
- Munkahelyi kapcsolatok (légkör és személyiségbeli összeférhetlenségek)

- Előmeneteli lehetőségek (előléptetés és lefokozás, karrier-plafon)
- Szerepek és feladatok egyértelműsége (mit várnak el tőlem, mit kérhetek a beosztottaimtól)
- Környezet (zaj, fluktuáció, elismerés)
- Munkahely változása, megszűnése
- Magánélettel való egyensúly hiánya („work-life balance”)

## Feladat

**FONTOS: Rendszeresen tegyem fel a kérdést, hogy**

„Elégedett vagyok a munkámmal?”

„Mi az, ami igazán fontos számomra a munkában, és azon kívül?”

A 2002-es EU Report szerint a leggyakoribb munkahelyi stressz-források:

1. Túl- és alulterheltség
2. Időhiány a munka elvégzéséhez
3. Nem egyértelmű feladat
4. Elismerés hiánya és a büntetés aránytalansága
5. Nincs lehetőség a panaszra
6. Sok felelősség és kevés döntési lehetőség
7. Együttműködés hiánya
8. Kevés kontroll élménye
9. Bizonytalanság
10. Károsító környezet
11. Képességek kihasználatlansága

## Néhány általános szempont a munkahelyi stressz-kezeléshez

**Hogyan kerüljük el a stresszt előléptetés után?**

- Tisztázzuk a munkaköri leírásunkat!
- Tisztázzuk a velünk szembeni elvárásokat!
- Fejlesszük tudatosan a munkánkhoz szükséges új készségeket!
- Tisztázzuk a viszonyunkat beosztottainkkal!

## 2. táblázat

## További példák a negatív és a pozitív belső beszédre

Helyzet: üzleti úton defektet kap az autója	
Negatív mentális monológ: „A szentségit ebbe a vén csotrogányba!” „Le fogom késni az összes megbeszélést!” „Reménytelen a helyzet!”	Pozitív belső beszéd: „Rosszkor jött ez a defekt!” „Felhívom Tamást, és lemondok a találkozónkat. Így a többi megbeszélésre valószínűleg oda fogok érni.”
Helyzet: szívroham utáni lábadozás	
Negatív mentális monológ: „Majdnem meghaltam. Már nem sok időm van hátra.” „Sosem fogok tudni újra dolgozni.” „Sosem sportolhatok többé.”	Pozitív belső beszéd: „Nem haltam meg. Ezt is túléltem!” „A doki szerint rövidesen újra munkába állhatok.” „Idővel szinte minden sportot újra kezdhetek!”
Helyzet: plusz munka egy kolléga betegsége miatt	
Negatív mentális monológ: „Még a saját munkám sem tudom mind elvégezni.” „Össze fogok roskadni ekkora teher alatt.” „Azt akarják, hogy két ember helyett dolgozzak.”	Pozitív belső beszéd: „Át kell gondolnom a napirendem, és rangsorolnom a teendőimet!” „Végre itt az alkalom, hogy jobban megismerhessem a cég működését.” „Jövőre erre hivatkozva kérhetek fizetésemelést vagy előléptetést!”
Helyzet: nézeteltérés az egyik felettesével	
Negatív mentális monológ: „Utálom ezt az embert!” „Ostobának állít be!” „Sosem fogunk kijönni egymással.”	Pozitív belső beszéd: „Rosszul érzem magam, ha a közelemben van.” „Ingerlékeny leszek, ha meglátom.” „Igyekszem jóban lenni vele.”
Helyzet: előadás megtartása előtt	
Negatív mentális monológ: „Mi lesz, ha elrontom?” „Senki sem fog nevetni a nyitó viccemen.” „Mi lesz, ha rákérdeznek valamire?” „Nem szeretek nagy társaság előtt beszélni.”	Pozitív belső beszéd: „Végre egy nekem való feladat!” „Veszek egy mély levegőt, és igyekszem ellazulni.” „Tetszeni fog nekik.” „Minden prezentációval egyre nagyobb gyakorlatra teszek szert!”

- Igyekezzünk fittekk és egészségesek maradni!
- Egy darabig ne vállaljunk új megbízásokat életünk egyéb területein!
- Ne hanyagoljuk el a családunkat és a barátainkat!
- Szakítsunk időt magunkra is!

### Az egészséget támogató munkahely jellemzői

*Lennart Levi (2000): Guidance on Work-Related Stress. Spice of Life or Kiss of Death (EU)*

1. A dolgozók tisztelete
2. A dolgozók testi-lelki egészségének, életminőségének értékésként és befektetésként kezelése, elősegítése
3. A különbözőség, mint erőforrás elfogadása
4. Autonómia és részvétel biztosítása a dolgozók számára
5. A változások megfelelő menedzselése
6. Folyamatos tanulás
7. A kríziskezelés képessége, a krízis elfogadása,

- mivel hatékony megoldás esetén a fejlődés alapja lehet
- 8. Megfelelő terhelés
- 9. Egyensúly a különböző életfeladatok között (pl. gyermekes anyák kettős hivatásának támogatása)

### Konfliktuskezelés és asszertív kommunikáció

A magabiztosság az alábbi három terület alapelveinek elsajátításából tevődik össze:

1. Arról vallott meggyőződésünk, hogy mi irányítja az életünket.
  2. Az általunk ténylegesen használt szavak és kifejezések.
  3. A nonverbális kifejezőmódunk, vagyis az általunk használt testbeszéd.
- Fontos konfliktus-helyzetekben kérdezzük meg magunktól:
- Milyen jogaim vannak?
  - A partneremnek milyen jogai vannak?

3. ábra

**Átprogramozás a javuló teljesítmény és jobb közérzetem érdekében**

Önmagam megbecsülése (önbizalom-tréning):  
Gondolj néhány pozitív dologra önmagaddal kapcsolatban!

.....

.....  
Írd le, mire vagy büszke önmagaddal kapcsolatban!

.....

.....  
Milyen tulajdonságaid segítettek hozzá sikereidhez?

.....

.....

– A partnerem elfogadja a jogaimat?

– Én elfogadom a partnerem jogait?

Továbbá:

Legyünk tisztában a minket megillető jogokkal, de fogadjuk el a velük járó kötelezettségeinket is! Ha így teszünk, és betartjuk munkánk, valamint az emberi együttélés legalapvetőbb szabályait, akkor könnyebben képesek leszünk beismerni hibáinkat is – mert tudjuk, hogy azok jóvátehetőek, és emberi értékünket nem kisebbitik.

