



## Tartalom

### TOVÁBBKÉPZÉS

- A népegészségügyi termékadó hatásvizsgálata – I. rész 2  
*Solymosy József Bonifác, Joó Tamás, Balku Eszter, Vitrai József, Vokó Zoltán; Bakacs Márta, Gódor-Kacsándi Anna, Martos Éva*

- Az ACTION-FOR-HEALTH projekt megvalósítása – I. rész 15  
Egészségfejlesztési cselekvési terv kidolgozása az egészség-  
egyenlőtlenségek csökkentésére Sellye kistérségben  
*Dr. Koós Tamás, Fekécs Éva, Járomi Éva, Lőrík Eszter, Taller Ágnes;  
Dr. Barta Ildikó, Gáspár Katalin, Frank Mártonné, Dr. Kováts Katalin,  
Mészáros Éva, Pandur Csilla*

### FELMÉRÉSEK

- Magyar és osztrák egyetemisták alkoholfogyasztási szokásai 26  
*Huszka Péter PhD.*

### MUNKAHELYI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS

- Egy multinacionális cég egészségfelmérése 40  
a munkahelyi stressz tükrében  
*Bajsz Viktória, Sió Eszter, Tóthné Steinhausz Viktória,  
Karamánné Dr. Pakai Annamária, Császárné Gombos Gabriella*

- Fizikai aktivitás és ízületi fájdalom kapcsolata 48  
munkaképes populációban  
*Leidecker Eleonóra, Galambosné Tiszberger Mónika,  
Bohner-Beke Aliz, Dr. Tigyiné Dr. Pusztafalvi Henriette, Kránicz János*

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: Léder László

Felelős szerkesztő:  
prof. dr. Simon Tamás

Vezető szerkesztő:  
Balogh-Háromszéki Zsuzsanna

Szerkesztőség: OEFI,  
1096 Budapest, Nagyvárad tér 2.  
Levelezési cím: 1437 Budapest, Pf. 839/3.  
Telefon: (1) 428-8272.  
Fax: (1) 428-8273.  
E-mail: titkarsag@oeffi.antsz.hu  
Honlap: www.oeffi.hu

Kiadja:  
az Országos Egészségfejlesztési Intézet.  
Terjeszti:  
előfizetésben a Magyar Posta Rt.  
Hírlap Üzletága,  
1080 Budapest, Orczy tér 1.  
Előfizethető valamennyi postán,  
a kézbesítőknel,  
e-mailen: 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 népegészségügyi termékadó hatásvizsgálata – I. rész

A kutatási projekt vezetője:

Solymosy József Bonifác, Országos Egészségfejlesztési Intézet

A kutatási projekt koordinátora:

Joó Tamás, Országos Egészségfejlesztési Intézet

A kutatási projekt további résztvevői:

Bakacs Márta, Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet

Balku Eszter, Országos Egészségfejlesztési Intézet

Gódor-Kacsándi Anna, Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet

Martos Éva, Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet

Vitrai József, Országos Egészségfejlesztési Intézet

Vokó Zoltán, Országos Egészségfejlesztési Intézet

A tanulmányt szerkesztette:

Bakacs Márta, Vitrai József

Az Országos Egészségfejlesztési Intézet – az Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézettel együttműködésben, valamint az Egészségügyi Világszervezet (WHO) támogatásával – a 2011 szeptemberétől bevezetett, egyes – egészségkockázatot jelentő összetevőt tartalmazó – élelmiszerekre kivetett népegészségügyi termékadó (NETA) fogyasztókra és gazdasági szereplőkre kifejtett hatását elemezte.

A hatásvizsgálat alapján megállapítható, hogy a NETA elérte népegészségügyi céljait, mivel

1. a bizonyítottan egészségkárosító összetevő(ke)t tartalmazó termékek kínálata és forgalma csökkent;

A gyártói felmérés alapján a gyártók 40%-a változtatt a receptúrán, 30%-uk teljesen eltávolította a káros összetevő(ke)t, 70%-uk pedig csökkentette a káros össze-

tevő(k) mennyiségét. A gyártók NETA-köteles termékeinek forgalma 27%-kal csökkent, átlagáruk 29%-kal emelkedett.

2. a lakosság csökkentette a bizonyítottan egészségkárosító összetevő(ke)t tartalmazó termékek fogyasztását;

A NETA-köteles termékeket fogyasztók 25–35%-a kevesebbet vásárolt ezekből az élelmiszerekből, mint egy évvel korábban. A magukat nem jó egészségi állapotúnak tartók kétszer nagyobb eséllyel csökkentették az előrecsomagolt édesség és sós rágcslávaló fogyasztását, mint a jó egészségnek örvendő fogyasztók, azaz az „egészségtelen” élelmiszerek fogyasztásának csökkenését nemcsak az áremelkedés, hanem a lakosság egészségtudatosságának javulása is eredményezte.

A tanulmány szerkesztése 2013 áprilisában zárult le.

A hatásvizsgálatot 2012 májusa és 2013 márciusa között az Országos Egészségfejlesztési Intézet az Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézettel együttműködésben, az Egészségügyi Világszervezet (WHO) támogatásával végezte. A kutatási projektre a „Támogatás az egyes élelmiszerekre kivetett termékadónak az egészségre és a gazdaságra kifejtett hatásának értékelésére, valamint a termékadó népegészségügyi hasznosításának kidolgozására” című, 2012/2013-ra megkötött, két éves együttműködési megállapodás keretében került sor.

A tanulmány második részét 2014/1–2. lapszámunkban olvashatják.





3. a *NETA* gazdasági szinten is sikeresnek bizonyult; A *NETA* „nagy befizetőinek” főbb mérlegadatai 2010-ről 2011-re javultak, ugyanakkor a tervezett adóbevétel szinte teljes egészében megvalósult.

4. *hatékonyabb lakossági kommunikáció javítaná a NETA eredményességét.*

A lakosság közel harmada nem hallott a *NETA* bevezetéséről, jelentős hányaduk nem, vagy tévesen ismerte a *NETA* hatálya alá tartozó termékek körét, harmaduk negyedük a *NETA* bevezetésének céljaival nem volt tisztában.

## 1. Bevezetés

Tudományos bizonyítékok sora igazolja, hogy a krónikus, nem fertőző betegségek kialakulásában az elfogyasztott élelmiszerek jelentős szerepet játszanak. Jól ismert, hogy a magas cukor- és sótartalmú, többszörösen telített zsírokat és transzsírsavakat tartalmazó ételek, italok fogyasztása egészségkockázatot jelent, ezzel szemben a zöldségek és gyümölcsök gyakori fogyasztása igazolhatóan védőhatást fejt ki. A legnagyobb egészségveszteséget okozó szív- és érrendszeri, valamint daganatos megbetegedések kialakulásában – más életmódbeli tényezők, mint pl. a fizikai aktivitás mellett – a táplálkozás szerepe meghatározó (1), így a lakosság étkezési szokásainak kedvező irányú befolyásolása komoly egészségnyereséggel jár együtt. Így érthető, hogy a fejlett országok kormányai – a rendelkezésükre álló eszközök segítségével – egyre gyakrabban tesznek kísérletet a lakossági étkezési szokásainak megváltoztatására, például az egészséges étrendet ajánló kommunikációs kampányok indításával, az egészségkockázatot jelentő élelmiszerek reklámozásának korlátozásával, a tápanyag-információk feltüntetetésének előírásával, a közétkeztetés megfelelő szabályozásával, az egészségnevelés súlyának növelésével és az élelmiszerárak befolyásolásával. (2)

Az utóbbi években Európában – sőt, számos Európán kívüli országban is – adót vetettek ki a bizonyítottan egészségkockázatot hordozó tápanyag-összetevőt tartalmazó élelmiszerekre, leggyakrabban a magas cukortartalmú élelmiszerekre, üdítőitalokra. Az adó alá vont élelmiszerek körének és az adó mértékének összehangolt meghatározásával jelentősen visszaszorítható az egészségkárosító összetevőket tartalmazó élelmiszerek fogyasztása. (3) Az erre vonatkozó nemzetközi tapasztalatok alapján feltételezhető, hogy az egészségre kockázatot jelentő élelmiszerekre kivetett adó nem csupán a kínálat szűkítésén és az áremelésen keresztül szorítja vissza e termékek fogyasztását, hanem az „egészség=érték” fogalom állam által történő kinyilvánításával, más szóval az egészségkultúra fejlesztésével.

Közismert, hogy hazánkban a szív- és érrendszeri, valamint a daganatos megbetegedések miatti halálozás mind európai, mind világviszonylatban kiugróan magas. Az egészségügyi kormányzat – felismerve a táplálkozási szokások befolyásolásának jelentőségét e betegségek visszaszorításában – célszerűnek látta az egészségre kockázatot jelentő összetevőket tartalmazó élelmiszerekre termékadó bevezetését.

Jelen tanulmány „*a népegészségügyileg nem hasznos élelmiszerek fogyasztásának visszaszorítása és az egészséges táplálkozás előmozdítása*”, valamint „*az egészséges élelmiszerek választékának elérhetővé tétele és az egészségügyi szolgáltatások, különösen a népegészségügyi célú programok finanszírozásának javítása*” céljából 2011. szeptemberi hatállyal bevezetett népegészségügyi termékadónak (a 2011. évi CIII. törvény a népegészségügyi termékadóról, a továbbiakban: *NETA*) a lakosság fogyasztásában, attitűdjében, valamint a kapcsolódó adóbevételekben bekövetkező változásokat, továbbá a gyártóknál és a forgalmazóknál jelentkező gazdasági hatások kimutatását célzó vizsgálatok eredményeit mutatja be.

Meg kell jegyeznünk, hogy a *NETA* bevezetését követően a törvényt többször módosították, hogy a megadózható termékadókat, népegészségügyi szempontból magas kockázatot jelentő élelmiszerek egyértelműen azonosíthatóak legyenek. Érdekes továbbá felhívni a figyelmet arra, hogy az *Európai Bizottság* 2012 januárjában a *NETA* egyes rendelkezéseivel kapcsolatban megkeresést intézett a magyar hatóságokhoz. A megkeresésben a Bizottság részletes tájékoztatást kért az adó hatálya alá tartozó termékekről, az adott termékcsoportok szerinti piacokról, hogy megvizsgálja a fenti törvény uniós joggal, különösen az *EUMSZ* 110. cikkével való összeegyeztethetőségét. Az *Európai Bizottság* elfogadta a kormány válaszát, és 2012. október 29-én megszüntette az eljárást.

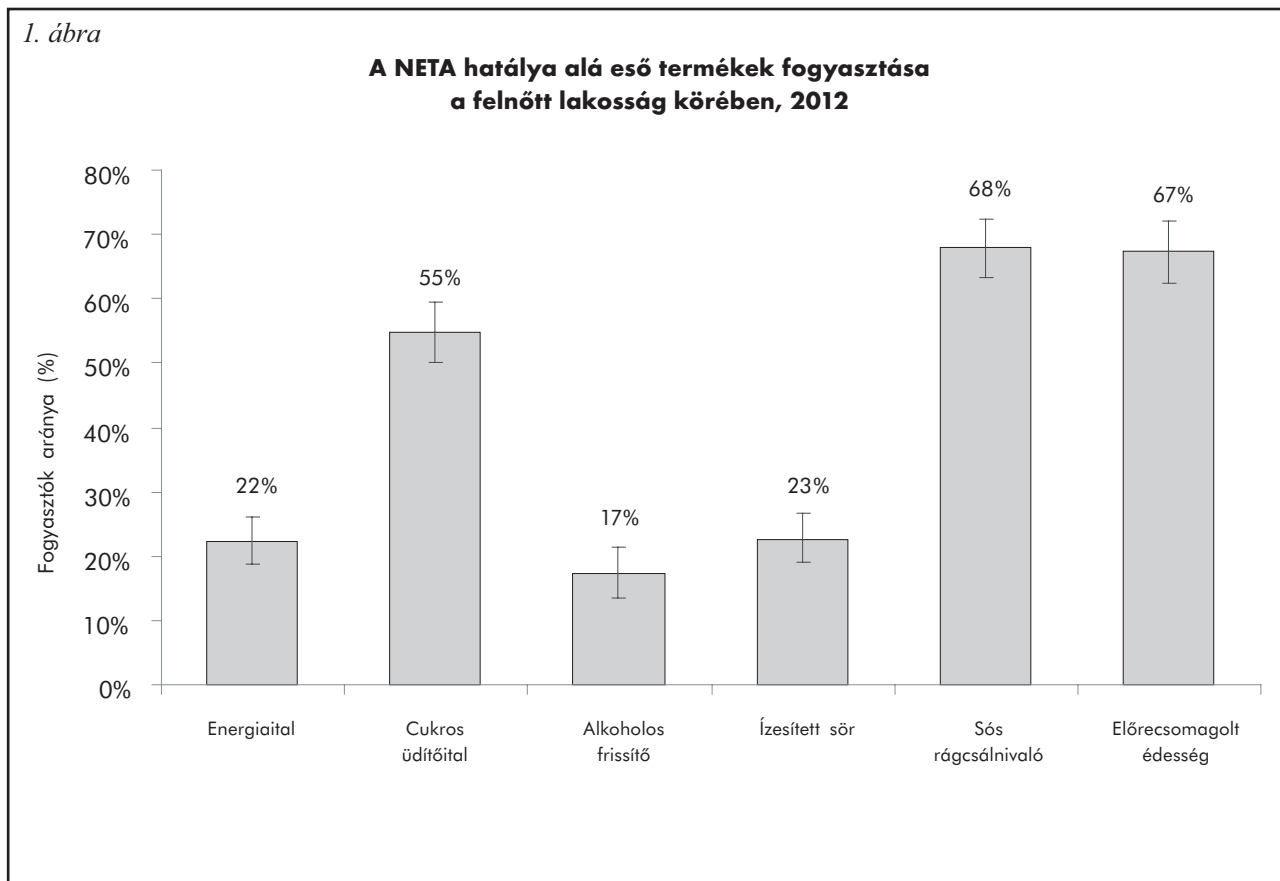
A tanulmány első részében a lakossági, második részében a gyártói felmérés eredményeit ismertetjük, végül a *NETA* döntő részét fizető vállalkozások főbb, 2010-es és 2011-es mérlegadatait mutatjuk be.

## 2. Lakossági felmérés

### 2.1. Módszerek

A lakossági felmérés 2012. szeptember végén, október elején, az *Ipsos Média-, Reklám-, Piac és Véleménykutató Zrt.* által végzett omnibusz-vizsgálat részeként, személyes kérdéssel történt, s az ország felnőtt népességét reprezentáló 1000 fős mintán alapult. A kiválasztott települések mindegyikén csak egy választókerületben zajlott a kérdezés, kivéve néhány nagyobb lélekszámú budapesti kerületet, valamint a megyeszékhelyeket. Egy körzet





kb. 800–1000 fő állandó lakossággal rendelkező területet fedett le, ahol – a megadott kiválasztási szempontok (nem és korcsoport) megtartásával – meghatározott számú kérdőívet kellett felvenni. A mintavételi eljárás következtében a válaszoló 1000 fő társadalmi-demográfiai tényezők szerinti összetétele megegyezik az ország felnőtt népességének ezen megoszlásával. A felmérést az Ipsos véleménykutatói igazgatója és kutatásvezető szociológusa együttesen irányította.

Az adatfelvételi munkát az Ipsos operatív részlegén belül működő tapasztalt instruktorok vezették. A felmérésben 138 kérdező vett részt, akik átlagosan 7 interjút készítettek. A kérdőívfelvétel számítógépes módszerrel (CAPI; *Computer Assisted Personal Interview*) történt, melynek a papír kérdőívekkel szembeni legnagyobb előnye a kérdés közbeni ellenőrzés, illetve az azonnali adatbevitel lehetősége.

A megvalósult minta főbb társadalmi-demográfiai változók mentén megfigyelhető torzulásait a KSH 2000-ben végzett népszámlálásából rendelkezésre álló, a 2005-ös mikrocenzus adatai alapján korrigált, 18 év feletti népességre vonatkozó adataihoz igazítva módosították. A súlyozási eljárásba bevont szociodemográfiai mutatók a nem, az életkor, az iskolai végzettség és a településtípus voltak. Tanulmányunkban – a mintavé-

teli eljárást és a súlyszámokat is figyelembe véve – a teljes felnőtt lakosságra vonatkozó becslések eredményeit mutatjuk be, a becslések 95%-os megbízhatósági tartományának (továbbiakban: 95% MT) feltüntetésével.

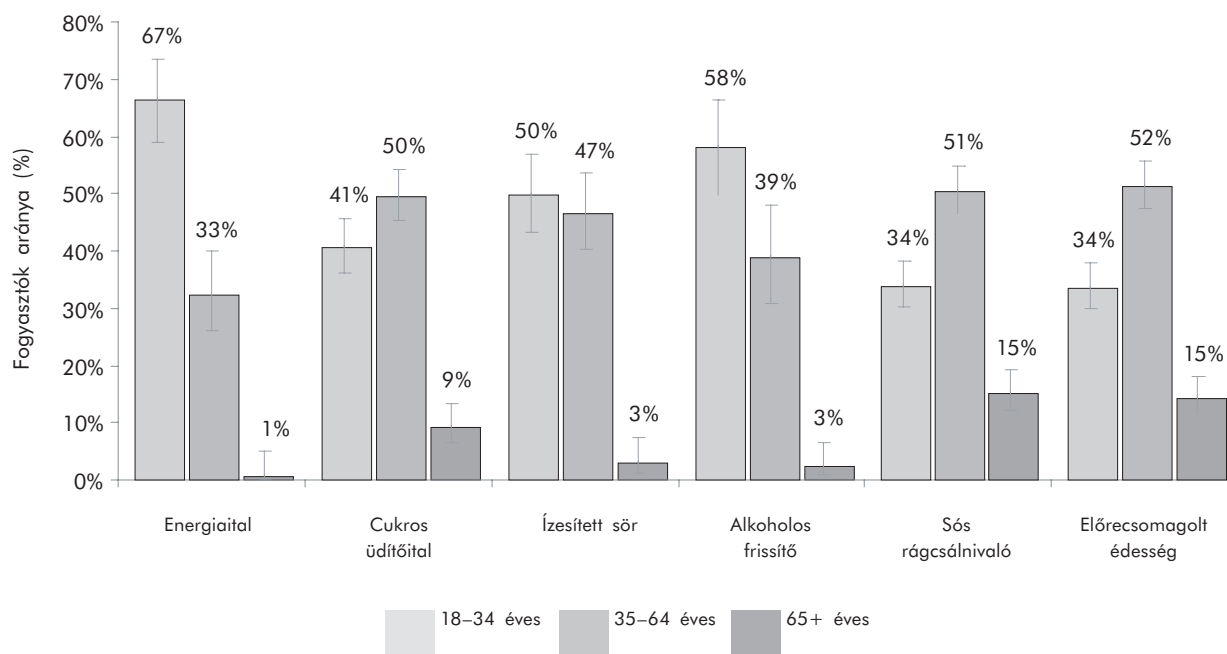
## 2.2. A NETA hatálya alá eső termékek fogyasztása

2012-ben a NETA hatálya alá tartozó termékek közül legtöbbször – a felnőttek kétharmada – sós rágcsálnivalót és előrecsomagolt édességet fogyasztottak. (1. ábra) Cukros üdítőitalt a lakosság több mint fele, ízesített sört és energiaitalt csupán ötöde ivott. Ennél is kevesebben fogyasztottak alkoholos frissítőt. (Függelék: 1. táblázat)

A fogyasztók életkor szerinti összetételét vizsgálva látható, hogy az energiaital-fogyasztók több mint kétharmada fiatal, egyharmada középkorú volt, míg a 65 év felettek nem fogyasztottak energiaitalt. (2. ábra) Hasonló az alkoholos frissítőt fogyasztók korösszetétele is – több mint felük 18–34 éves, közel 40%-uk 35–64 éves volt. Az ízesített sört és cukros üdítőitalt, valamint sós rágcsálnivalót és előrecsomagolt édességet fogyasztók többségét (55%–50%) azonban már a középkorúak adták, a fiatalabb korosztály kisebb arányban képviselte magát. A vizsgált termékek közül a 65 év felettek

2. ábra

**A NETA hatálya alá eső termékek fogyasztása a felnőtt lakosság körében,  
korcsoportok szerint, 2012**



jelentősebb gyakorisággal cukros üdítőitalt (9%), sós rágcsálnivalót (15%), illetve előrecsomagolt édességet (15%) fogyasztottak.

### 2.3. A NETA hatálya alá eső termékek vásárlásának szempontjai

A fogyasztók – valamennyi termék esetében – a vásárlás „fontos/nagyon fontos” szempontjaként leggyakrabban az ízt, az árat és a márkát említették: közel 90%-uk (a cukros üdítőitaloknál 92%-uk) a termék ízét, több mint 80%-uk – második helyen – a termék árát tartotta a vásárlás legfőbb szempontjának. (3. ábra) A termék kalória- és tápanyag-összetételére vonatkozó tulajdonságok, mint a cukor- vagy sótartalom a fogyasztók 35–50%-ának volt fontos/nagyon fontos. A fogyasztók többségének választásának az alkoholos frissítők és az ízesített sör esetében az alkoholtartalom, az energiaitaloknál a koffeintartalom is fontos/nagyon fontos szempontként jelentkezett. (Függelék: 2. táblázat)

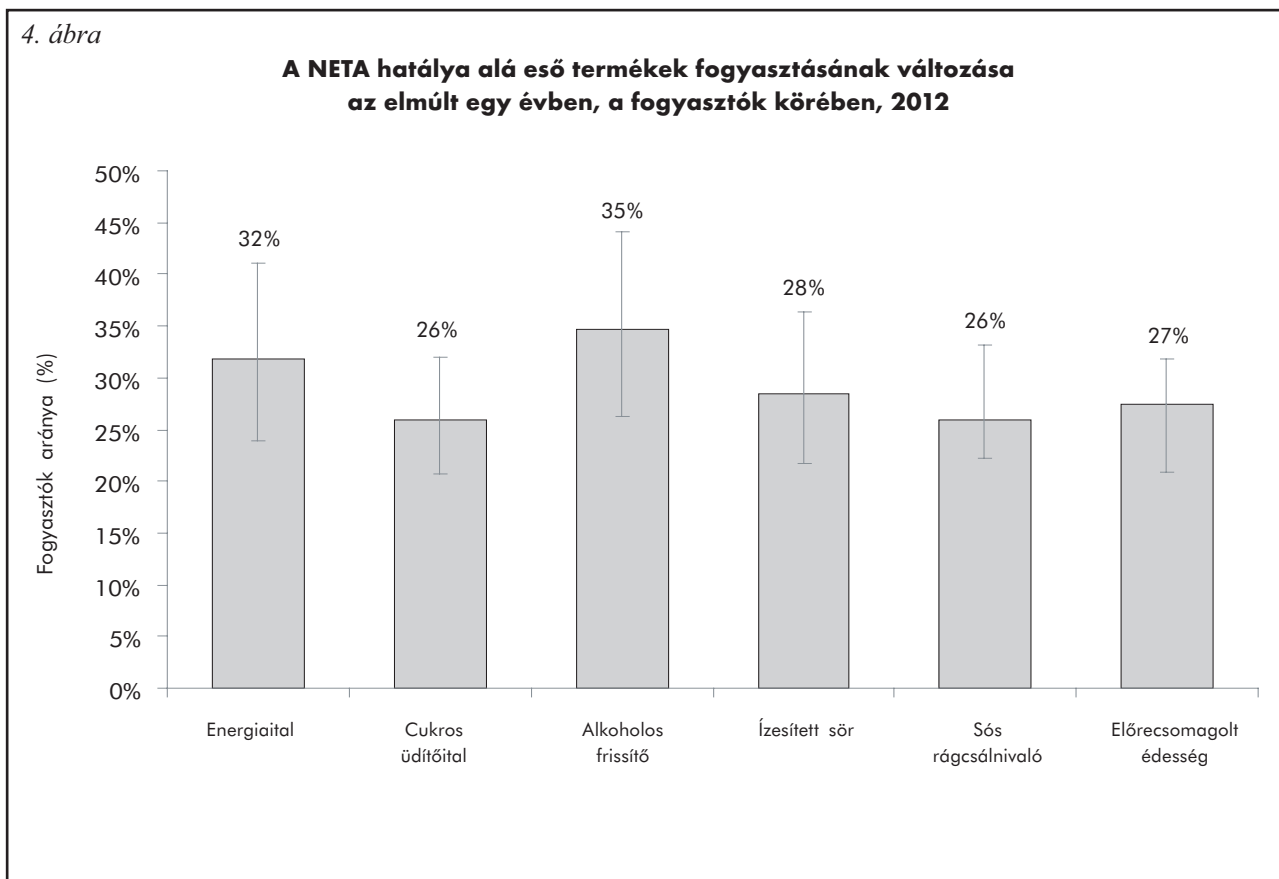
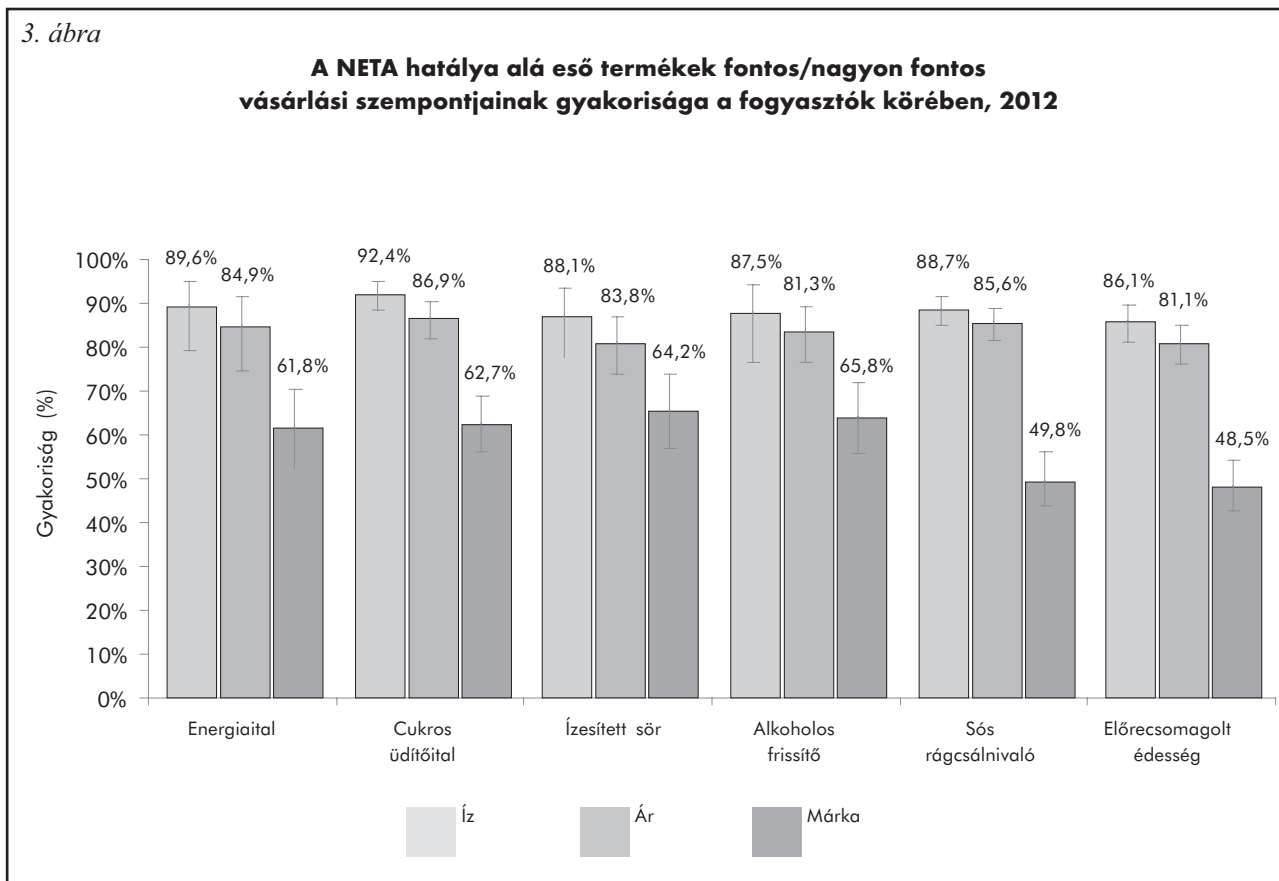
### 2.4. A fogyasztás változása

A NETA hatálya alá eső termékeket fogyasztók 26–35%-a jelenleg kevesebbet fogyaszt a NETA-köteles termé-

kekből, mint egy éve. (4. ábra) Legnagyobb arányban az alkoholos frissítőt, illetve energiaitalokat fogyasztók csökkentették vásárlásukat (35% és 32%). A többi termék esetében a fogyasztók 26–28%-a kedvező irányban változtatott fogyasztási szokásain. (Függelék: 3. táblázat)

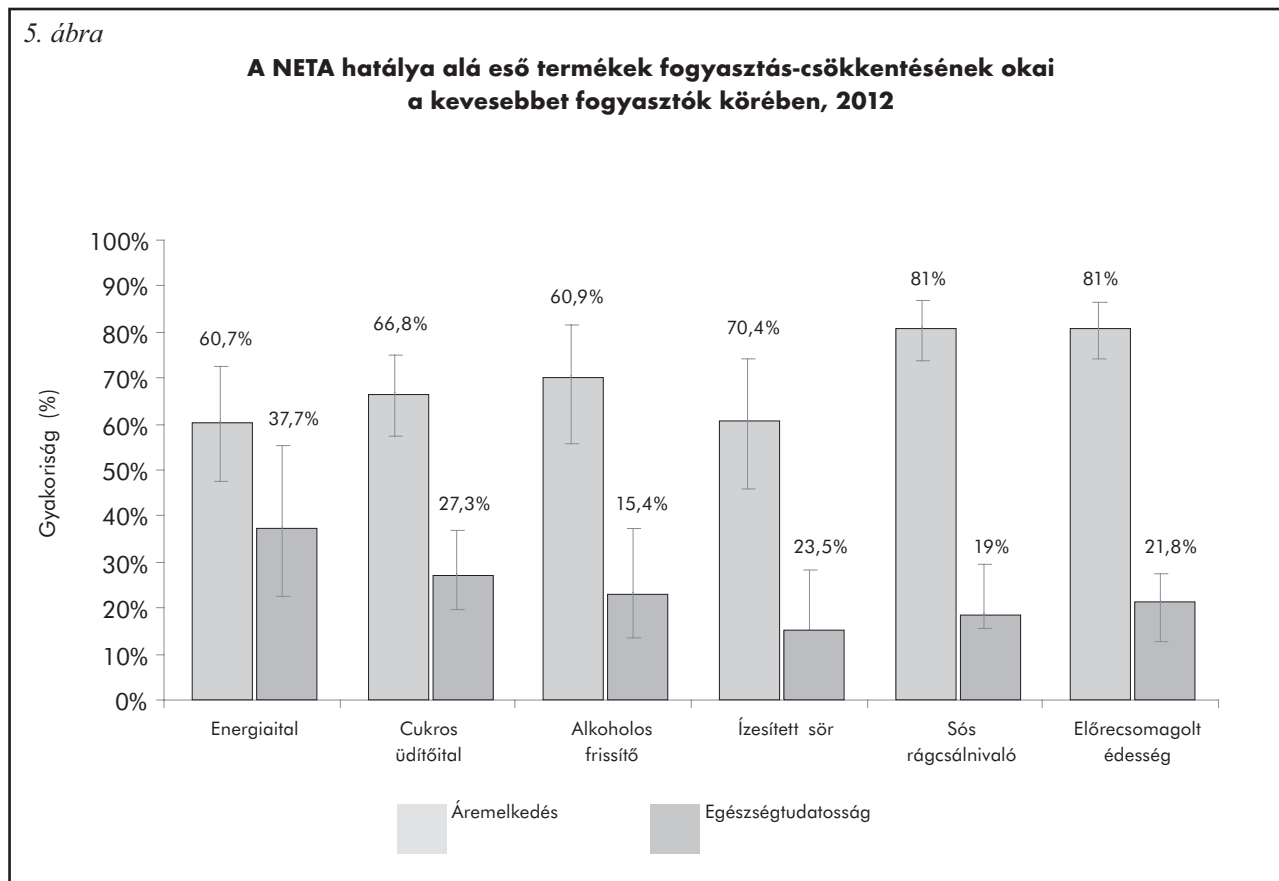
### 2.5. A fogyasztás csökkentésének indoka

