



## Tartalom

IN MEMORIAM PROF. DR. MÉTNEKI JÁNOS (1914–2014) <b>Megemlékezés Métneki János professzorról</b> <b>A hazai egészségnevelés megalapítójának emlékére</b> Prof. Dr. Simon Tamás	<b>2</b>
TOVÁBBKÉPZÉS <b>A népegészségügyi termékadó hatásvizsgálata – II. rész</b> Solymosy József Bonifác, Joó Tamás, Balku Eszter, Vitrai József, Vokó Zoltán; Bakacs Márta, Gódor-Kacsándi Anna, Martos Éva	<b>5</b>
<b>Az ACTION-FOR-HEALTH projekt megvalósítása – II. rész</b> <b>Egészségfejlesztési cselekvési terv kidolgozása az egészség- egyenlőtlenségek csökkentésére Sellye kistérségben</b> Dr. Koós Tamás, Fekécs Éva, Járomi Éva, Lórik Eszter, Taller Ágnes; Dr. Barta Ildikó, Gáspár Katalin, Frank Mártonné, Dr. Kováts Katalin, Mészáros Éva, Pandur Csilla	<b>13</b>
2014 – A CSALÁD ÉVE <b>Primer prevenciós szemlélettel dolgozó szakemberek lehetőségei a családi krízisek megelőzésében, családterápiás munka tapasztalatai alapján</b> Soósné Dr. Kiss Zsuzsanna PhD.	<b>20</b>
FELMÉRÉSEK <b>Egészségügyi főiskolai hallgatók egészség- felfogásának vizsgálata</b> Dr. Németh Anikó, Bársonyné Kis Klára, Lobánov-Budai Éva	<b>28</b>
<b>Foglalkozás-egészségügyi kockázatok önértékelése a nemzetközi migráció területén dolgozók körében</b> Dr. Marek Erika, Dr. Katz Zoltán, Dr. Berényi Károly, Dr. Baráth Árpád, Csepregi Péter, Dr. Huszár András, Dr. Szilárd István	<b>36</b>
RECENZÍÓ <b>Felelősség magunkért, egészségünkért, családukért és Földünkért</b> <b>Dr. Tompa Anna: Globalizáció és egészség</b> Prof. Dr. Simon Tamás	<b>47</b>
AZ EGÉSZSÉG ÜGYE ANNO ÉS MOST <b>100 éves életmódtanácsok körvonalaznak egy jelenkori egészségfejlesztési akciótervet?</b> Solymosy József Bonifác	<b>50</b>

Health  
Development

## EGÉSZSÉG- FEJLESZTÉS

Az Országos Egészségfejlesztési Intézet folyóirata.

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

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

Főszerkesztő: dr. Török Krisztina

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 kézbesítőknél,  
e-mailen: hirlapelofizetes@posta.hu,  
faxon: 303-3440.  
További információ: 06-80-444-444  
Megjelenik kéthavonta.  
Egy példány ára 2000 Ft.  
Előfizetési díj egy évre 12 000 Ft,  
fél évre 6000 Ft.  
Index: 25 214, ISSN 1786-2434

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



Országos  
Egészségfejlesztési  
Intézet

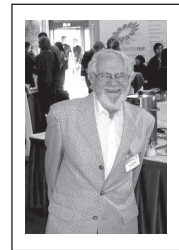




## Megemlékezés Métneki János professzorról

### A hazai egészségnevelés megalapítójának emlékére

Prof. Dr. Simon Tamás, a Magyar Rákellenes Liga elnöke



*Tisztelt Gyászolók!*

*Métneki János professzor családtagjai, rokonai, barátai, ismerősei, tanítványai és tisztelői!*

Búcsúzni jöttünk attól az embertől, és megemlékezni arról az emberről, aki a 20. század második felétől a 21. század első évtizedéig meghatározó személyisége volt a hazai egészségügyi felvilágosításnak, egészségnevelésnek, egészségvédelemnek, egészségmegőrzésnek és egészségfejlesztésnek.

Az előbb felsoroltak mind a határterületen dolgozó egészségügy egy-egy ágát jelentik, de művelésüket, sőt, néhányuk magyar elnevezésének meghonosítását is Métneki János nevéhez köthetjük.

A sors és az egészséges életmód, melynek szabályait mindig betartotta, különlegesen hosszú életkort adott neki. Példájával is bizonyította, hogy aki rendszeresen mozog (még 97 éves korában is minden reggel tornázott), egészségesen táplálkozik, nem hízik el, nem él a káros szenvedélyek egyikével sem, és aki egész életével azt példázta, hogy optimistán és jókedvűen kell viszonyulni az élet nem mindig egyszerű dolgaihoz, az sokáig fog élni.

Métneki János 1914-ben, az I. világháború első évében, szombathelyi orvoscsaládban született. A középosztályra jellemző családból – édesapja hivatásának folytatójaként – a *Pécsi Egyetem Orvosi Karára* került, ahol 1938-ban kapott diplomát. Miután ilyen hosszú ideig élt, megélte a rubindiplomát, amit 70 év után, és a platinadiplomát is, amit 75 év után adnak (ezt Magyarországon végzett orvosok közül eddig csak öten éltek meg). Élete első szakaszában gyakorló orvosi munkát folytatott, fogorvosi szakképesítést szerzett, de dolgozott sebészként is. A II. világháború alatt – szerencséjére – munkaszolgálatosként kórházi beosztásban dolgozott, mint ahogyan megjegyezte, még megkülönböztető jelzéseket sem kellett viselnie.

A háború után egészen az ötvenes évek közepéig folytatott gyakorló orvosi tevékenységet, de már aktívan részt vett az egészségügyi dolgozók szakszervezetének munkájában, s mint az egészségpolitika iránt érdeklődőt, kiemelték az akkori *Népjóléti* – később *Egészségügyi* – *Minisztériumba*. Itteni tevékenységének fontos epizódja, hogy az Észak-Koreában működő magyar kórház felelőse volt, 1956-ban ő szerelte le az intézményt. Távollétében, a forradalom alatt állásából elbocsátották, majd visszavették. 1958-ban találkozott azzal a munkaterülettel, mely később élethivatását jelentette. Rábízták az *Egészségügyi Minisztérium Egészségügyi Felvilágosító Osztályának* vezetését, melynek alapjain 1960-ban létrejött az *Egészségügyi Felvilágosítási Központ*. Ez volt a későbbi *Egészségnevelési Intézet* – a jelenlegi *Országos Egészségfejlesztési Intézet* – anyaintézménye, melynek 1975-ig igazgatója volt. Saját kérésére vonult nyugdíjba, de 2012 szeptemberéig szaktanácsadóként folyamatosan dolgozott.

*Elhangzott Métneki János professzor 2014. augusztus 29-én, a Fiumei úti Sírkertben tartott búcsúztatásán.*





Ha rövid összefoglalót szeretnék adni egészségpolitikai és tudományos munkásságáról, akkor ki kell emelnem, hogy nem szerette az *egészségügyi felvilágosítás* kifejezést. Többször mondta, hogy nekünk nem az egészségüggyel kell foglalkoznunk, hanem az egészségre kell nevelnünk a lakosságot. Így ő honosította meg hazánkban az angol *health education* kifejezés magyar fordítását, az *egészségnevelést*.

Amikor az *Egészségügyi Világszervezetben* a nyolcvanas évektől erre a tudományterületre bevezették a *health promotion* kifejezést, János sokáig vajúdott, hogy hogyan magyarosítsuk. Ő az *egészségmegőrzés*, *egészségvédelem* kifejezések mellett tört lándzsát, de manapság már az *egészségfejlesztés* kifejezést használjuk, melyet egy későbbi munkatársa javaslatára fogadtak el.

János alapvető elképzelése az volt, hogy ezt a munkaterületet nem szabad csak orvosoknak művelni, hanem pedagógusokat, pszichológusokat, szociológusokat is be kell vonni. Tisztázni kellett magát a fogalmat is, hogy pontosan mit jelent ez a nehezen megfogalmazható munkaterület. János megalkotta az *egészségmegőrzés piramisát*, melynek első lépcsője az *ismeret*, második lépcsője a *magatartás*, a harmadik pedig az *öntevékenység*. Így az él egészségesen, akinek helyes ismeretei vannak az egészségről, annak értékéről, megtartási szabályairól, és ezen ismeretek birtokában ő maga is helyes magatartás követ, sőt, nem elégszik meg ezzel, hanem öntevékenyen tesz is azért, hogy mások is megismerjék, betartsák és kövessék az egészséges életmód szabályait. Ennek a modellnek megalkotója – ismét hangsúlyozom – hazánkban Météneki János volt. Tanítványai követik ezeket a szabályokat.

A gyakorlati egészségnevelésben ő hívta fel a figyelmet a helyes szlogenek fontosságára. Reklámetikával is foglalkozó kutatóként azt tartotta, hogy a jól komponált szlogen mozgósító erejét ki kell használni az egészségnevelés céljainak megvalósításában. Itt most csak két szlogenjéről emlékeznek meg. Az 1960-as évek közepén lehetett a mozihíradókban látni az *Egészségügyi Felvilágosító Központ* rövid filmjeit, ennek egyik figurális megjelenését, az EKG-görbe „R” hullámát, mint gátfutó-átugró férfialakot és a szöveget: *Törődjön többet egészségével!* A másik jellegzetes szlogen, melyet János fogalmazott meg, de megjelenéséről utódja gondoskodott: *„Az egészség érték!”* Ez a szlogen végtelenül fontos, ez hívja fel a figyelmünket arra, hogy az embereknek gazdálkodniuk kell az egészségükkel. Ha tudjuk, hogy van egy értékünk, azt óvnunk, védünk, és nem elfecsérelnünk kell. Én elsősorban azt tanultam Météneki Jánostól, hogy az ember egészsége része a vagyonának, és azzal gazdálkodnia kell. Ha ennek nincsen tudatában, akkor élete rövidebb lesz. Azt mindannyian tudjuk, hogy aki megszületett, az meg is fog halni, de nem közömbös, hogy mikor és hogyan. Aki ismeri és betartja az egészséges életmód szabályait, aki időben fordul orvoshoz, és az egészségügytől kapott tanácsokat elfogadja és betartja, az az egészségével értéként gazdálkodik, és – mint János példája mutatja – sokáig, és mint ahogy tudjuk, boldogan fog élni.

Météneki János kiváló tanár is volt. Öt évig az *Országos Onkológiai Intézetben* volt szaktanácsadó, 1975-től 2007-ig pedig a Budapesten működő *Egészségügyi Főiskolán* előbb docensként, majd címzetes főiskolai tanárként működött. A gyógytornász, a közegészségügyi ellenőr és a védőnő szakon hosszú ideig eredményesen tanította az egészségnevelést, számos hallgatója írta nála szakdolgozatát, és alkalmazza mindennapos gyakorlati munkájában a tőle elsajátított módszereket.

Megalapította az *Egészségnevelési Tudományos Egyesületet*, 1960-ban pedig létrehozta az *Egészségügyi felvilágosítás* című folyóiratot, mely *Egészségnevelés*, később *Egészségmegőrzés*, jelenleg *Egészségfejlesztés* címmel a szakma tudományos módszertani, továbbképző és ismeretterjesztő fórumaként napjainkban is működik.

Azt, hogy mennyire fogékony volt a szakterület változásaira, bizonyítja, hogy 87 éves korában kezdett el foglalkozni a férfiak egészségével. Nekem is ő hívta fel a figyelmet e munkaterületre. 92 éves korában a *Férfiak Egészségének Európai Fórumán*, Bécsben csodálatos előadást tartott, és próbálta megmagyarázni, hogy miért olyan rosszak a hazai adatok. Aláhúzta, hogy alapvetően szükséges az életmód megváltoztatása, a rendszeres fizikai aktivitás, a nemdohányzás, az elhízás megelőzése, valamint a stressztűrés, stresszkezelés propagálása. Az ő javaslatára 2008 óta tartok e témában speciálkollégiumot orvostanhallgatók számára. Évente közel 50 érdeklődő végzi el a kurzust, melyhez az első tankönyvet Météneki János cikkeinek gyűjteményéből állítottuk össze.





## IN MEMORIAM PROF. DR. MÉTNEKI JÁNOS (1914–2014)

Azt, hogy Magyarországon létezik magas színvonalú szervezett egészségfejlesztés, egészségnevelés, Météki János nemzetközi szinten is propagálta, rendszeresen részt vett az egészségnevelés nemzetközi eseményein. Munkásságát az *Egészségnevelés Nemzetközi Uniója Európai Bizottsága kitüntető oklevéllel*, a *Francia Orvosi Akadémia ezüstéremmel* ismerte el. 1975-ben, nyugdíjba vonulásakor megkapta a *Magyar Népköztársasági Érdemérem arany fokozatát*, 1978-ban a *Pápai Páriz Emlékérmét*, 1998-ban a *Pro Sanitate Érmét*, 2001-ben a *Szendei Ádám Emlékérmét*, 2003-ban pedig a *Magyar Köztársaság Ezüst Érdemkeresztjét*.

Amikor összefoglalom életútjának ismertetését, azt kell megállapítanom, hogy gazdag életutat ismertünk meg, és gazdag életmű maradt ránk Météki János után, aki József Attilával elmondhatta, hogy:

*Én egész népemet fogom  
nem középiskolás fokon  
taní-  
tani!*

Rajtunk áll, hogyan gazdálkodunk ezzel a gazdag örökséggel.  
Megrendülten búcsúzunk tőled, János. Béke poraidra!





# A népegészségügyi termékadó hatásvizsgálata – II. 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-Kacsáncsi 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

## 3. Gyártói felmérés

### 3.1. Módszerek

A gyártói felmérésben azon gyártócégek vettek részt, melyek az elérhető céges információk alapján a 2011. szeptember–2012. augusztus közötti időszakban vélhetően fizettek *NETA*-t. Az értesítő levelet megközelítőleg 500 e-mailcímre küldtük ki.

A felmérésben összesen 69 gyártó vett részt. Ez nem azt jelenti, hogy minden kérdésre 69 válasz érkezett, mivel voltak nem kötelező jelleggel kitölthető részek is. A felmérést egy online kérdőív-rendszer segítségével végeztük. A gyártók az e-mailben elküldött linkre kattintva tudták elérni, majd kitölteni a kérdőívet, mely teljesen anonim

módon történt, a válaszokat pedig azonosításra alkalmatlan módon gyűjtöttük és kezeltük. A vállalkozásokhoz tartozó e-mailcímeket a *Közigazgatási és Igazságügyi Minisztérium Céginformációs és Elektronikus Cégeljárásban Közreműködő Szolgálat*a, illetve az interneten elérhető nyilvános kapcsolatfelvételi adatok segítségével gyűjtöttük össze.

Az online kérdőív elérhetőségét biztosító linket 2012. november 19-én küldtük ki a gyártóknak. A kérdőív december 10-ig, vagyis 3 hétig volt elérhető. Az on-line adatfelvétel lehetőséget nyújtott a címlista alapján a kitöltöttség követésére, így a kutatás ideje alatt 2 alkalommal küldtünk értesítő levelet azon vállalkozásoknak, melyek még nem töltötték ki a kérdőívet.

---

*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 első részét 2013/5–6. lapszámunkban olvashatták.