**Az aszertív jogok listája**

*Jogom van:*

1. Kapacitásom meghatározására
2. Hogy tisztelettel bánjanak velem
3. Hogy meghallgassanak és komolyan vegyenek
4. Hogy megfelelően kifejezhessem a véleményemet és érzéseimet
5. Hogy kérjem azt, amire szükségem van
6. Hibázni
7. Háttérben maradni, ha úgy tetszik
8. Elutasítani, vagy tárgyalni
9. Mentegetőzés nélkül kijelenteni, hogy „nem tudom”
10. Gondolkodási időt kérni

**Helyzetgyakorlat (hideg leves)****Az önérvényesítő kommunikáció 4 alapvető útja**

1. Kérdések megfogalmazása:

– Arra vonatkozó kérdés, hogy a másik ember változtasson a viselkedésén:

Pl.: *Légy szíves tegyél rendet az irodában, miután befejezted a munkát!*

– További információt vagy tisztázást kérünk:

Pl.: *Kérem, magyarázza el nekem, miért Józsefet léptették elő, és nem engem!*

– Meghallgatást, figyelmet kérünk:

Pl.: *Tudna délután rám szólni fél órát, hogy elmondjam az álláspontomat?*

2. Egyszerű önérvényesítés:

Ha kérésünk arra vonatkozik, hogy a másik konkrétan mit változtasson a viselkedésén, akkor egyszerűen és kertelés nélkül mondjuk ki, hogy pontosan mit szeretnénk! (Ha csak lehet, állító mondatban fejezzük ki magunkat.)

Pl.: *Kérlek, várd meg, amíg befejezem a mondandómat!*

3. Komplex önérvényesítés:

Mielőtt nekikezdünk jogos érdekeink érvényesítésének, tisztázzuk a célunkat! (Mit akarok elérni?)

## 3. táblázat

## Konfliktuskezelés és asszertív kommunikáció

Agresszív viselkedéshez vezető meggyőződések:	Bátortalan viselkedéshez vezető meggyőződések:
A támadás a legjobb védekezés Az agresszió eredményhez vezet Jobb (erősebb) vagyok a többiekénél A többiekben nem lehet megbízni Senki sem állíthat meg A többieknek nincsenek (olyan) jogaik (mint nekem) A többiek ostobák/tudatlanok/lassúk	Nem vagyok erre alkalmas A többieknek nem tetszene, ha kimondanám, amit gondolok Az én véleményem nem olyan jó, mint a többieké Nem vagyok képes... Tökéletesnek kell lennem Soha nem tudom teljesíteni Bárcsak megtehetném
Magabiztos (asszertív) viselkedést eredményező meggyőződések:	
Jogom van véleményt nyilvánítani Megalapozottak az elképzeléseim Jogom van hozzá, hogy mások tekintettel legyenek rám Felelős vagyok mindazért, ami velem történik Ura vagyok a helyzetemnek Rajtam múlik, miként viselkedem Minden visszajelzésből okulhatok Jogom van hibázni, és azokból tanulni Én is nyújtok valamit másoknak	

## A helyes és teljes kérés megfogalmazásának lépései:

## 1. A jelen helyzet rövid bemutatása

Néhány mondatban foglaljuk össze, hogy mi az, ami zavar. Tömören, lényegre törően fogalmazzunk, és ne támadjuk a másikat:

„Óriási felfordulás van a raktárban. Legutóbb én raktam benne rendet.”

2. Mondjuk el az adott helyzettel kapcsolatos érzéseinket, egye szám első személyben fogalmazva:

„Semmi kedvem sincs ahhoz, hogy újra én tegyek rendet.”

## 3. Kérjük azt a konkrét viselkedést, amit szeretnénk.

„Kérlek, most csinálj rendet Te a raktárban!”

Még két további lépés hasznos lehet:

## 4. Fejezzük ki, hogy megértjük a másik szempontjait.

„Tudom, hogy neked is fárasztó heted volt.”

## 5. Próbáljuk meg elérni, hogy a másik tegyen ígéretet.

„Szóval megtennéd ezt nekem?”

Amennyiben az eddigiek sem lennének eredményesek, akkor még egy lépést tehetünk:

## 6. Mutassunk rá a következményekre.

„Egyre nagyobb rendetlenség lesz, ami lehetetlenné teszi a hatékony munkánkat.”

## A „Nem”-et mondás művészete

Használjuk a 4 kérdés technikát, hogy eldönthessük, „NEM”-et mondjunk-e!

– azaz: FIMÉ (Fontos? Indokolt? Megvalósítható? Érdemes?)

A „nem”-et mondás stressze többnyire a következő meggyőződésekéből ered:

- Az elutasítással feldühítem, illetve megsértem a másikat.
- Nem fognak ezen túl szeretni.
- Udvariatlan és önző dolog a visszautasítás.
- Ha elutasítom, akkor én sem kérhetek a másiktól semmit.
- A másik igénye fontosabb az enyémnél.

## Javaslat

Ha szükséges és lehetséges (erre olykor érdemes külön rákérdezni), akkor késleltessük a válaszadást. Így lehetőségünk lesz alaposabban végiggondolni a lehetőségeket, és feltenni magunknak a 4 kérdést.

Ha túl gyorsan válaszolunk, akkor előfordulhat, hogy később megbánjuk döntésünket.

## Így merjünk „Nem”-et mondani:

- Mondjunk egyértelműen és határozottan.
- Ne mentegetőzzünk és ne kérjünk bocsánatot.
- Adjunk rövid magyarázatot – de ez ne legyen mentegetőzés.
- Ne hivatkozzunk a múltra.
- Ismerjük fel a sikerünket, és merjünk elégedettek lenni.
- Ha egy kérésre „nem”-et tudunk mondani, akkor magabiztosak vagyunk.



**Problémamegoldás:**

- a. Határozzuk meg minél pontosabban a problémát:  
.....  
.....  
.....
- b. Tisztázzuk pontosan a céljainkat:  
.....  
.....  
.....
- c. Soroljunk fel minden elképzelhető megoldást:  
.....  
.....  
.....
- d. Hozzunk döntést:  
.....  
.....  
.....
- e. Valósítsuk meg a döntést: (lépésről lépésre)  
.....  
.....  
.....
- f. Értékeljük az eredményt: (milyen mértékben sikerült elérni a megoldást)  
.....  
.....  
.....
- g. Ha szükséges, keressünk további megoldási lehetőségeket: (3. pont)  
.....  
.....  
.....

**Időgazdálkodás**

- 1. Fontosság és sürgősség
- 2. Ütemtervek készítése
- 3. Munkahelyi hatékonyság növelése

**A munkahelyi teljesítmény fejlesztése**

Alakítsunk ki megfelelő munkakörnyezetet

- Íróasztal
- Tájéolás

Saját munkakörnyezetem jellemzése:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Változtatási lehetőségek:

.....  
.....  
.....

**Munkaszervezés**

- Papírmunka
- Selejtezés
- Előjegyzés
- Iktatás

Saját munkaszervezésem jellemzése:

.....  
.....  
.....

Változtatási lehetőségek:

.....  
.....  
.....

**Félbeszakítások**

- Testbeszéd
- Szünetek
- Telefonok

Saját félbeszakításaim csökkentése:

.....  
.....  
.....

**Jelentések (időzítés, sablonok használata) és prezentációk**

Saját attitűdöm:

.....  
.....  
.....