A fogyasztás csökkentésének okait vizsgálva megállapítható, hogy minden, NETA-köteles termék esetén legmagasabb arányban az áremelkedéssel indokolták a csökkentést. A kevesebb előrecsomagolt édességet és sós rágcsálnivalót fogyasztók több, mint 80%-a az áremelkedést jelölte meg a csökkentés okaként, 20%-a pedig azt, hogy tudomására jutott, hogy a termék fogyasztása egészségtelen. (5. ábra) A NETA hatálya alá tartozó italok esetében valamivel alacsonyabb (60–70%) arányban, de itt is többségben voltak azok, akik a csökkentett fogyasztást a megemelkedett árakkal magyarázták, a második leggyakrabban megjelölt indok itt is a termék egészségre kifejtett káros hatása volt. Ez az indok a legnagyobb arányban az energiaital-fogyasztóknál jelent meg. Körülbelül minden tizedik vásárló barát, ismerős, családtag tanácsára változtatott szokásain. Hasonló arányban voltak azok, akik betegség miatt, illetve





5. ábra



az orvos tanácsára kevesebb alkoholos frissítőt fogyasztottak. A többi termék esetében a válaszadók kevesebb, mint 10%-a indokolta orvosi tanáccsal fogyasztásának csökkentését. (Függelék: 4. táblázat)

## 2.6. A NETA hatálya alá eső termékek ismertsége

A 18 év feletti magyar lakosság kétharmada (70%) hallott, olvasott arról, hogy 2011 szeptemberében bevezették a népegészségügyi termékadót. A felnőttek kétharmada jól tudta, hogy a cukros üdítőitalok, az energiaitalok, az előrecsomagolt édességek és sós rágcsálnivalók a NETA hatálya alá esnek. (6. ábra) Csak a lakosság közel fele tudta helyesen, hogy az ízesített sörök, az alkoholos frissítők, a levesporok és a sós ételízesítők is adóköteles termékek. A lakosság 40%-a tévesen gondolta, hogy a kávé és az égetett szeszesital is termékadóköteles, míg egyharmaduk, illetve ennél is kevesebben a kimért fagyaltot, az édes és sós pékárut, egyhatodik pedig a 100%-os gyümölcsleveket is termékadókötelesnek hitte. (Függelék: 5. táblázat)

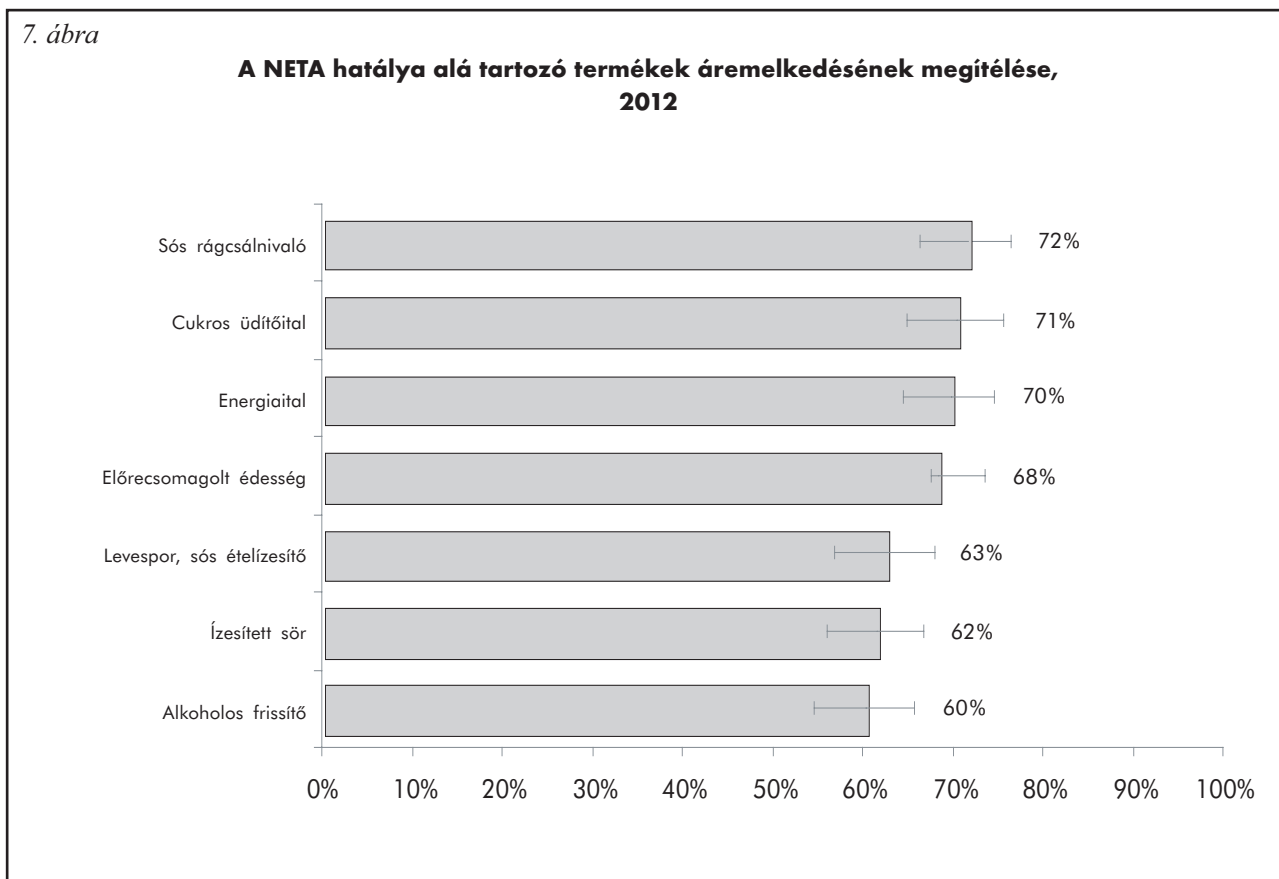
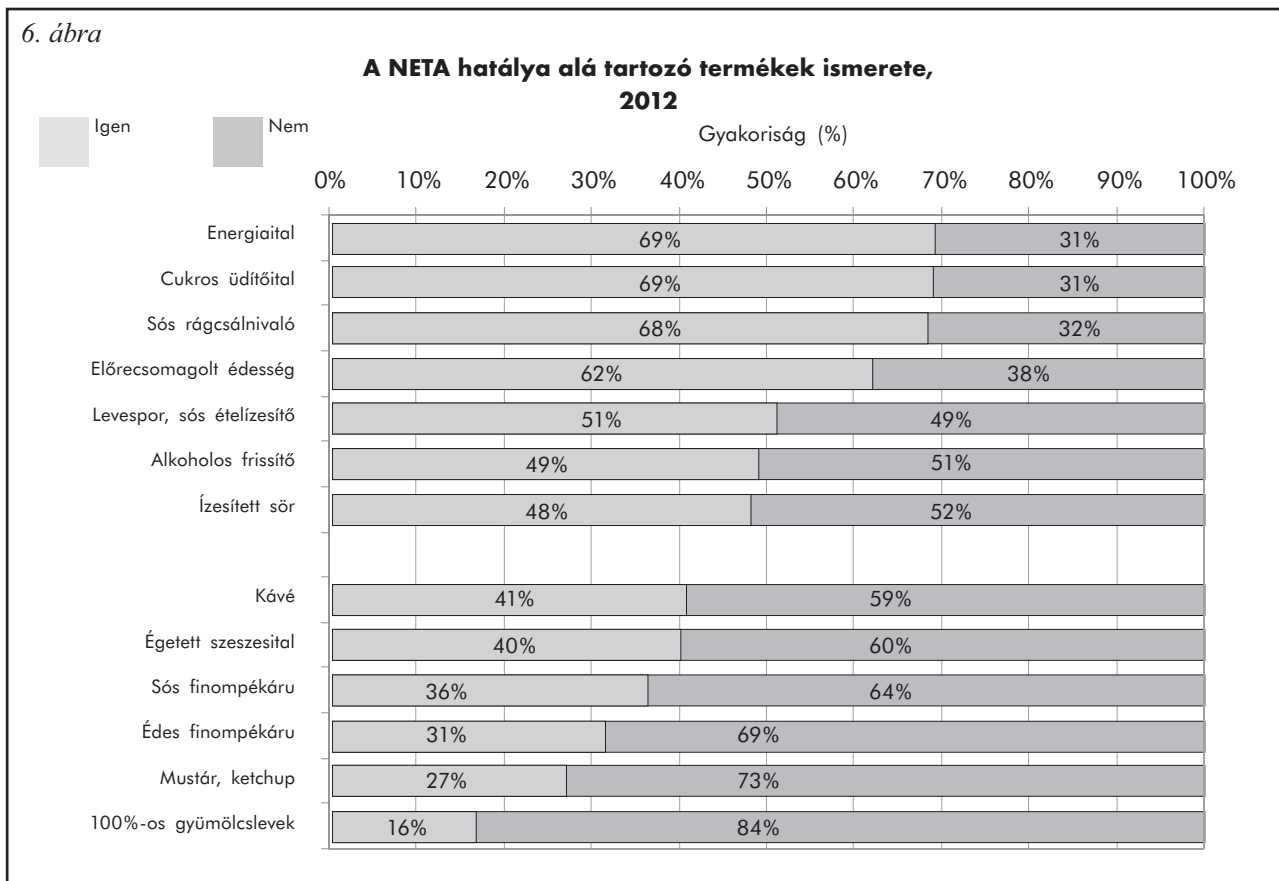
A felnőtt lakosság kétharmada gondolta úgy, hogy a NETA által érintett termékek ára a termékadó bevezetését követően emelkedett. (7. ábra) Ezt a legtöbben

a sós rágcsálnivalóknál (72%) és a cukros üdítőitaloknál (71%) vélelmezték. A legkisebb arányban az ízesített sörök (62%) és az alkoholos frissítők esetén tulajdonították az árak emelkedését a NETA hatásának.

Itt érdemes emlékeztetni arra, hogy az Országgyűlés a népegészségügyi termékadó bevezetésének célját a „népegészségügyileg nem hasznos élelmiszerek fogyasztásának visszaszorításában, az egészséges táplálkozás előmozdításában, valamint az egészségügyi szolgáltatások, különösen a népegészségügyi célú programok finanszírozásának javításában” határozta meg.

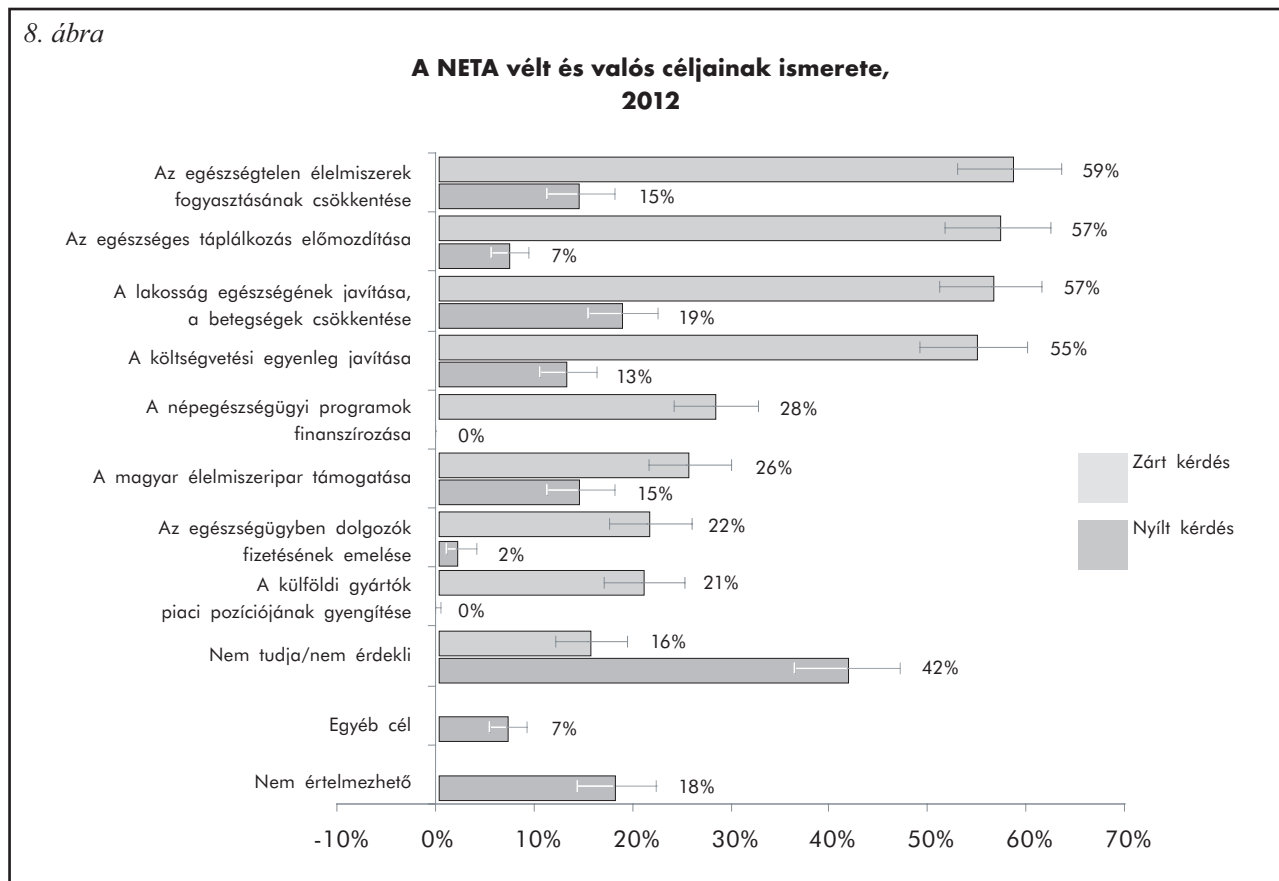
Annak felmérésére, hogy a felnőtt lakosság körében mennyire ismertek a NETA-törvény fenti céljai, a megkérdezettek először egy erre vonatkozó, ún. nyílt kérdésre saját megfogalmazásukban adtak választ. Az eredmények azt mutatják, hogy a magyar lakosság kevesebb, mint ötöde említette azt, hogy az egészség javítása, a megbetegedések számának csökkentése lenne a NETA célja. (8. ábra) Az egészségtelen élelmiszerek fogyasztásának csökkentését mindössze 15%-uk nevezte meg a törvény céljaként.

A felmérés résztvevői másodszor egy ún. zárt kérdésekhez megadott válaszlistán jelölték meg a NETA által vélelmezett célját. (8. ábra) Ennek során az egészségtelen élelmiszerek fogyasztásának csökkentését,





8. ábra



az egészséges táplálkozás előmozdítását, a lakosság egészségének javítását a felnőttek csaknem 60%-a vélelmezte. Hasonló arányban gondolták azt, hogy az elérni kívánt cél a költségvetési egyenleg javítása volt. A népegészségügyi programok finanszírozását csak minden negyedik felnőtt azonosította a *NETA* célkitűzéseként. A zárt kérdésekre adott válaszok alapján a lakosság ötöde szerint az egészségügyben dolgozók fizetésének emelése, illetve a külföldi gyártók pozíciójának gyengítése céljából került sor az új adó bevezetésére.

Általában elmondható, hogy a lakosság jóval nagyobb arányban tartja nagyon fontosnak, vagy fontosnak a törvényben meghatározott, a *NETA* bevezetése által elérni kívánt célokat, mint a vélt célokat. (9. ábra) A felnőttek több, mint háromnegyede a lakosság egészségének javítását és az egészséges táplálkozás előmozdítását, több mint kétharmaduk pedig az egészségtelen élelmiszerek fogyasztásának csökkentését és az egészségügyi dolgozók

fizetésének emelését is fontosnak tartja. Valamivel kevesebben (64%) a költségvetési egyenleg javítását, és tízből hatan a népegészségügyi programok finanszírozását tartják fontosnak. (Függelék: 6. táblázat)

A lakosság egyharmada – egyes célok esetében negyede, ötöde – gondolja úgy, hogy a *NETA* teljes mértékben hozzájárult, illetve hozzájárul a törvényben kitűzött célok, illetve vélt célok megvalósításához. (10. ábra) A felnőtt lakosok 38%-a szerint a *NETA* hozzájárul a költségvetési egyenleg javításához.

Az egészségtelen élelmiszerek fogyasztásának csökkentése, az egészségi állapot javulása és az egészségesebb táplálkozás minden harmadik felnőtt szerint a *NETA* segítségével megvalósítható. A felnőttek negyede, ötöde gondolta, hogy a *NETA* az olyan nem valós célok eléréséhez is hozzájárulhat, mint a magyar élelmiszeripar támogatása, vagy a külföldi gyártók piaci pozíciójának gyengítése.

#### IRODALOM

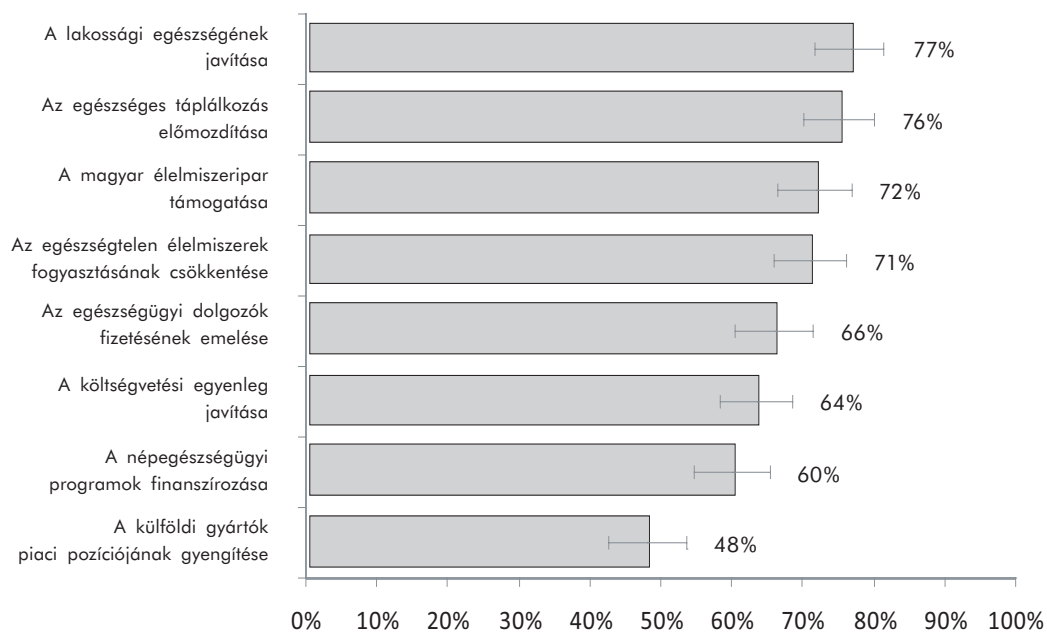
- (1) *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks.* World Health Organization, 2009.
- (2) Capacci, S. et al.: „Policies to promote healthy eating in Europe:

a structured review of policies and their effectiveness.” In: *Nutr Reviews*, 70(3): 188–200.

- (3) Mytton, O.–Clarke, D.–Rayner, M.: „Taxing unhealthy food and drinks to improve health.” In: *BMJ*, 2012;344:e2931 doi: 10.1136/bmj.e2931 (Published 15 May 2012)

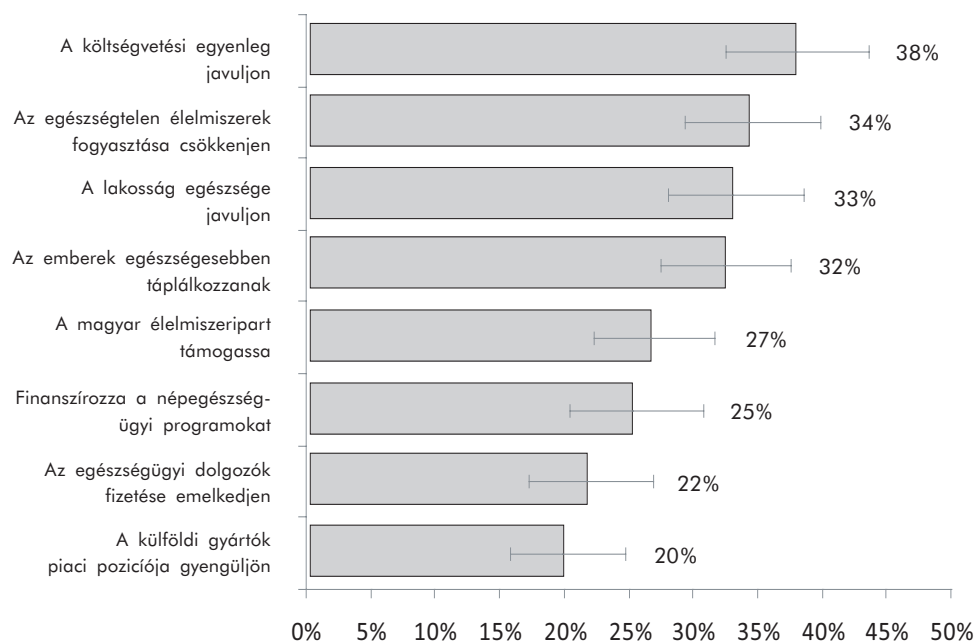
9. ábra

### A NETA vélt és valós céljai fontosságának megítélése, 2012



10. ábra

### A NETA hozzájárulása a törvény vélt és valós céljaihoz, 2012





1. táblázat

**FÜGGELÉK**  
**A NETA hatálya alá eső termékek fogyasztása**  
**a felnőtt lakosság körében, 2012**

Termékek	Fogyasztók aránya (%)	[95% MT]
Energiaital	22,2	[18,69-26,18]
Cukros üdítőital	54,8	[50,03-59,43]
Alkoholos frissítő	17,2	[13,53-21,50]
Ízesített sör	22,6	[18,96-26,62]
Előrecsomagolt édesség	67,4	[62,61-71,84]
Sós rágcsálnivaló	68,0	[62,97-72,67]

2. táblázat

**FÜGGELÉK**  
**A NETA hatálya alá eső termékek fontos/nagyon fontos vásárlási szempontjainak**  
**gyakorisága a fogyasztók körében, 2012**

Termékek	Fontos/nagyon fontos vásárlási szempontok (%) [95% MT]								
	íz	ár	márka	kalória-tartalom	mások is ezt fogyasztják	cukor-tartalom	koffein-tartalom	alkohol-tartalom	só-tartalom
Energiaital	89,6 [79,33-95,13]	84,9 [74,7-91,38]	61,8 [52,21-70,49]	43,9 [35,93-52,16]	21 [14,48-29,39]	44,4 [36,46-52,75]	58,9 [49,72-67,46]	—	—
Cukros üdítőital	92,4 [88,37-95,13]	86,9 [82,08-90,51]	62,7 [56,09-68,86]	41,5 [35,64-47,52]	20,6 [15,43-26,93]	45,9 [39,95-52,00]	35,8 [29,81-42,41]	—	—
Alkoholos frissítő	87,5 [77,86-93,29]	81,3 [73,72-87,09]	65,8 [56,83-73,78]	39,8 [30,00-50,54]	29,5 [21,09-39,54]	36,4 [28,17-45,54]	—	58,0 [48,94-66,38]	—
Ízesített sör	88,1 [76,67-94,33]	83,8 [76,41-89,28]	64,2 [55,79-71,86]	41,7 [34,09-49,6]	25,3 [17,43-35,1]	36,1 [27,90-45,13]	—	59,5 [50,58-67,77]	—
Előrecsomagolt édesség	86,1 [81,25-89,8]	81,1 [76,20-85,12]	48,5 [42,85-54,10]	39,6 [34,48-44,97]	18,3 [14,17-23,18]	42,3 [36,92-48,00]	27,6 [22,52-33,30]	—	—
Sós rágcsálnivaló	88,7 [84,81-91,71]	85,6 [81,6-88,71]	49,8 [43,73-55,98]	39,0 [34,22-44,08]	22,5 [17,61-28,20]	—	—	—	49,2 [43,83-54,66]



3. táblázat

**FÜGGELÉK**  
**A NETA hatálya alá eső termékek fogyasztásának változása az elmúlt egy évben,**  
**a fogyasztók körében, 2012**

Termékek	Fogyasztók aránya (%) [95% MT]		
	kevesebbet	ugyanannyit	többet
Energiaital	31,87 [23,87-41,11]	59,05 [49,57-67,90]	9,08 [5,92-13,68]
Cukros üdítőital	25,96 [20,71-32,00]	70,27 [63,97-75,87]	3,77 [2,00-7,01]
Alkoholos frissítő	34,67 [26,32-44,08]	57,03 [46,97-66,54]	8,30 [4,29-15,47]
Ízesített sör	28,44 [21,7-36,30]	58,62 [50,02-66,72]	12,94 [8,70-18,83]
Előrecsomagolt édesség	27,41 [22,29-33,20]	70,81 [64,78-76,19]	1,78 [0,84-3,72]
Sós rágcsálnivaló	25,98 [20,87-31,84]	71,90 [65,79-77,30]	2,12 [1,05-4,23]

4. táblázat

**FÜGGELÉK**  
**A NETA hatálya alá eső termékek fogyasztás-csökkenésének okai**  
**a kevesebbet fogyasztók körében, 2012**

Termékek	Fogyasztáscsökkenés oka (%) [95% MT]					
	emelkedett az ára	megtudta, hogy egészségtelen a fogyasztása	mások, mint pl. barát, ismerős családtag tanácsára	betegség miatt	orvos tanácsára	egyéb
Energiaital	60,7 [47,40-72,62]	37,7 [22,64-55,50]	10,9 [4,30-24,89]	3,6 [0,81-14,66]	—	10,8 [5,28-20,77]
Cukros üdítőital	66,8 [57,19-75,13]	27,3 [19,54-36,83]	11,4 [6,05-20,35]	5,7 [2,53-12,25]	4,2 [1,54-11,13]	6,5 [2,75-14,67]
Alkoholos frissítő	70,4 [55,94-81,61]	23,5 [13,59-37,38]	11,7 [5,58-22,98]	12,6 [4,52-30,54]	10,8 [3,92-26,34]	8,5 [2,37-26,02]
Ízesített sör	60,9 [45,72-74,29]	15,4 [7,82-28,09]	11,2 [4,48-25,36]	5,3 [2,07-12,95]	2,5 [0,54-10,91]	13,2 [6,03-26,6]
Előrecsomagolt édesség	81,0 [73,59-86,73]	21,8 [15,53-29,70]	5,4 [2,66-10,76]	6,9 [3,69-12,61]	7,7 [3,14-17,48]	6,0 [3,03-11,63]
Sós rágcsálnivaló	81,0 [74,03-86,40]	19,0 [12,62-27,47]	7,1 [3,42-14,01]	7,2 [3,06-15,97]	3,6 [1,34-9,23]	5,3 [2,63-10,40]

5. táblázat

**FÜGGELÉK**  
**A NETA hatálya alá eső termékek ismertsége**  
**a felnőtt lakosság körében, 2012**

Termékek	Ismeretei szerint a következő élelmiszerek közül melyek után kell chipsadót fizetni? (%) [95% MT]		
	igen	nem	nem tudja
Kávé	40,6 [35,21-46,24]	36,3 [31,28-41,58]	23,1 [19,03-27,80]
Cukros üdítő	68,8 [63,27-73,87]	13,3 [9,93-17,47]	17,9 [14,02-22,65]
Égetett szeszesital	39,9 [34,69-45,27]	35,9 [31,06-41,00]	24,3 [19,93-29,19]
Ízesített sör	47,9 [42,66-53,12]	28,5 [24,37-32,96]	23,7 [19,45-28,47]
Alkoholos frissítő	48,7 [43,52-53,91]	28,7 [24,40-33,43]	22,6 [18,34-27,51]
Energiaital	68,9 [63,39-73,92]	12,8 [3,38-17,16]	18,3 [14,46-22,95]
Kimért, gombóc fagylalt	26,8 [22,47-31,51]	48,1 [42,68-53,46]	25,2 [20,82-30,16]
Előrecsomagolt édesség	61,9 [56,23-67,32]	17,0 [13,17-21,64]	21,1 [16,93-25,95]
Édes finompékáru	31,2 [26,07-36,93]	45,6 [40,08-51,24]	23,2 [18,92-28,01]
Sós rágcsálnivaló	68,1 [62,60-73,08]	14,8 [11,31-19,07]	17,2 [13,49-21,57]
Sós finompékáru	36,0 [30,62-41,68]	42,0 [36,59-47,57]	22,1 [17,93-26,83]
Levesporok, sós ételízesítők	50,8 [45,43-56,14]	26,6 [22,31-31,39]	22,6 [18,38-27,46]
100%-os gyümölcslevek	16,4 [12,43-21,40]	61,9 [56,52-67,02]	21,7 [17,57-26,40]
Mustár, ketchup	26,7 [22,37-31,58]	48,5 [43,38-53,57]	24,8 [20,56-29,63]

6. táblázat

**FÜGGELÉK**  
**A NETA-törvényben meghatározott célok és a válaszadók által vélt célok**  
**fontosságának megítélése a felnőtt lakosságkörében, 2012**

A NETA valós és vélt céljai	Önnek mennyire fontos ...? (%) [95% MT]					
	Nagyon fontos	Fontos	Is-is	Nem igazán fontos	Egyáltalán nem fontos	Nem tudja
A lakosság egészségének javítása	45,2 [39,53-50,89]	31,7 [27,13-36,67]	13,9 [10,83-17,64]	3,4 [2,02-5,58]	0,7 [0,27-2,03]	5,1 [3,48-7,53]
Az egészségtelen élelmiszerek fogyasztásának csökkentése	38,7 [33,38-44,30]	32,6 [28,21-37,26]	17,0 [13,66-20,96]	4,9 [3,31-7,22]	1,5 [0,82-2,79]	5,3 [3,61-7,71]
Az egészséges táplálkozás előmozdítása	41,8 [36,36-47,49]	33,7 [29,33-38,37]	14,0 [11,07-17,64]	4,2 [2,60-6,85]	1,2 [0,54-2,45]	5,0 [3,43-7,37]
A népegészségügyi programok finanszírozása	30,4 [25,65-35-53]	29,9 [25,69-34,45]	22,3 [18,78-26,25]	8,6 [5,97-12,14]	2,9 [1,71-4,90]	6,0 [4,24-8,40]
Az egészségügyi dolgozók fizetésének emelése	33,2 [27,76-39-14]	33,0 [28,24-38,10]	18,1 [14,62-22,13]	6,3 [4,31-9,06]	3,6 [2,07-6,26]	5,8 [4,14-8,20]
A magyar élelmiszeripar támogatása	40,3 [34,67-46,25]	31,8 [27,07-36,83]	16,2 [12,97-19,97]	4,8 [2,91-7,70]	1,7 [0,92-3,31]	5,3 [3,57-7,66]
A költségvetési egyenleg javítása	29,3 [24,87-34,45]	34,4 [30,03-39,11]	21,7 [18,19-25,78]	5,8 [4,04-8,35]	2,8 [1,79-4,42]	5,9 [4,15-8,26]
A külföldi gyártók piaci pozíciójának gyengítése	24,1 [19,48-29,38]	24,1 [20,52-28,14]	22,4 [18,86-26,43]	14,8 [11,84-18,35]	7,3 [5,04-10,36]	7,3 [5,31-9,97]



# Az ACTION-FOR-HEALTH projekt megvalósítása – I. rész

## Egészségfejlesztési cselekvési terv kidolgozása az egészség-egyenlőtlenségek csökkentésére Sellye kistérségben

Az Országos Egészségfejlesztési Intézet munkatársai:

Dr. Koós Tamás szakmai vezető, Fekécs Éva védőnő, Járomi Éva projektasszisztens, Lőrík Eszter projektmunkatárs, Taller Ágnes projektkoordinátor

A helyi szakértők:

Dr. Barta Ildikó háziorvos, Gáspár Katalin kistérségi animátor, Frank Mártonné védőnő, Dr. Kováts Katalin házi-gyermekorvos, Mészáros Éva mentor, Pandur Csilla regionális mentor, Magyar Máltai Szeretetszolgálat Egyesület

A jelen tanulmányban bemutatott cselekvési terv az ACTION-FOR-HEALTH projekt (<http://www.action-for-health.eu/>) keretében készült, mely az Európai Bizottság társfinanszírozásával, a szlovéniai Muraszombati Népegészségügyi Intézet (ZZV MS) koordinációjával valósul meg. A projektben – mely 2012 augusztusában indult és 2014 augusztusában zárul – különböző európai országokból 9 társult partner vesz részt, köztük az Országos Egészségfejlesztési Intézet (OEFI) is.