## 1. táblázat

**A NETA hatálya alá tartozó termékek gyártóinak megoszlása,  
2012**

Kérem, jelölje meg, hogy az Önök cégénél a 2011. szeptember 1. és 2012. augusztus 31. közötti időszakban előállították-e a következő, NETA-köteles termékeket (N=52)	Válaszok száma
Előrecsomagolt édesség	27
Sós rágcslaló	13
Ételízesítő	11
Cukrozott üdítőital	8
Cukrozott kakaópor	7
Szörp	6
Energiaital	3
Alkoholos frissítő és ízesített sör	0
Gyümölcsíz	0

### 3.2 A gyártói profil

52 gyártó válaszolt arra a kérdésre, hogy a megadott időszakban mely termék kategóriában állítottak elő NETA-köteles terméket. (1. táblázat) Legtöbbben az előrecsomagolt cukrozott édességeket (27), a sós snackeket (13) és az ételízesítőket (11) jelölték meg. Az alkoholos frissítő és ízesített sörök, valamint a gyümölcsízek termék kategóriákban egyetlen válasz sem érkezett, ezért ezek kimaradtak az elemzésből.

### 3.3. A NETA bevezetését követő változások

A válaszadók többsége mindössze 1 termék kategóriában fizetett termékadót a megjelölt időszakban, azonban volt 1–1 olyan gyártó, mely 3, illetve 4 termék kategóriában is érdekelt volt. (2. táblázat)

### 3.4. A termék összetétel változtatása

Az 53 válaszadó gyártó közül 21 jelezte, hogy változtatott valamely NETA hatálya alá tartozó termék összetételén, azaz a válaszadó gyártók mintegy 40%-a változtatott a receptúrán. Közülük 17 gyártó (81%) meg is jelölte a változtatás módját, mely leggyakrabban (41%) a NETA hatálya alá tartozó összetevő csökkentését, mással nem helyettesítését jelentette. (3. táblázat)

13 gyártó közül 8 (62%) nyilatkozott úgy, hogy a receptúráváltás miatt megemelték az érintett termékek árát.

### 3.5. Az árak és a forgalom alakulása

A válaszadó gyártók több, mint 90%-a érvényesítette a termékek árában a termékadót, 86%-uk a NETA-t teljes mértékben beépítette az árakba. (4. táblázat)

A NETA bevezetése miatt átlagosan 29%-al emelkedett termékeik ára, 2011 augusztusához, a NETA bevezetését megelőző hónaphoz viszonyítva.

28 gyártó válaszolt arra a kérdésre, hogy átlagosan hány százalékkal változott átlagos havi eladási forgalmuk a NETA bevezetését megelőző hónaphoz képest. Közülük mindössze egy számolt be 10%-os forgalomnövekedésről az előre csomagolt cukrozott készítmények kategóriában, 27 gyártó (96%) pedig átlagosan 27,4%-os forgalomcsökkenést jelzett.

A válaszadók több mint háromnegyede (78%) szerint a NETA bevezetése miatt csökkent az átlagos havi eladási forgalmuk a NETA bevezetését megelőző hónaphoz képest. (5. táblázat)

A kérdőívet kitöltő cégek véleménye szerint termékeik árának emelkedésében, illetve a forgalom csökkenésében – a NETA bevezetésén túl – legnagyobb jelentőséggel (3,8 pont) az alapanyagok árának emelkedése és az ÁFA emelkedése (3,5 pont) játszottak szerepet. Kisebb mértékűnek, közepes, átlagos jelentőségűnek ítélték ebben a kérdésben a minimálbér emelkedését és az élelmiszerlánc-felügyeleti díjfizetési kötelezettséget (3,1 pont). Az árakra és a forgalom csökkenésére ható tényezők közül a legkisebb jelentőséget a hazai beszállítói kör szűkülésében látták (2,5 pont). (6. táblázat)



2. táblázat

**A NETA hatálya alá tartozó termékek száma gyártónként**

Hány termék kategóriát jelölt meg egy adott gyártó? (N=52)	Gyártók száma
Egy	32
Kettő	18
Három	1
Négy	1

3. táblázat

**A termékösszetétel változtatásának módja,  
2012**

A receptúraváltás módja	Gyártók száma
A NETA hatálya alá tartozó összetevő mennyiségét csökkentették és a csökkentett mennyiséget mással nem helyettesítették	7
A NETA hatálya alá tartozó összetevő mennyiségét csökkentették és a csökkentett mennyiséget mással helyettesítették	5
A NETA hatálya alá tartozó összetevőt teljesen kivették és mással helyettesítették	3
A NETA hatálya alá tartozó összetevőt teljesen kivették és mással nem helyettesítették	2
A NETA hatálya alá tartozó összetevő mennyiségét megnövelték	0

4. táblázat

**A NETA érvényesítése az árakban,  
2012**

Érvényesítették-e a termék árában a termékadót? (N=39)	Gyártók száma
Igen, részben	5
Igen, teljes mértékben	31
Nem	3

5. táblázat

**A NETA hatálya alá eső termékek forgalmának változása,  
2012**

A NETA bevezetése miatt változott-e az átlagos havi eladási forgalom, a NETA bevezetését megelőző hónaphoz (2011. augusztushoz) képest? (N=40)	Gyártók száma
Igen, csökkent	31
Igen, növekedett	2
Nem	7



## 6. táblázat

**Az árak és a forgalom  
NETA bevezetését követő változásainak oka, 2012**

A NETA bevezetésén túl az alábbi tényezők milyen mértékben játszottak közre az áremelkedésben, illetve az eladási forgalom csökkenésében?	Átlag	N
Az alapanyagárak emelkedése	3,8	26
Az ÁFA emelkedése	3,5	25
A minimálbér emelkedése	3,1	24
Az élelmiszerlánc-felügyeleti díj bevezetése	3,1	25
A környezetvédelmi termékdíj 2011-es bevezetése /2012 és módosítása	3,0	25
A hazai beszállítók tönkremenetele	2,5	21

### 3.6. Marketing és üzletpolitika

A válaszok alapján megállapítható, hogy gyártók kétharmada (65%) nem változtatott felsorolt marketingtevékenységén a *NETA* hatályba lépését követően. (7. táblázat)

#### 3.6.1. A KISZERELÉS VÁLTOZTATÁSA

A gyártók válaszaiból kiderül, hogy a *NETA* miatt legtöbben (23%) a tervezett beruházások elmaradását, a termelés visszafogását (19%), valamint az elbocsátásokat (17%) jelölték meg, mint az üzletpolitikában végrehajtott fontosabb változtatásokat. (8. táblázat)

A marketingtevékenységben és az üzletpolitikában végrehajtott változtatások okaiként – az áremelkedés és a forgalomcsökkenés indoklásától eltérően – első helyen az alapanyagárak (2,9) és a minimálbér emelkedését jelölték meg, 1–5 skálán osztályozva. Ennél is kisebb vélt hatása volt a környezetvédelmi termékdíjnak (2,5) és az élelmiszerlánc-felügyeleti díjnak (2,4). A legkevésbé jelentős tényezőnek a hazai beszállítói kör szűkülését tartották (2,0). (9. táblázat)

A lehetséges válaszként felsorolt tényezőkön kívül a cégek olyan egyéb tényezőket is megneveztek, melyek – véleményük szerint – nagymértékben hozzájárultak az árak emelkedéséhez, a forgalom csökkenéséhez, illetve a marketingtevékenységben és az üzletpolitikában végrehajtott változtatásokhoz. Ilyen volt például a gazdasági válság, a munkanélküliség, a lakossági kereslet csökkenése, a piac szűkülése, a korrupció térnyerése, vagy az egészségtelen élelmiszerekkel kapcsolatos negatív kormányzati kommunikáció.

### 3.7. A *NETA*-val kapcsolatos gyártói vélemények

A válaszadó cégek gazdálkodási tevékenységük megjelölt változtatásain túl a *NETA* bevezetésével kapcsolatban kritikát is megfogalmaztak. (10. táblázat) Így – többek között – kifogásolták, hogy kiszámíthatatlan a jogi háttér, irreálisan gyors a törvényhozás, és rengeteg adminisztrációval jár a *NETA* bevezetése. A *NETA* más hiányosságára is felhívták a figyelmet: például az italaautomatákban forgalmazott importtermékek *NETA* fizetése nélkül kerülhettek forgalomba. A válaszadók – 1–5 skálán osztályozva – a leginkább abban értettek egyet, hogy a *NETA* diszkriminatív (4,6), az egyes termék kategóriák között aránytalanul nagyok a különbségek az adó mértékében (4,2), és hogy a *NETA*-t fokozatosan kellett volna bevezetni (3,9). A válaszok alapján a cégek semleges viszonyultak ahhoz, hogy technológiailag nem tudták megoldani a *NETA* hatálya alá tartozó összetevő helyettesítését (3,3). Azonban azzal, hogy a *NETA* nem csökkentette a cég eredményét, hogy megvalósítja népegészségügyi céljait, hogy a reformuláció miatti egészségesebb élelmiszerek előnyhöz juttatták a cégeket, illetve hogy a *NETA* miatt új termékeket tudtak bevezetni a piacra, a cégek szinte egyáltalán nem értettek egyet.

Mint az a 11. táblázatból is látható, a *NETA* megítélése egységesnek tűnik: a válaszadó cégek négyötöde teljes mértékben egyetértett azzal, hogy a *NETA* diszkriminatív, 63%, illetve 60% azzal, hogy a termék kategóriák között aránytalanul nagy a különbség az adó mértékében, és hogy fokozatosan kellett volna bevezetni. Ennél változatosabb a megítélése a technológiai változtatásoknak, mely mögött az is meghúzódhat, hogy ez jelentős befektetést igényelne a gyártóktól.





7. táblázat

**A NETA hatálya alá tartozó termékeket gyártók marketingtevékenységének változtatása, 2012**

A NETA miatt milyen változtatásokat hajtottak végre marketingtevékenységükben? (N=28)	Gyártók száma
Nem változott a marketingtevékenység	18
A kommunikációs stratégia változása	3
A NETA-ra vonatkozó állítások feltüntetése a csomagoláson	2
Az egészségre vonatkozó állítások feltüntetése a címkén	2
Az egészségesebb termékek előtérbe helyezése	2
A kiszerelés változtatása	1

8. táblázat

**A NETA hatálya alá tartozó termékeket gyártók üzletpolitikájának változtatása, 2012**

A NETA miatt milyen változtatásokat hajtottak végre üzletpolitikájukban? (N=53)	Gyártók száma
Tervezett beruházás elmaradása	12
Termelés visszafogása	10
Elbocsátások	9
Átszervezés	8
Termékkivonás	6
Felszámolás/bezárás	1

9. táblázat

**A marketingtevékenységben és az üzletpolitikában végrehajtott változtatások okai, 2012**

A NETA bevezetésén túl az alábbi tényezők milyen mértékben játszottak közre a marketingtevékenységben és az üzletpolitikában végrehajtott változtatásokban?	Átlag	N
Az alapanyagárak emelkedése	2,9	22
A minimálbér emelkedése	2,9	22
Az ÁFA emelkedése	2,5	22
A környezetvédelmi termékdíj 2011-es bevezetése /2012 és módosítása	2,5	23
Az élelmiszerlánc-felügyeleti díj bevezetése	2,4	22
A hazai beszállítók tönkremenetele	2,0	19



10. táblázat

A NETA átlagos megítélése a gyártók szerint, 2012

Mennyire ért egyet az alábbi, NETA-val kapcsolatos állításokkal? (1–5 skála)	Átlag	N
Diszkriminatív, mivel nem minden egészségtelen élelmiszer tartozik a NETA hatálya alá	4,6	26
Az egyes termékkategóriák között aránytalanul nagy az adó-mértékek közötti különbség	4,2	24
Fokozatosan kellett volna bevezetni	3,9	25
Technológiailag nem tudta a cég megoldani, hogy a NETA hatálya alá tartozó összetevőt mással helyettesítse	3,3	26
A NETA bevezetése nem csökkentette a cég eredményét	1,5	25
A NETA valóban megvalósítja a népegészségügyi célokat	1,4	25
A reformuláció miatti egészségesebb élelmiszer(ek)nek köszönhetően a cég előnyt tudott kiharcolni a versenytársakkal szemben	1,3	25
A NETA-nak köszönhetően új terméke(ke)t tudtak bevezetni a piacra	1,2	26

### 3.8. Javaslatok a NETA változtatására

Többen tettek javaslatot a NETA mérséklésére. Voltak, akik a termékkör változatlanul hagyása mellett az adó mértékét csökkentenék, de volt olyan javaslat is, hogy a termékkört kellene szűkíteni, és csak „bizonyos termékek”-re, pl. gyorséttermi ételekre, energialelőzökre, chipsekre, cukrozott üdítőkre kellene kivetni a NETA-t.

A gyártó cégek megfogalmazták azon elvárásukat is, hogy ne legyenek kivételek: „a terheket ki kellene terjeszteni minden egészségtelen termékre...”, vagy pl. minden „cukros termék”-re (pl. „Danette puding, rizs+cso-kiszósz...”; „... minden magas cukortartalmú termék, a nem csomagolt élelmiszerek is.”).

Megfogalmaztak olyan véleményeket, melyek az adószámítás módját változtatnák meg. Ilyen javaslat volt, hogy a NETA után ne kelljen áfát fizetni, vagy hogy egyenletesebben oszlana meg az adó, ha minden egészségtelen termék után kellene NETA-t fizetni. Javasolták, hogy az adót az eladási ár százalékában állapítsák meg, illetve hogy az egyes termékkörök adóját arányosítsák. Hasonló felvetés volt „hogyan egyes termékek ne hígított, más termékek hígítatlan állapotban legyenek adóztatva. (üdítők kontra levesporok...”, vagy, hogy a „prémium kontra tömegtermékek között legyen differenciálás...”.

Az adózással kapcsolatban felvetették, hogy jelentős adminisztrációs terhet jelent a NETA, így szükséges lenne az adózással kapcsolatos bevallások egyszerűsítése, az adóbefizetések határidejének újragondolása, mivel az az ÁFA befizetésével esik egybe.

Egyes véleményekben megjelenik a NETA-val kapcsolatos kommunikáció problémaköre is. Eszerint a lakossági kommunikációban a kormányzat és a vállalatok együttes népegészségügyi kampányait tartják sikeresnek.

## 4. A NETA döntő hányadát fizető vállalatok gazdasági elemzése

A népegészségügyi termékadóval kapcsolatban rengeteg sajtóhír jelent meg az elmúlt években. Az alábbiakban azt mutatjuk be, hogy a sajtóban megjelenő – a vállalkozások eredményét, vagy a foglalkoztatást érintő – hírek az esetek döntő részében egyáltalán nem fedik a valóságot.