## Relaxációs technikák

A relaxációs módszerek arra irányulnak, hogy megszűntessék a szorongás testi és lelki tüneteit. A szorongást, mint érzelmi állapotot nem szükséges leírni sem, hiszen az érzést mindenki ismeri. Ebben az állapotban veszélyérzetünk, aggodalmaink támadnak, feszültek vagyunk, menekülnénk, vagy türelmetlenek vagyunk, de az is lehet, hogy agresszíveké válunk. A szorongás testi tünetei lényegében megegyeznek a pánikroham tüneteivel, esetleg intenzitásuk alacsonyabb szintű.

A relaxáció szó szerint ellazulást jelent, s a legtöbb relaxációs módszer elsősorban az izmok ellazítására koncentrál. A szorongás egyik vezető tünete ugyanis az izomfeszülés, amit sokszor csak akkor veszünk észre, amikor ellazulunk. Ez az izomfeszülés okozhat egy-egy szorongató helyzetben akár izomlázat is, de fáradékonyságot, fejfájást, derékfájást is. Azt, hogy az izomfeszülés és a lelki feszültség között milyen szoros kapcsolat van, az is bizonyítja, hogy a szorongáscsökkentő gyógyszerek általában egyben izomlazítóként is használatosak.

A relaxáció (és a hipnózis) egyik lényeges hatóeleme, hogy amit elképzelünk, azt a testünk meg is valósíthatja. Ez természetesen nem megy mindenkinek egyformán, de relaxálni mindenki megtanulhat. A képzelet erejét mutatja, amikor egy nagy, „ásító” kapu, vagy mások ásításának látványától magunk is ásítani kezdünk. A szorongásos rosszullétek kialakulásának egyik lényeges eleme, hogy a kliens elképzelettel azt, amitől fél, és ezáltal az megvalósul. Jól ismert jelenség, hogy saját légzésünket, saját pulzusunkat sokszor nem tudjuk hitelesen megmérni, mert pusztán attól, hogy megfigyeljük, megváltozik a légzés vagy a pulzus üteme. Ha csukott szemmel állunk és elképzeljük, hogy előre dőlünk, elkezdhetünk ingani. Relaxációban a kliens a terapeuta segítségével elsajátítja azt a képességet, hogy képze-

leti képek illetve magában kimondott szavak segítségével képes legyen az izmok ellazulását előidézni testében. Erre több rásegítő módszer is létezik, az egyik leghatékosabb a progresszív relaxáció, amelyben először megfeszítjük izmainkat, hogy aztán, amikor ellazítjuk őket, könnyebb legyen átélni az ellazulást.

A másik ismert módszer az autogén tréning, amelyben az izomellazulást a végtagok és a test elnehezülésének elképzelésével érjük el. Természetesen a relaxációs technikák révén nemcsak az izmok feszülését, hanem a szívritmust, a vérnyomást, a légzést és egyéb testi funkciókat is befolyásolhatunk kellő gyakorlás után. Fontos, hogy a relaxációt arra képzett, diplomával rendelkező szakember segítségével sajátítsuk el, mert hozzá nem értők kezében a relaxáció akaratlanul is veszélyessé válhat. Bizonyos, szakmailag nem ellenőrzött, látványos sikert, gyógyulást, gazdagodást, stb. ígérő módszerek a relaxációt a kliens személyiségének megismerése nélkül gátlástalanul alkalmazzák, s több eset is ismeretes, ahol komoly károsodások léptek fel a „kezelés” hatására. Ugyanezért nem ajánljuk a szabad forgalmazású relaxációs kazetták használatát sem. Az a kitétel ugyanis, hogy „mindenki saját felelősségére” használja, csak akkor volna helytálló, ha a laikus felhasználó valóban tisztában lenne a kockázatokkal.

(Forrás: Magyar Relaxációs és Szimbólumterápiás Egyesület)

## Életmód és életvezetés

Életegyensúly = kiegyensúlyozott minőségű, és mennyiségű táplálkozás,

- + rendszeres állóképességi (aerob) testmozgás,
- + a feszültség-kezelés (stressz-kezelés) képességei

(C. H. Cooper: *A tökéletes közérzet programja*)

# HÍREK

†

## KINEK NAGYOBB A KOCKÁZATA?

Ezt a kérdést boncolgatja a daganatos betegek és hozzátartozóik országos magazinjának, a *Rákgyógyítás*nak legfrissebb, téli száma. A lap ezúttal annak járt utána, hogy van-e kapcsolat a rákbetegség és a személyiségjegyek között. A pszichológiai kutatások szerint az A-típusú személyiségnek a szívinfarktusra és az agyvérzésre, a C-típusúnak a rákra lehet nagyobb a kockázata. *Rohánszky Magda* onkopszichológus szerint amikor valaki szembesül a rákkal, ahhoz való hozzáállását, tudatosan vagy tudattalanul alakuló megküzdési stratégiáját is alapvetően meghatározza a habitusa. A magazin foglalkozik a daganatos betegek fájdalomcsillapításával és a szélsőséges diétákkal is. A szakértők azt tanácsolják a betegeknek, hogy a drága étrend-kiegészítők helyett fogyasszanak inkább friss zöldséget. További információ a [www.rakgyogyitas.hu](http://www.rakgyogyitas.hu) honlapon.

## HARC A TROMBÓZIS ELLEN

Hazánkban évente legalább 2000 ember halálát okozza az érrendszerben elakadt vérrög, amely gyakran a tüdőben torlaszolja el a vér útját, végzetes tüdőembóliát váltva ki. Az áldozatok többsége munkaképes korú, magát egészségesnek tekintő férfi és nő. A trombózisos betegek táppénzére évente milliárdokat költünk, miközben a szakemberek évek óta küzdenek a vérrögeképződés megelőzéséért és a tromboembóliás betegek túléléseért. A megoldás az lenne, ha jelentősen növelnék a trombózisközpontok számát, ahogyan ezt Nyugat-Európa legtöbb országában tették. Magyarországon jelenleg öt ilyen intézmény működik, de tízszer ennyire lenne szükség – állítja *Blaskó György*, az újonnan megnyílt központ vezető professzora. A részleteket lásd a [www.tromboziskozpont.hu](http://www.tromboziskozpont.hu) honlapon.

## AMIKOR SEGÍTHET A VIDEOJÁTÉK

A mozgássérült betegek neurorehabilitációjának fontos eleme a gyógytorna, a hétköznapi mozgáskészség javítása. Bizonyos videojátékok azonban többre képesek, segítségükkel a beteg komplex mozgásokat végezhet, kerékpározhat, táncolhat, golfozhat, vagy akár bokszolhat is. A már hazánkban is megvásárolható eszközzel javítani lehet a járáson, az egyensúlyon és a kézügyességen is, használatához azonban szakoros és gyógytornász ajánlása és felügyelete szükséges. Aki ki akarja próbálni, megteheti a budapesti *Uzsoki utcai Kózház Neurológiai Osztályán* és a nyíregyházi *Sclerosis Multiplex Centrumban*. Előzetes időpont-egyeztetés szükséges a 06-1-467-3700-as budapest, illetve a 06-42-596-683-as nyíregyházi telefonszámon.