A projekt általános célja, hogy az egészségfejlesztés eszközeivel csökkentse az egészség-egyenlőtlenségeket, ezzel hozzájárulva a lakosság egészségének és életszínvonalának javításához. Fő feladatként a partnerek saját országukban,

egy szabadon választott területi egységre vonatkozóan, helyi (regionális/kistérségi/települési) szintű cselekvési tervet készítenek. Mindemellett a projekt az európai strukturális alapokból származó források egészség-egyenlőtlenségek csökkentésére ható felhasználását is ösztönzi.

**Az egészség-egyenlőtlenségek csökkentésére irányuló cselekvési terv (a továbbiakban: cselekvési terv) célja a Baranya megyei Sellye kistérség lakossága körében tapasztalható egészség-egyenlőtlenségek csökkentése az egészségfejlesztés eszközeivel.** A cselekvési terv az Országos Egészségfejlesztési Intézet (OEFI) koordinálásával, a Sellye kistérségbeli szakértők és a Magyar Máltai Szeretetszolgálat (MMSZ) közreműködésével készült.



Jelen tanulmány az ACTION-FOR-HEALTH projekt keretében készült, mely az Európai Uniótól az Egészség Program keretében pénzügyi támogatásban részesült. A tanulmányért való kizárólagos felelősség a szerzőt terheli. Az Európai Bizottság Egészség- és Fogyasztóügyi Végrehajtó Ügynöksége nem vállal felelősséget a tanulmányban szereplő információk felhasználásáért.

A tanulmány szerkesztése 2013 novemberében zárult le.

Az ACTION-FOR-HEALTH projektet – melynek célja, hogy az egészségfejlesztés eszközeivel csökkentse az egészség-egyenlőtlenségeket, s így javítsa a lakosság egészségét, emelje életszínvonalát – 2013/4. lapszámunkban mutattuk be.

A tanulmány második részét 2014/1–2. lapszámunkban olvashatják.





Az MMSZ helyismerete és tapasztalat alapján az OEFI partnerségi megállapodást kötött a karitatív szervezettel a projektben való tartós együttműködésre.

Sellye kistérség kiválasztását a cselekvési terv helyszínéül az ott rendelkezésre álló szakmai erőforrások, az MMSZ révén működő partnerségi viszonyok, valamint a kistérség hátrányos helyzete indokolta. A helyszín kiválasztását – a projektfeladatoknak megfelelően – az egészség-egyenlőtlenségekre vonatkozó országos szintű helyzetelemzés előzte meg. Ezt követően készült el a sellyei kistérségben élő lakosság egészségi állapotára és az egészség-egyenlőtlenségekre vonatkozó helyzetelemzés, valamint a cselekvési terv elkészítéséhez szükséges kapacitások, erőforrások feltérképezése.

A cselekvési terv a sellyei kistérség lakossága körében tapasztalható egészség-egyenlőtlenségek csökkentését az egészségfejlesztés eszközeire, a helyi szintről induló kezdeményezésekre és a strukturális alapok helyi felhasználásának lehetőségeire építve kívánja elősegíteni, a hátrányos helyzetű csoportokra – különösen a gyermekekre – fókuszálva. A cselekvési terv készítésének alapja a kistérségi szereplőkkel való szoros együttműködés. A helyi szakemberekkel való kapcsolatfelvétel egy Sellyén megrendezett kerekasztal-beszélgetés keretében történt, melyre az MMSZ segítségével meghívtuk a helyi döntéshozókat és a szociális, valamint az egészségügyi ellátórendszer szakembereit. A kerekasztal-beszélgetés helyi résztvevői közül egy hat főből álló munkacsoport jött létre, azon szakemberekkel, akik nyitottak voltak az együttműködésre. A munkacsoportban az MMSZ is képviselteti magát. A cselekvési terv a kistérségbeli szakértők által a kerekasztal-beszélgetésen, valamint a munkacsoport-tagok által a munkacsoport-megbeszéléseken megfogalmazott szükségletekre, problémákra reflektál, az egészséggel kapcsolatos objektív szükségleteket és az egészséggel kapcsolatos lakossági igényeket is figyelembe véve. Három fő célja van: egyrészt különböző egészségfejlesztési programok szervezése, információnyújtás a lakosság körében az egészség-problémák megelőzése és csökkentése érdekében, az egészségműveltség fejlesztése; másrészt kapacitásfejlesztés, humán erőforrás-fejlesztés (a helyi egészségügyi és szociális szakemberek körében); valamint az infrastruktúrafejlesztés ösztönzése. A cselekvési terv elkészültével a projektidőszakon belül, a projekt által biztosított pénzügyi forrásból két kiválasztott program is megvalósul, a megvalósítást pedig az eredmények értékelése követi.

Az MMSZ, a sellyei szakértők és az OEFI közreműködésével létrejött cselekvési terv az ACTION-FOR-HEALTH projekt időszakának végét követően (2014. augusztus) is a helyi közösség tulajdonát képezi, további intézkedések megalapozására rendelkezésükre áll. A cselekvési terv felhasználható további programok,

projektek kidolgozásakor, valamint a 2014–2020-as időszakban, az európai uniós strukturális alapok forrásainak felhasználására irányuló pályázatok benyújtásánál elősegítheti a pályázati programok szakszerű megalapozását. Elősegítheti és megalapozhatja továbbá a *Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégia* (2011–2020) intézkedéseinek helyi megvalósítását is.

Fentiekén kívül, a szlovéniai tapasztalatok alapján (1) – megfelelő döntéshozói támogatás mellett – a sikeres cselekvési terv modellje adaptálható lehet az ország más kistérségeiben is. (2)

## A cselekvési terv létrehozásának szükségessége

A lakosság egészségi állapotában jelentkező különbségek egy része genetikai okokra, illetve az egyének által szabadon hozott döntések következményeire vezethető vissza. Az egészségi állapotban megfigyelhető különbségek más része azonban nem magyarázható genetikai, valamint az egyének szabad döntéseire visszavezethető okokkal: a „*méltánytalan vagy elkerülhető egészségi egyenlőtlenségek olyan, a halandóságban és az egészségi állapotban fennálló különbségeket jelölnek népcsoportok között és azokon belül, amelyek okai az egészséget meghatározó társadalmi és gazdasági tényezők, úgymint jövedelem, iskolázottság, foglalkozás, élet- és munkakörülmények; illetve amelyek megfelelő strukturális beavatkozásokkal csökkenthetők. (...) A méltánytalanak tekintendő hazai egészségi egyenlőtlenségekre jellemző az ország északi és délnyugati részén konzekvensen mutatkozó magas halandóság; a vidéki kistérségek és budapesti kerületek között és azokon belül fennálló jelentős különbségek; az alacsony iskolai végzettséggel rendelkezők a magas iskolai végzettséggel rendelkezőkhöz képest fennálló túléleli hátrányai, illetve mind a földrajzi, mind a társadalmi-gazdasági egészség-különbségek növekedése az elmúlt három évtizedben.*” (3) A legalacsonyabb és a legmagasabb iskolai végzettségű férfiak 30 éves korban várható élettartamában például 13 év különbség van. (4)

A lakosság egészségi állapota meglehetősen kedvezőtlen, az ország egészségi mutatói és a várható élettartam messze elmaradnak az uniós átlagtól. A daganatos és krónikus betegségek, a korai halálozás komoly társadalmi és gazdasági kockázatot jelentenek. (5) Mindez a társadalom teljesítőképességének csökkenését is maga után vonja.

Egyfajta társadalmi-gazdasági különbség figyelhető meg az ország nyugat-keleti, valamint észak-déli tengelye mentén. Az ország fővárosát (agglomerációjával együtt) és az ország többi részét elválasztó eltérés is számottevő, ami számos okra vezethető vissza. Ilyenek például a földrajzi elhelyezkedés, az intézményrendszer



és a közlekedési hálózatok centrális jellege, valamint egyéb, társadalmi-gazdasági tényezők. (6)

A társadalmi leszakadásért alapvetően a szegénységgel összefüggő állapotok okolhatóak. Ma Magyarországon az alacsony foglalkoztatottság, a romló egészségi állapot, valamint az etnikai szegregáció egyre erősödő társadalmi problémát jelent, mely az állami szektorra, a társadalmi együttélésre és a gazdasági növekedésre egyaránt kihat.

A társadalmi felzárkózást, valamint az egészség-egyenlőtlenségek csökkentését több országos stratégia is támogatja.

A 2011–2020-as időszakra szóló *Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégia* (7) fő céljai a szegénységben és társadalmi kirekesztettségben élők arányának csökkentése, különös tekintettel a roma népességre; a szegénység, a szociális kizáródás újratermelődésének megakadályozása, valamint a társadalmi-gazdasági javakhoz történő egyenlő esélyű hozzáférés javítása, a társadalmi összetartozás erősítése.

Az egészségben előforduló egyenlőtlenségek kérdésével és azok csökkentésével országos szinten a *Nemzeti Népegészségügyi Programok* foglalkoznak, így például a 2013 és 2016 közötti időszak feladatait rögzítő „Vasgyúró” gyermek-egészségügyi program, a 2007–2020-as „Lelki Egészség Országos Programja”, vagy a 2010–2018-as „Nemzeti Stratégia a kábítószer-probléma kezelésére”.

Az egészség-egyenlőtlenségek helyi szintű csökkentésére az európai uniós strukturális alapok 2007–2013-as támogatási időszakában főként a *Társadalmi Megújulás Operatív Program (TÁMOP)*, a *Társadalmi Infrastruktúra Operatív Program (TIOP)*, valamint a *Regionális Operatív Programok (ROP)* keretében biztosított források álltak rendelkezésre.

Sellye kistérségben is számos olyan projekt és beruházás valósult meg az *Európai Unió* társfinanszírozásával, mely a társadalmi felzárkózás elősegítése, a foglalkoztatás növelése, valamint az infrastrukturális beruházások révén hozzájárulhat a térségben tapasztalható egészség-egyenlőtlenségek csökkentéséhez. Erre vonatkozóan a 2. Melléklet tartalmaz néhány példát. Jelen cselekvési terv – a fenti tevékenységek tapasztalataira és eredményeire is építve –, a helyi kapacitások és erőforrások mobilizálásával célozza az egészség-egyenlőtlenségek csökkentését – az említett társadalmi-gazdasági problémákban fokozottan érintett – Sellye kistérségben.

## Egészség-egyenlőtlenségek Sellye kistérségben

A sellyei kistérség egészségi állapota, egészség-egyenlőtlenségei, valamint az ezeket meghatározó tényezők leírásában a cselekvési terv – egyéb adatok mel-

lett – főként az *MMSZ* megbízásából a *Gyerekesély Program* országos kiterjesztésének szakmai-módszertani megalapozásaként készült „*Sellyei kistérségi tükör*” (8) című dokumentumra támaszkodik.

Sellye kistérség Magyarország egyik legszegényebb térsége: a kedvezményezett térségek besorolásáról szóló *311/2007. (XI. 17.) Kormányrendelet* szerint az ország harmadik legrosszabb társadalmi-gazdasági mutatókkal rendelkező kistérsége. 35 települése közül 24 település szegénységi kockázata a legmagasabb fokú. (9) A kistérség összlakossága 2011-ben 14 181 fő volt. (A Sellyei kistérséghez tartozó települések listáját és lakosság számát az 1. Melléklet tartalmazza.)

**A születéskor várható élettartam** Sellyén a 2010-es adatok szerint 72,8 év, elmaradva az országos átlagtól, mely 2010-ben 75,1 év. A sellyei nők várható élettartama ugyanebben az évben 75,9 év, mely 6,21 évvel haladja meg a férfiak várható élettartamát. (10)

A kistérség **mortalitásában** a 2011-es adatok szerint a vezető pozíciót a keringési megbetegedésekből eredő (41,8%), a daganatos megbetegedésekből eredő (30,8%), valamint a légúti megbetegedésekből eredő (10,4%) halálozások alkotják. (11) A 2010. évi országos adatokkal összehasonlítva (keringési megbetegedések: 50,5%, daganatos megbetegedések: 25,4%, valamint légúti megbetegedések: 4,8%) (12) elmondható, hogy a kistérség halálozási adatai – a keringési megbetegedések kivételével – a vezető halálokok esetében rosszabbak az országos átlagnál.

**A megbetegedések** között vezető helyen a szív- és érrendszeri betegségek állnak. A magas vérnyomás problémája egyre fiatalabb korban, már az általános iskolás korosztály körében is jelentkezik, ugyanígy a cukorbetegség, melyek a helytelen táplálkozás, elhízás következményei. „*A mentális betegségek száma szintén jelentős. A Sellyei Egészségügyi Központ pszichiátriai szakrendelésének betegforgalmi adatai szerint az elmúlt tíz évben tendenciózusan emelkedett a szakrendelést felkereső páciensek száma, ami 2010-ben tetőzött (2 358 eset). A betegségek diagnózis szerinti eloszlása egyértelműen mutatja, hogy a depresszió és a szorongásos tünetek fordulnak elő a legnagyobb számban a lakosság körében. 2010-ben például a depressziós esetek száma 1 129 volt, a szorongásos tünetegyüttes esetszáma pedig 617. Ezek a megbetegedések szoros összefüggésben vannak az életkörülményekkel, a kistérség lakosságának jó részét jellemző létbizonytalansággal.*” (13) (A mentális megbetegedések korcsoport szerinti megoszlása a kisgyermekes szülőket tekintve különösen érdekes lehet. A szülők mentális állapota szükségszerűen kihat a gyermekekre is, egyaránt befolyásolva mentális és fizikális fejlődésüket.)

2010-ben 123 gyermek közül 14 gyermek született



alacsony születési súllyal (2500 g alatt). (14) A fenti adat alapján elmondható, hogy a 2010-ben élve született gyermekek 11%-a alacsony születési súllyal jött a világra, meghaladva ezzel az országos arányt: a *Központi Statisztikai Hivatal* adatai alapján hazánkban 2010-ben összesen 90 335 gyermek született, a 2500 g alatti születési súllyal világra jött csecsemők száma 7 742 fő (15), 2010-ben tehát az élve született gyermekek 8,57%-a alacsony születési súllyal jött a világra.

2010-ben 140 gyermek töltötte be a 3. életévét, a kötelező szűrések alapján összesen 41 esetben diagnosztizáltak valamilyen problémát, melyek közül a leggyakoribb a nem megfelelő tápláltsági állapot volt. A gyermekek 12%-ánál diagnosztizáltak alultápláltságból, elhízásból, egészségtelen táplálkozásból eredő problémákat. (16) 2011-ben 12 esetben diagnosztizálták az alultápláltság valamilyen formáját a 18 év alatti korosztályban. Ez a szám 2012-ben 16 főre emelkedett. (17)

2012-ben a légzőrendszert érintő betegségekkel – a 18 év alatti korosztályban – 121 gyermek fordult orvoshoz. (18) A 2013. június 12-én, Sellyén megrendezett kerekasztal-beszélgetésen elhangzott helyi szakértői vélemények alapján a dohányzás rendkívül elterjedt a lakosság körében, a gyermekek már egészen fiatal korban kipróbálják a dohányzást, így 10–12 éves korukra függővé válhatnak.

A másik, igen súlyos probléma a visszafüstölő kályhák által kibocsátott füst légzőrendszert károsító hatása.

Elsősorban a lakhatási körülmények, a környezeti viszonyok okolhatóak az utóbbi időben nagymértékben megjelenő allergiás, asztmás betegségekért – ez utóbbi kialakulását nagyban elősegíti, hogy az allergiás tüneteket (sem) kezelik megfelelően, nem tudják kiváltani a drága gyógyszereket.

Az ortopédiai elváltozások (lúdtalpasság, gerincferdülés) a gyermekek körében szintén gyakoriak. (19)

Az egészség-egyenlőtlenségeket és az egészségi állapotot a térségben az alábbi társadalmi meghatározók befolyásolják:

A kistérség lakosságának **foglalkoztatási, iskolázottsági mutatói** kedvezőtlenek. 2012-ben a munkanélküliségi ráta 27,3% volt, több mint az országos átlag kétszerese (10,9%). 2011-es adatok szerint a gazdaságilag aktív populáció munkanélküliségi aránya (43,8%), és a gazdaságilag inaktívak össznépeséghez viszonyított aránya (37%) rendkívül magas. A foglalkoztatottak átlagjövedelme szintén elmarad az országos átlagtól. A többség számára az egyetlen foglalkoztatási formát a közfoglalkoztatás, valamint a mezőgazdasági munka jelenti. A kistérség legnagyobb problémája a munkahelyek hiánya, valamint az alacsony iskolai végzettséggel rendelkezők és az elavult, nem piacképes szakképesítéssel rendelkezők aránya.

A 7 éven felüli lakosság 65%-a legfeljebb általános iskolai végzettséggel rendelkezik. A középiskolát végzettek aránya 2011-ben 21,7% volt (20), míg az országos átlag e tekintetben 82,1%. (21) Érettségivel a népesség 10%-a rendelkezik, és elenyésző a felsőfokú tanulmányokat befejezők aránya.

A kistérség egyes településein eltérő **demográfiai folyamatok** figyelhetőek meg. A települések egy csoportját a gyorsan fogyó népességű, előregedő falvak alkotják, ahol a nagymértékű elvándorlás együtt jár a népesség természetes fogyásával. A települések másik, markáns csoportját azon falvak képezik, ahol a természetes szaporodás pozitív egyenleget mutat, a korszerkezet összetétele fiatal vagy fiatalodó. Ezekben a településeken jellemzően magas a roma lakosság aránya, mely együtt jár a lakosság nagymértékű szegregációjával. Az elvándorlás ezekben a falvakban is megfigyelhető. **A roma lakosság kistérségi aránya** a jegyzői adatlapok alapján 32,8%, azaz a falvak népességének harmadát teszi ki, mely az egyes településeken eltérő mértékben koncentrálódik. A kistérség 16 településén a helyi becslések szerint többségében romák élnek. Az itt élők iskolázottsági, foglalkoztatottsági mutatói rendkívül kedvezőtlenek. A kistérség falvainak jelentős részében pedig visszafordíthatatlan társadalmi-etnikai homogenizáció zajlik.

**A foglalkoztatott nélküli, gyermeces háztartások aránya** 13%. A családok szerkezetére a kétszülős és a három-, illetve többgyermekes családmódel jellemző.

**Az infrastrukturális ellátottság** hiányos: a komfort nélküli, közművesítéssel nem rendelkező lakások kistérségi aránya 33%, a közösségi közlekedés járatsűrűsége szintén alacsony. Minden település rendelkezik helyközi autóbussz megállóval, azonban 9 településről – melyek egy része épp a legrosszabb helyzetű települések közé tartozik – nem érhető el közvetlen buszjárat a kistérségi központ. További 15 településen napi 1–4 járatpár biztosítja a kistérségi központ közvetlen elérhetőségét. Ahol nincs közvetlen járat, a várakozások miatt a menetidő akár több órára is nőhet.

**Az egészségügyi alap- és szakellátásokhoz való hozzáférés** nem elégséges. A 35 települést magában foglaló kistérségben 11 házi orvosi praxis működik, kilenc székhellyel. „A székhelyről a kirendelt településekre jellemzően hetente, kéthetente járnak az orvosok, igen rövid, pár órás rendelési idővel.” (22)

Helyi szakértők megítélése szerint a házi orvosi ügyeleti ellátás a legproblémásabb pont az egészségügyi ellátórendszerben, jelenleg ugyanis 2 központ működik a térségben (Sellye és Vajszló). Finanszírozás tekintetében mindkettő küszködik, mert kevés az ellátott fő utáni OEP-finanszírozás. (23) A terület nagysága miatt azonban egy központtal nem lenne megoldható a feladat, vagy csak akkor, ha több orvos ügyelne (egy





a hívásokhoz menne ki, egy pedig a rendelőben maradna), ez viszont a költségeket növelné. Ráadásul a vajszlói ügyelet évek óta orvosi létszámproblémákkal küzd. Ennek oka, hogy a helybeli orvosok egy része nem tud a napi terhelés mellett még heti 1–2 ügyeletet is vállalni (ami egyébként jogszabályba is ütközne). Külső orvosok pedig – saját munkahelyi ügyeletük mellett – alig vállalnak plusz ügyeletet, ráadásul itt gyermekek és felnőttek ellátását is biztosítani kell, melyre szakmailag sem felkészültek. Ügyeleti időben gyógyszerész sem mindig elérhető (heti váltásban ügyel a vajszlói és a sellyei gyógyszerész). A fenti problémákon az ügyeleti rendszer átszervezésével, az ügyeleti gyógyszerkészlet kibővítésével és feltöltésével lehetne segíteni.

A kistérségben mindössze egy gyermekorvos praktizál. A kistérségben élő 2 184 fő 14 év alatti gyermeket a gyermekorvos, valamint vegyes háziorvosi praxisban, felnőtt háziorvostan szakvizsgával rendelkező orvosok látják el. A mozgó gyermek-szakorvosi szolgálat havonta körülbelül egyszer jut el a falvakba. A védőnői ellátás helyi elérhetősége településenként változó, a helyben tartott fogadóórák nem feltétlenül arányosak az igénybevevő lakosság számával.

A hiányosságok mellett szükséges megemlíteni, hogy európai uniós TIOP-forrásból Sellye város önkormányzata 2008-ban mintegy 1 milliárd Ft támogatást nyert kistérségi járóbeteg-szakellátó központ kialakítására Sellyén. Az *Ormánság Egészségközpontot* 2011 februárjában adták át. A központ mintegy húsz szakterületen nyújt ellátást. A helyi szakértők megítélése szerint a sellyei egészségügyi központ megfelelő szintű szakellátást nyújt, rövidebb előjegyzési idővel dolgozik, mint a legtöbb pécsi szakrendelő, és a problémás esetek kezelésében is rugalmasságot mutat. A fő gondot a délutáni/esti szakrendelési időpontok jelentik, melyekre a betegek egy része nem tud tömegközlekedéssel eljutni, mivel nincsen buszjárat a hazautazáshoz. (Ehhez jelenthetnének segítséget a falu- és tanyagondnoki szolgálatok gépjárművei, az ún. „falubuszok”. Sajnos nem egységes falvanként, hogy kit, mikor, hová visznek el orvoshoz falubuszszal, továbbá vannak falvak, ahol nem áll rendelkezésre a fent említett szolgáltatás, itt a közlekedés egyáltalán nem megoldott).

Szintén előremutató kezdeményezés, hogy két vajszlói körzetben hetente egyszer (keddenként) reggel, a házi-orvosi ellátás keretében vérvételre van lehetőség, a mintákat pedig az önkormányzat segítségével átszállítatják a sellyei laborba, így a betegeknek nem kell éhgyomorral egy másik településre vérvételre utazniuk.

**A gyermekjóléti és családsegítő szolgáltatást** a sellyei székhellyel, a többcélú kistérségi társulás fenntartásában működő *Gyermekjóléti és Családsegítő Szolgálat* nyújtja. Az intézményi humán-erőforrásból hiányoznak

a speciális képzettségű szakemberek (pszichológus, jogász, stb.) és a technikai személyzet. A szociális és egészségügyi intézmények létszámhiánnyal küzdenek, a segítő szakemberek az előírtnál jóval több esettel dolgoznak, így a kiégés kockázata halmozottan jelenik meg.

A közoktatási intézményekben tanuló gyermekek társadalmi összetételét illetően a hátrányos (24) és halmozottan hátrányos helyzetű (25) gyermekek aránya kistérségi szinten drámaian magas, azonban az egyes települések között jelentős különbségek mutatkoznak. A rendszeres gyermekvédelmi kedvezményre jogosult gyermekek aránya 2010-ben 75,7% volt. Az 517 óvodás 81,6%-a (422 fő) hátrányos helyzetű, 41,8%-uk (216 fő) halmozottan hátrányos helyzetű. Óvodáztatási támogatásban 215 gyermek részesül. A sajátos nevelési igényű gyermekek száma összesen 8 fő, míg a korai fejlesztést igénylő gyermekek száma 21 fő. Az iskolák hátrányos helyzetű tanulóinak aránya összesítve 80,5%, a halmozottan hátrányos helyzetű tanulók aránya 42,8%, mindkét arány kritikusan magas. Az intézmények részéről egyöntetűen megfogalmazódik a fejlesztő szakemberek, pedagógiai szakszolgáltatások hiánya. Gimnáziumi oktatás a kistérségben nincs. A középfokú képzések jellemzően mezőgazdasági jellegűek.

A sellyei kistérségben tapasztalható, fent ismertetett társadalmi és egészségproblémák rendkívül összetettek, **ezért az egészségfejlesztés hatékony módszereinek alkalmazása több ágazat összefogásával javasolt.** A fő egyenlőtlenségekért felelős tényezők – a szakképzetlen munkaerő és a munkahelyek hiánya – mértékének csökkentése azonban hosszabb távú és nagyobb volumenű beavatkozásokat tesz szükségessé. A kistérség hátrányos helyzetének mérséklését többek között az elérhető erőforrások hatékonyabb allokálása, az ágazatközi együttműködés, a helyi érdekhordozók döntéseibe való bevonása és a civil szervezetek támogatása jelentheti, valamint a helyi lakosság igényeinek azonosítása az ellátórendszer hozzáférhetőségének növelése és a jobb kihasználtság érdekében.

### Az egészség-egyenlőtlenségek csökkentése az egészségfejlesztés eszközeivel

A cselekvési terv az egészségfejlesztés eszközeivel kívánja az egészség-egyenlőtlenségeket csökkenteni, valamint a lakosság egészségi állapotát javítani a kistérségben. „Az egészségfejlesztés az a folyamat, amely az embereket képessé teszi arra, hogy növeljék befolyásukat a saját egészségük felett, és javítsák azt.” (26) Ennek megfelelően fő eszközeink az alábbiak lehetnek: – A döntéshozókra és szakemberekre irányulóan:

- az egészség társalmi meghatározóira és az egészség-





## TOVÁBBKÉPZÉS

egyenlőtlenségekre vonatkozó figyelemfelhívás, a problémák tudatosítása;

- az egészség érdekében való ágazatközi együttműködés ösztönzése;
- kapacitásfejlesztés, készségfejlesztés.

– *A lakosságra, különösen a hátrányos helyzetű csoportokra irányulóan:*

- egészségfejlesztési programok szervezése;
- betegségmegelőzés;
- az egészséggel kapcsolatos ismeretek és készségek javítása, az egészségműveltség fejlesztése;
- közösségfejlesztés.

Továbbá javasolt az MMSZ az elmúlt években a kistérségben sikerrel megvalósított, illetve jelenleg is működő programjainak figyelembevétele, a cselekvési terv intézkedéseibe való beépítése. Ezek közül kiemelt jelentőséggel bír a mobil játszótér program, mely alkalmas lehet arra, hogy egészségfejlesztési elemekkel bővüljön.

### *Mobil játszótér program*

A Magyar Máltai Szeretetszolgálat mobil játszótérei 2011 augusztusa óta az ország nyolc leghátrányosabb helyzetű kistérségében (Sellyei, Kadarkúti, Barcsi, Abaúj-Hegyközi, Encsi, Bodroghközi, Fehérgyarmati, Vásárosnaményi) járják az elszegényedett településeket, ily módon igyekeznek eljutni a szegregátumokba, gettósodott településrészekre, közösségi játéklehetőséget biztosítva az ott élőknek. A program elsősorban a gyermekeknek szól, de a jelenlévő felnőttek nagy része is bevonódik, így – a játék mellett – egyfajta szociális munka is kezdetét veszi. Mindez a TÁMOP-5.2.1-es kiemelt program keretében valósul meg. A szakemberek kisbusszal utaznak a játékterhelyszínekre, s játékeszközökkel, előre kidolgozott, a helyszínhez illeszkedő tematikával érke-

nek. A program a helyi adottságokra építve, szabad vagy zárt környezetben zajlik, ahol a helyi vezetők, döntéshozók és a lakosság szoros együttműködésének köszönhetően nyílik lehetőség a játéokra. Egy-egy játékprogram alkalmával a szervezők igyekeznek:

- olyan játékokat tanítani a gyermekeknek és szüleiknek, segítőiknek, melyeket utána ők is önállóan tudnak játszani, kevés vagy szinte semmilyen költséggel nem járnak, s minden esetben fejlesztő hatással bírnak;
- olyan mozgást, mozgáskoordinációt fejlesztő eszközökkel való szervezett időtöltést biztosítani, melyek a gyermekek számára újak, érdekesek, s melyeket szocializációs hátrányaik miatt eddig nem tudtak elsajátítani;
- észrevétlenül közvetíteni normákat, magatartásbeli és közösségben elvárható viselkedést, szabályrendszerhez való alkalmazkodást kialakítani;
- a szocializációs folyamatokat elősegíteni;
- áttekinteni az adott település problémáit, felmérni azok megoldási lehetőségeit, a közösségfejlesztésre alkalmas módszereket;
- megfelelő együttműködést kialakítani a helyi szervezetekkel, intézményekkel, a „kulcsemberekkel”, a helyi lakosokkal.

A játékok során különös jelentőséggel bír a balesetet okozó helyzetek felismerése, azok megelőzése, a következetes játékvezetés.