### 4.1. Módszertan

A rendelkezésünkre álló információk alapján próbáltuk meghatározni azon vállalkozások körét, melyek a NETA döntő részét fizetik. Mivel tudjuk, hogy mely termékek esnek a NETA hatálya alá, ezért könnyen azonosítható volt a termékeket gyártó/forgalmazó cég is. A terméklista segítségével olyan cégeket választottunk ki, melyek valószínűleg a NETA döntő részét fizethetik be. A kiválasztott cégek befizetett termékadójáról a nyilvános beszámolókból, a személyes interjúkból, valamint az általunk elvégzett becslésekből kaptunk információt. Ezek alapján készült el az a végső lista, mely alapján megállapítható, hogy kb. 35 cég fizeti a NETA 80–90%-át. Ezen cégekre végeztük el a cégbeszámolókból kinyerhető ada-

## 11. táblázat

## A NETA megítélése a gyártók szerint, 2012

Mennyire ért egyet az alábbi, NETA-val kapcsolatos állításokkal? (1–5 skála)	1 egyáltalán nem értek egyet	2	3	4	5 teljes mértékben egyetértek
Diszkriminatív, mivel nem minden egészségtelen élelmiszer tartozik a NETA hatálya alá	4%	4%	4%	8%	80%
Az egyes termékkategóriák között aránytalanul nagy az adómértékek közötti különbség	0%	8%	25%	4%	63%
Fokozatosan kellett volna bevezetni	16%	4%	16%	4%	60%
Technológiailag nem tudta a cég megoldani, hogy a NETA hatálya alá tartozó összetevőt mással helyettesítse	23%	8%	23%	4%	42%
A NETA bevezetése nem csökkentette a cég eredményét	72%	12%	12%	0%	4%
A NETA valóban megvalósítja a nép-egészségügyi célokat	72%	20%	4%	4%	0%
A reformuláció miatti egészségesebb élelmiszer(ek)nek köszönhetően a cég előnyt tudott kiharcolni a versenytársakkal szemben	80%	12%	8%	0%	0%
A NETA-nak köszönhetően új terméke(ke)t tudtak bevezetni a piacra	88%	0%	12%	0%	0%

tok elemzését a 2010-es és a 2011-es évre. Az említett 35 cégre az alábbi információkat gyűjtöttük ki a *Közigazgatási és Igazságügyi Minisztérium Céginformációs és Elektronikus Cégeljárásban Közreműködő Szolgálat*a segítségével:

- Az eredménykimutatás adatai:
  - az értékesítés nettó árbevétele;
  - a személyi jellegű ráfordítások;
  - az adózott eredmény.
- A kiegészítő melléklet adatai:
  - az átlagos statisztikai létszám.

#### 4.2. Gazdasági eredmények

A vállalkozások aggregált árbevétele és adózott eredménye majd 5 százalékkal növekedett 2011-re. (12. táblázat) Az átlagos statisztikai létszám – mérsékeltten ugyan – de szintén növekedett.

A tendencia teljesen hasonló volt abban az esetben is, amikor a 35 vállalkozásból leválogattuk a kereskedelmi láncokat, vagyis csak a gyártók maradtak a listán. Érdeklenség, hogy ebben az esetben a cégek aggregált adózott eredménye, több mint 25 százalékkal emelkedett 2011-re. (13. táblázat)

#### 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)

12. táblázat

**A vizsgált vállalkozások (gyártók+kereskedők) aggregált éves adatainak  
és a növekedés mértékének bemutatása**

Megnevezés	Év		Növekedés	
	2010	2011	Abszolút értékben	Százalékosan
Értékesítés nettó árbevétele	1 776 610 407 000 Ft	1 878 413 813 000 Ft	101 803 406 000 Ft	5,7%
Személyi jellegű ráfordítások	163 733 026 995 Ft	170 708 570 989 Ft	6 975 543 994 Ft	4,3%
Adózott eredmény	-31 056 337 000 Ft	-29 674 117 000 Ft	1 382 220 000 Ft	4,7%
Átlagos statisztikai létszám	51 423 fő	51 601 fő	178 fő	0,3%

13. táblázat

**A vizsgált vállalkozások (csak gyártók) aggregált éves adatainak  
és a növekedés mértékének bemutatása**

Megnevezés	Év		Növekedés	
	2010	2011	Abszolút értékben	Százalékosan
Értékesítés nettó árbevétele	458 493 765 000 Ft	490 038 864 000 Ft	31 545 099 000 Ft	6,9%
Személyi jellegű ráfordítások	46 678 372 308 Ft	47 566 897 436 Ft	888 525 128 Ft	1,9%
Adózott eredmény	7 119 955 000 Ft	8 956 262 000 Ft	1 836 307 000 Ft	25,8%
Átlagos statisztikai létszám	7 785 fő	7 941 fő	156 fő	2,0%



# Az ACTION-FOR-HEALTH projekt megvalósítása – II. 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

### Cselekvési terv az egészség-egyenlőtlenségek csökkentésére a Sellyei kistérség lakosságának körében

A cselekvési terv a Sellyei kistérségre vonatkozóan készített helyzetelemzés, valamint a helyi szakértők által megfogalmazott javaslatok alapján készült. A terv az egészség-egyenlőtlenségek csökkentését – különösen a hátrányos helyzetű lakosság és a gyermekek körében – három fő célkitűzés segítségével kívánja megvalósítani, előreláthatóan 5–8 éves időtávon belül. Az első célkitűzés az előkészítés során azonosított legfőbb egészség-problé-

mák megelőzésére és kezelésére irányuló egészségfejlesztési programokat tartalmaz. A második célkitűzés a kistérségben dolgozó egészségügyi és szociális szakemberek humán erőforrás-fejlesztésére irányul. A harmadik célkitűzés az első két célkitűzésben megfogalmazottak megvalósításához elengedhetetlen kistérségi infrastruktúra-fejlesztést szorgalmazza. Az egyes célkitűzések alatt – rövid bevezető után – alcélok szerepelnek, melyek a főbb tevékenységi területeket jelölik ki. Végül az alcélok konkrét tevékenységlistát tartalmaznak, a kapcsolódó indikátorokkal. (A cselekvési terv – teljes terjedelmében, valamint rövidített változatban is – letölthető: <http://www.oefi.hu/AFH/afh.html>)



*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 első részét 2013/5–6. lapszámunkban olvashatták.*





## TOVÁBBKÉPZÉS

### *1. Célkitűzés: Egészségfejlesztési programok szervezése, információ-nyújtás a lakosság körében az egészség-problémák csökkentése érdekében, az egészségműveltség fejlesztése*

A kistérségben azonosított főbb egészségproblémák kezelésében a megelőzés, az információszolgáltatás, valamint konkrét egészségfejlesztési programok szervezése egyaránt elsődleges.

A kistérség lakosságának körében a megbetegedések jelentős része összefügg a dohányzással, a táplálkozással, valamint a közvetlen környezeti hatásokkal. A légúti megbetegedések jelentős részének kiváltó okai lehetnek a fűtési szezonban a visszafüstölő kályhák, a dohányzás, valamint a lakásokban megjelenő penészgombák. A mennyiségében és minőségében nem megfelelő táplálkozás tovább rontja a megbetegedések kialakulásának kockázatát. A célzott prevenció, a lakosság ismereteinek bővítése a megbetegedések megelőzéséről, valamint az általános higiénés ismeretekről kulcsfontosságú.

A mentális megbetegedések, melyek szoros összefüggésben vannak az életkörülményekkel, valamint a kistérség lakosságának jó részét jellemző létbizonytalansággal, szintén komoly terhet jelentenek. Javasolt a közösségi szerveződések fókuszba helyezése, melyek során az egyes személyek saját környezetükben szereznek megbecsültséget, elismertséget. Önbecsülés-növelő eszközök segítségével is jelentős hangulatjavulás várható. Megfelelő szervezéssel a tanulási-tanítási folyamatok (az ismeretbefogadásra és az ismeretátadásra való készség, nyitottság) is elindíthatóak. Fokozott figyelmet érdemes fordítani a nőkre. A nők születéskor várható élettartama általában magasabb, mint a férfiaké, ezeket a többlet éveket azonban gyakran rossz egészségi állapotban töltik, ezért körükben nagyobb a mentális problémák kialakulásának kockázata.

A létbizonytalanság okozta mentális megbetegedések kapcsán fontos célként megjelölnünk a foglalkoztatást elősegítő tevékenységeket. A mentális és testi egészség javításának pedig elválaszthatatlan eleme a fizikai aktivitás elősegítése és növelése a lakosság körében.

#### 1.1. A LÉGÚTI MEGBETEGEDÉSEK MEGELŐZÉSE

##### *TEVÉKENYSÉGEK:*

##### *Dohányzás-megelőzés:*

- Dohányzás-megelőző programok szervezése, a futó programokról való tájékoztatás
- A dohányzásról való leszokást segítő programok szervezése, a futó programokról való tájékoztatás (különös tekintettel a várandós kismamákra)
- A passzív dohányzás veszélyeire történő figyelemfel-

hívás (a szülők lakásában történő dohányzása rendkívül ártalmas a nemdohányzó családtagok számára is)

- A nemdohányzó aktív bevonása a fenti feladatok megvalósításába (követendő érték a dohányzásmentesség)
- Szemléltetőeszközök beszerzésére való forrásteremtés, új eszközök beépítése a prevenció foglalkozásokba/előadásokba
- „Dohányzásmentes” napok tartása: sportesemények, csapatok szervezése (például aznap a szülők és a gyerekek nem gyűjthetnek rá)

##### *A visszafüstölő kályhák által okozott problémák megelőzése:*

- Lakossági tájékoztatás a kályhák műszaki felülvizsgálatának szükségességéről, a füstelvezető rendszer karbantartásáról, tisztításáról, a kéményseprés jelentőségéről
- Lakossági tájékoztatás a szén-monoxid-mérő eszközök alkalmazásának jelentőségéről

##### *A penészgombák által okozott problémák megelőzése:*

- A lakások (életterek) évente történő meszelésének, (klórmésszel történő) fertőtlenítésének ösztönzése
- A gyakori, rövid ideig történő szellőztetés fontosságával kapcsolatos figyelemfelhívás
- A mosott ruhák belső élettéren kívül való szárításának ösztönzése (szabadban, télen és nyáron is)

##### *INDIKÁTOROK:*

- Az egészségfejlesztő programok száma (pl. prevenció, leszoktatást segítő programok, sportesemények)
- Az egyes programokon résztvevők száma
- A programok működését támogató ágazatok/érdekhordozók száma
- A támogatási rendszerek és programok forrásainak száma (pl. EU, karitatív szervezet, önkormányzati [állami] forrás, stb.)

#### 1.2. A TÁPLÁLKOZÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ MEGBETEGEDÉSEK MEGELŐZÉSE

##### *TEVÉKENYSÉGEK:*

- A rászorulóknak számára étkeztetés, „ingyenkonyha” szükségességére való figyelemfelhívás, forrásteremtés
- A gyermekétkeztetés támogatásának fontosságára való figyelemfelhívás, forrásteremtés
- A közétkeztetés (óvodai, iskolai menza) ételeinek egészségesebbé tétele (pl. figyelemfelhívás a transzsírsavat tartalmazó élelmiszerek mellőzésére)
- Az energiatartalok káros hatásaira történő figyelemfelhívás
- Támogatási rendszer a kiskertek megművelésére: vetőmagok biztosítása a rászorultaknak





- Konyhakerti növénytermesztés szakismereteinek biztosítása tanfolyam keretében (téli tanfolyamok szervezése)

- A gyümölcsfatelepítés támogatása, gyümölcsfák biztosítása támogatás keretében (meggy, szilva, alma, stb.)

- A háztáji kisállattenyésztéshez támogatási rendszer keretében kisállatok biztosítása (naposcsibe, pulyka, kacsa, liba, stb.)

- Háztáji kisállat-gondozói ismeretek biztosítása tanfolyam keretében (a támogatási rendszer elindítása előtt)

- Támogatórendszer biztosítása: mentori szolgáltatás (pénzügyi, konyhakerti, kisállat-gondozói, stb.)

- Együttműködési megállapodás a helyi közép fokú mezőgazdasági szakképző intézménnyel tankert kialakításáról (zöldség- és gyümölcs termesztés a diákok gondozásában)

- Az iskolai étkeztetést biztosító menzák étrendjének megreformálása a fent említett tankert és/vagy egyéb helyi termelőkől származó alapanyagok, termények felhasználásával

- Egészségismeretek, az egészséges táplálkozással kapcsolatos ismeretek beépítése a mobil játszóbusz tevékenységébe

- Az egészségmagatartás fejlesztését szolgáló programok szervezése: közös főzőprogramok, egészség-klubok, filmvetítés, stb.

#### INDIKÁTOROK:

- A támogatási rendszerek és programok száma
- A támogatási rendszerek és programok forrásainak száma (pl. EU, karitatív szervezet, önkormányzati [állami] forrás, stb.)

- A programok működését támogató ágazatok/érdekhordozók száma

- Az adományozott/elültetett facsemeték száma

- A megeredt/megmaradt elültetett facsemeték száma

- Az egyes programokon résztvevők száma

### 1.3. AZ EGÉSZSÉGES LAKÓKÖRNYEZET ELŐSEGÍTÉSE

#### TEVÉKENYSÉGEK:

- A háztartási hulladékkezelés elméleti és gyakorlati ismereteinek bővítése fórum keretében

- A környezetbarát életmód ösztönzése: szelektív hulladékgyűjtés kiterjesztése, népszerűsítése (hasonló kezdeményezések mintájára, pl. kéthetente, speciális zsákban, a szelektív hulladékok ingyenes elszállítása)

- Évi egyszeri/szükség szerint évi kétszeri lomtalánítási akció szervezése

- A tűzgyűjtással kapcsolatos szabályok ismertetése

- A kertrendezés ösztönzése: utcaseprés, fűnyírás, kaszálás

- Télen a saját házak előtti járdáról a hó eltakarítása (biztonságos közlekedés)

- „Tiszta környezet” elismerő táblák/címek odaítélése

#### INDIKÁTOROK:

- Az illegális szemétkerakás száma

- Az elszállított háztartási hulladék mennyisége

- Az évi egyszeri/szükség szerint évi kétszeri lomtalánítási akció során elszállított szemét mennyisége

- A lakástüzek száma

- Az égési sérülések száma

- Az elnyert „Tiszta környezet” elismerő táblák/címek száma

### 1.4. A MENTÁLIS EGÉSZSÉG JAVÍTÁSA

#### TEVÉKENYSÉGEK:

- Figyelemfelhívás a pszichiátriai, pszichológusi ellátórendszer bővítésének szükségességére

- Az idősödő korosztály, különös tekintettel a nők mentális egészségi állapotának figyelemmel kísérése segítő szakemberek (szociális munkás, mentálhigiénés szakember) együttműködésével

- Az iskolai erőszak és agresszió csökkentésére irányulóan: diákok részvétele a kaposvári színház téma-specifikus előadásán, azután pszichológus segítségével megbeszéli a látottakat

- Közös kulturális programok szervezése, melyek keretében egészségfejlesztéssel kapcsolatos információkat is átadnak (pl. közös éneklés, zenélés, főzés, (nyáron a szabadban, este tábortűz mellett, télen a közösségi házban)

- Főzéssel, táplálkozási tanácsokkal összekötött információátadás, pl. nyári szabadtűzi főzések (egyszerű ételek szezonális gyümölcsök és zöldségek felhasználásával, új elkészítési módokkal, stb.)

- Gyakorlati jellegű, közösségépítő foglalkozások szervezése a közösségi házban (pl. kézművesség, festés, kosárfonás, stb.)

#### INDIKÁTOROK:

- A gyakorlati jellegű foglalkozások száma

- A közösségi házban szervezett foglalkozások száma

- Az egyes programokon résztvevők száma

- A programok működését támogató ágazatok/érdekhordozók száma

- A támogatási rendszerek és programok forrásainak száma (pl. EU, karitatív szervezet, önkormányzati [állami] forrás, stb.)

- A helyi önszerveződések száma (pl. néhány fős zenés, táncos együttesek szervezése, labdajátékok, pl. foci szervezése, stb.)