## SZENDVICS HELYETT GABONAPEHELY

Egy friss felmérés szerint napjainkban már nemcsak a magyar dietetikusok döntő többsége, de a pácienseik nagy része – több mint kétharmada – sem indul el otthonról reggeli nélkül. a gond csak az, hogy az első étkezéskor a tányér-



ra általában szendvics kerül. A szakemberek nem győzik hangsúlyozni, hogy mennyivel egészségesebb lenne, ha reggelente teljes értékű gabonából készült pékárut, gabonapelyheket, müzlit fogyasztatnának tejtermékkel, gyümölcssel elkeverve. Ezek tartalmazzák ugyanis azokat a rostokat, vitaminokat és ásványi anyagokat, amelyek nélkülözhetetlenek a szervezet zavartalan működéséhez.

### EXERCISE IS MEDICINE EGÉSZSÉGÜGYI PROGRAM

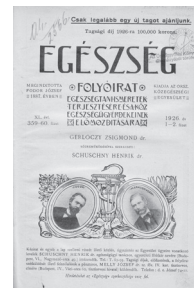
Több mint egy éve csatlakozott Magyarország az amerikai kezdeményezésre indult, Európában is átvett *Exercise is Medicine* egészségügyi programhoz, amely nálunk *Mozgás=Egészség Program* néven fut. Első lépésként 2012-ben közel 300 győri és veszprémi egyetemista egészségi állapotának átfogó felmérését végezték el. A megkérdezettek több mint fele eléggé, de nem teljesen egészségesnek ítélte magát, míg közel 10 százalékuk úgy nyilatkozott, hogy baj van az egészségével. A vizsgálatból alapján ennek az is oka lehet, hogy – akárcsak a felnőtt lakosság többsége – a diákok jelentős része gyakorlatilag inaktív, mert havi három alkalomnál nem mozog többet. Az iskolapad elhagyása után a kötelező testnevelési órák is elmaradnak, s a fiatal felnőtteknél is kialakul a mozgásszegény életmód.

### A HORMONOK ÉS AZ ASZTMA

Az asztma a légutak krónikus gyulladással járó betegség, amely nem gyógyítható, de megfelelő kezeléssel, életmódbeli változással a gyulladás intenzitása csökkenthető, az asztmás rohamok megelőzhetőek. A rohamok kialakulását számos tényező befolyásolhatja, egyebek között az időjárás változása, a légszennyezettség, a pollenek megjelenése és nem utolsósorban a dohányzás. A legfrissebb kutatások összefüggést találtak a nők menstruációs ciklusa és az asztmás tünetek változása között is. Közel négyezer asztmás, fogamzásgátlót nem szedő hölgyet figyeltek meg, és azt találták, hogy a ciklus 10. napjától 22. napjáig az asztmás tünetek rosszabbodtak. Célszerű tehát ezt is figyelembe venni a gyógyszeres kezelés beállításánál. Természetesen a menstruációs ciklus hossza és az azt kísérő hormonális változások egyénenként különböznek, így a gyógyszeres kezelést módostani csak az úgynevezett asztmanapló segítségével tanácsos. Bővebb információ a [www.allergiakozyont.hu](http://www.allergiakozyont.hu) honlapon.



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



## A kerékpározásról anno és most

Köteles Gábor

Országos Egészségfejlesztési Intézet

### A KERÉKPÁROZÁSRÓL.

Irta WEISZBERG ZSIGMOND dr.<sup>1</sup>

Örökké emlékezetesek maradnak előttem a híres OPPOLZER, volt bécsi tanáromnak, egyik előadása közben, egy szívbajos betegnek ágyánál alkalmilag a kerékpárról mondott kárhóztató szavai, a kerékpárról, mely akkoriban, a 60-as évek második felében, még csak szórványosan tűnt fel a bécsi körút sima aszfaltján, míglen minálunk majdnem ismeretlen volt.

„Uraim, mondá, hacsak egy kicsit nem restelném, akkor egy ilyen bolond embert, a kit a kerékpáron az utcán végigszáguldozni, és keze-lábával baromi munkát végezni látok, úgy szeretnék lerántani és jól megdöngetni, hogy csak öröömöm telnék bele. Emlékezzenek azonban jól vissza, hogy, mivel minden hóbortnak az idő folyamán számtalan követői szoktak akadni; én úgy sejttem, hogy ezen lélek- és testrontó hóbortnak, a kerékpározás sportjának is, évek múltán

nemcsak sokan, de a félvilág lesz konok követője, sőt úgyszólván gyógyíthatatlan bolondja”.

Azóta ugyan majdnem három évtized múlt el, de a híres tanár jóslata, nem hogy be nem teljesedett volna, sőt ellenkezőleg majdnem szóról-szóra igazolva lett. Mert a hová az ember csak néz, kivált a meleg időszakban, mindenütt csak kerékpáros lovagokkal találkozik; sőt az utolsó időben, nagyon sajnós, még kor-, nem- és osztálykülömbőség nélkül is, ott látjuk őket éjjelnappal a repülő kerékpáron elosonni: csak ide s tova csengenytűvel figyelmeztetvén a járó-kelőket, hogy ha egy kis emberszeretettük van, térjenek ki; a mennyiben a kerékpározóknak a kitérés lehetséges ugyan, de a kedvtelésben kissé unalmasnak látszik.

Mint minden sportról, a kerékpározás sportjáról is eddigelé még nagyon eltérők a vélemények; mert, míg



némelyek valódi dicsőneket zengenek a fáradhatatlan kitartó lábművészekről, addig mások köszörűsöknek gúnyolják a kerékpár rajongó híveit. ZOLA EMIL, a híres regényíró egyik kerékpárosegyesület dísztagjává választatván, e megtisztelést a kerékpározásra vonatkozó, következő kinyilatkoztatással köszöné meg: *„Nem igen értek ugyan a kerékpározáshoz, bár szorgalmasan gyakorolom magamat benne; de nagyon megtisztel az Önök társaságának dísztagsága. Hiszem is, és mindenütt megmondom, hogy a kerékpározásnak nagy jövője van. Tagjaik száma szaporodni fog akként, mint a tenger csöppjei, és büszke vagyok rá, hogy ily nagy körbe beléphetek”*.

Nem kevésbé hízelgően nyilatkozik a kerékpározásról egy másik kiváló szellem, MANTEGAZZA PÁL, a szerelem aranyszájú apostola. *„A kerékpár-sport, úgy mond, az emberi szellem diadala az anyag tunyasága fölött. Két kerék, mely alig érinti a földet, mely szárnyakhoz hasonlít és elvisz szédítő gyorsasággal és nem kell látnod az ostorcsapások alatt kínlódó lovak kegyetlen verejtékét és nem kell hallanod a füstölgő gépek gyűlölt zakatolását. Az egyensúlynak, az egyszerűségnek, a könnyűségnek csodája az! Maximuma az erőnek és minimuma a surlódásnak, csodája a gyorsaságnak és eleganciának. Olyan, mint az ember, a ki anyallá szeretne lenni, és nem érinti többé a földet; Merkur, a ki feltámadt régi hellén sírjából, és megfoghatóan, elevenen megjelenik előttünk, – ez a kerékpár”*.