A játszóbusszt és magát a játékot eszközként használják fel, segítségével eljutnak a kiemelt program célcsoportjaihoz, a kistérségi gyermekekhez, szülőkhöz. Ezáltal lehetőség nyílik a helyi sajátosságok megismerésére, a valóban létező, de sok esetben megbúvó problémagócok feltérképezésére, az azokra vonatkozó konkrét megoldási tervek készítésére a helyi közösséggel együtt, úgy, hogy a játszóközben észrevétlenül megtanulják felismerni saját lehetőségeiket, s azok kiaknázását. (27)

### JEGYZETEK

1. A Muraszombati Népegészségügyi Intézet 2005-ben Promurje régióra készített az egészség-egyenlőtlenségek csökkentését célzó cselekvési tervet. A kidolgozott módszertan alapján később minden szlovén régióban hasonló cselekvési terv készült.
2. Az Országos Egészségfejlesztési Intézet jelen projekt tapasztalatai alapján egy másik magyarországi kistérségben hasonló cselekvési terv elkészítését tervezi a Norvég Finanszírozási Mechanizmus keretében indított Népegészségügyi kezdeményezések – „A mentális egészség és az egészségügyi humán erőforrás kapacitásfejlesztése Magyarországon” című nevesített projektjében.
3. Kósa Karolina (2009): „A társadalmi egyenlőtlenségek népegészségügyi hatásai Magyarországon.” In: *Népegészségügy*, 87. évfolyam, 4. szám, 329. old.
4. *Report on health inequalities in the European Union*. Commission Staff Working Document. Brussels, September 2013

5. Emberi Erőforrások Minisztériuma, Egészségügyért Felelős Államtitkárság. <http://www.kormany.hu/hu/emberi-eroforrasok-miniszteriuma/egeszsegugyvert-felelos-allamtitkarsag/felelossegi-teruletek>
6. *Magyarország társadalmi atlasza*. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2012.
7. *Nemzeti társadalmi felzárkózási stratégia – mélyszegénység, gyermekszegénység, romák (2011–2020)*. KIM Társadalmi Felzárkózásért Felelős Államtitkárság, Budapest, 2011. november. 9. old. <http://romagov.kormany.hu/download/8/e3/20000/Strat%C3%A9gia.pdf>
8. Domokos Veronika–Tószegi Mónika–Turós Lászlóné: *Sellyei kistérségi tükkör. Helyzetfeltárás. 2012*. A kistérségi tükkör a Magyar Máltai Szeretetszolgálat megbízásából, a Gyerekesély Program országos kiterjesztésének szakmai-módszertani megalapozása és a program kísérése a TÁMOP-5.2.1-11/1-2011-0001 projekt kere-





- tében készült el. [http://www.gyerekesely.eu/sites/default/files/tukrok/kistersegi\\_tukor\\_sellye.pdf](http://www.gyerekesely.eu/sites/default/files/tukrok/kistersegi_tukor_sellye.pdf)
9. Domokos Veronika–Tószegi Mónika–Turós Lászlóné: *Sellyei kistérségi tükrök. Helyzetfeltárás. 2012.* 5–6. old.
10. *Népszámlálás 2011. A Pannon Elemző Iroda 2013-as számításai alapján.*
11. *Halálzási táblák és térképek.* Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2011. (<http://www.oefi.hu/halalozas/>); <http://www.oefi.hu/halalozas/tablak/y=2011&t=tenyleges&terseg=Kisterseg&tid=-Sellyei.html>
12. *Központi Statisztikai Hivatal – Demográfiai évkönyv, 2010.* (CD-melléklet)
13. Domokos Veronika–Tószegi Mónika–Turós Lászlóné: *Sellyei kistérségi tükrök. Helyzetfeltárás. 2012.* 66. old.
14. Domokos Veronika–Tószegi Mónika–Turós Lászlóné: *Sellyei kistérségi tükrök. Helyzetfeltárás. 2012.* 66. old.
15. *Központi Statisztikai Hivatal – Demográfiai évkönyv, 2010.* (CD-melléklet)
16. Domokos Veronika–Tószegi Mónika–Turós Lászlóné: *Sellyei kistérségi tükrök. Helyzetfeltárás. 2012.* 67. old.
17. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár adatszolgáltatása, 2013.
18. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár adatszolgáltatása, 2013.
19. Domokos Veronika–Tószegi Mónika–Turós Lászlóné: *Sellyei kistérségi tükrök. Helyzetfeltárás. 2012.* 67. old.
20. *Népszámlálás 2011. A Pannon Elemző Iroda 2013-as számításai alapján.*
21. Eurostat. European Commission. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00-065&plugin=1>
22. Domokos Veronika–Tószegi Mónika–Turós Lászlóné: *Sellyei kistérségi tükrök. Helyzetfeltárás. 2012.* 45. old.
23. Országos Egészségbiztosítási Pénztár.
24. *A gyermekek védelméről és a gyámsági igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvény 2013. évi módosítása* értelmében a hátrányos helyzet, valamint halmozottan hátrányos helyzet meghatározását a gyermekvédelmi törvény tartalmazza. Hátrányos helyzetű az a rendszeres gyermekvédelmi kedvezményre jogosult gyermek és nagykorúvá vált gyermek, aki esetében az alábbi körülmények közül egy fennáll: a szülő vagy a családbafogadó gyám alacsony (legfeljebb alacsony) iskolai végzettsége; a szülő vagy a családbafogadó gyám alacsony foglalkoztatottsága.
25. Halmozottan hátrányos helyzetű az a rendszeres gyermekvédelmi kedvezményre jogosult gyermek és nagykorúvá vált gyermek, aki esetében a hátrányos helyzetet meghatározó körülmények közül legalább kettő fennáll; a nevelésbe vett gyermek; valamint az utógondozói ellátásban részesülő és tanulói vagy hallgatói jogviszonyban álló fiatal felnőtt.
26. „Rövid közlemények. Javaslat az egészségfejlesztésben leggyakrabban használt szavak fordítására és értelmezésére.” In: *Népegészségügy*, 88. évfolyam, 1. szám, 55. old.
27. Kistérségi Gyerekesélyek. <https://sites.google.com/site/523help/kistersegek-tamogatasa/mobil-jatszoter>
28. Nemzeti Fejlesztési Ügynökség. <http://www.terkepter.nfu.hu/>

## IRODALOM

- Kósa Karolina (2009): „A társadalmi egyenlőtlenségek népegészségügyi hatásai Magyarországon.” In: *Népegészségügy*, 87. évfolyam, 4. szám, 329–335. old.
- Report on health inequalities in the European Union.* Commission Staff Working Document. Brussels, September 2013.
- Emberi Erőforrások Minisztériuma, Egészségügyért Felelős Államtitkárság. [http://www.kormany.hu/hu/emberi-eroforrasok-miniszteriuma/egeszsegugyert-felelos-allamtitkarsag/felelossegi-teruletek/Magyarorszag\\_tarsadalmi\\_atlasza](http://www.kormany.hu/hu/emberi-eroforrasok-miniszteriuma/egeszsegugyert-felelos-allamtitkarsag/felelossegi-teruletek/Magyarorszag_tarsadalmi_atlasza). Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2012.
- Nemzeti társadalmi felzárkózási stratégia – mélyszegénység, gyermekszegénység, romák (2011–2020).* KIM Társadalmi Felzárkózásért Felelős Államtitkárság, Budapest, 2011. november. <http://romagov.kormany.hu/download/8/e3/20000/Strat%C3%A9gia.pdf>
- Domokos Veronika–Tószegi Mónika–Turós Lászlóné: *Sellyei kistérségi tükrök. Helyzetfeltárás. 2012.* A kistérségi tükrök a Magyar Máltai Szeretetszolgálat megbízásából, a Gyerekesély Program országos kiterjesztésének szakmai-módszertani megalapozása és a program kísérése a TÁMOP-5.2.1-11/1-2011-0001 projekt keretében készült el. [http://www.gyerekesely.eu/sites/default/files/tukrok/kistersegi\\_tukor\\_sellye.pdf](http://www.gyerekesely.eu/sites/default/files/tukrok/kistersegi_tukor_sellye.pdf)
- Népszámlálás 2011. A Pannon Elemző Iroda 2013-as számításai alapján.*
- Halálzási táblák és térképek.* Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2011. (<http://www.oefi.hu/halalozas/>); <http://www.oefi.hu/halalozas/tablak/y=2011&t=tenyleges&terseg=Kisterseg&tid=-Sellyei.html>
- Központi Statisztikai Hivatal – Demográfiai évkönyv, 2010.* (CD-melléklet)
- Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) adatszolgáltatása, 2013.
- 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámsági igazgatásról*
- EUROSTAT European Commission Database. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00065&plugin=1>
- „Rövid közlemények. Javaslat az egészségfejlesztésben leggyakrabban használt szavak fordítására és értelmezésére.” In: *Népegészségügy*, 88. évfolyam, 1. szám, 55. old. Kistérségi Gyerekesélyek. <https://sites.google.com/site/523help/kistersegek-tamogatasa/mobil-jatszoter>
- Nemzeti Fejlesztési Ügynökség. <http://www.terkepter.nfu.hu/>
- Kézikönyv a gyermekjóléti szolgáltatást nyújtók számára a gyermekekkel szembeni rossz bánásmóddal kapcsolatos esetek ellátáshoz és kezeléséhez.* Módszertani Gyermekjóléti Szolgálatok Országos Egyesülete, Budapest, 2006. [http://www.nefmi.gov.hu/letolt/kozokt/bantalmazas\\_kezikonyv\\_080409.pdf](http://www.nefmi.gov.hu/letolt/kozokt/bantalmazas_kezikonyv_080409.pdf)



## 1. Melléklet

**A Sellyei kistérséghez tartozó települések és a települések lakosainak száma  
(2012)**

1. Adorjás	211
2. Baranyahídvég	209
3. Besence	132
4. Bogádmindszent	453
5. Bogdása	314
6. Csányoszró	738
7. Drávafok	538
8. Drávaiványi	221
9. Drávakeresztúr	121
10. Drávasztára	458
11. Felsőszentmárton	1032
12. Gilvánfa	427
13. Hegyszentmárton	451
14. Hirics	248
15. Kákics	236
16. Kemse	63
17. Kisasszonyfa	208
18. Kisszentmárton	292
19. Kórós	250
20. Lúzsok	264
21. Magyarmecske	339
22. Magyartelek	237
23. Markóc	69
24. Marócsa	111
25. Nagycsány	173
26. Okorág	183
27. Ózdfalu	195
28. Páprád	178
29. Piskó	265
30. Sámod	201
31. Sellye	2899
32. Sósvertike	193
33. Vajszló	1884
34. Vejtői	180
35. Zaláta	284





## 2. Melléklet

**A strukturális alapok forrásainak felhasználása a sellyei kistérségben  
a 2007–2013-as időszakban**

Az alább felsorolt, a strukturális alapok forrásaiból finanszírozott, Sellye kistérségben megvalósult nyolc program olyan kezdeményezéseket takar, melyek a hátrányos helyzetű kistérség elmaradottságának és egészség egyenlőtlenségeinek csökkentését célozzák. (28) Található köztük már befejezett és még jelenleg is tartó program. A felsorolás célja, hogy példával szolgáljunk olyan kezdeményezésekre, melyhez hasonlóakhoz a forrásteremtést és finanszírozást a következő, 2014–2020-as tervezési időszakban is javasoltnak tartjuk, s melyek jelen cselekvési terv célrendszerébe is illeszkednek.

**I. Operatív program: DDOP – Dél-Dunántúli Operatív Program**

*Felhívás száma:* DDOP-5.1.3/A-11

*Téma:* Közlekedésfejlesztés

*A projekt címe:* Térségi elérhetőség javítása az 5821. j. úton

*Projektelelemek:* 5821. j. út felújítása a 22+273-25+024 km szelvények közötti szakaszon

*A projekt megvalósulásának dátuma:* 2013. február 26.

*A kifizetett támogatás összege:* 244 173 438,- Ft

*Akciótervi időszak:* AT 2011-2013

A projekt a „Segédlet a komplex akadálymentesítéshez” melléklet követelményeinek megfelel.

A projekt támogatása nem éri el az 1 Mrd Ft-ot, így megvalósíthatósági tanulmány készítése nem szükséges. Környezeti hatástanulmány készítése nem szükséges. A projekt megvalósításához nincs szükség építési engedélyre.

A projekt a sellyei kistérséget érinti.

Az összekötő út az ormánsági települések egyik legfontosabb belső feltáró útja, főként a Dráva-menti kis településeket fűzi fel. Az út középső szakasza az 1980-as évek végén épült, viszonylag jó teherbírású, míg az eleje és a vége 1970-ben épült makadámburkolat, mely utoljára 20 éve kapott felületi bevonatot. A beavatkozás során az út végén, Sellye előtt, Drávaiványi és Sellye között újítanak fel egy 2 751 m hosszú külterületi szakaszt. Ezen szakaszon mind a teherbírás, mind a burkolatállapot osztályzata a legrosszabb, 5-ös. Az út egyenetlensége miatt jelentős mennyiségű kiegyenlítő réteg építése válik szükségessé. A meglévő buszmegállók öböllel való átépítése a kis forgalom miatt nem indokolt, viszont az utasok számára burkolt padka készül a le- és felszállóhelyeken. Az út felújításával javul az itt levő, nehezen megközelíthető települések elérhetősége.

**II. Operatív program: TÁMOP – Társadalmi Megújulás Operatív Program**

*Felhívás száma:* TÁMOP-5.4.9-11/1

*Téma:* Humán fejlesztés

*A projekt címe:* Hálózati együttműködés a Sellyei kistérségben

*A projekt tervezett kezdése:* 2013. május 1.

*A projekt tervezett befejezése:* 2014. október 31.

*A kifizetett támogatás összege:* 8 749 999,- Ft

*Akciótervi időszak:* AT 2011-2013

A projekt a Sellyei kistérség szociális és gyermekjóléti alapellátásainak szükségletorientált, integrált fejlesztését és funkcionális összekapcsolását célozza, interprofesszionális szakmai együttműködési hálózat kiépítésével és működtetésével. Főbb tevékenységek: szolgáltató intézmények szervezetfejlesztése, a meglévő szolgáltatások fejlesztése mellett kiegészítő szolgáltatások biztosítása (pl. dokumentációs rendszerek), módszertani eszköztár és ajánlások készítése, team-támogatás, monitoring tevékenység.



**III. Operatív program: TÁMOP – Társadalmi Megújulás Operatív Program***Felhívás száma:* TÁMOP-5.4.9-11/1*Téma:* Humán fejlesztés*A projekt címe:* Első lépés program az Ormánságban*A projekt megvalósulásának dátuma:* 2012. május 31.*A kifizetett támogatás összege:* 37 194 236,- Ft*Akciótervi időszak:* AT 2009-2010

A projekt az alacsony foglalkoztatási eséllyel rendelkező, munkavállalásukban korlátozott emberek önálló életvitelének, foglalkoztathatóságának és társadalmi integrációjának javítására irányul, az önálló életvitelhez és a munkavállaláshoz szükséges kulcskompetenciák megerősítésével. A projekt keretében „C+E” kategóriás jogosítvány megszerzésére irányuló képzést szerveznek, tehergépkocsi vezető alapképesítő szaktanfolyammal, munkaerőpiaci, számítógép- és internethasználatra irányuló tréninggel, illetve a munkáltatók részére szemléletformálást segítő képzéssel kiegészítve. Ezt követően 3 hónapra gyakorlati hely biztosításával járulnak hozzá a képzést elvégzők gyakorlati tapasztalatszerzéséhez és könnyebb munkába kerüléséhez. A képzés a Sellyei kistérség összes településének bevonásával valósul meg, tehát 35 településről 30 fő képzésére nyílik lehetőség, ezzel is hozzájárulva a munkanélküliség igen magas arányának csökkentéséhez.

**IV. Operatív program: TÁMOP – Társadalmi Megújulás Operatív Program***Felhívás száma:* TÁMOP-2.4.5-12/3*Téma:* Humán fejlesztés*A projekt címe:* Rugalmasságot növelő helyi, innovatív kezdeményezések támogatása Sellye városában*A projekt tervezett kezdése:* 2013. május 15.*A projekt tervezett befejezése:* 2014. május 31.*A támogatás összege:* 17 194 805,- Ft*Akciótervi időszak:* AT 2011-2013

A pályázat célja olyan innovatív tartalmú projektek megvalósítása, melyek segítik a helyi intézményi együttműködést, és a helyi igények figyelembevételével racionalizáltabb működést, jobb minőségű szolgáltatást eredményeznek. A projekt célját helyi szövetségek kialakításával, a szociális infrastruktúra működésének összehangolásával, új típusú munkakörök létrehozásával, a nyitvatartási idők racionalizálásával, valamint a célcsoport számára nyújtott képzések megvalósításával kívánja elérni.

**V. Operatív program: TÁMOP – Társadalmi Megújulás Operatív Program***Felhívás száma:* TÁMOP-2.4.3/B-2-10/1*Téma:* Humán fejlesztés*A projekt címe:* Foglalkoztatás elősegítése a hátrányos helyzetű Ormánságban*A projekt megvalósulásának dátuma:* 2012. augusztus 31.*A kifizetett támogatás összege:* 29 226 478,- Ft*Akciótervi időszak:* AT 2009-2010

A magas munkanélküliség által sújtott Sellyei kistérségben elérhető, hátrányos helyzetű munkaerő-kínálat és az e célcsoportnak megfelelő munkalehetőségek összehangolásával olyan „minőségi szolgáltatás” létrehozása a cél – parkgondozási, település-karbantartási, szociális segítői területen – mely szövetkezeti formában, egyben kezeli a felmerülő, munkavállalást gátló nehézségeket, figyelmet fordít a közösségfejlesztésre és hosszú távon szolgálja az itt élő közösség megelégedését.

**VI. Operatív program: TÁMOP – Társadalmi Megújulás Operatív Program**

Felhívás száma: TÁMOP-3.3.8.B-12

Téma: Humán fejlesztés

A projekt címe: Változtass, hogy változhass!

A projekt tervezett kezdése: 2013. május 02.

A projekt tervezett befejezése: 2015. augusztus 31.

A szerződésben elfogadott összeg: 29 995 951,- Ft

Akciótervi időszak: AT 2011-2013

A projekt célja a szülők, a pedagógusok és a társadalmi környezet közreműködésével perspektívát, segítséget nyújtani a tanulók számára, hogy célokat tudjanak megfogalmazni önmaguknak, ki tudják dolgozni az odavezető stratégiát, s tenni tudjanak érte. A családi körülményekből fakadó kulturális és szociális hátrányok leküzdését segítő tevékenységek, személyiségfejlesztő tréningek segítségével további cél, hogy az életben használható gyakorlati tanácsokkal felkészítsük őket az önérvényesítésre.

**VII. Operatív program: TÁMOP – Társadalmi Megújulás Operatív Program**

Felhívás száma: TÁMOP-3.1.7-11/2

Téma: Humán fejlesztés

A projekt címe: Ormánsági Tücsök Óvoda

A projekt megvalósulásának dátuma: 2012. december 14.

A kifizetett támogatás összege: 2 976 163,- Ft

Akciótervi időszak: AT 2011-2013

„Óvodánk gyermekközpontú befogadó intézmény, fogadja a halmozottan hátrányos helyzetű, sajátos nevelési igényű, nemzeti és etnikai kisebbséghez tartozó, és az eltérő ütemben fejlődő gyermekeket. Pedagógusközösségünk felkészült a referencia-intézményi szolgáltatás nyújtására, az intézmények közötti együttműködés elősegítésére, tapasztalatok, jó gyakorlatok átadására. Munkánkban megjelenik a kompetencia-alapú nevelés, a differenciált és az egyéni fejlődést biztosító módszerek. Programunk „alappillérei”: „a követve nevelés”, a kötetlenség, a folyamatosság, az önkéntesség, az egyéni bánásmód, a mozgás, a játék, a mese. Az óvodába lépés első pillanatától a nevelés szerves részeként van jelen a hagyományápolás, a néphagyományok megőrzése, ezen belül a horvát nemzetiségi és a cigány kisebbségi kultúra átörökítése.”

**VIII. Operatív program: TÁMOP – Társadalmi Megújulás Operatív Program**

Felhívás száma: TÁMOP-5.3.5-09/1

Téma: Humán fejlesztés

A projekt címe: „Mindenre van megoldás” – prevenciót célzó családkísérési program a Sellyei kistérségben

A projekt megvalósulásának dátuma: 2012. december 14.

A kifizetett támogatás összege: 55 376 504,- Ft

Akciótervi időszak: AT 2009-2010

A projekt az *Iffjúságért Egyesület Lakáskísérési programjának* a Sellyei kistérségben történő adaptálásával – szakmai partnerségben – modellprogramot valósít meg, mely a szegénységben élőknek nyújtott komplex támogatással hozzájárul hatékony háztartásgazdálkodásukhoz, adósságterheik adekvát kezeléséhez, rendezéséhez, úgy, hogy ezzel párhuzamosan munkaerőpiaci helyzetük is javuljon.





# Magyar és osztrák egyetemisták alkoholfogyasztási szokásai

Huszka Péter PhD, egyetemi docens

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

## Bevezetés

A társadalmi változások hatására napjaink serdülő- és ifjúkori generációja változáson megy át. A fiatalok szocializációjában csökken a család és az iskola szerepe, növekszik a barátoké, az ismerősöké, és egyre erősödik a média – elsősorban az elektronikus hírforrások –, valamint a fogyasztói ipar befolyása. A korai önállóodás, az idő- és teljesítménykényszer, a fokozódó verseny növelheti a fiatalok veszélyeztetettségét. Mindezek hatására sokan szívesen nyúlhatnak doppingszerekhez.

Fontos megemlítenünk, miszerint a modern marketingben ma már túlhaladott az a megközelítés, hogy a vevők rövid távú igényeit a vállalatoknak a lehető leghatékonyabban kell kielégíteniük. A vevők rövid távú érdekei ugyanis sokszor összeütközésbe kerülnek a vevők és a társadalom hosszú távú érdekeivel (az egészségi állapot, az életminőség javítása, a környezetszennyezés elkerülése). Mindez különösen igaz a fiatalok esetében, akik manapság természetesnek tartják, hogy „saját maguk döntsenek életükről”, és szinte sértőnek érzik, ha nem szolgálják ki őket dohánytermékkel, alkohollal, azaz korlátozzák szabad önrendelkezésüket. *Eisingerné és Makkos-Káldi* 2012-ben megjelent tanulmányukban sajátos vásárlási döntési mechanizmust mutatnak be, melyet mozaikcsaládokban élő fiatalok szemszögéből is vizsgáltak. *Ercsey (2012a)* a szubjektív életminőség vizsgálatához kapcsolódóan feltárja, hogy a magyar válaszadók értékelése alapján az egészség a legfontosabb dimenzió. Ugyanakkor a pilot-kutatás

eredményei rávilágítanak arra, hogy az egészség fontosságának megítélésében nem az életkor, hanem a nem és az iskolai végzettség játszik meghatározó szerepet (*Ercsey, 2012b*).

A kutatás fontosságát az is hangsúlyozza, hogy az egyetemi évek az emberi élet azon fontos szakaszát jelentik, amikor a későbbi, az egyén egészségére élete folyamán hatást gyakorló szokások kibontakoznak.

Felgyorsult világunkban az emberek italfogyasztási szokásai is folyamatosan átalakulnak. Időről-időre újabb trendek tűnnek fel, melyeket az emberek akarva-akaratlanul követni kezdenek. Magyarországon és Ausztriában az egészséges életstílus olyan új trend, mely fokozatosan divatba jön.

Kutatásom során arra a kérdésre kerestem választ, hogy a magyar és az osztrák egyetemisták alkoholfogyasztási szokásaiban tükröződik-e az egészséges életmódra való törekvés.

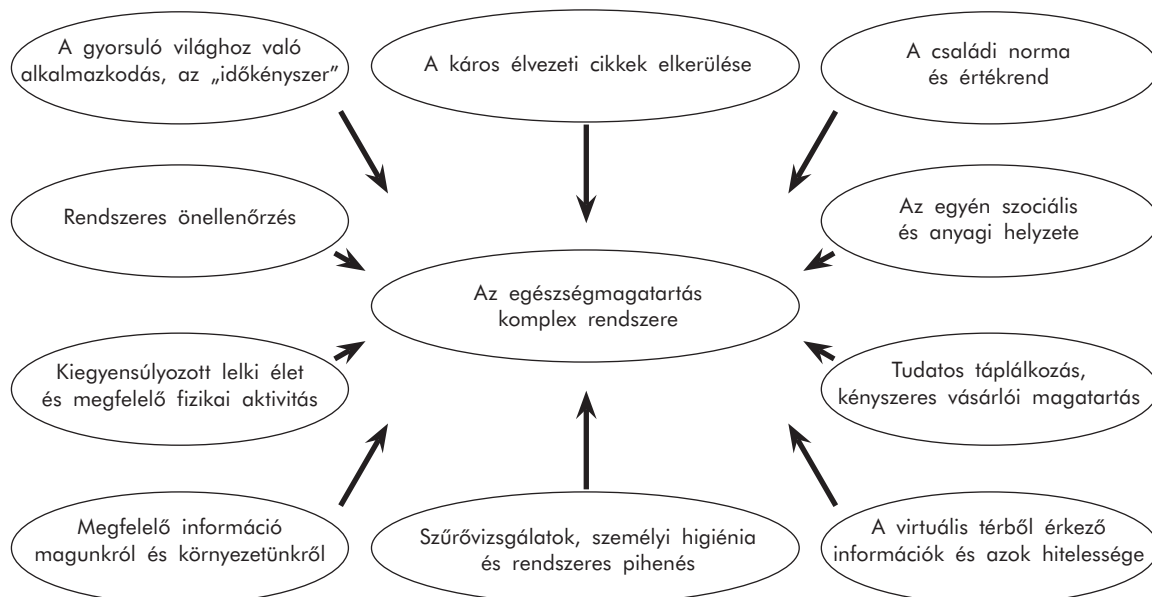
## Irodalmi áttekintés, hipotézisek

A kutatás célkitűzéseinek és a vázolt módszertani logikának megfelelően elsőként a szekunder, másodikként a primer piackutatás eredményeit mutatom be. Áttekintjük, milyen tényezőkből áll az egészség, az egyén egészségmagatartása, valamint melyek ennek elemei. A jó egészségi állapot ugyanis nemcsak az egyén, hanem a társadalom érdeke is, hiszen az egyén – mint munkakerő – a termelési folyamat fontos eleme, így egészségének megőrzése a társadalom alapvető feladata.



1. ábra

**Az egészségmagatartás komplex rendszere**



Harris és Guten munkája alapján saját kutatás és szerkesztés.

Huszka P. (2012 a): „Divat a korai dohányzás? – avagy dohányzási szokások vizsgálata a 12–16 évesek körében.” In: *Egészségfejlesztés*, 53 (4), 9–15.

Harris D. M., Guten S. (1979): „Health protecting behaviour: An exploratory study.” In: *Journal of Health and Social Behaviour*, 20: 17–29..

**Az egészségmagatartás, egészségtudatosság és elemei**

Azt, hogy mi is az egészség, s hogy mely tényezők hatnak leginkább egészségi állapotunkra, sokan, sokféleképpen megfogalmazták. Baum, Krantz és Gatchel (1997) szerint egészségmagatartás, egészségtudatosság minden olyan viselkedés, mely hatással lehet egészségünkre, mindaddig, amíg egészségesek vagyunk.

Ez a rendszer azonban rugalmas, hiszen napjainkban az információk hitelessége és a környezetünkhöz való gyors alkalmazkodás képessége is befolyásolja, befolyásolhatja egészségünket.

Az egészségmagatartás legfontosabb elemeit az 1. ábra szemlélteti. Jól látható, hogy az egészségmagatartás olyan komplex rendszer, melynek része a testmozgás, a lelki egészség, a tudatos táplálkozás, a higiénia, a káros élvezeti cikkek kerülése, a család norma- és értékrendszere, annak erőssége, valamint a virtuális térből érkező információk és azok hitelessége is. A komplex rendszerben megjelenik az egyén szociális és anyagi helyzete is (gondoljunk pl. a minőségi táplálkozásra, de az egészségügyi ellátáshoz való hozzájutás is sok esetben ennek függvénye), vagy az „időkényszer”, a gyorsuló világhoz való alkalmazkodás, vagy annak hiánya. Ezt Süle

(2013) az idő szubjektív értékelésének függvényeként jellemzi. Ez utóbbi sok esetben pszichés (és testi) megbetegedéshez, illetve különböző nyugtató (elkerülő) szerek – alkohol, kábítószer, dohányzás, internetfüggőség – fogyasztásához, illetve túlzott használatához vezet.

Ha az egyén ezen elemek többségét betartaná, egészséges életet élhetne. Ez sajnos hazánkban sok esetben nem, vagy csak nehezen képzelhető el. Matarazzo (1984) és Aszmann (2003) is megállapítja, hogy a fiatalok (és sajnos ez az idősebb korosztály tagjaira is jellemző) nem törődnek egészségükkel:

- Már 13 éves kortól megfigyelhető a rendszeres alkoholfogyasztás.
- Minden ötödik 14 éves hetente fogyaszt alkoholt.
- A 14 évesek 25–32%-a legalább hetente egyszer dohányzik.
- A 18-19 évesek több mint fele rendszertelenül vagy egészségtelenül táplálkozik,
- A 15 évesek csupán 33%-a sportol rendszeresen,
- Az osztrákok 13 %-ának jelentős túlsúlya van.

A szubjektív életminőség vizsgálatával foglalkozó tanulmányok azt mutatják, hogy a magyar válaszadók értékelése alapján az egészség a legfontosabb dimenzió. (Ercsey I., 2012a) Ugyanakkor a pilot-kutatás eredmé-



1. táblázat

**Átlagos alkoholfogyasztás mennyiségi változása különböző időszakokban Ausztriában**

	1993–1994			2004				2008			
	16–17	18–20	21–99	14–15	16–17	18–20	21–99	15	16–17	18–20	21–99
Férfiak és nők/Életkor											
Naponta átlagosan elfogyasztott alkohol mennyisége (gramm)	9	22	32	13	18	24	28	22	22	25	28
Átlagos alkoholfogyasztás liter/év	<b>4,2</b>	10,2	14,8	5,9	<b>8,2</b>	11,1	13,1	10,2	<b>10,2</b>	11,6	13

Forrás: „Handbuch Alkohol – Österreich“ Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen 2013. (Wien, März 2013), A. Uhl, S. Bachmayer, A. Puhm, J. Strizek, U. Kobrna, M. Musalek: Bundesministerium für Gesundheit (Wien, 2011), <http://faostat3.fao.org/faostat-gateway/go/to/download/FB/FBS/E> alapján saját szerkesztés

nyei rávilágítanak arra, hogy az egészség fontosságának megítélésében nem az életkor, hanem a nem és az iskolai végzettség játszik meghatározó szerepet. (Ercsey I., 2012b) Egy másik megközelítés szerint az egészségmagatartásnak két elkülönülő megnyilvánulási formája van. (Matarazzo 1984) Az első az ún. kockázati vagy egészséggrizikó-magatartás (pl. dohányzás, egészségtelen táplálkozás), a másik az ún. preventív egészségmagatartás (pl. sportolás, orvosi szűrővizsgálatokon való részvétel).

Felmerülhet a kérdés, hogy mi befolyásolja az egyént vásárlói döntéseiben? (Józsa, 1992) Vajon az egészségmagatartásra a fogyasztói trendek – a társasélet iránti igény és az élménykeresés – is hatnak? (Konczosné et al., 2010)

### Az alkoholfogyasztás a világ néhány országában és Magyarországon

Az italfogyasztási szokások sokat változtak az idők folyamán. A középkorban Európa-szerte elterjedt volt a sör és a bor fogyasztása – még reggelire is. A tea, a kávé és a kakaó a nagy földrajzi felfedezések után került az „itallapra”. Az égetett szeszesitalok előállításának technológiája az alkímisták felfedezései révén alakult ki.

Az italfogyasztási szokások a világ különböző országaiban nagyon változatos képet mutatnak. Általánosságban elmondható, hogy a fejlett nyugat-európai országokban a fokozódó jólét már az 1960-as évektől átalakította az italfogyasztási szokásokat, emelkedett az alkoholfogyasztók száma, és a tizenéves fiatalok alkoholfogyasztásának mennyisége is érezhetően megnőtt (1. táblázat), azaz az alkoholizmus sok európai országban komoly társadalmi problémává vált.

Hasonlóság mutatkozik abban is, hogy mind Magyarországon, mind német nyelvterületen egyre több fiatal iszik alkoholt, sőt egyre fiatalabb életkorban kezdik az italfogyasztást. Ennek egyik fő oka az úgynevezett

„Alcopop”-okban – azaz üdítővel kevert alkoholos italokban – keresendő. (Bacardi-Martini GmbH 2006, 2008) Ez nagyon népszerű a német fiatalok körében is, mert finomabb, mint a szintizta alkohol, és lassabban is hat. Emellett (egy tanulmány szerint) a német fiatalok sörfogyasztása is igen magas. A rendszeresen alkoholt fogyasztók életkora általában 13 év, de egyes felmérések szerint már a 11 évesek 1%-a is rendszeresen fogyaszt alkoholt. Minden ötödik 14 éves hetente iszik alkoholt. A 16–17 évesek fele havonta legalább egyszer fogyaszt magas alkoholtartalmú szeszesitalt. (Ehrenstein 2007, Currie et al, 2000, Currie et al, 2008)

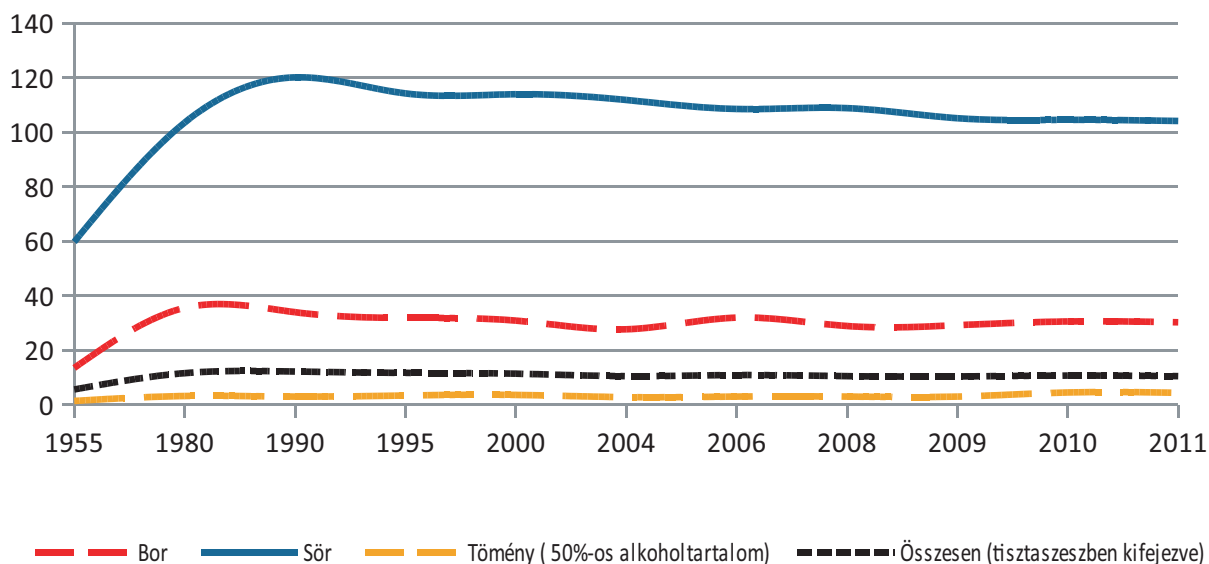
Megemlíthetjük, hogy néhány kutatás megállapította, hogy kis mennyiségű alkohol fogyasztása nem káros, sőt kedvező hatással van az egészségi állapotra – különösen a vörösbor esetében. (Burger et al, 2004, Nógrádi 2012)

Magyarországon és Ausztriában is rendszeresen vizsgálják az egy főre jutó élelmiszer-, ital-, dohány- és tápanyagfogyasztást (az alkohol speciális élelmiszernek tekinthető). A 2. és 3. ábrán az Ausztriában és Magyarországon leggyakrabban fogyasztott italfajták egy főre jutó fogyasztási mennyiségét vettem össze.