## TOVÁBBKÉPZÉS

- A közösségfejlesztési tevékenységeket szervezők száma, jellege (pl. karitatív szervezet, önkormányzat, stb.)
- A helyi közösség mentális egészségfejlesztésével foglalkozó szakemberek száma

### 1.5. A FOGLALKOZTATÁST ELŐSEGÍTŐ

#### TEVÉKENYSÉGEK

##### TEVÉKENYSÉGEK:

- Egymásra épülő tanfolyamok szervezése (alapfok, középfok, stb.)
- A munkavállaláshoz szükséges készségekkel kapcsolatos tanfolyami képzés (pl. a munkavégzés kultúrájának alapfogalmai, megjelenés a munkavégzésre, figyelemösszpontosítás gyakorlása, stb.)
- Elsősorban gyakorlati jellegű tanfolyamok szervezése (pl. háziasszony-képzés, kisállattenyésztő-képzés, seprűfonás, stb.)
- A környező városokban dolgozók munkahelyre való eljutásának segítése (pl. közösségi szervezésben, közös autóval/falubusszal)
- A közmunka-programok tartalmának alakítása az egészségfejlesztés eszközeinek és módszereinek felhasználásával

##### INDIKÁTOROK:

- A tanfolyamok száma
- A tanfolyamokon résztvevők száma
- A tanfolyamok működését támogató ágazatok/érdekhordozók száma
- A támogatási rendszerek és programok forrásainak száma (pl. EU, karitatív szervezet, önkormányzati [állami] forrás, stb.)

### 1.6. A FIZIKAI AKTIVITÁS ELŐSEGÍTÉSE

#### TEVÉKENYSÉGEK:

- A fizikai aktivitás ösztönzése a családok bevonásával, a közmunka-program támogatásával biztosított munkaeszközökkel (pl. kertrendezés, tűzifaaprítás, csapadékvíz-elvezető rendszer kiépítése, karbantartása a saját házak körül, stb.)
- Ingyenes sportolási lehetőségek támogatása/kezdemenyyezése felnőtteknek (pl. Sellyén rendelkezésre álló ingyenes jóga-, gerinctorna-órák)
- Működő sportkörök (pl. vajszlói futball sportkör) bővítése egyéb sportágakkal, mozgásformákkal
- Az iskolai sportfoglalkozások bővítése céljából sportlétesítmények létrehozásának ösztönzése (pl. a Vajszlón tervezett tanuszoda létrehozása)
- A kisebb iskolák sportfoglalkozásai számára terembiztosítási lehetőségek felkutatása

- Új sportkörök kezdeményezése (helyi futballcsapat, kézilabdacsapat, stb.)
- Szivacskezilabda-csapatok alakítása a kistérség általános iskolái körében
- Óvodai mozgásprogramok szervezése/fejlesztése a gyermekek körében nagy számban előforduló ortopédiai problémák megelőzésére (talpizom-, hátizom-erősítő gyakorlatok)

##### INDIKÁTOROK:

- A sportkörök száma
- A szervezett mozgásprogramok száma
- A sportkörökön és szervezett mozgásprogramokon résztvevők száma
- A sportlétesítmény létrehozására született javaslatok száma
- A terembiztosítási lehetőségekre született javaslatok száma
- Az óvodai mozgásprogramot szervező óvodák száma
- Az óvodai mozgásprogramban résztvevő szakemberek száma
- Az óvodai mozgásprogramban résztvevő gyermekek száma

### 1.7. AZ EGÉSZSÉGMŰVELTSÉG FEJLESZTÉSE

#### A CSALÁDOK KÖRÉBEN

##### TEVÉKENYSÉGEK:

- Óvodás és iskolás gyermekek szülei számára „Szülő klubok” keretében egészségismeretek átadása játékos, interaktív eszközökkel, különböző témákban

##### INDIKÁTOROK:

- A program meghirdetésére használt módszerek száma
- Az egyes programokon résztvevő szülők száma
- Az egyes programokon résztvevő gyermekek száma
- Az egyes foglalkozásokon feltett kérdések száma
- A kérdőívet/totót helyesen megválaszolók száma

## 2. Célkitűzés: Kapacitásfejlesztés, humánerőforrás-fejlesztés

A szakemberhiány, a meglévő szakemberek kiegészése („burn out”) és túlterheltsége az ellátórendszer számos területét érinti a kistérségben. Kevés az alapellátásban dolgozó szakember (házi orvos, házi-gyermekorvos, védőnő, szociális munkás, jogász, pszichológus), a probléma ellehetetleníti a lakosság alapellátási szükségleteinek megfelelő ellátását. A területen dolgozó







kevés szakember túlterhelt és feszült. Így mindenképpen fontos napirendre tűzni az ellátórendszer erőforrásai számbavételének, jobb felhasználásának ösztönzése mellett a helyi egészségügyi és szociális szakemberek mentális egészségének fejlesztését is. Mindezen célkitűzések nem lehetnek teljesek a döntéshozók megszólítása nélkül. A cselekvési terv elsősorban az egészség-egyenlőtlenségek problémájának és okainak tudatosítását, valamint a strukturális alapok forrásainak az egészség érdekében való felhasználását ösztönzi a döntéshozók körében.

### 2.1. A KISTÉRSÉGBEN MŰKÖDŐ ELLÁTÓRENDSZER ERŐFORRÁSAINAK ÉS FELADATAINAK ÉSSZERŰSÍTÉSE AZ IGÉNYBEVÉTEL JOBB KIHASZNÁLÁSA ÉRDEKÉBEN

#### TEVÉKENYSÉGEK:

- Információnyújtás a lakosság számára az igénybe vehető egészségügyi és szociális szolgáltatások köréről
- A rendelkezésre álló (humán-, pénzügyi, infrastrukturális) erőforrások számbavétele, összehangolása
- A rendelkezésre álló erőforrásokkal való gazdálkodás újragondolása
- A háziorvosi ügyeleti rendszer átszervezése
- A jogszabályok adta lehetőségek átgondolása és használata (pl. közmunka-program, foglalkoztatási kedvezmények igénybevétele, stb.)
- Az egészségfejlesztés eszközrendszerének használata az egészségügyi/szociális szolgáltatásokban, az ellátást nyújtók napi munkájában (pl. vércukorszint-mérési lehetőség a házi segítségnyújtásban/házi betegellátásban, információnyújtás a dohányzásról való leszokást segítő programokról, stb.)

#### INDIKÁTOROK:

- Az ellátórendszer erőforrásainak átstrukturálására tett javaslatok száma
- Az egészségfejlesztés eszközrendszerének használatára vonatkozó javaslatok száma az egészségügyi/szociális szolgáltatásokban

### 2.2. A HUMÁNERŐFORRÁS-IGÉNNYEL KAPCSOLATOS FIGYELEMFELKELTÉS

#### TEVÉKENYSÉGEK:

- Szakmai továbbképzések szervezése (szociális munkás, védőnő, háziorvos, ápoló)
- A karitatív szervezetek bevonása az egészség-egyenlőtlenségek csökkentésébe (egyházi és civil szervezetek)
- Komplex egészségfejlesztésért felelős személy/egészségőr alkalmazására való igény megfogalmazása (pl. szűrések utáni tanácsadás, stb.)

- A helyi és országos (pl. országgyűlési képviselők) döntéshozók figyelmének felhívása a helyi szakellátórendszer humánerőforrásainak hiányosságaira: a magasan képzett, határozatlan idejű szerződéssel foglalkoztatott munkavállalók biztosítására való igény jelzése

#### INDIKÁTOROK:

- A humánerőforrás bővítésére tett javaslatok száma
- A szakmai továbbképzések száma
- A szakmai továbbképzéseken résztvevők száma

### 2.3. A HELYI SZAKEMBEREK, SZAKPOLITIKAI DÖNTÉSHOZÓK KAPACITÁSFEJLESZTÉSE

#### TEVÉKENYSÉGEK:

- Helyi/kistérségi egészségkör létrehozása települési/kistérségi egészségterv létrehozásának és megvalósításának céljával
- Az egészség-egyenlőtlenségek jelenségére és okaira való figyelemfelhívás
- Az egészség-egyenlőtlenségekkel kapcsolatos adatgyűjtés harmonizálása a kistérségben (pl. egészségügyi, szociális területen)
- A helyi média-megjelenések ösztönzése az egészség-egyenlőtlenségek témájában
- Szakmai továbbképzés az egészség-egyenlőtlenségek csökkentésére vonatkozó módszerekről (pl. az egészségmegőrzés/-fejlesztés szempontjainak figyelembevétele a kistérségi/települési programok kidolgozása során)
- A strukturális alapok lezárult programidőszakát (2007–2013) követően az európai fejlesztési források felhasználásának tapasztalataival kapcsolatos áttekintés, ezen ismeretek birtokában a következő programidőszakra (2014–2020) való projektek tervezése, például:
  - Szakmai tartalmak erősítése a forrásfelhasználás hatékonyságának és eredményességének folytonos javítása érdekében
  - Helyi szinten „komplex programok” tervezése (mivel ebben a formában több lehetőség nyílik a pozitív irányban való befolyásolásra)
  - Személyes jelenlétén alapuló partnerségi egyeztetések (melyek eredményesebbek, és személyes vitákra, konzultációkra is lehetőséget adnak)
- A strukturális alapok felhasználásával kapcsolatos kapacitásfejlesztés, a 2014–2020-as tervezési időszak operatív programjai keretében kiírt pályázati források figyelemmel kísérése, különös tekintettel az *Emberi Erőforrás Fejlesztési Operatív Programra*, melynek prioritásai többek között a szegénység elleni küzdelem, a társadalmi kohézió erősítése, az egészségmegőrzés és egészségfejlesztés, valamint a köznevelés minőségének fejlesztése.



*INDIKÁTOROK:*

- A térségben élők hátrányos helyzetét bemutató/megjelenítő hírek száma (médiagyűjtemény, adattár a médiában való megjelenésekről a kistérségben)
- A döntéshozók kapacitásfejlesztésére vonatkozóan született javaslatok száma

#### 2.4. A HELYI EGÉSZSÉGÜGYI ÉS SZOCIÁLIS SZAKEMBEREK MENTÁLIS EGÉSZSÉGÉNEK FEJLESZTÉSE

*TEVÉKENYSÉGEK:*

- Tréningek szervezése különböző témákban: konfliktuskezelés, a kiégés megelőzése, csapatépítés
- A helyi szakemberek számára a már fennálló kiégés („burn out”) kezelésére létrehozott szupervízió
- A kommunikáció és az együttműködés javítása az egészségügyi, szociális, oktatási területen dolgozók között

*INDIKÁTOROK:*

- A programok/tréningek száma
- A programokon/tréningeken résztvevők száma
- A programok/tréningeken részt vett helyi szakemberek által, a napi munkavégzésben kezdeményezett új javaslatok/módosítások száma

### 3. Célkitűzés: Infrastruktúra-fejlesztés

A kistérség minden települése rendelkezik helyközi autóbussz megállóval, azonban 9 településről nem érhető el közvetlen járat a kistérség központja, további 15 településen ezt csupán napi 1–4 járatpár biztosítja. Ezek jellemzően délelőtt és kora délután járnak, az esti órákban azonban nem. Így a munkába járás és az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés lehetősége e településeken meglehetősen korlátozott.

A prevencióban segítséget jelenthet a szűrési tevékenységek kiterjesztése. A prevenciós munkára a napi háziiorvosi rendelői munkában – az akut feladatok ellátása mellett – kevés idő és energia marad. Azonban a lakosság a mobil szűrések során – pl. a vajszlói egyhetes, komplex, mellkasröntgent, speciális szakorvosi (pl. bőrgyógyászati, érsebészeti, légzésfunkciós, nőgyógyászati, szemészeti) vizsgálatokat tartalmazó szűrések tapasztalatai alapján – jól mozgósítható. A háziiorvosi rendelőben szervezett szív- és érrendszeri, illetve urológiai – elsősorban behívásos alapon – szervezett szűrésekre is van fogadókészség.

### 3.1. AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOKHOZ VALÓ HOZZÁFÉRÉS JAVÍTÁSA

*TEVÉKENYSÉGEK:*

- Javaslat a helyi közösségi közlekedés járatainak az egészségügyi szakellátóhely rendelési idejével való összehangolására
- A falu- és tanyagondnoki szolgáltatás (falubusz) használatának/igénybevételének ösztönzése az egészségügyi szolgáltatások helyszínére való utazáshoz
- Évente egy alkalommal (jól felszerelt) szűrőbuszos szűrési lehetőség biztosítása minden aprófalvas településen
- A védőnői méhnyakrák-szűrés kiterjesztése a kis-településeken, a lakosság ösztönzése a szűrés igénybevételére
- Az alapvető szűrési eszközállomány fejlesztésére való javaslat az ellátóhelyen (látásvizsgáló „Kettes tábla”, mobil EKG, mobil labor, vérnyomás-, vércukor- és vérkoleszterin-szint mérő, stb.)
- Évente újraélesztési tanfolyamok szervezése szakemberek és laikusok számára
- Alapvető egészségügyi alapismeretek oktatása (pl. lázcsillapítás, elsősegélynyújtás, mentőhívás)
- Képzés a defibrillátor használatára, figyelemfelhívás a defibrillátorok elérhetőségére

*INDIKÁTOROK:*

- A szolgáltatások hozzáféréseinek javítására tett javaslatok száma
- A tanfolyamok száma
- A tanfolyamokon résztvevők száma

### Összefoglalás

Jelen cselekvési terv a sellyei kistérségben dolgozó szakemberekkel történő egyeztetési folyamat eredménye, az általuk javasolt célokat és tevékenységeket összegzi.

Az egyeztetési folyamat a helyi egészség-egyenlőtlenségekre fókuszáló helyzet- és szükségletelemzéssel indult, melyet egy széles körben megrendezett kerekasztal-beszélgetés követett a helyi döntéshozók, a különböző ágazatok (szociális, egészségügyi és oktatási) szakemberei, valamint a *Magyar Máltai Szeretetszolgálat* részvételével. A kerekasztal-beszélgetés témája a Sellye kistérséget érintő egészség-problémák és az ezeket meghatározó tényezők feltárása, a helyi szakemberek projekttel való megismertetése, elképzeléseik, javaslataik beépítése a projekt célrendszerébe, valamint egy helyi munkacsoport létrehozásának lehetősége volt. A helyi munkacsoport, a *Magyar Máltai Szeretetszolgálat* és az *Országos Egészségfejlesztési Intézet* együttműködése



keretében elkészült cselekvési tervről társadalmi kommunikáció és egyeztetés kezdődik a helyi szakértők és döntéshozók körében.

Az *ACTION-FOR-HEALTH* projekt keretében megvalósuló intézkedés a helyi szakértői munkacsoport egyhangú döntése alapján egy ún. *Szülő klub* létrehozása, melynek célja a hátrányos helyzetű gyermekek szüleinek történő interaktív egészségfejlesztési témájú ismeretátadás, 5 alkalmas foglalkozások keretében. A szülők számára történő ismeretátadás oly módon történik, hogy az egyes foglalkozások alkalmával kapott információk, jó gyakorlatok elsajátítását követően a résztvevő szülők képesek legyenek saját életüket és egészségüket pozitív irányba befolyásolni, valamint a klubfoglalkozásokon megszerzett ismereteket gyermekeiknek átadni. A cselekvési terv további megvalósítandó intézkedése az ún. *szivacskezilabda-program*, melynek célja az általános iskolás gyermekek (elsősorban a legfogékonyabb, 6–14 éves korosz-

tály) fizikai aktivitásának ösztönzése és csapatmunkára hangolása, a *Baranya Megyei Kézilabda Szövetséggel (BMKSZ)* együttműködésben, a térség általános iskoláiban tartott szivacskezilabda-edzések, valamint -bajnokság megszervezésével.

A két program kiválasztása a szakértők egyhangú javaslatára alapján, a helyi igények és a rendelkezésre álló erőforrások, szakmai kapacitások mérlegelésével történt.