Csodálatos azonban, hogy míg a napi sajtó, ha nem is sűrűn, de mégis elég gyakran emlékezett meg e sportról, addig a szakirodalom mélyen hallgatott róla. Évtizedek múltak el a nélkül, hogy a legkisebb figyelemre méltatta volna; míglen a legújabb időben az egészségtan, mint minden az egészséggel összefüggésben álló jelenségre, úgy a kerékpározásra is rávetette a szemét és tanulmányozásának tárgyává tevén, csakhamar a szakirodalomba is bevitte megfigyeléseit. Ily módon került valahára a kerékpár-kérdés is napirendre; még pedig olyannyira, hogy a legújabb időben abban a megtisztelésben részesült, hogy a híres párizsi orvosi akadémián igen élénk diskusszió tárgyává tették.

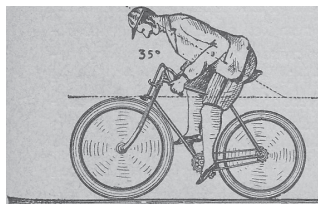
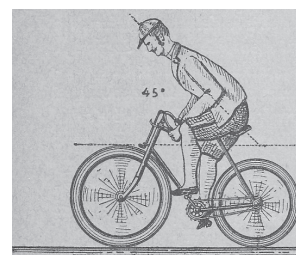
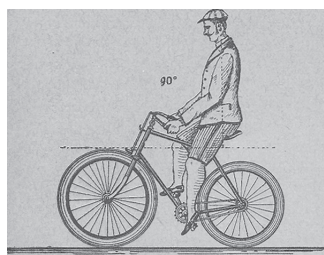
Ugyanis MAREY és VERNEUIL orvosok, tapasztalataikra hivatkozva, kijelentették, hogy a kerékpározás az emberi szervezetre nem üdvös hatású; mert nem gyakorolja a test összes izmait. A kerékpározó görnyedt testtartása homlok egyenest ellenkezik az egészségtan követelményeivel.

Ezzel szemben CHAMPIONNIERE egymásután sorolja fel azokat az izmokat és izomcsoportokat, a melyek a kerékpározás közben működnek. Szerinte a kerékpár hajtása folyton munkában tartja a lábszárak összes izmait; az egyensúly fentartása pedig, a comb és a derék, valamint a medencetáj izmainak ád szüntelen munkát.

A kerékpár hajtása egyszersmind mély lélegzetvétellel is kényszeríti a kerékpározót, úgy, hogy mellkasa hatalmasan kitágul és összes izmai kizavartatnak petyhüdt mozdulatlanságukból, a karok finom izommunkája pedig, a kerékpár kormányzásánál teljessé teszi az általános izommunka harmoniáját. Végre – szerinte – a gép egyenletes előre hajtása és az egyensúly fentartása, egyöntetűen működtetik a test valamennyi izmait.

Azonban CHAMPIONNIERE-nek mint kerékpározónak, ezen elfogult és egyoldalú nézete, szerény véleményünk szerint, nem állja ki a tényleges állapotból eredő bírálatot. Ugyanis nézetének cáfolatára nem kell egyéb, mint egy kerékpározót elképzelnünk, a ki kerékpárján először csöndesen ül; aztán, a ki mérsékelt menetben megindul; továbbá, a ki menetét gyorsítva halad, míg végre sebesen, úgyszólván repülve, száguld. Ha a kerékpározó ezen mozgásait rajzban tüntetjük föl, – l. a rajzot – akkor mindenki előtt világos, hogy csakis az első eset felel meg annak, mit az egészségtan a kerékpározástól, mint józan sporttól megkövetelhet. Mihelyest azonban az illető kerékpározó mérsékelt menetnek indul és testtartása 65 fokú szögbe hajol; továbbá, ha menetet gyorsítja és teste 45 fokú szögbe kerül míg végre sebes mozgáskor, vagyis 35 fokú szög alatt, majdnem a kerékpárral párhuzamos síkot képez: akkor lehetetlen, hogy a test ezen természetellenes helyzete minden káros következmény nélkül maradhasson. Hisz' gondoljuk csak meg, hogy tulajdonképpen a kerékpározás legközelebbi tendenciája? Nemde, hogy saját magát és kerékpárját idegen mozgatóerő nélkül, csakis önsúlya által mozgássa tovább, illetve a leggyorsabb előhaladásra bírja. És ez az emberi szervezetre nézve csak olyan mindennapi és közönyt dolog volna?! Hisz' nem tekintve a haladás kisebb-nagyobb gyorsaságát, már a kettős súly tovaindítására megkívántató fokozott izommunka mag sem közönyt dolog, hát még ha annak oly helyzetben kell történnie és oly gyorsasággal végbemennie, melv a rendestől feltűnőleg elüt. S el ne felejtjük, hogy a kerékpáron való haladásnak, a fent említett kettős súlyon kívül, még más két hatalmas ellennel kell megküzdenie: a levegő ellenállásával és a kerékpár okozta surlódással.

Mindezekből kitűnik, hogy CHAMPIONNIERE állítása, hogy a kerékpár egyenletes előrehajtása és a kerékpározó egyensúlyának fentartása a test valamennyi izmát egyöntetűen működteti, igaz ugyan, de csak az a kérdés, vajjon a testre hártott rendkívüli munka megegyezik-e az egészségtan ama követelményeivel is, melyek egy józan sport üzéséhez föltétlenül megkívántatók. E tekintetben pedig, sajnosan ki kell jelentenünk, hogy teljesen igazuk van a felszólaló MAREY és VERNEUIL orvosoknak avval a kijelentésükkel, hogy a kerékpározó görnyedt testtartása homlokegyenest ellenkezik az egészségtan követelményeivel. Ugyanis,



mint már fõntebb említettük, a kerékpár előre hajtása kényszeríti a kerékpározót, hogy testének felsõ részét, bizonyos szõgben elõrehajtva, természetellenes tartásba helyezze, úgy, hogy az hol C-hez hasonlít, – gyorsított mozgáskor, tehát 45 fokú szõg alatt, – hol pedig fekvõ V-hez, sebes mozgáskor, tehát 35 fokú szõg alatt. Ezen összegubbaszkodott testtartás, – RICHARDSON BENJAMIN híres angol kerékpározó és orvos véleménye szerint is – mindenekelõtt a gerincoszlop elgõrbülését okozza egyrészt, de másrészt és fõképpen, a mellkas nem bírja ki az állandó nyomást és a benne elhelyezett vérkeringési szerveket, a szívet és a tüdõt rendellenes mûködésre kényszeríti. De hasonlóképpen nyomást gyakorol a hasüregeben elhelyezett zsigerekre, nevezetesen a vérrel telt májra is; és az ezen tájra, mint a vivõéri vérkeringés legnagyobb középpontjára, okozott nyomás nagymértékû vérpangást eredményez. Tény tehát, hogy nemcsak a szív, hanem a tüdõ és a máj is rendes mûködésükben megzavartatnak, illetve gátoltatnak; ez pedig irányadó az egész kerékpározó sport hasznára is; mert, mint mindnyájan tudjuk, a tüdõmûködés fokozása és módosítása, mint úgynevezett tüdõgimnasztika, minden a testedzést célul vevõ sportnak, legelsõ és legfõbb kelléke.