Az ábrákon jól látható, hogy a két ország „átlagos” alkoholfogyasztói között különbségek figyelhetőek meg. Magyarországon az égetett szesz fogyasztása stagnál (igaz, nagyon magas szinten), a sör- és borfogyasztás némileg csökkenő tendenciát mutat. Ha a sörfogyasztás esetében azonban azt is figyelembe vesszük, hogy időközben a sörök alkoholtartalma növekedett, a csökkenést már csak jelképesnek tekinthetjük. A borfogyasztásban 1990-hez viszonyítva mintegy 15%-os csökkenés figyelhető meg, melynek egyik oka az lehet, hogy 2006 és 2012 között hazánkban a reáljövedelmek jelentősen csökkentek, míg – ezzel párhuzamosan – a rezsiköltségek érezhetően megemelkedtek (ahogyan a bor fogyasztói ára is). Ez a megállapítás még akkor is igaz, ha az elmúlt másfél

2. ábra

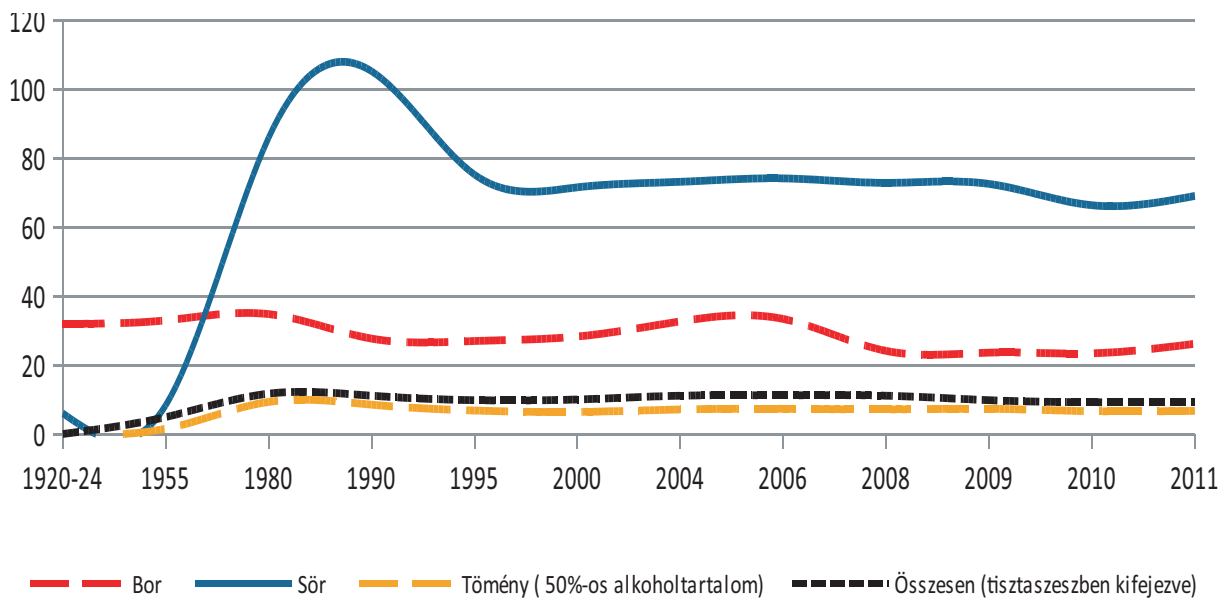
**Italfogyasztás Ausztriában (liter)**



*Forrás: „Handbuch Alkohol – Österreich“ Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen 2013. (Wien, März 2013), A. Uhl, S. Bachmayer, A. Puhm, J. Strizek, U. Kobrna, M. Musalek: Bundesministerium für Gesundheit (Wien, 2011), <http://faostat3.fao.org/faostat-gateway/go/to/download/FB/FBS/E> alapján saját szerkesztés*

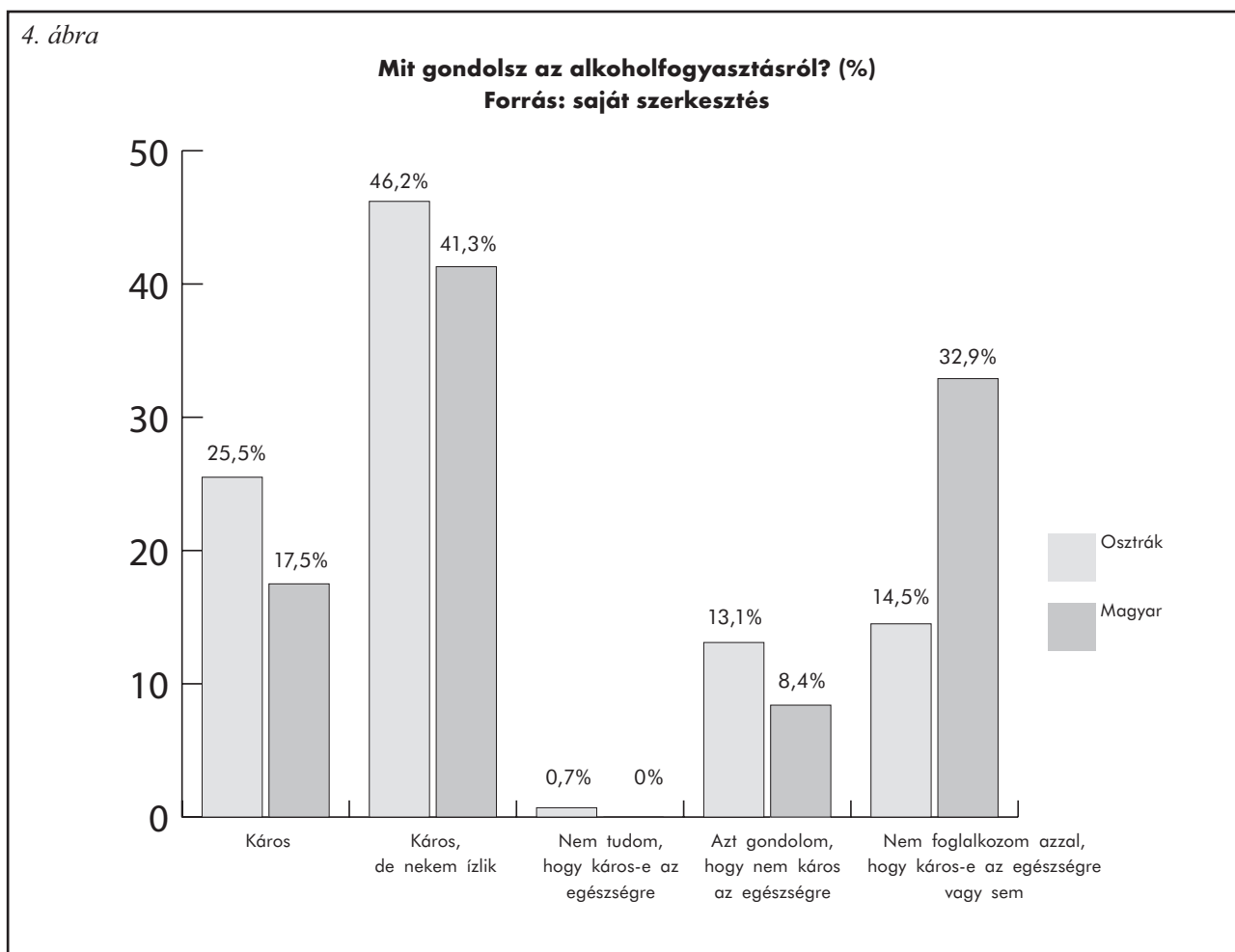
3. ábra

**Italfogyasztás Magyarországon (liter)**



*Forrás: KSH statisztikai évkönyvei (1970–2011), KSH Stadat adattáblák, Egészségügyi statisztikai évkönyv 2008–2011, <http://faostat3.fao.org/faostat-gateway/go/to/download/FB/FBS/E> alapján saját szerkesztés*





évben a rezsi csökkentés irányában tett kormányzati lépéseket is figyelembe vesszük. A meginduló reáljövedelem-növekedés azonban a lakossági fogyasztás más szintjein jelenik meg. Ugyanakkor az is tény, hogy a lakosság közel 30%-a még mindig a minimálbér környékén keres, így sokan e termékek fogyasztásán próbálnak takarékoskodni, ami a fogyasztási adatokban is tükröződik.

Ausztriában (némiképpen meglepő módon) 14%-kal magasabb a tiszta alkoholban számított alkoholfogyasztás mértéke (10,5 liter). Az alkoholfogyasztás szerkezete azonban „sokkal kedvezőbbnek” tekinthető. A nemzeti sajátosságoknak megfelelően 55%-kal több sört fogyasztanak, mint Magyarországon, és borfogyasztásuk is közel 18%-kal meghaladja a hazánkban mért értéket (átlagosan évente 30,3 liter). Tömény italt azonban lényegesen kevesebbet isznak. Amíg Magyarországon a röviditalokból átlagosan évente 6,7 litert fogyasztanak, addig Ausztriában ennek kevesebb, mint kétharmadát – csupán 4,4 litert. Mindez – a táplálkozásban és az életvitelben megmutatkozó különbségekkel együtt – vezethet oda, hogy Magyarországon a férfiak születéskor várható átlagos élettartama 2013-ban 72 év, Ausztriában 78 év volt.

A szekunder adatok és korábbi kutatásaim alapján az alábbi hipotéziseket fogalmaztam meg:

*H1:* Miközben a fiatalok egyre korábban és gyakrabban fogyasztanak alkoholt, a tanulók többsége tisztában van az alkoholfogyasztás egészségre gyakorolt káros hatásával.

*H2:* A szülővel való harmonikus kapcsolat esetén alacsonyabb mértékű alkoholfogyasztás jellemző.

*H3:* A korábbi évekhez hasonlóan továbbra is magas az alkoholt már fiatal korban kipróbáltak részaránya, az e káros szenvedéllyel való „ismerkedés” időpontja többnyire a kamaszkor elejére esik.

*H4:* Nincs lényegi különbség a bécsi és a győri egyetemeken tanulók alkoholfogyasztási szokásai között.

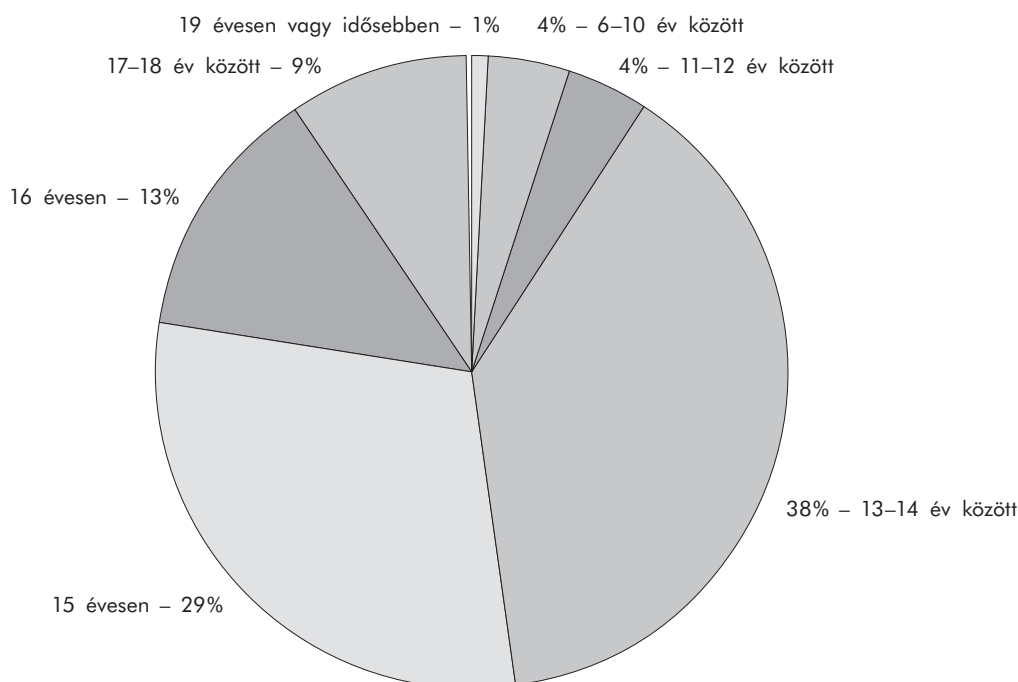
## Anyag és módszer

Jelen tanulmány feladata a módszertani demonstráció, vagyis az, hogy egy feltáró kutatás keretében megvizsgálható, vajon van-e különbség a bécsi *Wirtschaftsuniversität-en* és a magyarországi (győri) *Széchenyi István Egyetemen* tanuló diákok egészségmagatartásában,

5. ábra

## Mikor fogyasztottál először „tudatosan” alkoholt? (%)

Forrás: saját szerkesztés



alkoholfogyasztási szokásaiban. Nem kevésbé fontos az alkoholfogyasztás motivációinak és az alkohol, mint termék megítélésének vizsgálata sem.

Azért esett erre a két egyetemre a választásom, mert egyrészt a győri egyetemen dolgozom, és kutató professzorként 2011 szeptemberétől 5 hónapot tölthettem a nagy hírű *Wirtschaftsuniversität Wien-en*. Másrészt az egyetemeken eltöltött idő, a hallgatókkal folytatott beszélgetések és személyes tapasztalataim meggyőztek arról, hogy első pillantásra nincsen lényegi különbség a két egyetem hallgatóinak ital fogyasztási szokásai között. Valóban így van?

Ennek kiderítése céljából 150–150 hallgatót kérdeztem meg. Feltáró kutatás okán nem törekedtem reprezentativitásra, ugyanakkor az egyetemistákat véletlen módon igyekeztem kiválasztani (minden 3., az előadásokon résztvevő, az egyetem épületeiben és annak környékén velem találkozó diákokat megkérdeztem), sajnos nem mindig sikeresen. Ennek ellenére úgy gondolom, a kutatás összehasonlítást tesz lehetővé az egymástól 120 km-re lévő két egyetemen tanuló alkoholfogyasztási szokásai között.

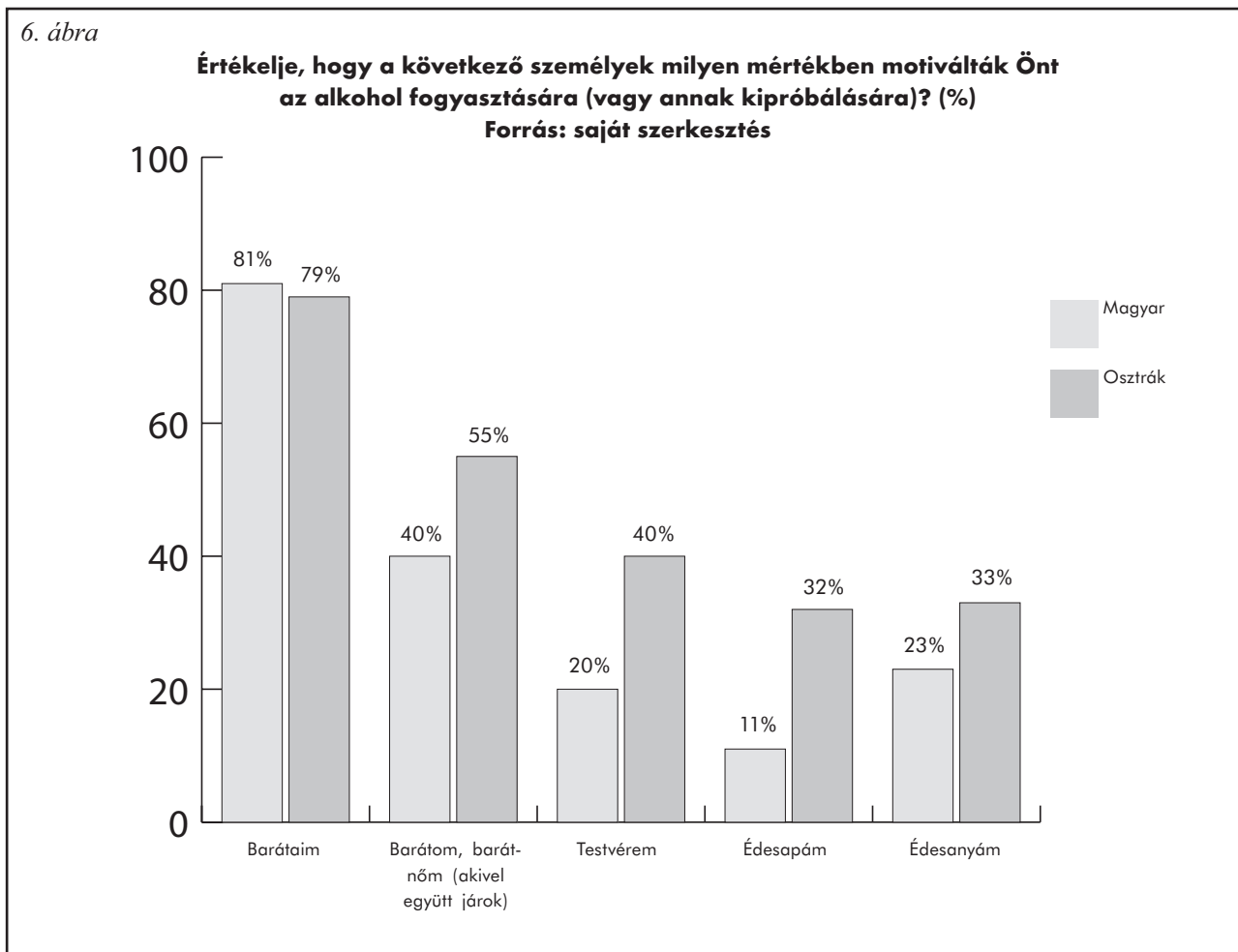
A nagyszámú adat feldolgozása az SPSS for Windows

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 (*Malhotra 2007*) szignifikancia-vizsgálatokat is végeztem.

### Fogyasztói szokások és attitűdök vizsgálata (primer kutatás)

A szekunder kutatás eredményei egyértelművé tették, hogy a helyes mértéken túllépő alkoholfogyasztás komoly veszélyeztetettséget jelent a lakosság körében, s hogy világszerte jelentős eltérések mutatkoznak a fogyasztás gyakoriságának és mennyiségének tekintetében. A következőkben áttekintjük, hogy jelen kutatás e tekintetben milyen eredményeket hozott.

Egy korábbi, Magyarországon elvégzett, fókuszcsoportos vizsgálat (*Huszka 2010*) eredményei azt mutatták, hogy a fiatalok nagyrészt tisztában vannak a káros hatású szerek, közöttük az alkohol egészségre káros vol-



tával. De akkor miért fogyasztják az egyetemisták gyakorta ezeket a termékeket? A vizsgálat eredményei egyértelműen azt mutatják, hogy a mérték tekintetében nincs lényegi különbség az osztrák és a magyar egyetemisták között. Néhány tipikusnak tekinthető vélemény: „Manchmal trink man Alkohol, weil es schmeckt und wenn man schlechte Laune hat” oder „vermindert den Stress” („néha azért iszunk alkoholt, mert jó az íze, és néha azért, mert rossz a kedvünk” vagy „csökkenti a stresszt”) „kann man etwas schlechtes im Vergangenheit vergessen” („segít elfelejteni a múlt rossz emlékét”), „um Spaß zu haben” („hogy jó kedvünk legyen”). Azt hiszem, a válaszok önmagukért beszélnek.

De mit is gondolnak az alkoholfogyasztásról általában az egyetemisták?

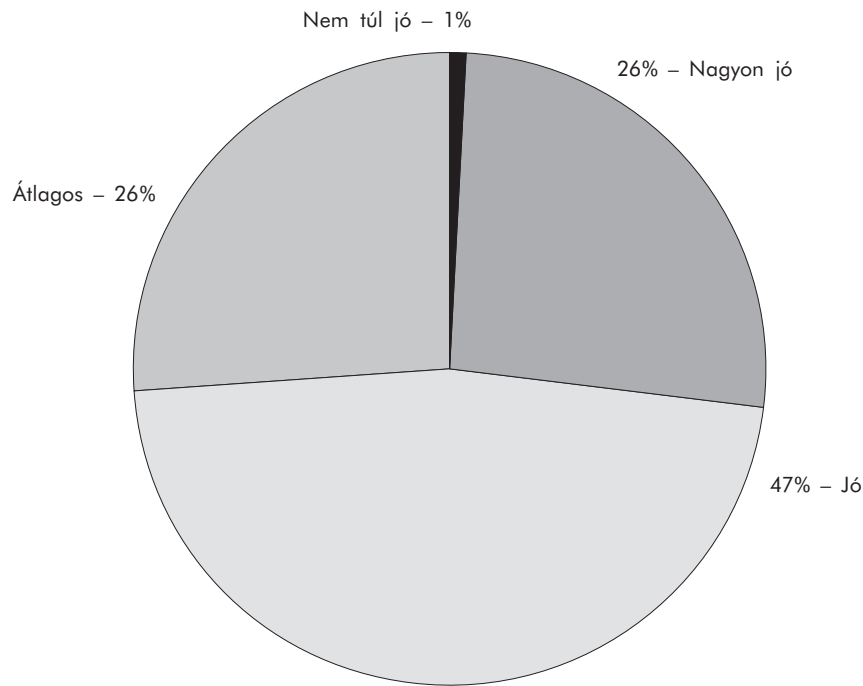
A kérdés megválaszolása előtt rövid módszertani kitérőt kell tennünk. Hangsúlyoznunk kell, hogy kutatásunk során nem volt célunk a mértékkel történő, illetve mértéktelen alkoholfogyasztás „mennyiségi” definiálása, ugyanis ezt számtalan tényező (pl. alkat, nem, pszichikai állapot) befolyásolhatja, valamint a szakmai ajánlásokban is különbségek figyelhetők meg. E kérdésre azért

sem tértünk ki, mert tapasztalataink szerint a válaszadók többsége az alkoholfogyasztás mennyiségét firtató kérdésekre a „társadalmilag elvárható” válaszokat adja. (Jelen cikk szerzője Győrben 47 vendéglátóipari intézményben végzett megfigyeléses vizsgálatot. Felmérése során észlelte, hogy a kérdőíves válaszok során a válaszadók többnyire kevesebb elfogyasztott alkoholmennyiséget „vallanak be”, mint azt a megfigyeléses vizsgálat során tapasztalni lehetett. Huszka, 2011). Előbbi feltevésünket igazolja az is, hogy jelen tanulmány készítésekor – nyitott kérdésben – megkérdeztük az egyetemistákat, mekkora az az alkoholmennyiség, mely véleményük szerint még nem károsítja az egészséget. A válaszokban átlagosan napi 2–3 dl bort vagy egy üveg sört jelöltek meg, ugyanakkor az eredményekből nyilvánvaló, hogy diákjaink többsége ennél lényegesen többet iszik.

Visszatérve eredeti kérdésünkre, a válaszadók alig negyede tartja az alkoholfogyasztást egyértelműen károsnak. (4. ábra) A megkérdezettek csupán 25,5, illetve 17,5%-a gondolja azt, hogy az alkohol fogyasztása káros. E csoport tagjainak többsége fogyaszt is alkoholt (a további kérdésekre adott válaszok alapján), de



7/a. ábra

**Mit gondol Ön saját egészségi állapotáról? (%) – magyar adatok**  
Forrás: saját szerkesztés

csak mérsékelt fogyasztók. Az alkoholt nem fogyasztók mindegyike e csoportban található.

Az „érezhető többség” is egyetért ezzel az állítással (46,2%, illetve 41,3%), de számukra az alkohol fogyasztása kulináris élvezetet jelent, melyet a fogyasztási adatok is alátámasztanak. Ez azt is jelentheti, hogy e csoport tagjai rendszeresen és viszonylag nagy mennyiségű alkoholt fogyasztanak.

Ami még ennél a megállapításnál is megdöbbentőbb, az az, hogy a válaszadók 13,1, illetve 8,4%-a szerint az alkoholfogyasztás nem károsítja az egészséget, sőt, a magyar válaszadók 32,9%-a, illetve az osztrák válaszadók 14,5%-a nem is foglalkozik az alkohol egészségtelen voltával. A két nemzet fiataljai között e kérdésben erős szignifikáns különbség ( $\chi^2=15,339$ ,  $df=4$ ,  $p=0,004$ ) mutatható ki.

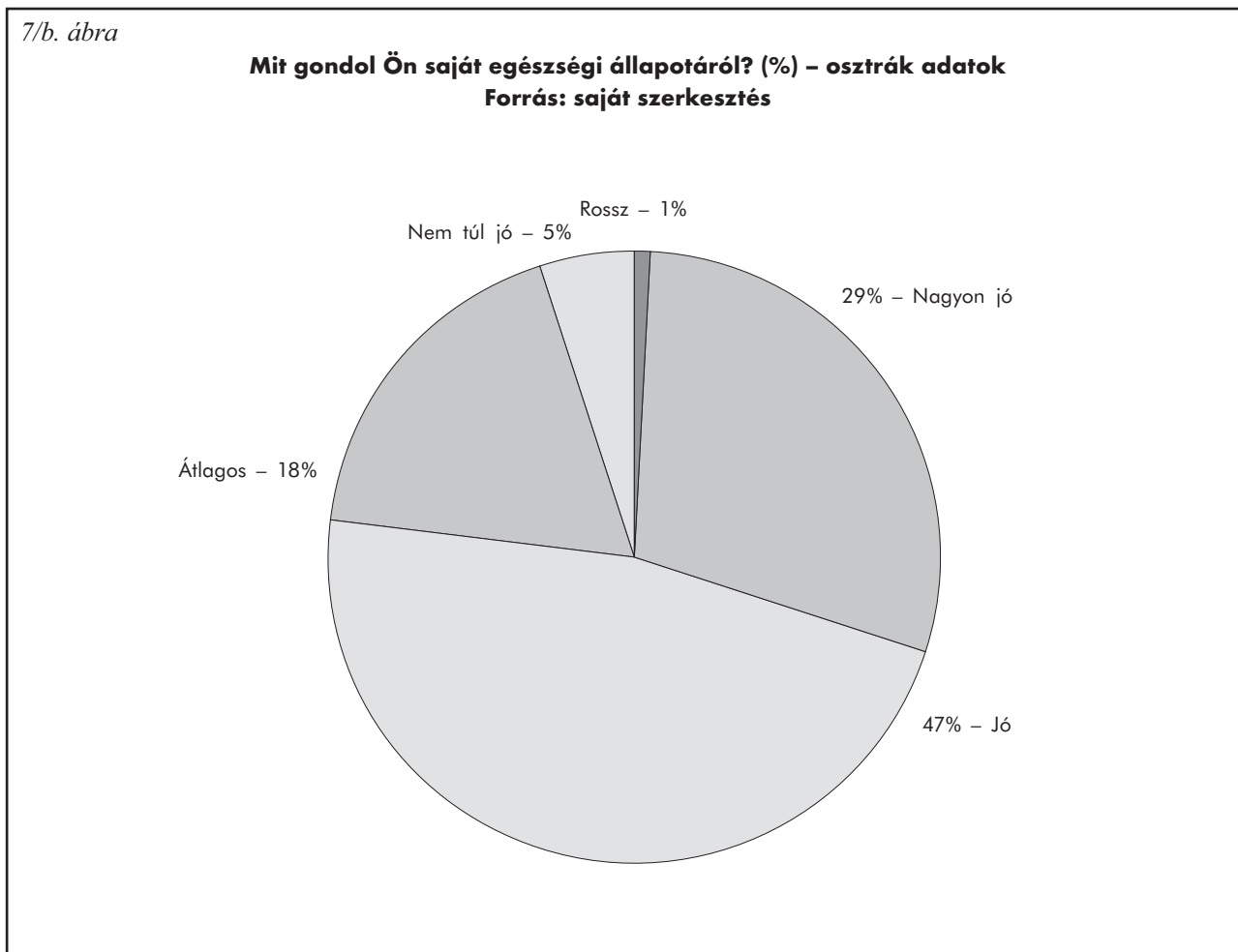
Ha a nemek tekintetében próbálunk különbséget tenni, akkor is szignifikáns eredményt ( $\chi^2=30,750$ ,  $df=12$ ,  $p=0,002$ ) kapunk. Megállapítható, hogy a hölgyek (nemzetiségüktől függetlenül) lényegesen nagyobb arányban tartják károsnak az alkoholfogyasztást, mint a férfiak. Szomorú tény ugyanakkor az is, hogy a „győri

lányok” 27,7%-a, míg a „bécsi lányok” csupán 10,7%-a nem foglalkozik az alkohol egészségtelen voltával. Általánosságban az is megfigyelhető, hogy a jobb tanulmányi eredménnyel rendelkezők mérsékeltabb alkoholfogyasztók.

Joggal fogalmazhatjuk meg a kérdést, mennyit érnek azok a figyelemfelkeltő reklámok, melyek e termékek káros hatásaira hívják fel a fiatalok figyelmét? Hatásos ez a fajta marketingtevékenység, célhoz ér a közösségi marketing? Az adatok tükrében nemmel válaszolhatunk, ugyanis 298 megkérdezett közül csak 23-an nem fogyasztottak még alkoholt (közülük 17 nő). A nemzetiségek tekintetében e kérdésnél nincsen számottevő különbség, az alkoholt nem fogyasztók aránya 8,1%, illetve 7,8%. Hasonlóan nincsen lényegi különbség az első tudatos alkoholfogyasztás időpontjában sem, ezért az 5. ábrán az átlagokat mutatjuk be.