A cselekvési terv további célkitűzései a jövőben – az *ACTION-FOR-HEALTH* projekt időszakán túl –, további források felhasználásával (pl. a 2014–2020-as tervezési időszakban a strukturális alapok forrásainak felhasználásával), különböző intézkedések útján valósulhatnak meg.

\*

A projekt keretében megvalósított *Szülő klubokról*, a *szivacskezilabda-programról*, valamint a megvalósítás tapasztalatairól bővebben 2014/5–6. lapszámunkban olvashatnak.

#### JEGYZETEK

29. *Védelemben vételi eljárás*: Szakszolgáltatás, mely a gyermekvédelmi gondoskodás keretében tartozó hatósági intézkedés. A rossz bánásmódról utaló jelzés, kezdeményezés, bejelentés, kérelem, illetve annak hivatalból történő észlelése esetén induló eljárás. A jegyzői gyámhatóság a gyermeket védelemben veszi, ha a tárgyalás során a gyermek veszélyeztetettsége megállapításra kerül.

#### 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-ministeriuma/egeszsegugyert-felelos-allamtitkarsag/felelossegi-teruletek> *Magyarország társadalmi atlasza*. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2012.

*Nemzeti társadalmi felzárkózási stratégia – mélyszegénység, gyermekszegénység, romák (2011–2020)*. KIM Társadalmi Felzárkózásért Felelős Államtitkárság, Budapest, 2011. november. <http://roma.gov.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 gyámügyi 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 ellátásához és kezeléséhez*. Módszertani Gyermekjóléti Szolgálatok Országos Egyesülete, Budapest, 2006. [http://www.nefmi.gov.hu/letolti/kozokt/bantalmazas\\_kezikonyv\\_080409.pdf](http://www.nefmi.gov.hu/letolti/kozokt/bantalmazas_kezikonyv_080409.pdf)





# Primer prevenciós szemlélettel dolgozó szakemberek lehetőségei a családi krízisek megelőzésében, családterápiás munka tapasztalatai alapján

Soósné Dr. Kiss Zsuzsanna PhD., főiskolai docens,<sup>1</sup> vezetőségi tag<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Egészségfejlesztési és Klinikai Módszertani Intézet, Egészségtudományi Klinikai Tanszék

<sup>2</sup>Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság

## *ENSZ: 2014 a család nemzetközi éve*

2014-ben húsz éves évfordulóját ünnepli a család első nemzetközi éve. Az *Egyesült Nemzetek Szövetsége* az évforduló kapcsán a családok társadalmi szerepére irányítja a figyelmet: 2014 a család nemzetközi éve lesz, május 15-ét pedig a *Családok Nemzetközi Napjává* nyilvánították. Az évforduló egyben arra is lehetőséget ad, hogy áttekintsék a család társadalmi fejlődésben betöltött szerepét, illetve a családpolitika aktuális trendjeit – fogalmaz az ENSZ honlapja ([www.family2014.org](http://www.family2014.org)).

A tematikus év súlypontjai között szerepel a családi szegénység leküzdése, a szociális kirekesztődés megakadályozása, a család és a munka viszonyának problémái, a szociális integráció előmozdítása és a generációk közötti szolidaritás erősítése, a családi struktúrák változásainak vizsgálata, valamint a családbarát döntéshozatalt ösztönző javaslatok kidolgozása.

A *Nemzetközi Családfejlesztési Szövetség (International Federation for Family Development – IFED)* az évforduló kapcsán arra kéri a tagországokat: vegyék figyelembe a családokat érintő társadalmi és gazdasági körülményeket, segítsék a családbarát intézkedéseket, melyek célja, hogy a családok számára fenntartható, megfizethető és minőségi életkörülményeket biztosítsanak, elismerve a családoknak a társadalmi kohézió, valamint a gazdasági fejlődés elősegítésében játszott szerepét.

*Folyóiratunk az évforduló kapcsán felmerülő kérdéseknek szenteli új sorozatát.* Jelen lapszámunkban a terápiás munka családi krízisek megelőzésében játszott szerepét, lehetőségeit kutatjuk. Tervezett témaköreink között szerepel – többek között – az első gyermeküket váró fiatalok szülői feladatokra való felkészültségének, illetve a nagycsaládos életforma gyermekvállalási tervekre gyakorolt hatásának vizsgálata, valamint a középiskolás tanulók szexuális magatartására fókuszáló legújabb kutatási eredmények bemutatása. Beszámolunk továbbá egy németországi tanulmányút tapasztalatairól, valamint a „*Családok krízishelyzetben – a magánélet és a munka közötti egyensúly biztosítása nehéz gazdasági körülmények között*” címmel idén áprilisban, Athénban rendezett konferencia eredményeiről is.

(A szerk.)





1. ábra

## A családtagok tünetei

**Márta – feleség, édesanya (45 éves)**

- sírógörcsök
- extrém súlycsökkenés
- alvásproblémák
- szuicid gondolatok
- munkavégzési nehézségek

**Flórián – férj, édesapa (46 éves)**

- nyugtalanság
- gyomorfájdalom
- szívpanaszok

**Károly – 1. gyermek (8 éves)**

- enuresis
- magatartási problémák az iskolában
- tanulási nehézségek

**István – 2. gyermek (5 éves)**

- szeretetéttség

## Bevezetés

Az ENSZ kezdeményezése elismeri a családok jelentős szerepét, így pozitív üzenetet hordozhat minden európai számára. A megfogalmazott célok előmozdíthatják a családok jóléti szintjének emelkedését, a demográfiai problémákkal való szembenézés pedig segíthet abban, hogy optimistábban lássuk az *Európai Unió* jövőjét. (1)

Személyes szakmai tapasztalataim, a hazai népesedési és családstatistikai mutatók – a válások magas, az élveszületések alacsony, az abortuszok csökkenő, ugyanakkor még mindig magas száma (2) – azt jelzik, hogy jóllehet számos pozitív intézkedés (3–8) történt a családalapítás segítése érdekében, új szemléletmód bevezetésére is születnek javaslatok (17), bizonyos értelemben még mindig kevés figyelmet fordítunk a családokra, különösen a családok egészségének megőrzésére.

Jelen tanulmány egy család történetének bemutatásán keresztül, családterápiás munkám tapasztalatainak felhasználásával a fenti hiányosságon próbál enyhíteni, s egyúttal a megfogalmazott célok megvalósítását elősegíteni.

### LEVELEZÉSI CÍM:

Soósne Dr. Kiss Zsuzsanna, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Egészségfejlesztési és Klinikai Módszertani Intézet, Egészségtudományi Klinikai Tanszék. *Postacím:* 1088 Budapest, Vas utca 17. *Telefon:* +36-1-486-5978. *E-mail:* soosne@se-etc.hu

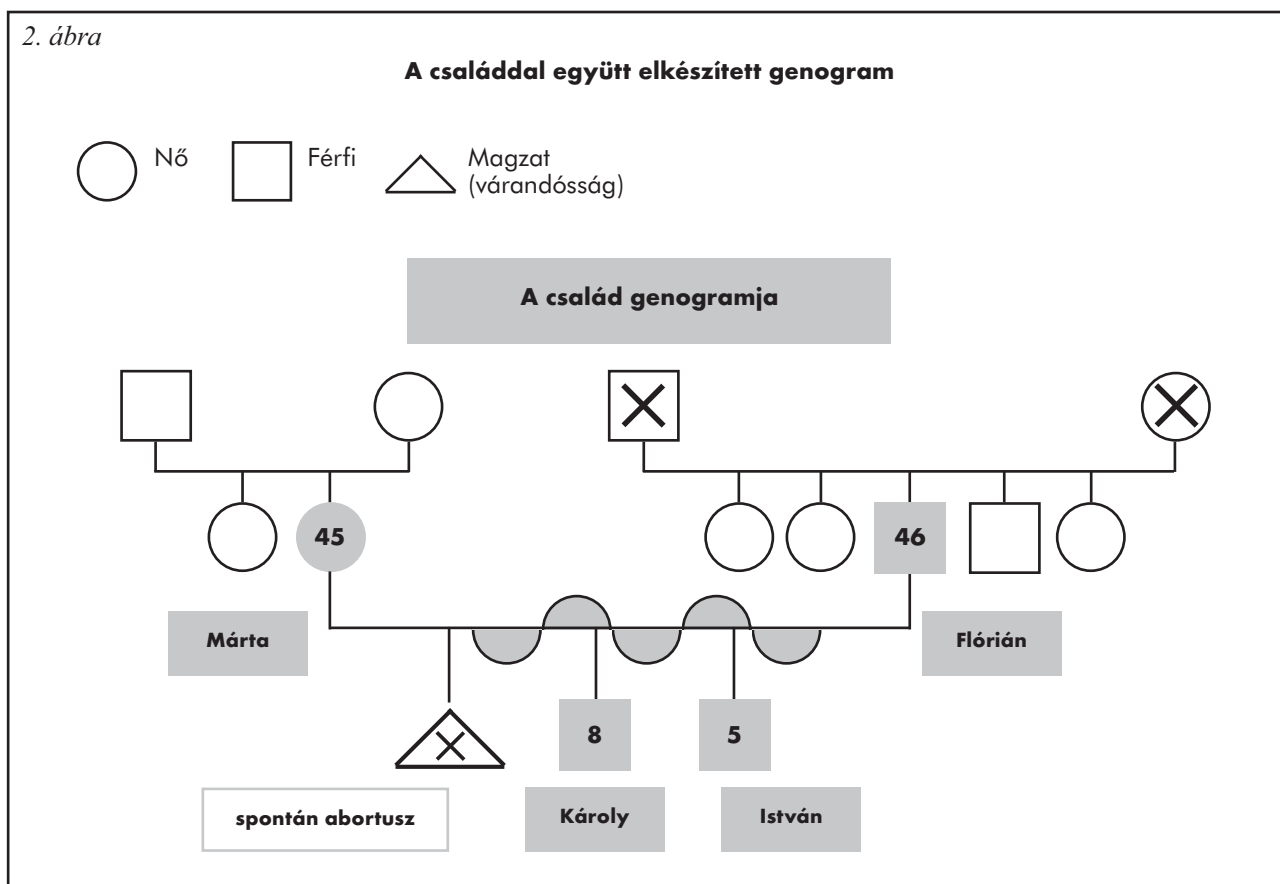
## A segítséget kérő család bemutatása

A családterápiás segítséget kérő nukleáris család (anya/Márta, apa/Flórián két gyermek/Károly és István) a felnőttek már-már elviselhetetlen tünetei, valamint Károly iskolai problémái miatt fordult hozzám. (1. ábra)

A felnőttek a családorvos és a szakorvosok által felírt gyógyszerek szedésével próbálták enyhíteni a helyzetet, Károlynak a pedagógusok a szülőkkel együtt igyekeztek segítséget nyújtani. A több hónapos erőfeszítés nem hozta meg a várt sikert, a helyzet inkább romlott, mintsem javult volna, s a családtagok egyre inkább elviselhetetlen helyzetbe sodródtak. Végző elkeseredésükben, tehetetlenségükben, komoly mindennapi tünetekkel küszködve kértek segítséget.

Családterápiás munkámat jellemzően olyan családokkal végzem, melyek krízishelyzetbe kerültek, szomatikus/pszichés/szociális tünetekkel, betegségekkel küzdenek, és önként kérnek családterápiás segítséget. Általános tapasztalatom, hogy a fenti családhoz hasonlóan csak akkor fordulnak terapeuta-hoz, amikor túl vannak a gyógyszeres terápián, mely nem segít a gyógyulásban. (1. ábra)





## A család genogramja

A munka során – nemzetközileg elfogadott jelölések segítségével – a felnőttekkel együtt elkészítettük a család genogramját, vagyis kapcsolati térképét. (2. ábra)

Ezt a módszert a családokkal foglalkozó szakembereknek ajánlják. Jómagam nagyon szeretem használni, a genogramot minden alkalommal a családdal együtt készítjük el. Magát a családrajzot soha nem én, hanem mindig a család „tulajdonosa” rajzolja. Szakmai irányítás mellett – a konzultáción/terápiás ülésen – az alkotók szinte kivétel nélkül katartikus élményt élnek át. A készítő vizuálisan is megjelenítve látják családjuk strukturális felépítését, saját maguk és közvetlen családtagjaik elhelyezkedését, kapcsolatait a rendszerben. A genogramot készítő – tapasztalataim szerint – kivétel nélkül mindig rácsodálkoznak alkotásukra, rádöbbennek egyes helyzetekre, eddig meg nem látott tényekre, s új, értékes felfedezéseket tesznek. Mindezek megváltoztatják eddigi meglátásaikat, meggyőződésüket, befolyásolva – sok esetben realisabb nézőpontból nézve – jövőbeni gondolkodás módjukat, családi életükkel kapcsolatos elképzeléseiket, terveiket. A felfedezések súlya megköveteli, hogy a kapcsolati térképet kizárólag szakemberrel együtt dolgozzuk fel.

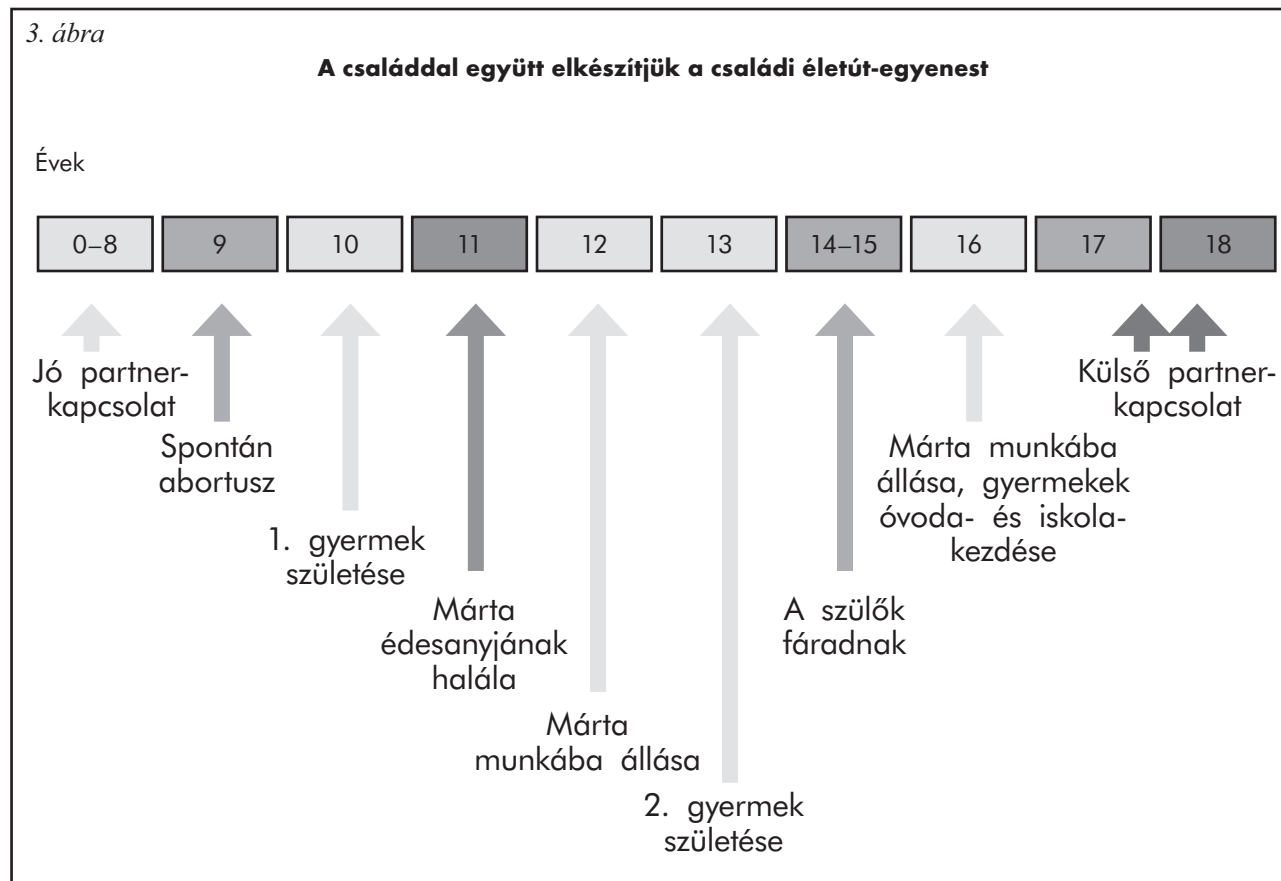
A családdal közösen készített térképen ebben az esetben is feltüntettük a család legjelentősebb problémáját, melyet mindkét felnőtt nyíltan kimondott és lerajzolt (hullámos vonal *Márta* és *Flórián* között): a pár között több éve fennálló, feszültségekkel teli, konfliktusos kapcsolatot, párkapcsolati zavart. (2. ábra)

## A családi életút-egyenes

Szintén a családokkal foglalkozó szakemberek számára ajánlott módszer a családi életút-egyenes készítése.