Ha most az imént felsorolt kifogások jogosultak a kerékpározásnak hõdoló, teljesen kifejlett férfikorra nézve, akkor annál inkább helyén vannak azok mindkét nem serdülõ korára nézve. Mert tagadhatatlan, hogy a fejlõdõ szervezet illetve a test rendes növekedése, már magában véve fejleszt sok oly beteges hajlandóságot,

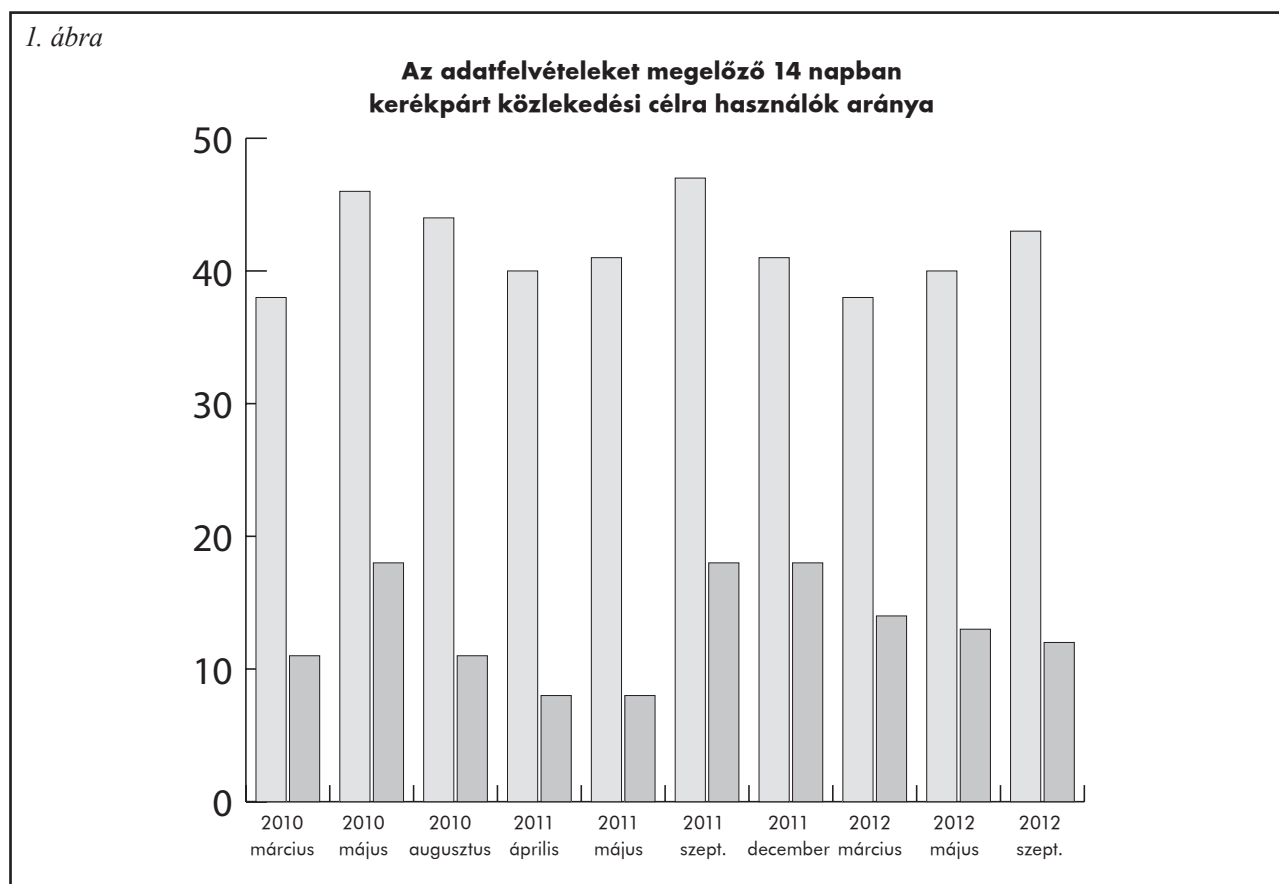
mely a sportmûveléssel való visszaélés közben, de még a nélkül is, csakhamar vészessé válhat. Így például tapasztalhatni, hogy a kerékpározás elõbb-utóbb következõ bajokra szolgáltat alkalmat: az erek mértéktelen feszítésére és nyújtására, a mi aztán orrvérzést, szívdobogást, agybeli és fülbeli vérbõséget, továbbá fõfájást és hallási zavarokat eredményezhet. Hasonlóképpen tudjuk, hogy ideges betegeken nemcsak a fõnti bajokat, hanem kivált sebes mozgáskor, komoly emésztési zavarokat is támaszthat.

Végre, mint a kerékpározás speciális bajai fõlemlítendõk még: a kézcsukló és bokaizület hevenyés lobja, a púpos hát, valamint még más hátgerinci elferdülés. Mindezekbõl kifolyólag azt hiszem, hogy talán nem egészen fölösleges munkát végeztem, ha a kerékpározás, mint sport iránt, uralgó hibás, nézeteket, a fõntebbiekben megismertettem. Ha ebbeli nézetünket összefoglalva, tekintettel az egészségtan elveire és a gyógyítás tudományának tapasztalataira, azt állítjuk, hogy a kerékpározás, mint sport, mindkét nemre nézve csak azoknak ajánlható, a kiknek egészségéhez, a megejtett orvosi vizsgálat semmiféle kifogást nem fûz. Orvosi vizsgálat nélkül, nevezetesen a vérkeringési szervek szakszerû és beható vizsgálata nélkül kerékpározást úzni, nézetünk szerint oly kedvtelés, melynek keserû következményeit az illetõ nemcsak meg fogja érezni, hanem elõbb-utóbb, habár késõn is, meg fogja bánni.

FORRÁS: *Egészség*, 1895. február

*Az Egészség folyóiratból eredeti helyesírással digitalizálva.*

1. ábra



Forrás: a felmérést a Magyar Kerékpárosklub megbízásából a TNS-Hoffmann Kft. készítette, melynek legutolsó adatfelvétele 2012. szeptember 14. és 19. között zajlott. N=990, Bázis: a megkérdezettek teljes köre.

A cikk elején említett *Oppolzer* tanár úr sem gondolta volna, hogy nagyjából másfél évszázaddal később is ennyire aktuálisak lesznek gondolatai, hiszen napjainkra a lakosság egyre inkább felismeri a kerékpározás pozitív hatásait, és újra divatba jön ez a közlekedési forma.