Az ábra adatait szemlélve két elszomorító megállapítást tehetünk. Az első, hogy a válaszadók 8%-a (22 fő – 14 osztrák és 8 magyar) már 13. életéve előtt fogyasztott alkoholt, ami mindenképpen a család szerepére irányítja a figyelmet. Ha a háttérváltozók tekinte-



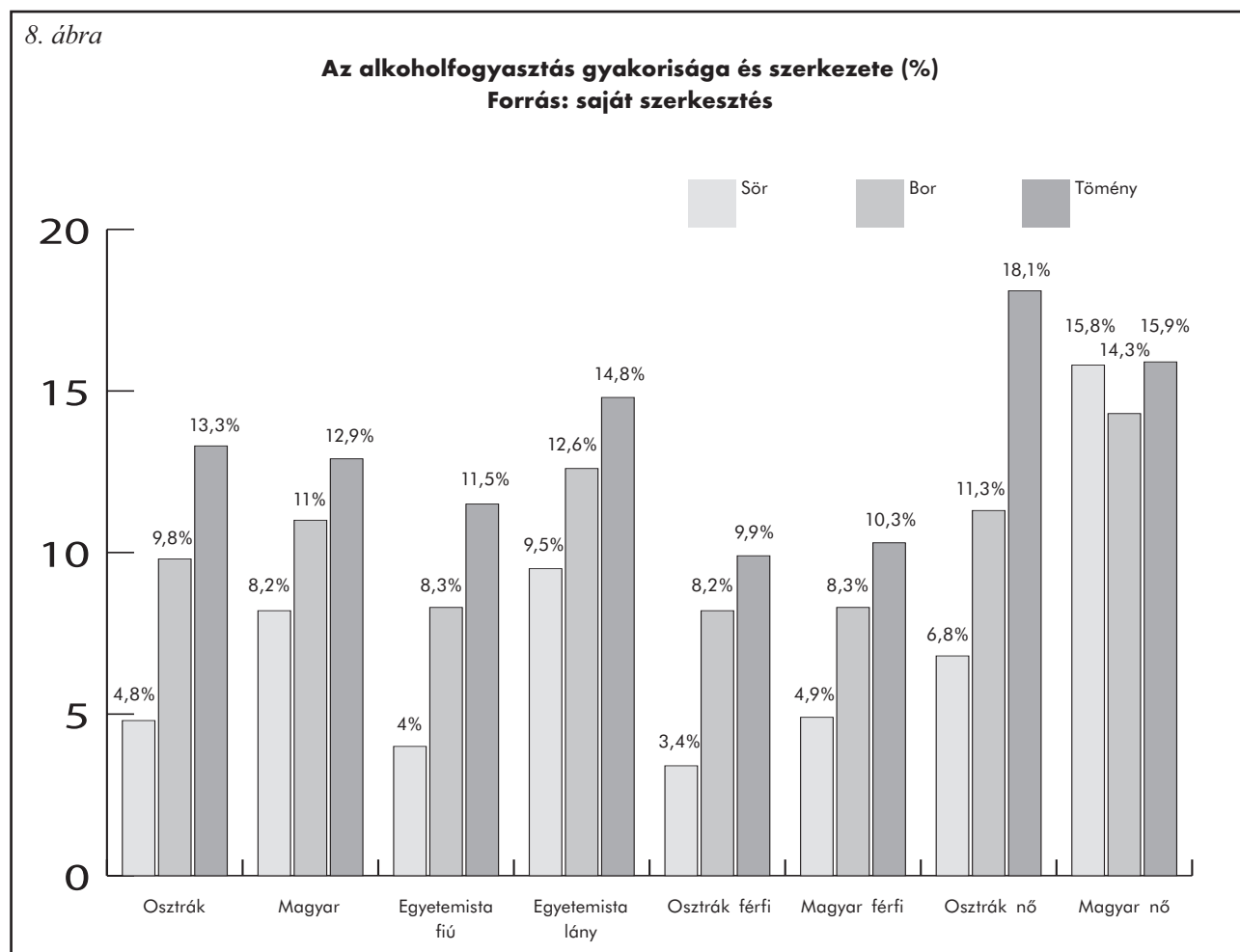


tében az elvált szülők gyermekeire fókuszálunk, akkor egyértelműen megállapítható, hogy a 22 fő 13. életévét betöltő gyermek közül 14 fő (64%) elvált családban nevelkedett, a családi harmónia hiánya tehát a deviancia irányába „tolja” a gyermekeket, ami részben az alkoholfogyasztásban nyilvánul meg. A másik elszomorító megállapítás a 13 és 16 éves életkor közötti aggasztóan magas alkoholfogyasztás. Ahogyan az ábrán is látható, 80% azok aránya, akik e korban nyúlnak először a pohár után. Joggal fogalmazhatjuk meg a kérdést: mennyit érnek törvényeink, ha gyermekeink azokra fittyet hányva alkoholt fogyasztanak? Eredményes-e az iskolákban folyó oktató- és nevelőmunka, vagy gyermekeink éppen ezeken a rendezvényeken találkoznak először az alkohollal? Talán alkoholfogyasztásuk a „kamaszkori lázadás” része, a felnőtteket akarják utánozni? Vagy a kortárs csoport szerepe a meghatározó?

Kutatásunk a továbbiakban ezen kérdésekre is megpróbál választ adni. A 6. ábra adatai – melyek között több esetben is szignifikancia mutatható ki – választ adhatnak a miértekre. Az ábráról leolvasható, hogy a szülők alkoholfogyasztása csak csekély mértékben befolyá-

solja gyermekeik alkoholfogyasztását. Az ausztriai megkérdezésben résztvevőket ugyanakkor jól látható módon nagyobb arányban befolyásolja a szülők „viselkedése”. Az apák esetében alacsonyabb ( $\chi^2=3,969$ ,  $df=1$ ,  $p=0,046$ ), az anyák esetében markáns ( $\chi^2=17,998$ ,  $df=1$ ,  $p=0,000$ ) szignifikáns különbség mutatható ki. Véleményem szerint ennek oka a családi kötelek szorosabb meglétében, és abban is keresendő, hogy a magyar családokban a szülők csak kevés időt töltenek gyermekeikkel. Azt, hogy Ausztriában erősebbek a családi kötelek, és a gyermekek több időt töltenek családi körben, mutathatja az is, hogy testvéreik káros szenvedélye lényegesen meghatározóbb (40%).

Persze azt a következtetést is levonhatjuk, hogy nyugati szomszédaink fiataljai nagyobb arányban befolyásolhatók. (Egy fókusz csoportos felmérés segítségével e kérdés eldönthető lenne.) Ezt a vélekedést az is alátámaszthatja, hogy a barát vagy barátnő alkoholfogyasztásának hatása is lényegesen erősebb (55%), mint a magyar egyetemisták között (40%). Az adatok ugyanakkor azt is jelzik, hogy a kortárs csoport hatása a legerősebb. Mindez az iskolai prevenció szükségességére irányítja a figyelmet.



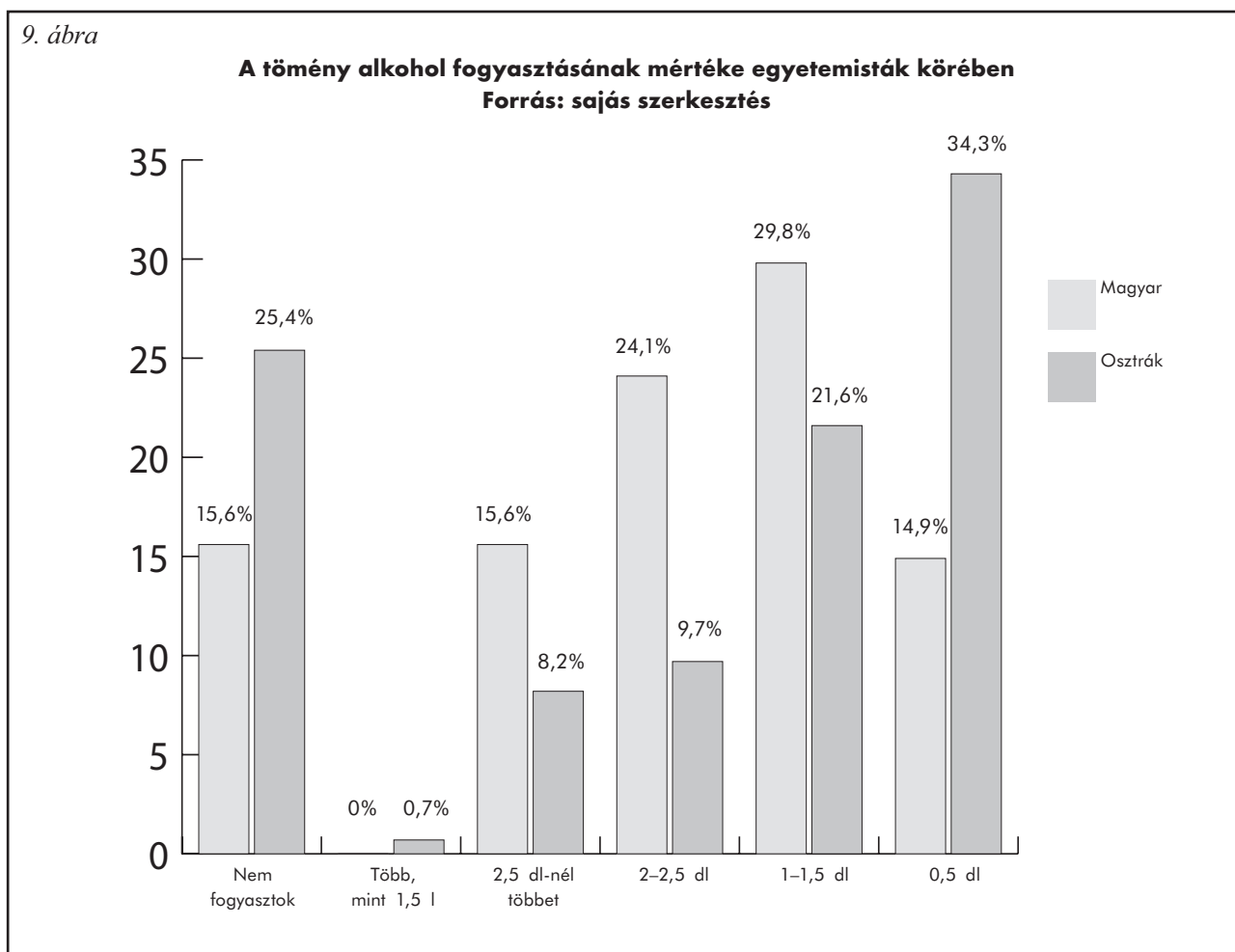
Az iskola fontosságát jelzi az is, hogy a jelenleg is alkoholt fogyasztók 15%-a valamilyen iskolai rendezvényen nyúl leginkább a pohár után. Ez az érték még akkor is magas, ha figyelembe vesszük, hogy az alkoholfogyasztás leginkább baráti társaságban történik – ennek aránya az ausztriai válaszadók körében 67%, a magyar válaszadók körében 71%. A szignifikáns különbségeket mutató adatsor legszembetűnőbb megállapítása azonban az, hogy az osztrák szülők jobban védik gyermekük egészségét, mint a magyar szülők (vagy több idejük van gyermekeikkel foglalkozni). Ezt jelzi az, hogy Magyarországon a családi rendezvényeken kétszer olyan gyakran fogyasztanak a megkérdezettek alkoholt (10%), mint Ausztriában. A szerelmesek ugyanakkor Ausztriában poharaznak inkább partnerükkel (13%).

A vizsgálat folytatásaként felmértük, hogy a korcsoport tagjai miképp ítélik meg saját egészségüket. Magyarországon a rendszerváltás óta eltelt 20 év, valamint számos népegészségügyi program után eredményeink azt mutatják, hogy a saját egészség megítélése gyakorlatilag nem változott, illetve túlértékelté vált. (7. a és b ábra) Az egyetemisták körében elvégzett vizsgálat

azt is elénk tárja, hogy ez az ausztriai fiatalok körében csak részben igaz. Még akkor is így van ez, ha tisztában vagyunk azzal, hogy Ausztriában a születéskor várható átlagos élettartam a férfiaknál 9 évvel, a nőknél 6 évvel magasabb, mint Magyarországon.

Az adatok azt tükrözik, hogy a korcsoport tagjai 74%-ban jónak és nagyon jónak ítélik saját egészségüket, 22%-ban átlagosnak gondolják. Csupán 3% azok aránya, akik nem túl jónak, illetve 1%, akik kifejezetten rossznak tartják saját egészségüket.

A részletesebb vizsgálatok arra mutatnak rá, hogy ez utóbbi csoport tagjai közelebb állnak a valósághoz. A saját egészségüket legrosszabbnak tartók csoportjába csak olyan hallgatók tartoznak, akik naponta nyúlnak valamilyen egészségkárosító szerhez. Saját bevallásuk szerint rendszeresen járnak szórakozni is, ahol jelentős mennyiségű – főként tömény – alkoholt fogyasztanak. Érdekes megfigyelés az is, hogy az átlagnál jobb anyagi körülmények között élőknek gondolják magukat. Bár a viszonylag alacsony mintaszám (10 fő tartozik ebbe a nagyon kedvezőtlen csoportba) nem teszi lehetővé mélyreható megállapítások megtételét, ki kell emelnünk



azt, hogy 9 lány (8 osztrák és 1 magyar) tartozik ide, akik tanulmányi eredménye jobb az átlagosnál.

A saját egészség megítélésében a két város egyetemét látogató hallgatók között nem sikerült szignifikáns különbséget megállapítanunk. Ugyanakkor fontos felhívunk a figyelmet arra, hogy az osztrák hallgatók (közülük is a hölgyek) kritikusabbak saját egészségüket illetően. Ezt mutatja az is, hogy az előzőekben bemutatott, mindössze 10 főt tartalmazó csoport tagjai közül 9 fő volt osztrák állampolgárságú. Sajnálatos tény az is, hogy a rendszeresen alkoholt fogyasztók mind Bécsben, mind Győrben 62, illetve 68%-ban az átlagosnál jobbnak gondolják egészségüket. Ebbe a csoportba is tartoznak ugyan „nagy bulizó diákok”, de többségük „csupán” hetente 2–3 alkalommal fogyaszt alkoholt. Alkoholfogyasztásukban jellemzően nem a tömény-, hanem a sörfogyasztás (ausztriai megkérdezésben résztvevők), illetve a bor-, és részben a sörfogyasztás (magyarországi megkérdezésben résztvevők) dominál. Jellemzően városokban laknak, és tanulmányi eredményük sem mondható rossznak.

A következőkben röviden vessük össze az ausztriai és magyarországi egyetemen tanulók alkoholfogyasztásának

gyakoróságát és szerkezetét. Az elemzésben elsősorban a bor, a sör és a tömény italok fogyasztására fókuszálunk.

A 8. ábra adatait szemlélve megállapíthatjuk (melyet az e felméréssel párhuzamosan futó megfigyeléses vizsgálatunk is alátámaszt), hogy az osztrák egyetemisták lényegesen gyakrabban fogyasztanak sört, mint a magyar egyetemisták. Egy Magyarországon az ételmiszerfogyasztásra kidolgozott és alkalmazott mutatószám (Szakály 1994, Huszka 2008) alkalmazásával azt is megvizsgáltuk, hogy a megkérdezettek milyen gyakran fogyasztják a különböző termékeket. Amíg Bécsben 4,8 naponta kerül söröspohár egy átlaghallgató kezébe, addig Győrben 8,2 naponta. Ha az átlagok mögé tekintünk, akkor megállapítható, hogy a hölgyek alkoholfogyasztása minden italkategóriában – nemzetiségtől függetlenül – lényegesen elmarad a férfiakétól (az ábrán a magasabb értékek ritkább fogyasztási gyakoriságnak felelnek meg). Megfigyelhető, hogy a bécsi egyetemen tanuló fiúk hetente minimum kétszer (3,2 naponta) isznak sört, jellemzően két üvegni mennyiséget.

Az átlagok sok mindent mutatnak, de számtalan fontos részletet eltakarnak. Nevezetesen azt (is), hogy míg





a Bécsben tanulók esetében a sört nem fogyasztók aránya nem éri el a 20%-ot, addig ez az arány a magyarországi fogyasztók esetében (szignifikáns különbséget mutatva) meghaladja a 30%-ot ( $\text{Chi}^2=18,305$ ,  $\text{df}=7$ ,  $p=0,011$ ). Érdekes megállapítás az is, hogy a tényleg nagyivók esetében (ez alatt azokat értem, akik alkalmanként három üvegnél több sört isznak meg) nincs lényegi különbség az Ausztriában és Magyarországon tanulók között.

A fogyasztási gyakoriságok tekintetében a második helyen a borfogyasztás áll. Ez esetben nincs szignifikáns különbség sem a nemzetek, sem a nemek között. A borfogyasztás mennyiségét illetően azonban a nemzetek között szignifikáns ( $\text{Chi}^2=29,729$ ,  $\text{df}=5$ ,  $p=0,000$ ) különbség mutatható ki. Ausztriában az egyetemisták leginkább 1–2 dl (32%), illetve 3–4 dl (29%) bort fogyasztanak (mondhatni hetente egyszer), addig Magyarországon (gyakorlatilag ugyanilyen gyakorisággal) a 3–4 dl (35%), illetve 5–8 dl (31%) bor fogyasztása jellemző. A borfogyasztás mennyiségében a nagyivók aránya átlagosan 6,5%, ők alkalmanként 9 dl-nél több bort fogyasztanak el. E csoport tagjai közül a hölgyek aránya alig haladja meg a 15%-ot. Az mindenesetre szembeötlő, hogy mindegyik lány bécsi szórakozóhelyeken poharazik. Az is említésre méltó, hogy e csoport tagjai is döntően jónak, vagy nagyon jónak ítélik egészségügyi állapotukat, a „nagyivó” sörözőkhöz hasonlóan.

Mivel a statisztikai program 5 alatti celláinak száma meghaladja a 20%-ot, nem lehet szignifikáns különbséget kimutatni a két város egyetemistái között a tömény alkohol fogyasztása esetében sem. Ennek ellenére jelentős különbségeket vehetünk észre. Ha röviden szeretném összefoglalni a kutatás eredményeit, akkor azt mondhatnánk, Bécsben az egyetemisták „lényegesen okosabban” fogyasztanak tömény alkoholt, mint a Győrben tanulók. A 9. ábra adatai ezt világosan mutatják is.

Az adatok rámutatnak arra, hogy az osztrák egyetemen tanulók döntően (34,3%) fél decilitert, illetve 21,6%-ban 1–1,5 dl-t fogyasztanak. A magyarországi megkérdezésben résztvevők közül ugyan lényegesen kevesebben fogyasztanak el egy „felest”, de kifejezetten sokan (többen) fogyasztanak az egészségre ártalmas mennyiségeket. A 2–2,5 dl-t alkalmanként fogyasztó magyar egyetemisták két és félszer, az ennél is többet fogyasztók csaknem kétszer annyian vannak, mint a bécsiek, a nem fogyasztók aránya pedig 30%-kal alacsonyabb az osztrák fővárosban tanulók körében. Egészségügyi állapotukat ugyanakkor mindkét város tömény alkoholt fogyasztó egyetemistái túlértékelik, még a rendszeresen sokat fogyasztók is többnyire jónak gondolják. Ez még akkor is megkérdőjelezhető, ha ezt az alkoholféleséget a válaszadók viszonylag ritkán (8. ábra), közel kéthetente fogyasztják. Igaz, ez átlagos adat, ugyanis a férfiak közel heti gyakorisággal fogyasztanak tömény alkoholt!

A hallgatók alkoholfogyasztásával kapcsolatos sajnálatos tény az is, hogy a megkérdezettek csupán 7%-a nem volt még sohasem részeg, de 41%-a már több mint 10 alkalommal átélte ezt az „élményt”.

## Következtetés

A két szomszédos ország gazdasági egyetemén, a hallgatók körében folytatott kutatás eredményeinek tükrében megállapítható, hogy a hallgatók (és ez különösen igaz a Magyarországon tanulóakra) legtöbbször túlértékelik egészségüket. A vizsgálatok tükrében kijelenthető, hogy sokan nem vagyunk kellően tisztában azzal, hogy egészségünk érték! Csak rajtunk múlik, hogy meddig birtokolhatjuk ezt a kincset.

Ezt az is mutatja, hogy a válaszadók 13,1, illetve 8,4%-a szerint az alkoholfogyasztás nem károsítja az egészséget, sőt, a magyar válaszadók 32,9%-a, illetve az osztrák válaszadók 14,5%-a nem is foglalkozik az alkohol egészségtelen voltával. A két nemzet fiataljai között e kérdésben erős szignifikáns különbség ( $\text{Chi}^2=15,339$ ,  $\text{df}=4$ ,  $p=0,004$ ) mutatható ki. Tehát a  $H1$  hipotézis elutasítható.

Az a tény, hogy az egyetemisták többsége nincsen tisztában, és/vagy nem foglalkozik az alkoholfogyasztás egészségre gyakorolt káros hatásával, akkor is elgondolkodtató, ha jelen tanulmányban nem tértünk ki a mértékkel történő, valamint a mértéktelen alkoholfogyasztás „mennyiségi” definiálására. *A kutatási adatok ismeretében kijelenthetjük, hogy az egészséget és az egészséges életmódot, mint értéket képviselő szemléletet a felsőoktatásban tevékenykedőknek is erősíteniük kell. A marketinggel, oktatással és egészségüggyel foglalkozó szakembereknek minden olyan kutatást és szemléletformálást, mely ebben segítségünkre lehet, támogatniuk kell.*

A vizsgálat eredményei rámutattak arra is, hogy a családi harmónia hiánya a deviancia irányába „tolja” a gyermekeket (a  $H2$  hipotézis tehát elfogadható), ami részben az alkoholfogyasztásban nyilvánul meg. A másik elszomorító megállapítás, a 13 és 16 éves életkor közötti aggasztóan magas alkoholfogyasztás (a  $H3$  hipotézis tehát elfogadható).

A szignifikáns különbségeket mutató adatsor legszembetűnőbb megállapítása azonban az, hogy az osztrák szülők jobban védik gyermekük egészségét, mint a magyar szülők (vagy több idejük van gyermekeikkel foglalkozni). Ezt jelzi az, hogy Magyarországon a családi rendezvényeken kétszer olyan gyakran fogyasztanak a megkérdezettek alkoholt (10%), mint Ausztriában.

Jelentős különbségek figyelhetők meg a bécsi és a győri egyetemisták alkoholfogyasztási szokásai között. Bécsben az egyetemisták „lényegesen okosabb” alkoholfogyasztók, mint a Győrben tanulók, azaz az egészséget különösen veszélyeztető tömény italokból lényegesen



kevesebbet fogyasztanak. Az e terméket nem fogyasztók aránya pedig 30%-kal alacsonyabb az osztrák fővárosban tanulók körében, s az elfogyasztott tömény italok mennyisége is lényegesen kevesebb. A H4 hipotézis tehát nem fogadható el.

Az egészségmegőrzés fontosságának tudatosítása a fentiek alapján nyilvánvaló, ha ugyanis valaki nem ismeri el, hogy az egészség érték, akkor önfegyelmző életmódbeli szabályokat sem fog elfogadni. Mindezek hiányában nemcsak saját egészsége, de a társadalom is károkat szenved. Különösen ezen szempontok miatt alapvető a fiatalok egészség-, környezet- és természettudatos nevelése.

A kutatási eredmények azonban rámutatnak arra, hogy az egészség megőrzése és az egészségtudatos életmód elősegítése érdekében a passzív szemléletformálás – ideértve a közoktatás oktató és felvilágosító óráit, előadásait is – napjaink digitalizált, gyorsan változó világában már nem elégséges. Az érintettek aktív bevonása, valamint a közösségi oldalak, a *smart commerce* platformok bevonása nélkül (intelligens kereskedelem, elsősorban az okostelefonok, táblagépek térnyerésének következménye, ahol a fogyasztó sok esetben téves, félreérthető információkat is kaphat egy adott termékről) a probléma nem, vagy csak részlegesen oldható meg.

## Összefoglalás

Felgyorsult világunkban az emberek italfogyasztási szokásai is folyamatosan átalakulnak. Időről-időre újabb trendek tűnnek fel, melyeket az emberek akarva-akarat-

lanul követni kezdenek. Magyarországon és Ausztriában az egészséges életstílus olyan új trend, amely fokozatosan divatba jön.

Valóban így van? Ennek kiderítése céljából egy hazai és egy külföldi egyetem 150–150 hallgatót kérdeztem meg. Jelen tanulmány feladata, hogy egy feltáró kutatás keretében megvizsgálja azt, hogy van-e különbség a bécsi *Wirtschaftsuniversität-en* és a magyarországi (győri) *Széchenyi István Egyetemen* tanuló diákok egészségmagatartásában, alkoholfogyasztási szokásaiban.

*Kulcsszavak: fogyasztói szokások, egészségtudatosság, az alkoholfogyasztás gyakorisága és szerkezete, deviáns viselkedés*

## Abstract

In our accelerated world the alcohol consumption habits of people are changing. From time to time new trends seem to be, which people start to follow. In Hungary and in Austria a healthy lifestyle is a trend that is gradually coming into vogue. Is this the case?

I questioned 150–150 students on the aim of his finding out on the universities for this. The task of present research that a discovery research examines, whether there is a difference between the students at the *University of Economics Vienna* and the *Széchenyi István University in Hungary (Győr)* in the health behaviour and drinking habits.

*Keywords: consumption habits, health consciousness, alcohol consumption frequency and structure, deviant behaviour*

## IRODALOM

- Aszmann, A. (2003): *Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása*. Országos Gyermekkegészségügyi Intézet, Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, Budapest, 2003.
- Bacardi-Martini GmbH (2006): *Bacardi Marktbericht 2005*, Schriftliche Mitteilung von Gerhard Manner, Wien
- Bacardi-Martini GmbH (2008): *Mitteilung über IWSR (International Wine and Spirit Record) Zahlen für RTD (Ready To Drink) in Österreich*, Schriftliche Mitteilung von Mag. Leopold Machacek, Wien
- Baum, A.–Krantz, D. S.–Gatchel, R.J. (1997): *An introduction to health psychology*. New York, McGraw-Hill
- Burger, M.–Brönstrup, A.–Pietrzik, K. (2004), „Derivation of tolerable upper alcohol intake levels in Germany; A systematic review of risks and benefits if moderate alcohol consumption.” In: *Preventive Medicine*, 39, pp. 111–127.
- Currie, C.–Gabhainn, S.N.–Godeau, E.–Roberts, Ch.–Smith, R.–Currie, D.–Pickett, W.–Richter, M.–Morgan, A.–Barnekov, V. (2008): *Inequalities in Young People's Health. HBSC International Report from the 2005/2006 Survey*. World Health Organization (WHO) Europe, Copenhagen

- Currie, C.–Hurrelmann, K.–Settertobulte, W.–Smith, R.–Todd, J. (2000): *Health and Health Behaviour Among Young People*. World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe, Copenhagen
- Ehrenstein, C. (2007): *Alkoholkonsum von Jugendlichen steigt an*. Forrás: [www.welt.de/politik/article1288489/Alkoholkonsum\\_von\\_Jugendlichen\\_steigt\\_an.html](http://www.welt.de/politik/article1288489/Alkoholkonsum_von_Jugendlichen_steigt_an.html).22.10.07
- Eisingerne Balassa, B.–Makkos-Káldi, J. (2012): „*BUYologic*” in *stepfamilies. Marketing Theory Challenges in Emerging Societies*. 3<sup>rd</sup> EMAC CEE Regional Conference
- Ercsey I. (2012a): „The roles of the perceived value in the evaluation of the subjective quality of life”. In: *Ethics, Sustainable Consumption and Other Current Challenges for Public and Non-Profit Marketing. Abstract Book*, pp. 29. Editor: assoc. prof. dr. Algirdas Monkevicius, 11<sup>th</sup> International Congress on Public and Non-Profit Marketing, June 14–15, 2012, Vilnius, Lithuania
- Ercsey I. (2012b): „Észlelt érték szerepe a szubjektív életminőség vizsgálatában.” In: *Coopetition – verseny és együttműködés a marketingben*. Magyar Marketing Szövetség, Marketing Oktatók Klubja, 18. Országos Konferencia, Miskolci Egyetem
- Huszka P. (2011): „*A tavasz 17 pillanata*”, *avagy egy megfigye-*



- léses vizsgálat eredményei a győri kocsmákban. Kautz Gyula Tudományos Konferencia, Győr
- Huszka P. (2010): *Az egészségmagatartás néhány elemének vizsgálata primer kutatás alkalmazásával*. V. KHEOPS Tudományos Konferencia, Mór
- Huszka P. (2008): *Vásárlási szokások és döntések az élelmiszerpiac egyes területein*. CD-kiadvány. Versenyképesség – változó menedzsment, Marketing Konferencia, Székesfehérvár
- Józsa L.–Kiss L. (1992): *A marketing alapjai*. pp. 41–47. Ráció
- Konczosné Szombathelyi M.–Kovácsné Tóth Á.–Zakariás G.–Budaházi J.–Dusek T. (2010): „A generációs marketing jelentősége egy felsőoktatási intézmény példáján. In: Csépe Andrea (szerk.): *„Új marketing világtrend” tanulmánykötet*. Magyar Marketing Szövetség, Marketing Oktatók Klubja, 16. Országos Konferencia. pp. 800–811. Budapesti Kommunikációs és Üzleti Főiskola Marketing Intézete, Budapest
- Malhotra, N. K. (2007): *Marketing Research: An Applied Orientation*. 5<sup>th</sup> Edition, published by Pearson Education, Inc., publishing as Prentice Hall
- Matarazzo, J. D. (1984): „Behavioural health: A 1990 challenge for the health sciences professions.” In: Matarazzo, J.D.–Weiss, S.M.–Herd, J.A.–Miller, N.E. (eds.): *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention*. pp. 3–40. US, John Wiley & Sons Inc.
- Nógrádi, K. (2012): *Mértékletes ivás*. Forrás: [http://egeszseg.origo.hu/cikk/0602/917659/mertekletes\\_1.htm](http://egeszseg.origo.hu/cikk/0602/917659/mertekletes_1.htm)
- Süle E. (2013): „Lehetőségek az óraidőn túl – a negyedik dimenzió ígéretei.” In: *Tér-Gazdaság-Ember. A Széchenyi István Egyetem Kautz Gyula Gazdaságtudományi Karának tudományos folyóirata*, 2013. I. évfolyam, 2. szám
- Szakály, Z. (1994): *Korszerű állati eredetű alapélelmiszerek piacképességének vizsgálata*. Kandidátusi értekezés, Kaposvár





# Egy multinacionális cég egészségfelmérése a munkahelyi stressz tükrében

Bajsz Viktória szakoktató

Sió Eszter szakoktató

Tóthné Steinhausz Viktória szakoktató

Karamánné Dr. Pakai Annamária egyetemi adjunktus

Császárné Gombos Gabriella szakoktató

Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Zalaegerszegi Képzési Központ

## Bevezetés

Az elmúlt négy évtizedben a munka és az egészség kapcsolatáról szóló kutatások bizonyították, hogy a kémiai, fizikai és biológiai veszélyek mellett a munka pszichoszociális jellemzői is befolyásolják a munkavállalók testi és lelki egészségét. A munka pszichoszociális jellemzőinek vizsgálata a stresszelméletek gyökereihez nyúlik vissza. A munkához köthető pszichoszociális környezet és a betegségek kialakulása közötti kapcsolat alapjait olyan kutatók fektették le, mint *Selye János*. (1)]

Selye megfogalmazása szerint a stressz a szervezet nem specifikus válasza bármilyen igénybevételre. A stressz nem szükségszerű rossz, hanem nélkülözhetetlen az élet különböző káros hatásainak leküzdésében, a változó környezeti hatásokhoz való alkalmazkodásban. A stresszt előidéző tényezők, a stresszorok különbözőek lehetnek, mégis lényegileg azonos biológiai választ váltanak ki. A stresszor hatása kizárólag attól függ, hogy mennyire veszi igénybe a szervezet alkalmazkodóképességét. A stresszor minősülhet kihívásnak, mely a munkahelyi környezetben a fejlődés alapját adhatja, de ha a stresszor káros vagy kellemetlen hatásokat okoz, akkor már distressznek minősül. (2) Azon munkahelyi pszichoszociális jellemzők, melyek distresszt okoznak, számtalan forrásból származhatnak. Ilyenek lehetnek például a magas követelmények, a munkahelyi bizonytalanság, a segítő munkatársi kapcsolatok és a felettestől kapott támogatás hiánya, a nem megfelelő fizetés, a megnövekedett túlórák, a váltott műszak, a hétfégi munka.

Az elmúlt három évtized kutatásainak eredményeképpen ma már széles körben elfogadott, hogy a rossz munkahelyi körülmények kockázatot jelentenek az alkalmazottak testi és lelki egészségére nézve. Több összefoglaló tanulmány igazolja, hogy a munkahelyi stressz növeli a testi és lelki megbetegedések előfordulását. (3) A rossz pszichoszociális körülmények között dolgozó alkalmazottak többet cigarettáznak és nagyobb eséllyel jelentkeznek náluk alkohollal kapcsolatos problémák. (4) Fentiek a nagy cégeknél foglalkoztatottak körében is kimutathatóak.