Saját családgondozói és családterápiás tevékenységem során szintén nagyon szívesen alkalmazom, hosszabb ideig tartó terápiás folyamat munka során szinte kivétel nélkül mindig használom, mivel nagyon hatékony módszer. A családtagok mindig saját maguk rajzolják, készítik el, szakmai instrukcióim alapján.

Jelen esetben is a pár közösen készítette el a családi életút-egyenesét. (3. ábra) Instrukcióim alapján az életút-egyenesen évekre, időintervallumokra bontva bejelölték azokat a fontos életeseményeket, melyeket megismerkedésük óta a család átélt. Következő lépésként arra bátorítottam őket, hogy különböző színek használatával próbálják bejelölni azokat a pontokat, melyek pozitív töltést adtak kapcsolatuknak, vagy ellenkezőleg, nagyon nehe-



zek voltak, sok erőt igényeltek. Szintén bejelöltük azokat az eseményeket, időszakokat, melyekkel sikeresen, kevésbé sikeresen vagy nehezen birkózott meg a család.

### Az utólag felfedezett figyelmeztető jelek

Jóllehet a családokkal családterapeutaként foglalkozom, egykori egészségnevelői múltam, gyökereim okán minden egyes terápia során fontos céloknak tartom nemcsak a gyógyítást, hanem a jövőbeni családi krízisek primer prevencióját is. Külön konzultációt/családterápiás ülést szoktunk e célra szentelni, mely – tapasztalataim szerint – a családok fél éves, éves utánkövetésének eredményei alapján igazolja a primer prevenció szemléletű törekvés szükségességét. A családdal végzett primer prevenció munkafázis eredményeit összefoglalóan a 4. ábra szemlélteti. A párok utólag értékes felfedezéseket tesznek, általában hihetetlen rácsodálkozások kísérik ezt a folyamatot. Nagyon fontos primer prevenció szemléletű lépésnek tartom, amikor „visszamegyünk” a krízis kirobbanását megelőző, közvetlen és távolabbi múltba, közösen átgondoljuk, feljegyezzük, rendszerezük, hogy visszatérve voltak-e, s ha igen, akkor milyen apró jelek, figyelmeztető jelzések, melyeket akkor nem, mostani tudással viszont már érzékelnek.

Minden esetben fontos feladatnak tartom, hogy a családdal együtt levonjuk a következtetéseket, megerősítsük a tanultakat, s bátorítsam a családot megszerzett tudásuk tudatos jövőbeni használatára.

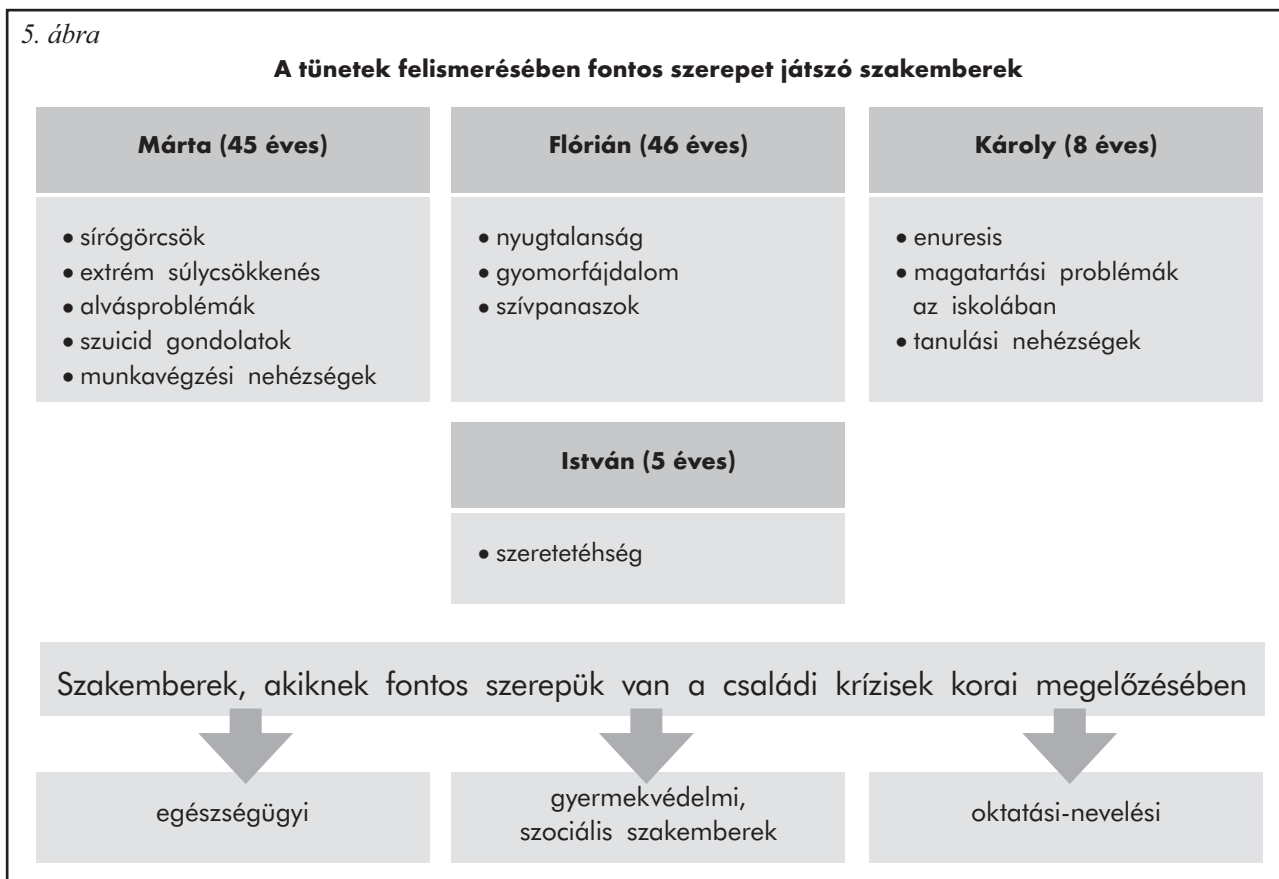
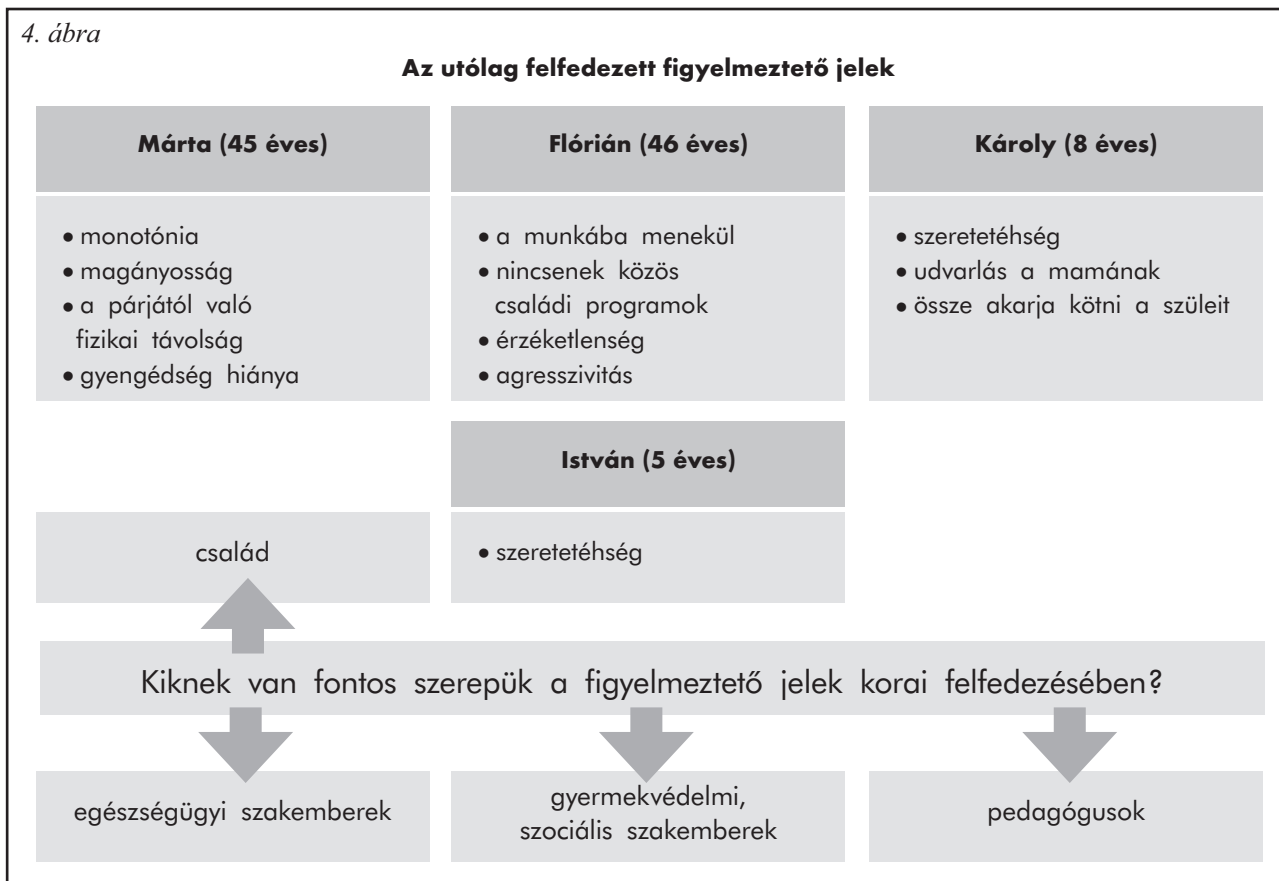
Jelen tanulmánnyal az Olvasó figyelmét is fel szeretném hívni arra, hogy nemcsak a család, hanem a család környezetében élő szakemberek is segíthetnek azzal, hogy észreveszik a korai figyelmeztető jeleket. Szeretném kiemelni az egészségügyi, szociális és gyermekvédelmi szférában, valamint az oktatás-nevelés területén dolgozó szakemberek szerepét ebben a primer prevenció munkában.

### A szakmai figyelem kérdése

Nemcsak a korai figyelmeztető jelek felfedezése lehet kitörési pontot a családi krízisek megelőzésében, hanem – ennek elmaradása esetén – az is, ha komolyan vesszük a családtagok tüneteit, s végiggondoljuk, hogy milyen családi nehézségek, konfliktusok, sikertelenül feldolgozott problémák rejtőznek a tünetek mögött.

Még mindig domináns az a szemlélet, mely szerint az egyén testi tünetei mögött elsődlegesen szomatikus okok húzódnak meg. A szakemberek sokszor nem gondolnak a családban megbúvó feszültségekre, megoldat-









6. ábra

**A tünetek felismerésében fontos szerepet játszó szakemberek**

lan problémákra, mint súlyos testi tünetek lehetséges okozóira.

A tanulmányban bemutatott család esetében is a tünetek/betegségek kezelése gyógyszerekkel történt. (5. ábra) A szülők hosszabb ideig eredménytelenül szedték a felírt készítményeket, de gyermekük magatartás-zavarát nem akarták gyógyszeresen kezelni. Elsődlegesen saját gyógyszeres kezelésük sikertelensége, gyermekük nehezedő iskolai helyzete, valamint a pedagógus kérése készítette őket arra, hogy megoldatlan családi problémáikkal, elsődlegesen párkapcsolatuk nehézségeivel szembenézzenek, és családterápiás segítséget kérjenek.

Minden, családokkal foglalkozó szakembernek fontos szerepe van abban, hogy az egyes betegségekre, tünetekre ne kizárólag szomatikus szempontból tekintsenek, hanem úgy is, mint a család megoldatlan, súlyos problémáinak lehetséges jelzései, és a családot megfelelő szakemberhez – az egészségügyi ellátó rendszeren túl – irányítsák.

### A jövőre vonatkozó javaslatok

A tanulmányban bemutatott, családterápiás munkám tapasztalataira alapozottan átgondolt, jövőre vonatkozó javaslataimat összefoglalóan a 6. ábra szemlélteti.

A családokkal primer prevenció szemlélettel foglalkozó szakembereknek három fő területre ajánlott fókuszálniuk:

1. Alapvetően meg kell változtatnunk a családok szem-

léletmódját abban a tekintetben, hogy nem szabad szégyellni a családi problémákat. A családban adódó, a család által nem megoldható nehézségek, tünetek jelentkezésekor időben speciális szakember (családterapeuta, családgyógyász, pszichológus) segítségét kell kérni.

2. A családi életben, a családi történetekben – ahogyan egyéni életünk vezetése során is – érdemes tudatosan a családi élet fontos eseményeire fókuszálnunk, és tudomásul vennünk, hogy a családi élet folyamatos változás, mely változásokhoz alkalmazkodnunk kell.

3. A családi élethelyzetekkel történő sikertelen megküzdést, a család nem megfelelő problémamegoldási módjait mindig figyelmeztető jelek kísérik. A szakmai figyelem kérdésében az egészségügyben, a szociális és gyermekvédelmi szférában, az oktatás-nevelés területén dolgozó szakembereknek kiemelt szerepük van.

A családdal kapcsolatos munka során szükséges a primer prevenció szemlélet elterjesztése, erősítése. A szemléletmód megtanítása, tudatos alkalmazása hatékony segítség lehet a családi krízisekhez vezető okok, jelek felismerésében, újabb családi krízisek megelőzésében, valamint a családtagok, a család egészének egészségmegőrzésében.

### Összefoglalás

Több mint 20 éves családterápiás munkám tapasztalatai szerint a családi krízisek kialakulásának egyik fő oka



a családok túlterheltsége, valamint az, hogy sem a család, sem a családdal foglalkozó szakemberek nem veszik időben észre a bajt, nincsenek eléggé felkészülve, felkészítve a családi krízisek felismerésére, megelőzésére.

A családok egészsége – a család által teljesítendő feladatok növekedése miatt – csak akkor őrizhető meg, ha mind a család, mind a családok gondozásával foglalkozó szakemberek megtanulnak jobban odafigyelni a családi problémák, krízisek megelőzésére, a korai figyelmeztető jelekre.