Ráadásul egykori hazája fővárosában, Bécsben 2013-at a *Kerékpározás Évének* nyilvánították. A *Fahrrad Wien* programjai hasznos információkat nyújtanak, és lehetőséget adnak e közlekedési mód kipróbálására. Az érdekes szolgáltatási akciók és információs események mind azt a célt szolgálják, hogy motiválják a bécsieket a kerékpár gyakoribb használatára, hiszen – különösképp a belvárosi területeken – a kerékpár a legideálisabb közlekedési eszköz. Az osztrák főváros összesen 4,45 millió eurót fordít arra, hogy kedvet csináljon a lakosságnak a biciklizéshez. A városvezetés azt a célt tűzte ki maga elé, hogy 2015-ben a kerékpáros közlekedés az összes közlekedési alkalom 10%-át érje el.

Eközben hazánkban is egyre népszerűbb a kerékpározás. Ennek igazolásaként a Magyar Kerékpárosklub „Országos adatok a kerékpárhasználatról” című kutatásából (a kutatás 10. hulláma, 2012. szeptember) közlünk adatokat.

## A kutatás háttere

2010 tavaszától a Magyar Kerékpárosklub rendszeresen publikál országos, reprezentatív adatokat a magyarországi kerékpárhasználat alakulásáról. Az adatfelvételt a TNS-Hoffmann Hungary piackutató cég végezte. Eddig 10 adatfelvételi hullám zajlott le, az utolsóra 2012. szeptember 14. és 19. között került sor. Az eredmények a kérdezés előtti 2 hétre (2012. augusztus 31. és szeptember 19. közötti időszakra) vonatkoznak. A minta a főbb szocio-demográfiai jellemzők (nem, életkor, iskolai végzettség, településtípus és régió) mentén a 18 éves vagy idősebb magyarországi állandó lakosokra reprezentatív.

A pontos kérdés a következő volt: *Az elmúlt két hétben (14 napban) hány napon használta kerékpárját közlekedési céllal és hány napon használta túrázni/kirándulni? Ha egy nap többször is használta, az is 1 napnak számít.*

A kerékpárt közlekedési célra használóknak azokat a válaszadókat tekintették, akik a kérdezést megelőző 14 napban legalább egyszer közlekedtek kerékpárral, és azokat túrázóknak/kirándulónak, akik legalább egyszer túráztak/kirándultak kerékpárral a kérdéses időszakban.

## A 2012. szeptemberi hullám főbb eredményei

– Országos szinten a magyar lakosság 45%-a használt kerékpárt közlekedésre és/vagy túrázásra.

– A vizsgált időszakban közlekedési eszközként országos szinten a magyar lakosság 43%-a<sup>2</sup> használt kerékpárt. Ugyanez az arány Budapesten 12% volt.

– A vizsgált időszakban a kerékpárt közlekedési célra használók 51%-a ült kerékpárra minden nap, és 63%-a legalább minden hétköznap.

– A használati gyakoriság átlagos értéke országos szinten – az előzőekből következően – szintén megdőntötte a korábban mért átlagokat: az adatfelvétel előtti 14 napból átlagosan 9,9 napon használtak a megkérdezettek kerékpárt közlekedésre. A kerékpárral közlekedőknek a kerékpár az elsődleges és szinte kizárólagos közlekedési eszköze.

– A kerékpárral kirándulók aránya országos szinten 9%, Budapesten 10% volt.

– A feltárt adatok azt mutatják, hogy a közlekedési célú kerékpárhasználat szinte kizárólagos, a kerékpárt csak túrázásra használó válaszadók aránya mindössze 2%.

## A 10 eddigi kutatási hullám összevetése

—A közlekedési célú kerékpár-használati arányok szezonálisitást mutatnak. Emellett országos szinten változatlanság, Budapesten lassú növekedés látható. Látványos növekedés a használat gyakoriságában érzékelhető: azaz országos szinten szezononként a megkérdezettek hasonló hányada ült kerékpárra közlekedési céllal, de a mért időintervallumban sokkal sűrűbben tette ezt.

– Trendváltozás tapasztalható: a kerékpárral közlekedőknek a kerékpár vált az elsődleges és szinte kizárólagos közlekedési eszközévé. A kérdezett 14 napból legalább 10 alkalommal, azaz a minden hétköznap kerékpárral közlekedők aránya 63% volt, ami az eddig mért legmagasabb arány (és 7 százalékponttal magasabb a tavaly szeptemberben mértnél).

– A mért adatokat a magyar lakosságra vetítve becsülhető, hogy 2012 őszén, országos szinten több, mint 700 000<sup>3</sup> fővel láthatunk többet az utakon napi rendszerességgel a márciusi adatfelvételi hullámhoz képest, valamint 150 000 fővel többet tavaly szeptemberhez képest.

A kerékpározásnak számtalan válfaja ismert: többek között hegyi-, országúti, szoba-, túrakerékpározás, spinning. Szinte az egyetlen olyan mozgásforma, mely kortól, nemtől függetlenül, városban, országúton, a szabadban, akár tévézés közben is űzhető. Mindegyik közös jellemzője, hogy nem terheli túl az izomzatot, az ízületeket, erősíti immunrendszerünket, fokozza erőnlétünket, edzettségünket. A kerékpáron ülve a testsúly hetven százaléka a nyeregre nehezedik, így óvja az ízületeket, és a kezdők, túlsúlyosok számára is kifejezetten élvezhető sport. Megfelelő táplálkozással csökkenti az elhízást, valamint rendszeres gyakorlással megelőzi azt. Mivel a környezetre való nagyfokú odafigyelést igényel, kiváló gondolatelterelő módszer lehet, ami a stressz csökkentésének összes pozitív hatását magában foglalja. Hatásai miatt bizonyos betegségek kezelésében is kulcsszerepet tölt be. Ha csak 10 percet kerékpározunk, máris javul az erek vérellátása, húsz perc az immunrendszert erősíti, egy óra kerékpározástól pedig beindul a boldogsághormon termelődése és csökken a stressz.

## JEGYZETEK

1. orvosdoktor, szül. 1842. decz. 25. Homonnán (Zemplén m.), hol atyja uradalmi tiszt volt. 1853-ban nagybátyja W. József orvos az egyetemről hazakerülvén és Homonnán letelepedvén, W. nevelését magára vállalta; 1854. okt. az ungvári gymnasiumba vétetett föl, hol a német és tót nyelvet elsajátította, francziául otthon tanult. 1857–60-ig az ungvári német m. kir. állami gymnasiumban tanult és 1862. aug. 6. érettségi vizsgát tett. Azon év okt. a pesti egyetemen orvosnövendéknek iratkozott be; de a harmadik évben Bécsben folytatta orvosi tanulmányait, hol 1868. okt. orvosdoktorrá avatattott; még azon évben a sebészi és szülészeti szigorlatokat is kiállotta; a bécsi Rudolf-kórházban ismereteit kibővítvén, 1869. jan. 1-től három hónapig Bécsben mint gyakorlóorvos működött; azonban márcz. 23. betegeskedő atyjához haza költözött. 1870. ápr. a gácsi vasutársaság orvosának választotta és

1871. ápr. mint állami vasuti orvos Nagy-Mihályra (Zemplén m.) végleg kinevezetett. (forrás: <http://mek.oszk.hu/03600/03630/html/w/w30447.htm>)

2. A kerékpárt közlekedési célra használóknak azokat a válaszadókat tekintették, akik a kérdést megelőző 14 napban legalább egyszer közlekedtek kerékpárral és azokat túrázóknak/kirándulóknak, akik legalább egyszer túráztak/kirándultak kerékpárral a kérdéses időszakban.