A kedvezőtlen pszichoszociális munkahelyi körülmények az alkalmazottak egészségének károsítása és a szervezet hatékonyságának csökkentése mellett jelentős gazdasági károkat is okoznak. A kumulált költségeket – melyek elsősorban a munkából való hiányzásból, a termelékenység csökkenéséből, az idő előtti nyugdíjbavonulásból, az új munkaerő kiválasztásának és képzésének költségeiből, valamint az egészségügyi ellátásból származnak – általában nehéz meghatározni. (5)

*A WHO ajánlása a munkahelyi környezetre a következő:*

*„Az optimális egészségi állapot úgy érhető el, hogy életkorunknak és nemünknek megfelelően növeljük fizikai és szellemi képességeinket, fejlesztjük a változó élet- és munkakörülményekhez szükséges alkalmazkodóképességünket, fokozzuk erőtartalékainkat, és új egyéni teljesítményeket érünk el a munkában és az élet más területein.” (6)*



1. táblázat

## Saját szerkesztésű kérdőív összesítése

	Átlag	Szórás	Minimum	Maximum
Életkor (év)	42,14	10,87	22	58
Kérdés	Attribútum		Elemzés (n)	Százalék (%)
Jelenleg házas-e?	Házias		65	42,8
	Nem Házias		87	57,2
	Összesen		152	100
Neme?	Férfi		72	47,4
	Nő		80	52,6
	Összesen		152	100
Legmagasabb iskolai végzettsége?	8 Általános Iskola		16	10,5
	Szaktanácsképző		40	26,3
	Érettségi		73	48
	Diploma		23	15,1
	Összesen		152	100
Munkahelyi beosztása?	Beosztott		118	77,6
	Középvezető		29	19,1
	Felsővezető		5	3,3
	Összesen		152	100
A műszak típusa?	Egy		72	47,4
	Több		80	52,6
	Összesen		152	100
A munkavégzés típusa?	Szellemi		52	34,2
	Fizikai		100	65,8
	Összesen		152	100
A bejárás típusa?	Gyalog		13	8,6
	Kerékpár		8	5,3
	Autó		68	44,7
	Busz		63	41,4
	Összesen		152	100
A bejárás időtartama?	15 perc		83	54,6
	30 perc		35	23
	45 perc		12	7,9
	1 óra		6	3,9
	Több mint 1 óra		16	10,5
	Összesen		152	100



## 2. táblázat

## Rövid kérdőív a stresszről és a megküzdésről

	Átlag	Szórás	Minimum	Maximum
Összesített megküzdés	6,48	6,42	0,00	17
Összesített stressz	7,94	3,79	0,00	15
Összesített pontszám	-0,58	5,73	-11	12

## A vizsgálat célja

Jelen vizsgálat célja egy multinacionális cég fizikai és adminisztratív munkakörben foglalkoztatott dolgozóinak egészségi állapotfelmérése, kiemelve a környezeti tényezők az alkalmazottak egészségi állapotát befolyásoló hatását. Arra voltunk kíváncsiak, hogy a dolgozókra mely tényezők hatnak leginkább negatív módon, illetve képesek-e megküzdni a munkájukkal kapcsolatos stresszel.

## Minta és módszer

A kutatásban a 321 fős alkalmazotti körből 152-en vettek részt (a dolgozók 47%-a), ebből 100 fő fizikai munkát végző, termelésben dolgozó, 52 fő pedig irodai munkatárs. A résztvevők életkora 20–60 év között mozgott.

A vizsgálatra egy, a nyugat-dunántúli régióban működő multinacionális cég zalaegerszegi telephelyén, 2012 novembere és decembere között került sor.

A vizsgálatához standardizált, illetve saját szerkesztésű kérdőívet alkalmaztunk.

A Rahe-féle rövid kérdőív a stresszről és a megküzdésről az alábbi kérdésköröket tartalmazta:

a) Demográfiai adatok; b) A stressz mérése (5 témakörben): 1. Gyermekkori traumák és szülői bánásmód, 2. Az élet változásai a közelmúltban, 3. Testi tünetek, 4. Pszichológiai tünetek, 5. A magatartás és érzelmek feltárása; c) A megküzdés mérése (5 témakörben): 1. Az egészséggel kapcsolatos szokások, 2. Társas támogatottság, 3. A stresszre adott válasz, 4. Elégedetlenség az étellel, 5. Életcélok

Saját szerkesztésű kérdőívünkben az alábbi témakörökre térünk ki:

1. Káros szenvedélyek, 2. Sportolási szokások, 3. Mozgásszervi problémák, 4. A munkába járással kapcsolatos adatok

## Az elemzés módja

A statisztikai számítások során az IBM SPSS 20.0-s verzióját használtuk. A vizsgálat értékeiből leíró statisztika segítségével átlagot, szórást, minimumot, maximumot

számoltunk, valamint kétmintás t-próbát és varianciaanalízist (ANOVA) alkalmaztunk.

## Eredmények

Az 1. táblázat bemutatja a felmérés demográfiai adatait, melyből kiderül, hogy a megkérdezettek közül 65 fő (42,8%) házas, 87 fő (57,2%) nem házas. A munkások között 72 fő (47,4%) férfi, 80 fő (52,6%) nő. Legmagasabb iskolai végzettségük szerint 16 fő (10,5%) nyolc általánost, 40 fő (26,3%) szakmunkásképzőt végzett, 73 fő (48%) érettségivel rendelkeznek, 23 fő (15,1%) pedig főiskolai vagy egyetemi diplomát szerzett. Beosztásuk típusa alapján a vizsgált populációt 118 fő (77,6%) beosztott, 29 fő (19,1%) középvezető és 5 fő (3,3%) felsővezető alkotja, közülük 72-en (47,4%) egy műszakban, 80-an (52,6%) két műszakban dolgoznak. Az alkalmazottakból 52-en (34,2%) szellemi, irodai munkát végeznek, 100-an (65,8%) viszont fizikai munkaként, soron dolgoznak.

A kérdőívek segítségével felmértük az alkalmazottak bejárás szokásait is. 13-an (8,6%) választják a gyaloglást, 8-an (5,3%) kerékpárral járnak be, 68-an (44,7%) autóval, 63-an (41,4%) busszal érkeznek a munkahelyükre. 83 fő (54,6%) viszonylag rövid időn belül – 15 perc alatt – ér be, 35 fő (23%) 30 perc, 12 fő (7,9%) 45 perc, 6 fő (3,9%) 1 óra alatt, 16 fő (10,5%) pedig több mint 1 óra alatt érkezik meg a munkahelyére.

A kutatás fő részét képezte az önjellemző Rahe-féle rövidített kérdőív a stresszről és a megküzdésről, melynek értékelési módja közvetlen egyéni visszajelzésre és adatelemzésre egyaránt lehetőséget teremt. A kérdőív alapján – a 2. táblázatban összefoglaltak szerint – a dolgozók átlagosan a megküzdés terén 6,48 pontot, a stressz-szinten 7,94 pontot, összesítve pedig -0,58 pontot értek el.

A káros szenvedélyek – mint a dohányzás, az alkohol- és kávéfogyasztás – pótcselekvések, melyek segítségével gyors megnyugvásra, ellazulásra, megkönnyebbülésre vágnak az emberek. (7) A megkérdezettek 79,6%-a napi rendszerességgel fogyaszt kávé (átlagosan 2,17 csésze), 30,9%-a dohányzik (átlagosan 1,78 szál), és csak 37,5%-a sportol rendszeresen. A bevallottak alapján nincs, aki napi rendszerességgel fogyaszt alkoholt,



3. táblázat

## Életmódbeli szokások

Kérdés	Attribútum	Elemszám (n)	Százalék (%)	
Fogyaszt-e kávét napi rendszerességgel?	Igen	121	79,6	
	Nem	31	20,4	
	Összesen	152	100	
Dohányzik-e napi rendszerességgel?	Igen	47	30,9	
	Nem	105	69,1	
	Összesen	152	100	
Sportol-e (min. hetente egyszer)?	Igen	57	37,5	
	Nem	95	62,5	
	Összesen	152	100	
	<b>Átlag</b>	<b>Szórás</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>
Az elmúlt hét napból hány napon fogyasztott alkoholtartalmú italt? (nap)	0,46	0,74	0	3
Hány pohár italt fogyasztott? (az elmúlt hét nap folyamán)	0,75	1,44	0	8
Hány csésze kávét fogyaszt naponta?	2,17	0,93	1	5
Hány szál cigarettát szív naponta?	16,78	6,51	1	30

viszont az elmúlt hét napból átlagban 0,46 napon fogyasztottak valamilyen alkoholtartalmú italt. Az eredményeket a 3. táblázat foglalja össze.

A Rahe-féle rövid kérdőív a stresszről és a megküzdésről azt mutatja, hogy az egyének milyen megküzdési stratégiával rendelkeznek, mekkora stressz éri őket, illetve mennyire tudnak megküzdni az őket ért stresszel. Ez alapján 4 szintről beszélhetünk, melyeket a 4. táblázat mutat be. Az értékelés alapján elmondható, hogy a dolgozók több, mint negyede (27,6%) aggodalomra okot adóan nem, 24,3%-uk elégségesen, 23%-uk jól, negyedik (25%) kiválóan képes megküzdni a stresszel.

A munkahelyi stressz eredhet a munkakörből, a munka jellegéből és a munkahelyi személyközi kapcsolatokból is. Az Európai Unió munkahelyi felelősségről szóló rendelkezéseinek előkészítő tanulmánya a következő legjelentősebb stresszorokat jelölte meg: időhiány, túl- és alulterheltség, nem egyértelmű feladatok, az elismerés hiánya, az együttműködés hiánya, sok felelősség kevés döntési lehetőséggel, kevés kontrollélmény, bizonytalanság, károsító környezet, valamint

a képességek kihasználatlansága. (8) Ezen stresszorok jelenlétét is felmértük, s a vizsgálatot a két nem eredményeinek összehasonlításával végeztük el. A férfiak a Rahe-féle kérdőív megküzdésre vonatkozó részében, míg a nők az összesített stressz-szinten értek el magasabb pontszámot. Az összesített pontszám esetén minden esetben számottevő különbség.

A két nem közötti különbség feltárására kétmintás t-próbát alkalmaztunk, melynek eredményeit az 5. táblázat szemlélteti. Az összesített megküzdés esetén a Levene-próba eredménye  $p > 0,05$ , így t-próbát alkalmaztunk, mely szerint  $p < 0,05$ , azaz szignifikáns különbség látható. Az összesített stressz esetén a Levene-próba eredménye szintén  $p > 0,05$ , így t-próbát alkalmaztunk, mely azonban nem mutatott szignifikáns különbséget. Az összesített pontszámnál a Levene-próba viszont  $p < 0,05$ , így Welch-féle d-próbát alkalmaztunk, mely szintén nem mutatott szignifikáns különbséget a két nem között.

A bejárás típusa nagymértékben hozzájárulhat a stressz-szint növekedéséhez. A bejárás típusát és a Rahe-féle kérdőív eredményeit összevetettük. (6. táblázat) A több, mint

4. táblázat

## Rövid kérdőív a stresszről és a megküzdésről

		Fő	Átlag (%)
Összpontszám	Aggodalomra okot adó	42	27,6
	Elégséges	37	24,3
	Jó	35	23
	Kiváló	38	25
	Összesen	152	100

két mintával rendelkező, intervallum típusú skála adatait ANOVA-analízissel hasonlítottuk össze.

Mindhárom érték esetén a Levene-próba eredménye  $p < 0,05$ ; vagyis a Welch-próba eredményei a mérvadóak. Az összesített megküzdés alapján a bejárás típusát illetően nincs különbség ( $p = 0,157$ ), viszont az összesített stressz és a Rahe-féle kérdőív összpontszám-értékeinél  $p < 0,001$ ; így elmondható, hogy a bejárési típusok között szignifikáns különbség észlelhető. A Scheffe-próba több bejárési eszköz között is érzékenységet mutat. A gyalogosok jobb megküzdési stratégiával rendelkeznek, mint a kerékpározók.

Az összesített stressz eredményei alapján azok, akik kerékpárral járnak dolgozni, magasabb stressz pontszámot értek el, mint a gyalogosok vagy az autóval közlekedők. A busszal közlekedők a gyalogosoknál szintén magasabb pontszámot értek el.

Emellett az összpontszámokban a Scheffe-próba több típus esetén jelzett kapcsolatot. A gyalogosan munkába járók sikeresebben küzdenek meg az őket ért stresszel,

mint a kerékpárosok vagy a busszal közlekedők. A busszal, illetve az autóval közlekedők szintén jobb megküzdéssel rendelkeznek, mint a kerékpározók.

## Következtetések

Bizonyított tény, hogy a dohányzás és a mértéktelen alkohol- és koffeinfogyasztás nagyban befolyásolják a magas vérnyomás, a szív- és érrendszeri betegségek, az emésztőrendszeri betegségek, valamint a csontritkulás kialakulását. (9) A mozgáshiány, az inaktív életmód már önmagában is stresszor. Folytonos görnyedt testtartásunk miatt számos ún. „civilizációs testtartási hiba” alakul ki. A civilizált ember így könnyen átlépheti „stressz tűrőképességének határát”, eljuthat az ún. „krónikus stressz” állapotába, ahol valamennyi szervrendszer reakcióképessége kedvezőtlenül változik, s kialakul egy ún. „degeneratív láncreakció”. Az egyetlen megoldás a mozgás. A rendszeres fizikai aktivitás hatására nő a szív- és érrendszer teljesítőképesége, kevésbé leszünk

5. táblázat

## Rövid kérdőív a stresszről és a megküzdésről

	Férfiak (n=72)		Nők (n=80)	
	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás
Összesített megküzdés	7,26	1,93	5,77	2,60
Összesített stressz	7,65	3,51	8,20	4,03
Rahe-összpontszám	-0,39	4,79	-0,75	6,48
Statisztikai próba:	Levene-próba		t-próba	Welch-féle d-próba
Összesített megküzdés	$p > 0,05$		<b><math>p &lt; 0,05</math></b>	
Összesített stressz	$p > 0,05$		$p > 0,05$	
Rahe-összpontszám	$p < 0,05$			$p > 0,05$

6. táblázat

## A kétmintás t-próba eredményei

Változó	Attribútum Statistikai próba megneve- zése	Összesített megküzdés		Összesített stressz		Rahe- összpontszám	
		átlag	szórás	átlag	szórás	átlag	szórás
A kutatásban résztevők		6,48	2,41	7,94	3,79	-0,58	5,73
A bejárás típusa	Gyalog	7,85	4,38	5,46	4,23	4,68	4,94
	Kerékpár	4,75	2,19	12,37	3,25	-7,63	3,62
	Autó	6,44	2,29	7,07	3,06	0,25	4,53
	Busz	6,46	2,42	8,83	3,74	-1,57	6,22
Statistikai próba	Levene-próba	p<0,05		p<0,05		p<0,05	
	ANOVA						
	Welch-próba	1,90 p=0,157		8,68 p<0,001		14,71 p<0,001	

fáradékonyak, valamint javul a szervezet ellenállóké-  
pessége is. (9) A kérdőíves felmérés alapján elmondha-  
tó, hogy a résztvevők közel 80%-a napi rendszerességgel  
fogyaszt kávé, több mint 30%-uk dohányzik. A beosz-  
tottak 65%-a nem sportol rendszeresen. (1. ábra)

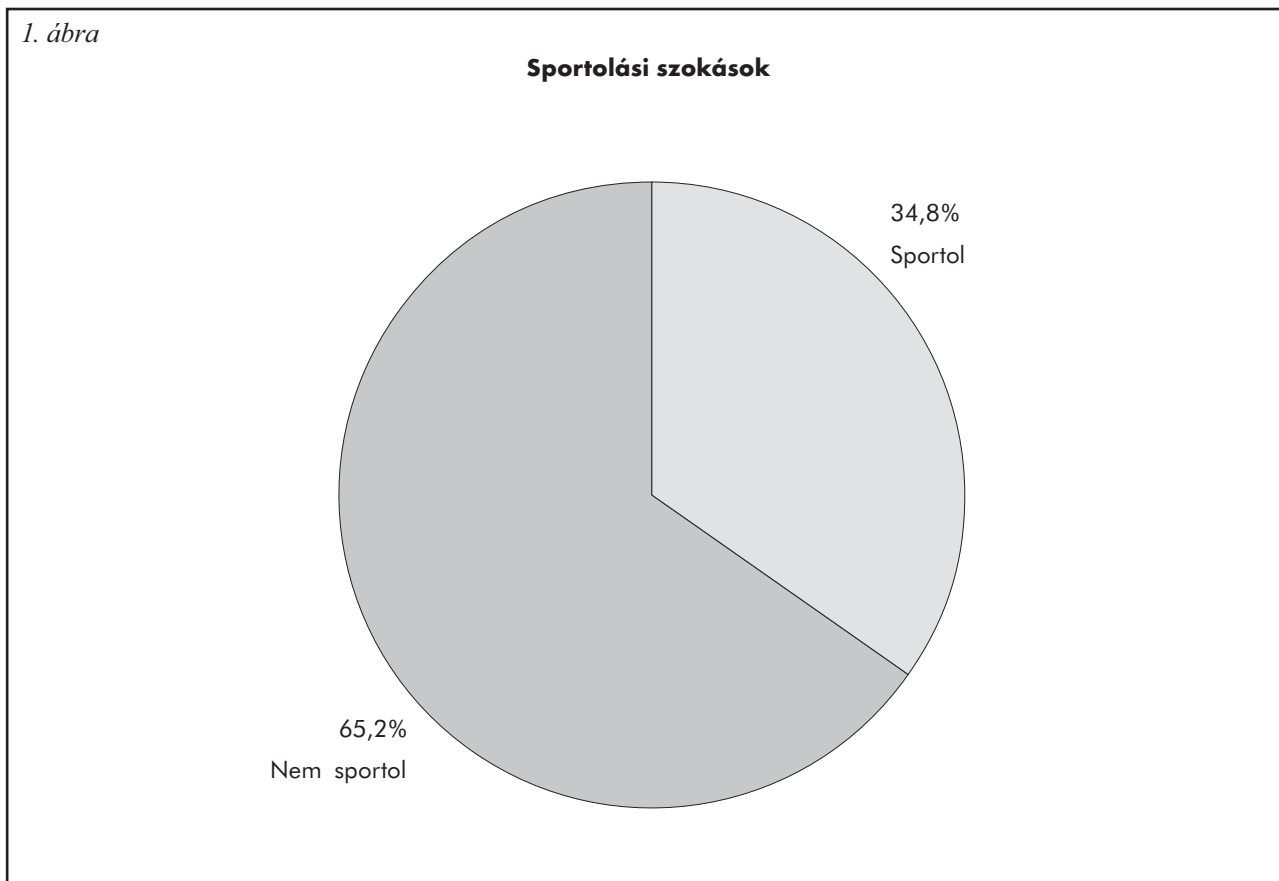
Annak ellenére, hogy a népesség körében széles kör-  
ben ismert a dohányzás, a mértéktelen alkoholfogyasz-  
tás, valamint a csökkent fizikai aktivitás kardiovaszku-  
láris kockázata, (10) a vizsgálati mintában résztvevők  
nagy százalékban károsítják egészségi állapotukat élve-  
zeti szerek fogyasztásával, illetve a csökkent fizikai akti-  
vitással. *Varga-Hatos Katalin és munkatársai* tanulmá-  
nya is azt mutatja, hogy a magyar lakosság szabadidős  
fizikai aktivitása átlagosan a napi tíz percet sem halad-  
ja meg. A felmérések adatai alapján Magyarországon  
a 15–64 éves korcsoportba tartozó férfiaknak csupán  
21%-a, a hasonló korú nőknek pedig 14%-a végez rend-  
szeres testedzést. Míg a 20–29 évesek 25%-a jelezte,  
hogy rendszeresen edz, a 30–39 éveseknél 15%-ra,  
az ennél idősebbeknél pedig 10%-ra esett vissza a muta-  
tó. (11) Hasonló képet mutatnak eredményeink is. A dol-  
gozók közel 35%-a sportol csupán legalább heti egyszeri  
rendszerességgel.

Feltételeztük, hogy a bejárás típusa és a magas stressz-  
szint között közepesen pozitív kapcsolat áll fenn. A bejá-  
rás típusa nagymértékben hozzájárulhat a stressz-szint  
növekedéséhez. A bizonyításhoz ANOVA-analízist hasz-  
náltunk. Az összesített megküzdés alapján nincs külön-  
ség a bejárás típusát illetően, mivel p=0,157. Viszont  
az összesített stressz és az összpontszám értéke esetén  
p<0,001; így elmondható, hogy több bejárési eszköz kö-

zött is szignifikáns különbség észlelhető. A gyalogosok  
jobb megküzdési stratégiával rendelkeznek, mint a kerék-  
pározók. Az összesített stressz eredményei alapján  
a kerékpározók magasabb stressz-pontszámot értek el,  
mint a gyalogosok, vagy az autóval közlekedők. Ennek  
ellenére messzemenő következtetéseket nem célszerű  
levonnunk, mivel közrejátszott a véletlen szerepe,  
vagy egyéb, nem észlelt zavaró tényező. Viszont a maga-  
sabb stressz-szintet okozhatja a nem megfelelően kiépített  
kerékpárút-hálózat is, mely miatt nyomasztóbbá válhat  
a kerékpárral való bejárás. A busszal közlekedők maga-  
sabb pontszámot értek el a gyalogosoknál, ebben az eset-  
ben viszont elmondhatjuk, hogy a tömegközlekedés nagy  
valószínűséggel nagyobb stressz-terhet ró az egyénekre,  
mint a szabad levegőn, testmozgással összekötött gyalog-  
lás, mint közlekedési forma.

Emellett az összpontszám eredményeiben a Scheffe-  
próba több típus esetén is kapcsolatot jelzett. A gyalog  
munkába járók sikeresebben küzdenek meg az őket  
ért stresszel, mint a busszal közlekedők, ez szintén azt  
a tényt bizonyítja, hogy akik mozgással egybekötött esz-  
közt választanak, sikeresebben küzdenek meg a minden-  
napi stresszel.

Az eredmények között említésre méltóak a Rahe-féle  
rövid kérdőív eredményei, melyek megmutatják, hogy  
az egyének milyen megküzdési stratégiával rendelke-  
znek, mekkora stressz éri őket, illetve mennyire tudnak  
megküzdni az őket ért stresszel. Ez alapján 4 szintről  
beszélhetünk. A 2. ábra eredményeiből leolvasható,  
hogy a dolgozók több, mint negyede (27,6%) aggodal-  
omra okot adóan nem, 24,3%-uk elégségesen, 23%-uk



jól, negyedük (25%) kiválóan tud megküzdeni a stresszel, tehát a dolgozók több, mint fele nem képes megküzdeni a stresszel, mely rossz aránynak mondható.

Összegzésképpen elmondható, hogy egy multinacionális cégnél a túlzott elvárások okozta stressz számos területen negatív befolyással van az emberek egészségére. A teljesítmény-orientáltság és a feszített munkatempo miatt a dolgozók átlagosan rosszul küzdenek meg az őket ért stresszel.

## Összefoglalás

Az elmúlt négy évtizedben a munka és az egészség kapcsolatáról szóló kutatások bizonyították, hogy a kémiai, fizikai és biológiai veszélyek mellett a munka pszichoszociális jellemzői is befolyásolják a munkavállalók testi és lelki egészségét. A munka pszichoszociális jellemzőinek vizsgálata a stresszelméletek gyökereihez nyúlik vissza. A kedvezőtlen pszichoszociális munkakörülmények az alkalmazottak egészségének károsítása és a szervezet hatékonyságának csökkentése mellett jelentős gazdasági károkat is okoznak. Jelen vizsgálat célja egy multinacionális cég fizikai és adminisztratív munkakörben alkalmazott dolgozóinak egészségi állapotfelmérése a stressz tükrében.

Az eredmények alapján elmondható, hogy a dolgozók több mint negyede (27,6%) aggodalomra okot adóan nem, 24,3%-uk elégségesen, 23%-uk jól, negyedük (25%) kiválóan tud megküzdeni a stresszel.

Összegzésképpen elmondható, hogy egy multinacionális cégnél a túlzott elvárások okozta stressz több területen is negatív befolyással van az emberek egészségére.

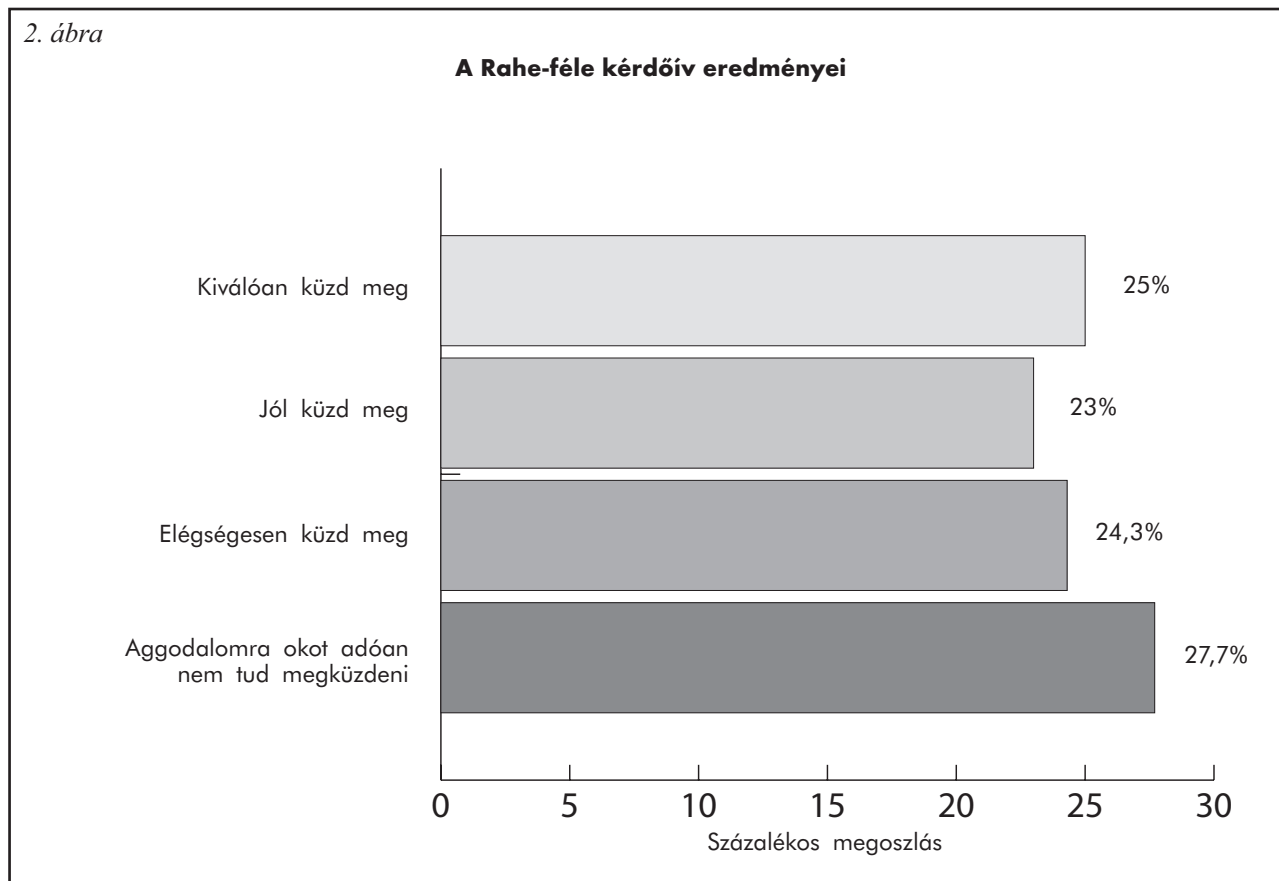
*Kulcsszavak: stressz, stressz-szint, megküzdés, egészségi állapot, pszichoszociális jellemzők, Rahe-féle rövid kérdőív a stresszről és a megküzdésről*

## Summary

In the past four decades studies about the connection between work and health widely proved that besides the chemical, biological and physical risks the psychosocial characteristics of the work also influence the physical and mental health of the employees. The examination of the work's psychosocial characteristics goes back to the roots of the stress theories. Apart from damaging the employees' health and reducing the efficiency of the organization the adverse psychosocial work conditions are causing significant economic damages too.

The aim of the current examination is the health condition assessment of the production and administrative

2. ábra



workers of a multinational company in the light of the stress. The Rahe Brief Stress and Coping Inventory shows what coping strategy the individuals have, what size of stress they are exposed to and how well they can cope with that stress. According to the results more than the quarter of the workers (27,6%) troublingly can't cope with the stress, 24,3% sufficiently, 23% well and quarter of them (25%) can cope exceptionally well.

As a summary we can say that at a multinational company the stress caused by the big expectations has a negative effect on the people's health in many respects.

*Keywords: stress, stress-level, coping, health condition, psychosocial work conditions, Rahe Brief Stress and Coping Inventory*

#### IRODALOM

- Kopp M. (2008): *Magyar lelkiállapot*. Semmelweis Kiadó és Multi-média Stúdió, Budapest, p. 288–298.
- Selye J. (1976): *Stressz distressz nélkül*. Akadémiai Kiadó, Budapest, p. 91–95.
- Kiwimäki M.–Virtanen M.–Eovainio M.–Kouvonen A.–Väänänen A.–Vahtera J. (2006): „Work stress in the etiology of coronary heart disease-a meta analysis.” In: *Scandinavian Journal Work, Environment and Health*, 32(6): 431–442.
- Head J.–Stransfeld J.–Siegrist J. (2002): „The psychosocial environment and alcohol dependence: a prospective study.” In: *Occupational and Environmental Medicine*, 61(3): 219–224.
- Kammeyer-Mueller D. J.–Judge A.T.–Scott A.B. (2009): „The Role of Core Self-Evaluations in the Coping Process.” In: *Journal of Applied Psychology*, 94(1): 177–195.
- [www.emegy.hu/uploads/download/740982401429306d63a8b4.doc](http://www.emegy.hu/uploads/download/740982401429306d63a8b4.doc) (2012.12.05.)
- [http://www.paramedica.hu/200609/22\\_nepbetegsegek3/index.htm](http://www.paramedica.hu/200609/22_nepbetegsegek3/index.htm) (2013.01.04.)
- [http://www.google.hu/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CDEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.panmed.hu%2Fletoltesek%2Ftovabbkepzes.2010.11.13\\_Kopp.Maria.ppt&ei=eNLtUOatCqfE4gSk-IHAAQ&usg=AFQjC NHOSJUitF7YjfcLmb9YHkGQ1vyC\\_g&sig2=fq0HYczlGiy\\_0pr30-IK0A&bvm=bv.1357316858,d.bGE](http://www.google.hu/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CDEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.panmed.hu%2Fletoltesek%2Ftovabbkepzes.2010.11.13_Kopp.Maria.ppt&ei=eNLtUOatCqfE4gSk-IHAAQ&usg=AFQjC NHOSJUitF7YjfcLmb9YHkGQ1vyC_g&sig2=fq0HYczlGiy_0pr30-IK0A&bvm=bv.1357316858,d.bGE) (2013.01.04.)
- [http://www.paramedica.hu/200512/06\\_prevenzio4/index.htm](http://www.paramedica.hu/200512/06_prevenzio4/index.htm) (2013.01.04.)
- Kiss I. (2012): „Megelőzés és gyógyítás.” In: *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 50(1): 13–18.
- Varga-Hatos K.–Karneer C. (2008): „A lakosság egészségi állapotát befolyásoló tényezők.” In: *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 46(2): 25–33.