A tanulmány célja, hogy betekintést adjon egy kétgyermekes, sokproblémás családdal végzett családterápiás munkán (nem cél a családterápiás folyamat bemutatása) át a családi krízishelyzetbe, így megismertesse az Olvasót a családtagok tüneteivel, a korai, korábban nem észrevett, figyelmeztető jelekkel. Az általam alkalmazott, jelen tanulmányban bemutatott módszer vizuálisan is segíti a családot, a családokkal foglalkozó szakembereket a krízishelyzet, a krízishez vezető út jobb megértésében.

Legfőbb célom a krízist megelőzően már jelentkező, korai, ugyanakkor korábban nem észrevett, de szakmai segítséggel időben észrevehető figyelmeztető jelek felfedeztetése, a családdal történő tudatosítása, s e tudás birtokában egy újabb lehetséges családi krízis megelőzése.

A tanulmányban választ keresek arra is, hogy mely szakembereknek lehet szerepük a korai, figyelmeztető jelek felfedezésében, a családok szakemberhez való irányításában.

A jövőre vonatkozóan – a primer prevenció szemlélettel dolgozó szakemberek számára – három jelentős változtatásra teszek javaslatot: a családok szemléletének megváltoztatására, a családi életút kritikus pontjaira és a családi krízis korai figyelmeztető jeleire történő tudatos figyelésre.

#### IRODALOM

1. <http://www.csagy.hu/jo-gyakorlatok/nemzetkozi/item/513-2014-a-csalad-es-a-munka-osszehangolasanak-eve> (2014.05.19)
2. [http://www.ksh.hu/docs/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_wnt001b.htm](http://www.ksh.hu/docs/xstadat/xstadat_eves/i_wnt001b.htm) (2014.05.15)
3. 1952. évi IV. törvény a házasságról, a családról és a gyámságról (2014.05.15.)  
[http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=95200004.TV](http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=95200004.TV)
4. 1992. évi XXII. törvény a Munka Törvénykönyvéről (2014.05.15.)  
<http://www.complex.hu/kzldat/t9200022.htm/t9200022.htm>
5. 1995. évi CXVII. törvény a személyi jövedelemadóról (2014.05.15.)  
<http://www.complex.hu/kzldat/t9500117.htm/t9500117.htm>
6. 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról (2014.05.15.)

#### Abstract

Having worked with families for more than 20 years, my experience shows that one of the main reasons for family crisis is the often overburdened family, which is neither noticed by family care experts nor the families themselves in time, therefore, neither the family asks for help, nor the expert can offer them adequate help. They are not prepared enough to identify and prevent crisis.

Family health can only be preserved – given the increasing number of tasks which the family has to fulfil – if both the family and the family care experts joint their forces to resolve and prevent the problems.

The aims of the study are to present how a multi-problem family with two children goes through a crisis and asks for a family therapist's help of their own will and to familiarize the readers with the symptoms of the family members and the early – post factum discovered – warning signs. (To present the process of family therapy is not my goal.) The presented method also helps the families and family care experts to understand the crisis situations visually better and the reasons which led to the crisis.

The main aims of the study are to discover early – but post factum discovered – warning signs by professionals and by the families in time, to raise awareness among the family members, to prevent a potential further crisis by this knowledge.

In the study, I try to find out who are the professionals who can have a role in discovering the early warning signs of family crises and sending the families to specialists.

I have three important suggestions for the future for professionals focusing on primary prevention approach: changing the approach of families, revealing the critical points along family life and paying conscious attention to the early warning signs of family crisis.

7. [http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=99700031.TV](http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700031.TV)
8. 1997. évi LXXX. törvény a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről (2014.05.15.)  
<http://www.complex.hu/kzldat/t9700080.htm/t9700080.htm>
9. 1998. évi LXXXIV. törvény a családok támogatásáról. (2014.05.15.)  
[http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=99800084.TV](http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99800084.TV)
10. Berg, I. K.: *Konzultáció sokproblémás családokkal*. Animula, Budapest, 1995.
11. Freeman, D. R.: *Házassági krízisek*. Animula, Budapest, 1994.
12. Goldenberg, H. & I: *Áttekintés a családról*. Animula, Budapest, 2008.
13. Komlósi P.–Bíró S. (szerk.): *Családterápiás olvasókönyv*. Animula, Budapest, 2001.



13. Kurimay T.: *Családterápia és család-konzultáció*. Coincidencia, Budapest, 1999.
14. Satir, V.: *A család együttélésének művészete*. Coincidencia, Budapest, 1999.
16. Sherman, R.–Fredman, N.: *Strukturális technikák a pár- és családterápiában*. Animula, Budapest, 2007.
16. Soósné Kiss Zs.: *Szülőnek lenni vagy szülővé válni?* General Press, Budapest, 2001.
17. Soósné Kiss Zs.: „Változó családalapítási tendenciák hatása az egészségfejlesztéssel foglalkozó szakemberek munkájára.” In: *Egészségfejlesztés*, 2009; 50(3): 14–18.





# Egészségügyi főiskolai hallgatók egészségfelfogásának vizsgálata

Dr. Németh Anikó adjunktus  
Bársonyiné Kis Klára mestertanár, szakcsoportvezető  
Lobánov-Budai Éva tanársegéd

Szegedi Tudományegyetem, Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar,  
Egészségmagatartás és -fejlesztés Szakcsoport

## Bevezetés

Az egészségről alkotott nézetek változatosak, az egészség értelmezésében, fogalmi meghatározásában jelentős eltéréseket tapasztalhatunk. Az egyszerű megközelítések mellett létezik filozofikus vagy morális felfogás, másképpen gondolkodnak az egészségről a laikusok, másképpen az egészségügyben dolgozó, gyakorló szakemberek, és másképpen a szakértők.

A WHO 1946-ban született meghatározása szerint „Az egészség a teljes testi, szellemi-lelki és szociális jóllét állapota, s nem pusztán a betegség vagy nyomorékság hiánya”. (1) A holisztikus megközelítés alapján az egészség testi, lelki, szociális és spirituális dimenziókból áll, mely kapcsolatban áll a környezettel is. (2) A laikus megfogalmazás szerint (3) az egészség hat dimenzióból épül fel, s ezen dimenziók egymással is kapcsolatban vannak, közöttük éles határ nem húzható. A fizikai dimenzió a szervezet mechanikai működését, a mentális dimenzió a tiszta és következetes gondolkodást, az emocionális dimenzió az érzelmek visszatükrözését és felismerését, a szociális dimenzió a más emberekkel való kapcsolatok kialakítását és fenntartását jelenti. Ehhez kapcsolódik még a spirituális (a személyes világnézet, a vallásos meggyőződés, az önmagunkkal való béke) és a társadalmi (a körülöttünk lévő társadalom által biztosított) dimenzió.

### LEVELEZÉSI CÍM:

Dr. Németh Anikó, Szegedi Tudományegyetem, Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Egészségmagatartás és -fejlesztés szakcsoport. Postacím: 6726 Szeged, Temesvári krt. 31. Telefon: +36-62-341-814. E-mail: nemetha@etszk.u-szeged.hu

Az egészségfejlesztés az egészségügyi dolgozók munkájának is része, ugyanis a betegek oktatására, egészségük fejlesztésére számos lehetőség kínálkozik. Egy leendő egészségügyi szakembereket (orvostan- és gyógyszerész-hallgatók, egészségügyi főiskolások) vizsgáló kutatás szerint a leggyakrabban meghatározott egészségdimenziók a testi és a lelki dimenziók. (4)

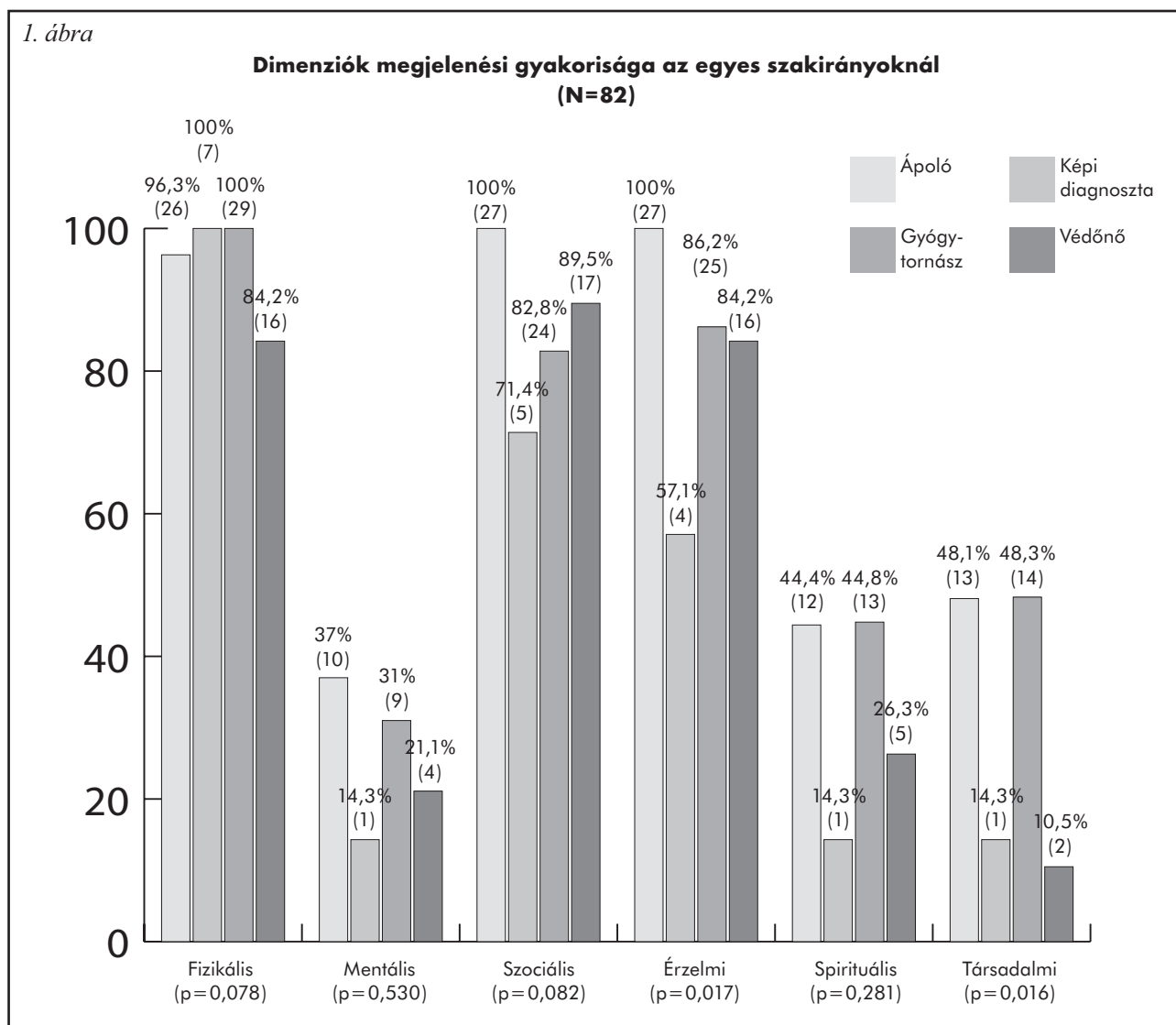
Fentiek alapján vizsgálatunkban a Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Karának egészségügyi képzéseiben tanuló hallgatók (ápoló, gyógytornász, képi diagnosztikai és intervenciós asszisztens, védőnő) egészségértelmezését, egészségképük összetettségét, illetve differenciáltságát elemeztük. Feltételeztük, hogy az egyes szakirányok által megjelenített egészségképekben jelentős különbség van.

## Minta és módszer

Vizsgálati mintánkat a Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Karán második évfolyamukat megkezdő ápoló-, gyógytornász-, képi diagnosztikai és intervenciós asszisztens-, valamint védőnő-hallgatók képezték, összesen 193 fő.

Mivel az első évfolyamot már elvégezték, de széles körű egészségügyi ismeretekkel még nem rendelkeztek, így a laikus egészségfelfogást vonatkoztattuk rájuk. (3)





A felmérés 2013. szeptember 2–6. között zajlott. Az év első *Egészségpedagógia* gyakorlati óráján 30 perc állt rendelkezésükre, hogy rajzban megjelenítsék egészségképüket. Az „*Önök számára mit jelent az egészség?*” kérdést követően 2–3 fős kis csoportokban készítették el rajzukat, majd szóban is ismertették a rajzolt motívumokat (melyeket írásban lejegyeztünk), így a kutatási technikát *Pridmore és Bendelow* (1995) „*draw and write*” kutatási technikája alapján „*draw and say*” technikának neveztük el. (5) Az ezt követő rajzelemzés a hat dimenziót vette alapul. Az egyes dimenziókban az alábbi részelemek megjelenését vizsgáltuk: *fizikális dimenzió* (mozgás, táplálkozás, pihenés-alvás, szórakozás, higiéné, környezettisztaság), *mentális dimenzió* (tudás, műveltség, iskola, könyv szimbólumok), *szociális dimenzió* (családi, baráti és párkapcsolatok), *érzelmi dimenzió* (az arcokon megjelenő érzelmek), *spirituális dimenzió* (jin-jang, béke, templom, Buddha, mérleg, arany közép-

út, stresszkezelés, jóga, szárnyas szív, galamb szimbólumok, önértékelés), *társadalmi dimenzió* (tolerancia a társadalomban, település, egészségügyi ellátás, pénz). Vizsgáltuk továbbá, a természetábrázolást, a környezet-tisztaság fontosságát (szemégyűjtés, légszennyezés), valamint a tiltás megjelenését.

Az adatelemzést SPSS 19.0 for Windows statisztikai programmal, Chi<sup>2</sup>-próbával, varianciaanalízissel (ANOVA) végeztük. Öt százalékos szignifikanciaszinttel dolgoztunk.

### Eredmények

Az adatelemzés során 82 rajzot elemeztünk, melyből 27 db ápolók, 29 db gyógytornászok, 7 db képi diagnoszták, 19 db védőnők által készített rajz volt.