3. 95%-os valószínűségi szint mellett, egy ezer fős minta esetén, a hibahatár +/- 3,1%.

## TOVÁBBI OLVASMÁNYOK

Magyar Kerékpárosklub: *Országos adatok a kerékpárhasználatról: <http://kereparosklub.hu/trendvaltozas-a-kerepparral-kozlekedoknek-a-kereppar-az-elsodleges-kozlekedesi-eszkoze>*. Letöltve: 2013. január 15.

Kiss-Dobronyi-Torda, 2012: *A kerékpárral történő munkába járás*

ösztönzése vállalati környezetben. [http://www.bikefm.hu/media/bikefm\\_kiss-dobronyi-torda\\_kerekparos\\_munkaba\\_jaras\\_valalati\\_osztonzese.pdf](http://www.bikefm.hu/media/bikefm_kiss-dobronyi-torda_kerekparos_munkaba_jaras_valalati_osztonzese.pdf). Letöltve: 2012. október 11.  
<http://www.alternativenergia.hu/a-kerekparozas-eve-lesz-2013->

[becsben/55958](http://www.bikefm.hu/media/bikefm_kiss-dobronyi-torda_kerekparos_munkaba_jaras_valalati_osztonzese.pdf). Letöltve: 2013. január 15.  
Németh Ders: *Biciklivel Budapesten* Lehetőség vagy (rém)álom? Szakdolgozat, 2007. július. <http://criticalmass.hu/files/A%20szakdolgozat.pdf>. Letöltve: 2013. január 15.



## Pápai áldás egy győri orvosnak

Csapucha Adrienn

Győr24

**A** 55 évnyi egyházközségi munkásságáért XVI. Benedek pápa oklevelét vehette át a napokban Prof. Dr. Schmidt Péter győri gyermekorvos. A kitüntetéssel csak nagyon kevesen büszkélkedhetnek.

„Nagyon rossz kisgyerek voltam, sáros cipővel szaladtam át a templomba” – így kezdte a beszélgetést Prof. Dr. Schmidt Péter, aki öt éves korában már ministránsként rendszeresen felkereste Isten házát. 1962-ben aztán a 250 éves szigeti Szent Rókus-templom ásatásán is segédkezett, de a pinnyédi kápolna felújításának is aktív résztvevője volt. „Bencés diákéveim alatt sem hanyagoltam az egyházat, akkor is folyamatosan segítettem a munkájukat, persze ez édesapámnak is köszönhető, hiszen ő volt az egyházközség korábbi elnöke, a tagságot is tőle örököltem” – folytatja az élménybeszámolót a doktor, aki mint egyfajta földi életmentő, az orvosi pályát választotta hivatásául, nem véletlenül.

Több évtizedes hitbe vetett munkásságért nemrégiben egy különleges oklevéllel is jutalmazták, melyet XVI. Benedek pápa küldött a Vatikánból – ezzel is kifejezve apostoli áldását –, és amelyet éppen a szigeti templom felszentelésének 300. évfordulóján vehetett át Galavics Józseftől. „Nagyon fontos számomra ez az elismerés, hiszen ezzel az emléklappal csak nagyon kevesen büszkélkedhetnek. Úgy érzem, elengedhetetlen, hogy a fiataloknak is átadjuk az általunk közvetített hitet, a vallásnak a templom falain kívül is érvényesülnie kell” – hangsúlyozta Prof. Dr. Schmidt Péter.

A gyermekorvos példaértékű egyházszerkezési munkáját az önkormányzat is elismerte, a díjak között egy Szigethy Attila ezüst emlékérem is ott sorakozik a szigeti rendelőben.



## Az egészségfejlesztés jelentősége mozgássérült sportolóinknál

**Fogyatékkal élő mozgássérült sportolók kimagasló eredményei Győrött**

Prof. Dr. Schmidt Péter

A Mozgáskorlátozottak Egyesületének Győr-Moson-Sopron megyei elnöke, Nagy Józsefné, Edit asszony szervezésében komoly és nagyszabású női ülőröplabda-versenyre került sor Győrött, a Nyugat-Magyarországi Egyetem Apáczai Csere János Tanítóképző Főiskola Kar tornatermében. A fogyatékkal élő sportolók versenyének az adott különös rangot, hogy a 2012. évi londoni paraolimpián induló brit csapat mérkőzött körmérkőzések formájában a finn és magyar csapatokkal. A végtaghiányban szenvedő sportolók kiemelkedő példáját mutatták az aktív versenyzésnek, az egyes csapatok az utolsó percekig hősiiesen harcoltak. A végtaghiányban szenvedő sportolók felkészítésében fontos szerepet kap az egészségfejlesztés és a pszichés támogatás, amely együttesen járul hozzá sikereikhez.

A nagyobb rutinnal rendelkező Nagy-Britannia csapata szerezte meg az első helyet, de a finn és magyar csapatoknak sem kellett szégyenkezni bátor helyállásuk miatt. Az eredményhirdetésnél a díjakat Prof. Dr. Schmidt Péter, Dr. Gönczöl László ny. főiskolai tanár, Nagy Józsefné elnök és Farnady Ernő sportkutató adták át. Zárószavában Prof. Dr. Schmidt Péter gyermekgyógyász főorvos a legnagyobb elismeréssel szökölt a versenyzők eredményes szerepléséről és kiemelte a kiváló szervezőmunkát, különösképpen a Mozgáskorlátozottak Győr-Moson-Sopron megyei Egyesülete elnökasszonyának áldozatkész segítségét.



# CONTENTS

## SURVEYS

Qualitative and Quantitative Assessment of the Peer Program of Szeged University 2  
*Eszter Faludi MD., Karolina Kósa MD., Katalin Barabás MD.*

The Role of Peer Programs in Health Education 10  
*Andrea Szöllősi Párduczné MD.*

Examination of some Elements of Health Behaviour in Secondary Grammar Schools 14  
*Péter Huszka PhD.*

## MENTAL HEALTH DEVELOPMENT

Mental Health Best Practices of MOL 26  
*István Miniska MD.*

Mental Health Best Practices of Procter&Gamble, Hyginett Ltd. 28  
*Krisztina Goda*

Stress Management Training 30  
*Levente Balassa*

## THE MATTER OF HEALTH – PAST AND PRESENT

About Cycling Past and Present 44  
*Gábor Köteles*

NEWS, INFORMATION 42, 50

### 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