# Fizikai aktivitás és ízületi fájdalom kapcsolata munkaképes populációban

Leidecker Eleonóra<sup>1</sup>  
Galambosné Tiszberger Mónika<sup>2</sup>  
Bohner-Beke Aliz<sup>3</sup>  
Dr. Tigyiné Dr. Pusztafalvi Henriette<sup>4</sup>  
Kránicz János<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Fizioerápiás és Sporttudományi Intézet

<sup>2</sup>Pécsi Tudományegyetem, Közgazdaságtudományi kar, Gazdaság-módszertani Intézet

<sup>3</sup>Eötvös József Főiskola, Baja

<sup>4</sup>Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Egészségbiztosítási Intézet,  
Egészségfejlesztési és Népegészségtani Tanszék

## Bevezetés

A WHO meghatározása szerint a foglalkozással összefüggő rendellenességek több tényező közrehatására alakulnak ki. A definíció munkahelyhez köthető és munkahelyhez nem köthető fizikai, biomechanikai és pszichoszociális rizikófaktorokat említ, egyéni predispozíció mellett. (1; 2) Az *EUROSTAT* által regisztrált foglalkozási betegség-adatok szerint a váz- és izomrendszeri problémák a legelterjedtebbek. (3)

A legtöbb ízület esetében az irodalmi adatok nem egyeznek meg arra vonatkozóan, hogy a munkahelyen végzett fizikai aktivitás befolyásolja-e az ízületi fájdalom megjelenését. A derékfájás esetében is hasonló eredményeket találhatunk. *Roffay és munkatársai (2010)* a munkahelyi állás, gyaloglás és a derékfájdalom között nem tapasztaltak összefüggést, (4) ahogyan *Hamberg-van Reenen és munkatársai (2007)* sem találtak kapcsolatot az izomerő, az állóképesség, az ízületi mozgékonyosság és a derékfájdalom rizikója között. (5) A fizikai aktivitás és az ízületek vizsgálata az alsóvégtag ízületeinél leggyakrabban arthrosissal összefüggésben merült fel. *Hootman és szerzőtársai (2003)* szerint nincsen szignifikáns kapcsolat az ízületi terhelési score, valamint a csípő- és térd-arthrosis között. Erős rizikófaktoroként az idős kort, a korábbi sérülést, műtétet és a magas BMI-t állapították meg. (6) A vállfájdalom etiológiájában a munkahelyi és sportaktivitásról, mint rizikótényezőről több tanulmány is beszámol. (7; 8) A váll-ízületi fájdalommal foglalkozó irodalom szerint a fizikai rizikótényezők közé tartozik a nehéz súly emelése,

az ismétlődő mozgások, a kényelmetlen testtartás és a vibrációs hatás munkavégzés közben. (9)

A mozgásszervi fájdalommal foglalkozó vizsgálatok kiemelik, hogy az antropometriai jellemzők is rizikótényezőként viselkedhetnek, így az életkor, a női nem, az elhízottság és a túlsúly. (10; 11; 12; 13)

Jelen tanulmányban beszámolunk arról a vizsgálatról, melyben különböző foglalkozású és foglalkozásukból fakadóan különböző fizikai aktivitású személyek alacsony, mérsékelt és magas fizikai aktivitási szinten előforduló ízületi fájdalmát mértük fel. A vizsgálat célja a munkahelyi fizikai aktivitás, továbbá antropometriai adatok, mint a BMI, a nem és az életkor az ízületi fájdalom gyakoriságával való kapcsolatának vizsgálata volt. Úgy gondoljuk, hogy vizsgálatunk adatai hasznosíthatóak a munkahelyeken megvalósítható egészségmegőrzési és egészségfejlesztési programok számára. Életünk egy részét a munkahelyünkön töltjük, sajnos legtöbbször olyan munkakörnyezetben, ahol várható az ízületek kedvezőtlen terhelése.

## Vizsgálati anyag és módszer

Ülő és gyalogló foglalkozásúak fizikai aktivitásának és ízületi fájdalomának vizsgálatát végeztük. A kutatás típusa szerint prospektív volt, a fizikai aktivitás és az előforduló ízületi fájdalom keresztmetszeti elemzése céljából.

A vizsgálatba – munkájukból fakadóan – különböző fizikai aktivitású egyéneket választottunk be, napi több órát gyalogló kézbesítő postásokat, ülő foglalkozá-



sú postai alkalmazottakat és védőnőket. A minta nem reprezentatív, a mintavétel az *Egyesített Egészségügyi Intézmények Védőnői Szolgálat* Pécs és környéke védőnőinek és a *Magyar Posta Zrt. Nyugat-magyarországi Területi Igazgatósága* pécsi telephelyein dolgozó munkavállalóinak köréből történt. A vizsgálat során teljes mintavételre törekedtünk. Összesen 439 fő adta a mintavételi keretet, 123 személy nem kívánt részt venni a vizsgálatban, 316 fő válaszolt a kérdőívekre. Adatfelvételi hibából fakadóan 309 személy, 114 férfi és 195 nő adatait dolgoztuk fel. Az átlagéletkor  $39,98 \pm 10,3$  év, BMI átlag  $25,11 \pm 4,36$ . A három, különböző foglalkozású csoport jellemzőit az 1. táblázat tartalmazza.

## A fizikai aktivitás vizsgálata

A fizikai aktivitási szint mérését a WHO ajánlásában szereplő, validált *International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)* (14) kérdőívvel végeztük. A kutatás alanyai személyes interjú keretében kérdezőbiztosoknak válaszoltak. A kérdőívvel az egy hét alatt végzett magas, mérsékelt és alacsony aktivitási szintet mértük. Vizsgálatunk lefedte a mindennapi fizikai aktivitás lehetséges területeit (munkahely, közlekedés, háztartás és szabadidő). Az értékelés alapja a MET/min/hét volt. Az egy heti fizikai aktivitás értékelése összetett, a fizikai aktivitással eltöltött percek, valamint különböző intenzitású komponenseit egyaránt figyelembe vettük. Egységnyi MET-nek felel meg egy ülő személy energiafelhasználása ( $4,184 \text{ kJ kg}^{-1} \text{ h}^{-1}$ ). (17) A nehéz fizikai aktivitás 8 MET, a mérsékelt 4 MET, a gyaloglás 3,3 MET energiafogyasztásnak felel meg. Az egyén energiafelhasználása e három aktivitási komponens MET-perceinek értékeiből áll. (14)

## A fizikai aktivitási szintek meghatározása

1) *Alacsony*: a legalacsonyabb fizikai aktivitási szint. Azon egyének, akik nem tartoznak sem a mérsékelt, sem a magas fizikai aktivitású kategóriába.

2) *Mérsékelt*:

– 3 vagy több napon végzett magas fizikai aktivitás, legalább 20 perc/nap, vagy

– 5 vagy több napon mérsékelt fizikai aktivitás és/ vagy gyaloglás, legalább 30 perc/nap, vagy

– 5 vagy több napon a gyaloglás, valamint mérsékelt és nehéz fizikai aktivitás kombinációja, melyek elérik a legalább 600 MET perc/hét értéket.

3) *Magas*:

– legalább 3 napon magas fizikai aktivitás, összesen legalább 1500 MET perc/hét vagy

– 7 vagy több napon a gyaloglás, a mérsékelt vagy nehéz fizikai aktivitás kombinációja, összesen legalább 3000 MET perc/hét értékben.

*Totál fizikai aktivitás MET-perc/hét* = totál munka + totál közlekedés + totál háztartás + totál szabadidő MET-perc/hét.

*Totál munkahelyi fizikai aktivitás MET-perc/hét* = gyaloglás + mérsékelt + nehéz MET-perc/hét. (16)

## A nagyüzleti érintettség felmérése

A mozgásszervi panaszok átfogó vizsgálatára nem léteznek kidolgozott és mindenki által elfogadott kérdőívek, ezért a kutatás során saját fejlesztésű, strukturált kérdőívet alkalmaztunk. A kérdőív főbb fejezetei az alábbiak voltak: antropometriai adatok vizsgálata (életkor, nem, BMI). A nagyüzetek érintettségét, előforduló fájdalmit, kérdőívvel rögzítettük. A „nem fáj”, „időnként fáj”, és a „legalább hat hónapja mindennap fáj” – krónikus fájdalom kategóriákat állítottuk fel. A következő anatómiai területek vizsgálata történt: vállízület, nyaki, háti gerinc, lumbális gerinc, csípőízület, térdízület, boka, láb.

## Statisztikai elemzés

A három foglalkozási csoport antropometriai jellemzőinek és fizikai aktivitásának összehasonlítása egyutas ANOVA-módszerrel történt. A foglalkozások és az ízületi fájdalom kapcsolatát Chi<sup>2</sup>-próbával vizsgáltuk. Az adatok feldolgozását SPSS 17.00 programmal végeztük. Az elemzések során a  $p < 0,05$  szignifikanciaérték esetén vetettük el a függetlenséget feltételező nullhipotézist.

## Eredmények

Az antropometriai adatok elemzése szerint átlagéletkoruk szempontjából a három csoport homogén. A nemek megoszlása jelentős különbséget mutat. A gyalogló postások 86%-a férfi, az ülő postás alkalmazottak 87%-a nő, a védőnők 100%-a természetesen nő. A foglalkozási csoportokra jellemző BMI-értékek között szignifikáns különbség állapítható meg. Legmagasabb a gyalogló postások BMI-átlagértéke, mely átlép a túlsúly tartományába. (1. táblázat)

## A foglalkozási csoportok jellemző fizikai aktivitási szintje

A heti teljes, totál fizikai aktivitás mindhárom csoportban a magas aktivitási szint tartományába esik (legalább 3000 MET/min/hét). A legalacsonyabb fizikai aktivitású, ülő foglalkozású csoport is eléri heti fizikai aktivitásával a magas aktivitású kategóriát.

A munkahelyi fizikai aktivitás a három csoportban jelentős különbséget mutat. A gyalogló postásokra – munkájukból fakadóan – extrém magas aktivitás

1. táblázat

A három foglalkozási csoportra jellemző adatok átlagértékei  
(p-érték, H: szórás hányados)

	Gyalogló postás	Ülő postás	Védőnő	p-érték	H
n	110	152	47	–	–
Átlagéletkor (év)	40,0	40,2	39,3	0,877	0,00
A nemek megoszlása (fő)	férfi=94; nő=16	férfi=20; nő=132	férfi=0; nő=47	0,000	0,75
Testmagasság (cm)	176,9	167,3	164,1	0,000	0,51
Testsúly (kg)	82,5	69,4	63,4	0,000	0,49
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	26,4	24,7	23,5	0,000	0,23
Heti, totál fizikai aktivitás (MET/min/hét)	12 109,3	3 372,5	4 361,5	0,000	0,77
Munkahelyi fizikai aktivitás (MET/min/hét)	8 203,4	404,5	2 080,4	0,000	0,90
Szabadidős fizikai aktivitás (MET/min/hét)	1 672,1	800,0	563,1	0,000	0,22

jellemző. 24–25 kg-os válltáskával napi több órát gyalognak, ez jelentősen megnöveli energiafogyasztásukat (8203 MET/mit/hét). Az ülő foglalkozásuk átlagosan inaktívnak tekinthetők a munkahelyükön (404 MET/min/hét), a védőnők átlagosan mérsékelt fizikai aktivitást végeznek (2080 MET/min/hét).

A vizsgált mintában szignifikáns kapcsolat állapítható meg a munkahelyi fizikai aktivitás és a foglalkozási csoportok között. (1. táblázat)

### Nagyízületi fájdalom előfordulása

Az összes vizsgált ízületi fájdalom előfordulását tekintve nem találtunk szignifikáns kapcsolatot a foglalkozási csoportokkal. Legkevésbé a krónikus fájdalom a jellemző, mely a gyalogló és ülő postások 10%-át, a védőnők 7%-át érinti. Az időnként előforduló ízületi fájdalom leginkább a gyalogló postásoknál fordul elő (27%), míg az ülő postások és a védőnők 23%-ára jellemző. (2. táblázat)

Az egyes ízületeket vizsgálva a vállízületi fájdalom szignifikáns kapcsolatot mutat a foglalkozás típusával ( $p=0,000$ ). A gyalogló postások 45,5%-a panaszkodik időnkénti, 12%-a krónikus vállfájdalomra. Közel szignifikáns az összefüggés a lábízület és a foglalkozás típusa között ( $p=0,051$ ). A gyalogló postások 33%-ának

és a gyalogló védőnők 38%-ának van időnkénti fájdalma, a krónikus lábízület a gyalogló postásoknál 15,5%-os, a védőnőknél 11%-os megoszlást mutat.

A többi nagyízület esetében nem állapítható meg kapcsolat az ízületi fájdalmak és a vizsgált foglalkozások között. Ugyanakkor a háti gerinc (60%) és a nyaki gerinc fájdalmának (50%) előfordulása az ülő foglalkozásuk között a leggyakoribb.

A lumbális gerinc fájdalma nem mutat kapcsolatot sem a gyalogló, sem az ülő foglalkozással. A derékfájdalom a leggyakrabban előforduló fájdalom mind a gyalogló, mind az ülő foglalkozásúknál. A krónikus fájdalmak közül is a derékfájdalom mutatja a legmagasabb gyakoriságot, az ülő munkát végzők közel 20%-ánál jelen van.

A vizsgált mintában a csípőízület fájdalma a legkevésbé jellemző. A térdízület tekintetében nem állapítható meg a foglalkozással való kapcsolat, az ülő foglalkozásuk 30%-a panaszkodik időnkénti térdízületre, a krónikus térdízület a gyalogló postásokat érinti a leggyakrabban (14,5%). (2. táblázat)

A heti teljes fizikai aktivitás és a munkahelyi fizikai aktivitás a vizsgált ízületek közül a vállízület és a boka fájdalmával mutat szignifikáns kapcsolatot, a többi ízület esetében ez nem állapítható meg.

2. táblázat

**Egyes ízületi fájdalmak százalékos megoszlása foglalkozásonként  
(ízületenként =100%) (szignifikancia-értékek)**

Ízületi p-érték	A fájdalom típusa	Gyalogló postás	Ülő postás	Védőnő
Összes ízület				
p=0,231	nincs	63,3	66,9	69,9
p=0,260	időnkénti	26,7	23,0	23,1
p=0,566	krónikus	10,0	10,1	7,0
Nyak	nincs	53,6	48,7	66,0
p=0,316	időnkénti	34,5	39,5	23,4
	krónikus	11,8	11,8	10,6
Boka	nincs	71,8	84,9	78,7
p=0,077	időnkénti	20,0	11,8	19,1
	krónikus	8,2	3,3	2,1
Térd	nincs	56,4	61,8	68,1
p=0,329	időnkénti	29,1	30,3	25,5
	krónikus	14,5	7,9	6,4
Csípő	nincs	78,2	79,6	83,0
p=0,735	időnkénti	13,6	13,8	14,9
	krónikus	8,2	6,6	2,1
Váll	nincs	42,7	64,5	76,6
p=0,000	időnkénti	45,5	28,9	12,8
	krónikus	11,8	6,6	10,6
Derék	nincs	39,1	41,4	46,8
p=0,625	időnkénti	46,4	40,1	42,6
	krónikus	14,5	18,4	10,6
Hát	nincs	43,6	38,8	46,8
p=0,829	időnkénti	42,7	44,1	38,3
	krónikus	13,6	17,1	14,9
Láb	nincs	51,8	67,8	51,1
p=0,051	időnkénti	32,7	22,4	38,3
	krónikus	15,5	9,9	10,6

3. táblázat

**Egyes ízületek fájdalma, valamint a BMI, az életkor, a nem, a munkahelyi fizikai aktivitás és a heti totál fizikai aktivitás kapcsolata (szignifikancia-értékek)**

Ízületi fájdalom	BMI	Életkor	Nem	Munkahelyi fizikai aktivitás	Totál fizikai aktivitás
Nyak	0,291	0,059	0,175	0,667	0,785
Boka	0,003**	0,013*	0,918	0,005**	0,029*
Térd	0,141	0,000**	0,801	0,271	0,391
Csípő	0,151	0,003**	0,463	0,190	0,067
Váll	0,089	0,006	0,170	0,001**	0,000**
Derék	0,577	0,069	0,237	0,335	0,575
Hát	0,710	0,216	0,016*	0,548	0,693
Láb	0,018*	0,256	0,977	0,121	0,121

\*5%-os szignifikancia érték alatt; \*\*1%-os szignifikancia érték alatt

Az életkor a csípőízület ( $p=0,003$ ), a térdízület ( $p=0,000$ ), és a boka fájdalmával ( $p=0,013$ ) mutat szignifikáns kapcsolatot. A BMI és a boka- ( $p=0,003$ ), illetve a lábfájdalom ( $p=0,018$ ) között szintén szignifikáns kapcsolat figyelhető meg. A nemek közötti különbséget vizsgálva a háti gerinc fájdalma szignifikánsan jellemzőbb a női nemre, mint a férfira ( $p=0,016$ ), a többi ízület esetében nem állapítható meg kapcsolat. (3. táblázat)

## Megbeszélés

Jelen tanulmány célja normál populációban, foglalkozásukból fakadóan különböző fizikai aktivitású egyének fizikai aktivitás-szintjének mérése, valamint a fizikai aktivitáshoz és a foglalkozáshoz köthetően előforduló ízületi fájdalom vizsgálata volt, hogy közelebbi képet kaphassunk a munkahelyi hatások és az ízületi fájdalom kapcsolatáról.

A vizsgált minta speciális, ugyanis a gyalogló postások 24–25 kg-os válltáskával dolgoznak, mely fizikai terhelés hatással lehet ízületi fájdalmaikra (pl. vállfájdalom gyakorisága).

Eredményeink szerint a vállízület, a láb és a boka fájdalma mutat szignifikáns kapcsolatot a foglalkozással és a munkahelyi fizikai aktivitással. Nőknél szignifikánsan gyakrabban fordul elő a hátfájdalom, míg a boka és

a láb fájdalmával a magasabb BMI-érték hozható összefüggésbe.

Megállapítható, hogy mind az ülő, mind a gyalogló mintában 50% a derékfájás gyakorisága, a krónikus fájdalom is leggyakrabban a lumbális gerinc területét érinti (20%). Ezek az eredmények megfelelnek más epidemiológiai felmérések adatainak, melyekben a folyamatosan fennálló derékfájdalom prevalenciája 15–30% között mozog, a leginkább érintett életkori csoport 40–60 éves, tehát munkaképes korosztály. (15; 16)

A nemzetközi irodalmat áttekintve szembevetendő, hogy a fizikai aktivitás és az ízületi fájdalom kapcsolatáról szóló tanulmányok nem mutatnak egységes képet. Vizsgálatunkban nem találtunk kapcsolatot az ülőmunka, a gyalogló munka, a magas fizikai aktivitás és a derékfájdalom között, hasonlóan *Roffey és munkatársai (2010)* összefoglaló tanulmányához, akik gyenge összefüggést állapítottak meg a munkahelyi állás, gyaloglás és a derékfájdalom között. (17) Hasonló megállapítást tettek *Ericson és munkatársai (2004)* a dán populációt vizsgálva. Adataik szerint a fizikai munka nem befolyásolja jelentősen a fájdalom megjelenését. (18)

Tanulmányunkban nem figyelhető meg kapcsolat a foglalkozásból fakadó fizikai aktivitás és a térdfájdalom között. *Chen és munkatársai (2004)* taxifőroket vizsgáltak, akik ülőmunkát végeznek (6 óra/nap).

Megfigyelése szerint a térdfájdalom összefügg a hosszú ideig ülő pozíciónak kitett testhelyezettel, és elősegítheti a térd-arthrosis lehetséges kifejlődését. (19) *Baker és munkatársai (2003)* térdfájdalomról számoltak be azon személyeknél, aki munkanapon több mint két órát gyalognak. (20) Jelen tanulmányban íróasztalnál ülő irodai dolgozókat vizsgáltunk. Nem találtunk korrelációt az ülő testhelyzet és a térdfájdalom között, de a foglalkozásukból fakadóan gyalogló személyek csoportjában sem volt statisztikai kapcsolat.

Nem számolhatunk be a csípőízület fájdalma és a munkahelyi fizikai aktivitás kapcsolatáról sem. *Birrell és Haslam (2009)* 127 gyalogló postást vizsgáltak meg, akik 24–25 kg-os válltáskával dolgoztak. Mindkét nemnél a láb diszkomfortérzetét találták. Nőkre a csípőízület diszkomfortérzete volt jellemző. (21) Néhány tanulmány talált kapcsolatot a csípőízület arthrosisa és a munkahelyi, illetve sportaktivitás között (22; 23), más tanulmányok ezt cáfolják. (24) *Ratzlaff és munkatársai (2011)* a hosszú életperiódusra jellemző, kiemelkedően magas fizikai aktivitás és a csípő-arthrosis között találtak összefüggést. (25)

Vizsgálatunkban a munkahelyi fizikai aktivitás nem volt összefüggésbe hozható a csípőízület fájdalmával, de a boka és a vállízület fájdalmával igen. Eredményeinket megerősítik *Herin és munkatársai (2012)* kutatási adatai, akik összefüggést találtak a munkahelyi biomechanikai hatások és a vállfájdalom között. (26) Három prospektív tanulmány a vállfájdalom és a fizikai aktivitás között nem talált összefüggést (27; 28; 29), ugyanakkor több – melyek közül egy postásokon végzett – vizsgálat (30; 31) is beszámol a fizikai aktivitás védőhatásáról. A mozgással töltött szabadidős órák száma fordított kapcsolatot mutatott a váll diszkomfortérzetével.

A boka és a láb fájdalmáról elsősorban sporttevékenységgel összefüggésben találhatunk adatokat. Egy összefoglaló tanulmányban *Kuijt és munkatársai (2012)* elit labdarúgójátékosokat vizsgálva számoltak be a bokaízületi arthrosis gyakoribb előfordulásáról az átlag- és más foglalkozású populációhoz képest. (32)

Eredményeinket összefoglalva elmondhatjuk, hogy a vizsgált mintában a foglalkozási csoportok munkavégzéshez köthető fizikai aktivitásában jelentős a különbség. Ez a különbség megmutatkozik az egyes ízületek fájdalmában is. A vállízület és a láb fájdalma jelentősen gyakoribb a gyalogló postásoknál, szemben az ülőmunkát végzőkkel. A többi ízület esetében nem állapítható meg a foglalkozással való kapcsolat.

Eredményeink ismeretében úgy gondoljuk, hogy megfelelő testsúlykontrollal és a munkahelyen végzett egészségmegőrző és megelőző programokkal az ízületek védelme megvalósítható lehet. A fizikai aktivitás és az ízületi

fájdalom kapcsolata még nem teljesen tisztázott, mélyebb megismerésére további kutatások szükségesek.

## Összefoglalás

Jelen tanulmánynak két célja a kiválasztott csoportok (napi több órát gyalogló kézbesítő postások, ülő foglalkozású postai alkalmazottak és védőnők) fizikai aktivitási szintjének megállapítása, valamint a foglalkozással és a munkahelyi aktivitással összefüggésben előforduló ízületi fájdalom felmérése volt nyolc anatómiai területen. A vizsgálatban 309 fő (114 férfi, 195 nő; átlagéletkor  $39,98 \pm 10,3$  év) vett részt. A szerzők a fizikai aktivitási szint felmérésére az *International Physical Activity Questionnaire* kérdőívet alkalmazták. Az összefüggések feltárása ANOVA statisztikai módszerrel történt. A vizsgálat eredményei szerint a vállízület, a láb és a boka fájdalma szignifikáns kapcsolatot mutat a foglalkozással és a munkahelyi fizikai aktivitással. Nőknél szignifikánsan gyakrabban fordul elő a hátfájdalom, a magasabb BMI-érték a boka és a láb fájdalmával hozható összefüggésbe. A fizikai aktivitás és az ízületi fájdalom kapcsolata még nem teljesen tisztázott, mélyebb megismerésére további kutatások szükségesek.

*Kulcsszavak: munkahelyi fizikai aktivitás, ízületi fájdalom*

## Summary

The objective of the present study was twofold: On one hand, we aimed at determining the level of physical activity in groups with different work exertion. On the other hand, the study examined painful joints related to specific jobs and physical activities in eight anatomical regions. The first group involved people walking several hours daily such as postmen and health visitors; the second group comprised of people in sedentary positions such as postal officers. The study involved 309 healthy subjects (114 males, 195 females; average age  $39.98 \pm 10.3$  years) with different activity levels due to their different jobs. Physical activity levels were assessed using the *International Physical Activity Questionnaire* and its evaluating protocol. MET/min/week served as a basis for the study and ANOVA statistical methods were used. We found a significant relationship between shoulder joint, foot, ankle pain and physical activity during work. Back pain was significantly more common in women than in men. The higher BMI referred to ankle and foot pain. Interrelations between physical activity and joint pain are not fully understood, therefore further investigation and research are needed.

*Key words: occupational physical activity, joint pain*



## IRODALOM

1. Clays E.–De Bacquer D.–Delanghe J.–Kittel F.–Van Reterghem L.–De Backer G.: „Associations between dimensions of job stress and biomarkers of inflammation and infection.” In: *J Occup Environ Med*, 2005;47(9): 878–883.
2. Gold J.E.–Punnett L.–Katz J.N.: „Pressure pain thresholds and musculoskeletal morbidity in automobile manufacturing workers.” In: *Int Arch Occup Environ Health*, 2006;79(2): 128–134.
3. EU-OSHA. <http://osha.europa.eu/en/publications/reports/TERO-09009ENC/view>
4. Roffey D.M.–Wai E.K.–Bishop P.–Kwon B.–Dagenais S.: „Causal assessment of occupational standing or walking and low back pain: results of a systematic review.” In: *Spine*, 2010;10: 262–272.
5. Hamberg-van Reenen H.H.–Ariens G.A.–Blatter B.M.–Mechelen W.–Bongers P.M.: „A systematic review of the relation between physical capacity and future low back and neck/shoulder pain.” In: *Pain*, 2007;130: 93–107.
6. Hootman J.M.–Macera C.A.–Helmick C.G.–Bleir S.N.: „Influence of physical activity-related joint stress on the risk of self-reported hip/knee osteoarthritis: a new method to quantify physical activity.” In: *Prev Med*, 2003;36: 636–644.
7. Andersen J.H.–Haahr J.P.–Frost P.: „Risk factors for more severe regional musculoskeletal symptoms. A two year prospective study of a general working population.” In: *Arthritis & Rheumatism*, 2007;56(4): 1355–64.
8. Janwantanakul P.–Pensri P.–Jiamjarasrangi W.–Singsongsook T.: „The relationship between upper extremity musculoskeletal symptoms attributed to work and risk factors in office workers.” In: *Int Arch Occup Environ Health*, 2010;83(3): 273–81.
9. Walker-Bone K.–Cooper C.: „Hard work never hurt anyone-or did it? A review of occupational associations with soft tissue musculoskeletal disorders of the neck and upper limb.” In: *Ann Rheum Dis*, 2005;64: 1112–7.
10. *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. WHO, Geneva, 2000
11. Felson D.T.–Lawrence R.C.–Dieppe P.A.–Hirsch R.–Helmick C.G.–Jordan J.M.–Kington R.S. et al.: „Osteoarthritis: new insights Part I: the disease and its risk factors.” In: *Ann Intern Med*, 2000;133:635–46.
12. Windt D.A.–Thomas E.–Pope D.P.–Winter A.F.–Macfarlane G.J.–Bouter L.M.–Silman A.J.: „Occupational risk factors for shoulder pain: a systematic review.” In: *Occup Environ Med*, 2000;57:433–42.
13. Hellsing A.L.–Bryngelsson I.L.: „Predictors of musculoskeletal pain in men: a twenty-year follow-up from examination at enlistment.” In: *Spine*, 2000;25: 3080–6.
14. *International Physical Activity Questionnaire website*. [www.ipaq.ki.se](http://www.ipaq.ki.se)
15. Macfarlane G.J.–Beasley M.–Jones E.A.–Prescott G.J.–Docking R. et al.: „The prevalence and management of low back pain across adulthood: Results from a population-based cross-sectional study (the MUSICIAN study).” In: *Pain*, 2012;153: 27–32.
16. Cote P.–Cassidy J.P.–Carroll L.J.–Kristman V.: „The annual incidence and course of neck, and shoulder pain in the general population: a population based cohort study.” In: *Pain*, 2004;112: 267–273.
17. Roffey D.M.–Wai E.K.–Bishop P.–Kwon B.K.–Dagenais S.: „Causal assessment of occupational standing or walking and low back pain: results of a systematic review.” In: *Spine*, 2010; 10: 262–272.
18. Eriksen J.–Ekholm O.–Sjørgen P.–Rasmussen N.K.: „Development of and recovery from long-term pain. A 6-year follow-up study of a cross-section of the adult Danish population.” In: *Pain*, 2004;108: 154–162.
19. Chen J.C.–Dennerlein J.T.–Shih T.S.–Chen C.J.–Cheng Y.–Chang W.P. et al.: „Knee pain and driving duration: a secondary analysis of taxi drivers’ health study.” In: *Am J Pub Health*, 2004; 94(4): 575–581.
20. Baker P.–Reading I.–Cooper C.–Coggon D.: „Knee disorders in the general population and their relation to occupation.” In: *Occup Environ Med*, 2003; 60: 794–797.
21. Birrell S.A.–Haslam R.A.: „Subjective skeletal discomfort measured using a comfort questionnaire following a load carriage exercise.” In: *Militar Med*, 2009; 174(2): 177–182.
22. Cheng Y.–Macera C.A.–Davis D.R.–Ainsworth B.E.–Troped P.J.–Blair S.N.: „Physical activity and self-reported, physician-diagnosed osteoarthritis: is physical activity a risk factor? In: *J Clin Epidemiol*, 2000;53: 315–22.
23. Sharma L.–Kapoor D.–Issa S.: „Epidemiology of osteoarthritis: an update.” In: *Curr Opin Rheumatol*, 2006;18: 147–56.
24. Felson D.T.–Niu J.–Clancy M.–Sack B.–Aliabadi P.–Zhang Y.: „Effect of recreational physical activities on the development of knee osteoarthritis in older adults of different weights: the Framingham study.” In: *Arthritis Rheum*, 2007;57: 6–12.
25. Ratzlaff C.R.–Steininger G.–Doerfling P.–Koehoorn M.–Cibere J.–Liang M.H.–Wilson D.R.–Esdaile J.M.–Kopeck J.A.: „Influence of lifetime hip joint force on the risk of self-reported hip osteoarthritis: a community-based cohort study.” In: *Osteo Arth Cart*, 2011;19: 389–98.
26. Herin F.–Vézina M.–Thaon I.–Soulat J.M.–Paris C.: „ESTEV group. Predictors of chronic shoulder pain after 5 years in a working population.” In: *Pain*, 2012; 11: 2253–59.
27. Miranda H.–Viikari-Juntura E.–Martikainen R.–Takala E.P.–Riihimäki H.: „Physical exercise and musculoskeletal pain among forest industry workers.” In: *Scand J Med Sci Sport*, 2001;11: 239–46.
28. Luime J.J.–Kuiper J.I.–Koes B.W.–Verhaar J.A.–Miedema H.S.–Burdorf A.: „Work-related risk factors for the incidence and recurrence of shoulder and neck complaints among nursing-home and elderly-care workers.” In: *Scand J Work Environ Health*, 2004;30: 279–86.
29. Viikari-Juntura E.–Riihimäki H.–Takala E.P.–Rausas S.–Leppänen A.–Malmivaara A.: „Factors predicting pain in the neck, shoulder, and upper limbs in forestry work.” In: *Työ ja Ihminen (People Work Res Rep)*, 1993;7: 233–53.





30. Miranda H.–Viikari-Juntura E.–Heistaro S.–Heliövaara M.–Riihimäki H.: „A population study on differences in the determinants of a specific shoulder disorder versus non-specific shoulder pain without clinical findings.” In: *Am J Epidemiol*, 2005;161: 847–55.
31. Skov T.–Borg V.–Orhede E.: „Psychosocial and physical risk factors for musculoskeletal disorders of the neck, shoulder, and lower back in salespeople.” In: *Occup Environ Med*, 1996;53: 351–6.
32. Kuijt M.K.–Inklaar H.–Gouttebarghe V.–Frings-Dresen M.H.W.: „Knee and ankle osteoarthritis in former elite soccer players: systematic review of the recent literature.” In: *J Sci Med Sport*, 2012;15: 480–487.

### 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



# CONTENTS

## TRAININGS

Impacts Assessment of Public Health Product Tax – Part I.	2
<i>József Bonifác Solymosy, Tamás Joó, Eszter Balku, József Vitrai, Zoltán Vokó; Márta Bakacs, Anna Gódor-Kacsáncsi, Éva Martos</i>	

ACTION-FOR-HEALTH project implementation – Part I.	15
Health Promotion Action Plan for Reducing Health Inequalities in Sellye Subregion, Hungary	
<i>Tamás Koós Dr., Éva Fekécs, Éva Járomi, Eszter Lőrinc, Ágnes Tallér; Ildikó Barta Dr., Katalin Gáspár, Mártonné Frank, Katalin Kovács Dr., Éva Mészáros, Csilla Pandur</i>	

## SURVEYS

Alcohol Drinking Habits of Hungarian and Austrian Students	26
<i>Péter Huszka PhD.</i>	

## WORKPLACE HEALTH PROMOTION

Work-related Stress Health Survey of a Multinational Company	40
<i>Viktória Bajsz, Eszter Sió, Viktória Steinhausz Tóthné, Annamária Pakai Karamáncsi Dr., Gabriella Gombos Császárné</i>	

Connection between Physical Activity and Pain of Musculoskeletal System in Working-age Population	48
<i>Eleonóra Leidecker, Mónika Tiszberger Galambosné, Aliz Bohner-Beke, Henriette Pusztafalvi Tigyi Dr., János Kránicz</i>	

## 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