Először a dimenziók megjelenési gyakoriságát vizsgáltuk. A *fizikális dimenzió* 78 (95,1%), a *szociális*

1. táblázat

**Az egyes szakirányok által megjelenített dimenziók szám szerinti bontásban  
(N=82)**

Ábrázolt dimenziók száma	Ápoló	Képi diagnosztikus	Gyógytornász	Védőnő
1	0 (0%)	0 (0%)	1 (3,4%)	3 (15,8%)
2	0 (0%)	2 (28,6%)	1 (3,4%)	0 (0%)
3	4 (14,8%)	5 (75,4%)	9 (31%)	10 (52,6%)
4	14 (51,9%)	0 (0%)	9 (31%)	3 (15,8%)
5	7 (25,9%)	0 (0%)	6 (20,7%)	3 (15,8%)
6	2 (7,4%)	0 (0%)	3 (10,3%)	0 (0%)

73 (89%), az érzelmi 72 (87,8%), a spirituális 31 (37,8%), a társadalmi 30 (36,6%), a mentális 24 (29,3%) esetben jelent meg a rajzokon. Jelentős különbség mutatkozott az érzelmi ( $p=0,017$ ) és a társadalmi ( $p=0,016$ ) dimenziók megjelenési gyakoriságában az egyes szakirányok között. Az érzelmi dimenzió a legkevésbé a képi diagnosztikus-hallgatók esetében, a társadalmi dimenzió a képi diagnosztikus- és a védőnő-hallgatók esetében jelent meg (1–2 rajzon). (1. ábra)

Jelentős különbséget ( $p<0,001$ ) találtunk az egyes szakirányok által megjelölt dimenziók átlagos számában is. Az ápolók átlagosan 4,26; a gyógytornászok 3,93; a védőnők 3,16; a képi diagnosztikák 2,71 dimenziót jelenítettek meg a rajzokon (összes átlaga 3,76). Az ápolók rajzainak 85,2%-a tartalmaz négy, vagy annál több dimenziót, míg a gyógytornászok rajzainak 62%-a, de az ő esetükben eggyel több rajzon jelent meg mind a hat dimenzió. (1. táblázat)

1. rajz

**Hat dimenziót tartalmazó rajz  
(ápoló)**





2. rajz

**Egy dimenziót tartalmazó rajz  
(védőnő)**

Az 1. rajzot egy ápoló páros készítette, mind a hat dimenzió megjelenik rajta: *fizikális* (sport, gyümölcsök, tej), *mentális* (nyitott könyv), *érzelmi* (szív, mosoly az arcokon), *szociális* (együtt sportoló emberek), *spirituális* („arany középút”), *társadalmi* (véradás). Ezen kívül megjelenik a környezetábrázolás is, illetve lényeges momentum, hogy tiltást nem tartalmaz.

A 2. rajzot egy védőnő páros készítette, mely csupán egyetlen dimenziót (*érzelmi*) tartalmaz. Ugyan a hallgatók megjelenítettek írással más elemeket is, ezeket nem vettük figyelembe, mivel a feladat a rajzolás, majd a beszéd volt.

Vizsgáltuk a rajzokon feltüntetett kategóriákat/rajzelemeket is. A leggyakrabban a *fizikai* dimenzióhoz tartozó táplálkozás és testmozgás, valamint az *érzelmi* és a *szociális* dimenzió (párkapcsolat) jelent meg. (2. táblázat)

A hallgatók átlagosan 7,22 rajzelemet tüntettek fel: az ápolók 8,85; a gyógytornászok 7,21; a képi diagnoszták 5,57; védőnők a 5,53 rajzelemet. Az egyes szakirányok közötti különbség jelentősnek ( $p < 0,001$ ) bizonyult.

Megvizsgáltuk az egyes dimenziókba tartozó rajzelemek száma közötti különbséget is a szakirányok között. A *fizikai dimenzió* tartalmazza a mozgást, a táplálkozást, a pihenés-alvást, a szórakozást, a higiéniét és a környe-

zettisztaságot. Jelentős ( $p = 0,001$ ) különbség mutatkozott az egyes szakirányok között, mivel az ápolók átlagosan 3,26; a gyógytornászok 2,79; a képi diagnoszták 2,29; a védőnők pedig 1,95 rajzelemet jelenítettek meg ebben a dimenzióban (összes átlaga 2,71). A *mentális* dimenziót az iskola és a könyv megjelenése szimbolizálta, de itt az egyes szakirányok között nem volt jelentős különbség ( $p = 0,543$ ; összes átlaga 0,29). A *szociális* dimenziót a családi, baráti és párkapcsolatok megjelenése szimbolizálta. Itt szintén jelentős ( $p = 0,002$ ) különbség mutatkozott az egyes szakirányok között, mivel az ápolók átlagosan 2,26; a gyógytornászok és a védőnők 1,45; a képi diagnoszták 1,14 rajzelemet ábrázoltak (összes átlaga 1,70). Az *érzelmi* dimenziót az arcokra rajzolt mosoly jelképezte, itt is jelentős ( $p = 0,015$ ) különbség mutatkozott az egyes szakirányok között. Az ápolók esetében az átlag 1 (tehát mindegyik rajzon megjelentek az érzelmek), a gyógytornászok esetében 0,86; a védőnőknél 0,84; a képi diagnosztáknál 0,57 (összes átlaga 0,88). A *spirituális* dimenziót a jin-jang, béke, templom, Buddha, mérleg, arany középút, stresszkezelés, jóga, szárnyas szív, galamb, önértékelés (tükörben nézi magát) szimbólumok jelentették. Itt nem mutatkozott jelentős különbség ( $p = 0,649$ ) az egyes szakirányok között (összes átlaga 0,49). A *társadalmi* dimenziót tolokocsis lány (toleran-



2. táblázat

A rajzokon megjelenített rajzelemek száma

Kategória	N
Táplálkozás (ételek)	76
Testmozgás	73
Érzelmek	72
Párkapcsolat	62
Természetábrázolás	59
Családi kapcsolatok	42
Barátság	35
Pihenés, alvás	29
Szórakozás	24
Tudás, műveltség (iskola, könyv)	24
Kórház, egészségügyi ellátás	23
Higiéné	15
Béke	10
Stresszkezelés	6
Település	6
Jin-jang	6
Környezet tisztaság (szemétgyűjtés)	5
Önértékelés	5
Pénz	5
Vallás, templom	4
Mérleg	3
Jóga	2
Környezetszennyezés, gyár	2
Arany középút	1
Buddha	1

cia a társadalomban), település, gyár, egészségügyi ellátás, pénz szimbólumok jelentették. Ezek megjelenítési számában is jelentős ( $p=0,019$ ) különbség mutatkozott az egyes szakirányok között. A gyógytornászok átlagosan 0,62; az ápolók 0,56; a képi diagnoszták 0,14; a védőnők 0,11 rajzelemet jelenítettek meg (összes átlaga 0,44).

A szakirányok között is megvizsgáltuk az egyes rajzelemek megjelenése közötti különbséget. Csupán hét rajzelem esetében találtunk jelentős eltérést.

A *pihenés, alvás* és *család* motívumokat az ápoló-hallgatók jelentősen gyakrabban jelenítették meg, míg a védőnő-hallgatók a *testmozgást* és a *barátságot* jelentősen kevesebbszer ábrázolták. A *párkapcsolatot* és az *érzelmeket* a képi diagnosztikus-hallgatók ábrázolták jelentősen ritkábban, a *kórház/egészségügyi ellátás* pedig az ápoló- és a gyógytornász-hallgatók esetében bírt nagyobb jelentőséggel. (3. táblázat)

Az adatelemzésnél kitértünk arra is, hogy az egyes



3. táblázat

## A rajzelemek megjelenése közötti különbség az egyes szakirányok között

Rajzelem neve	Ápoló	Képi diagnosztikus	Gyógytornász	Védőnő	p
Pihenés/alvás	15 (55,6%)	1 (14,3%)	10 (34,5%)	3 (15,8%)	0,025
Testmozgás	26 (96,3%)	7 (100%)	28 (96,6%)	12 (63,2%)	0,001
Családi kapcsolatok	20 (74,1%)	2 (28,6%)	11 (37,9%)	9 (47,4%)	0,026
Párkapcsolat/szerelem	25 (92,6%)	2 (28,6%)	19 (65,5%)	16 (84,2%)	0,002
Barátság	16 (59,3%)	4 (57,1%)	12 (41,4%)	3 (15,8%)	0,026
Érzelmek arcokon	27 (100%)	4 (57,1%)	25 (86,2%)	16 (84,2%)	0,017
Kórház/egészségügyi ellátás	12 (44,4%)	1 (14,3%)	10 (34,5%)	0 (0%)	0,007

rajzelemek közötti összefüggéseket megvizsgáljuk. Akik a *pihenést/alvást* nem jelenítették meg rajzaikon (N=53), a *környezettisztaságot* sem ábrázolták. A 29 *pihenést/alvást* ábrázoló rajzon 5 esetben jelent meg a *környezettisztaság* (p=0,002), 12 esetben a *tiltás* (p=0,047). A *testmozgás* 73 esetben jelent meg a rajzokon. Akik ezt rajzolták, jelentősen kevésbé jelenítették meg a *kórház/egészségügyi ellátás* és a *tiltás* (p=0,047; N=50), valamint a *barátság* (p=0,042; N=34) motívumokat, viszont minden esetben rajzoltak *táplálkozással* összefüggő motívumokat (p<0,001; N=73). A *szórakozás* 58 esetben nem jelent meg a rajzokon, közülük a legtöbb rajzon a *tudás/műveltség* sem jelent meg (p=0,008; N=46), a 24 *szórakozást* ábrázoló rajz többségénél a *barátság* szerepel (p=0,020; N=15). Elmondható, hogy akik a *higiénét* nem jelenítették meg a rajzaikon (N=67), a *stresszkezelést* is kevésbé tartották fontosnak (p=0,037; N=64). A *tudást/műveltséget* nem ábrázoló (N=58) többsége a *jin-jang jelet* és a *települést* (p=0,036; N=56), valamint a *vallást* (p=0,039; N=57) sem ábrázolta. A *párkapcsolatot* megjelenítő rajz (N=62) jelentős többségén (N=59) az *érzelmek* is megjelentek az arcokon (p<0,001). A *barátságot* nem ábrázoló 47 rajz közül 46 rajzon a *stresszkezelés* sem jelent meg (p=0,037). A *jin-jang jel* 76 esetben nem jelenik meg a rajzokon, közülük a többség a *békejelet* sem rajzolta (p=0,003; N=69), *Buddhát* pedig senki (p<0,001). A *stresszkezelés* 76 esetben nem jelent meg a rajzokon, közülük 75 a *jógát*, a *környezetszennyezést* (p=0,019) sem ábrázolta. Viszont a hat, *stresszkezelést* ábrázoló rajzból 4 esetben megjelent a *tiltás* ábrázolása is (p=0,029).

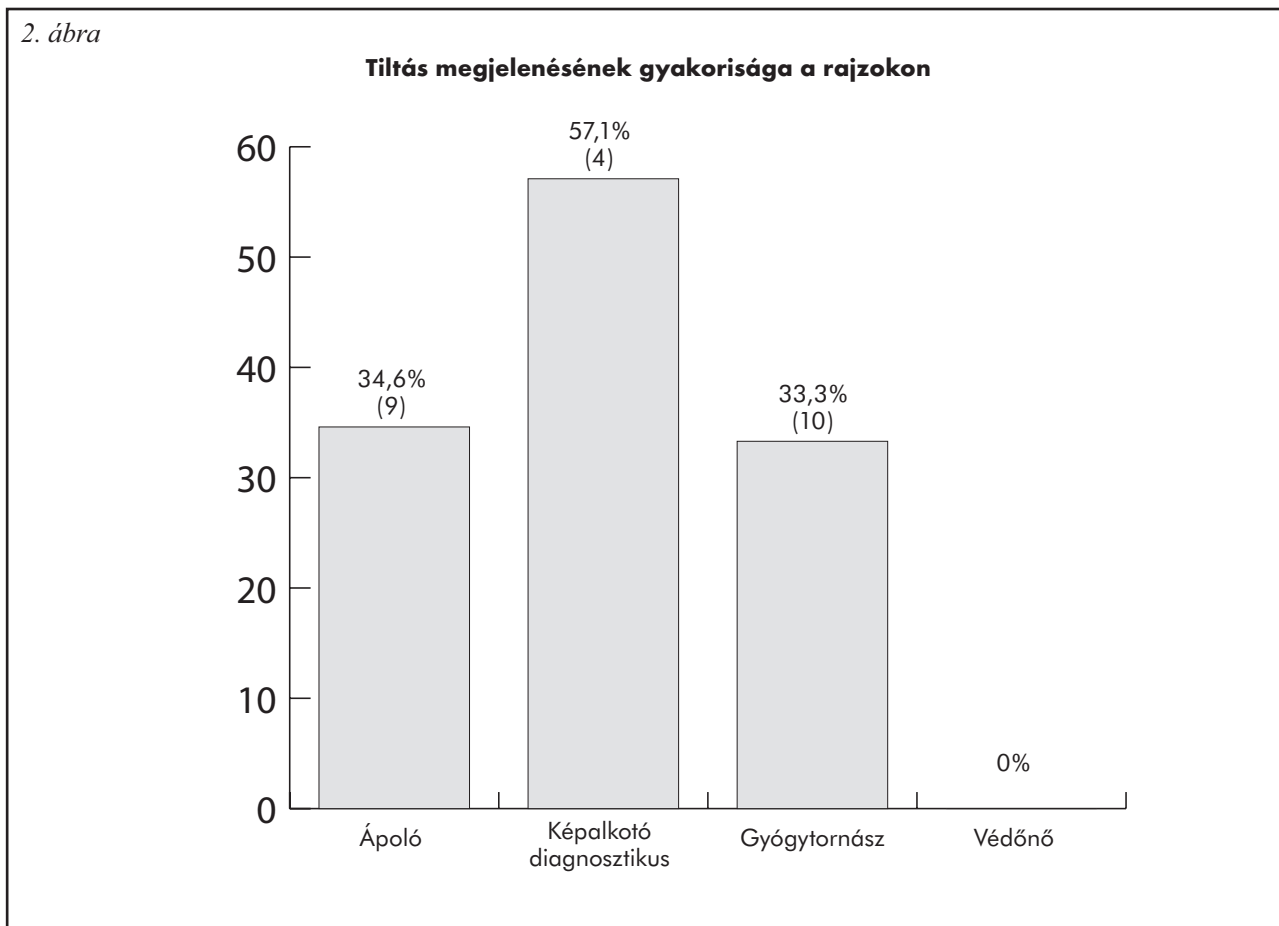
Utolsó lépésként megvizsgáltuk a tiltás megjelenését a rajzokon. Az egészségfejlesztésben fontos szempont, hogy nem alkalmazunk tiltást, csak a lehetőségeket/

következményeket vázoljuk fel, ezzel választási lehetőséget felkínálva. Hallgatóinknak is ezt a szemléletet próbáljuk átadni. 23 esetben jelent meg a tiltás a rajzokon (alkohol, dohányzás, kábítószer), ebből 5 esetben ábrázolták tiltásként azt is, hogy ne vegyünk igénybe egészségügyi ellátást/gyógyszert.

A 2. ábrán látható, hogy leginkább a képi diagnosztikák érzik fontosnak a káros szenvedélyek tiltását, de az ápolók és a gyógytornászok harmada is így vélekedik. A leendő védőnők által készített rajzok egyikén sem jelent meg ez a motívum. Ez az eltérés a szakirányok között jelentősnek bizonyult (p=0,010).

### Következtetések

Mivel az egészség fogalmának számtalan meghatározása létezik, felmérésünkben a laikus felfogást vettük alapul. Eredményeinket más kutatásokkal összehasonlítva megállapíthatjuk, hogy az egészségügyi felsőoktatásban tanuló hallgatók egészségfelfogásában is a táplálkozás, a testmozgás és a környezettel való harmónia áll a középpontban, tehát az egészség *fizikai* dimenziói. (6) A *szociális* dimenzió a második legfontosabb tényező, majd az *érzelmi*, *spirituális*, *társadalmi* és *mentális* dimenziók következnek. Ki kell azonban emelnünk, hogy ezek a dimenziók nem határolhatók el élesen egymástól. Az ápoló-hallgatók rendelkeznek a legösszetettebb egészségfelfogással, mely nem okozott meglepetést, hiszen ők azok, akik szakmájukból eredően a legszorosabb és legintenzívebb ellátást nyújtják. Ez a széles körű egészségfelfogás igen jó alapot szolgáltat majd későbbi munkájukhoz, hogy a páciensek egészségének védelme, helyreállítása, fejlesztése során is megállhassák helyüket. Őket szorosan követik a gyógytornász-hallgatók.



A rajzelemeket vizsgálva elmondható, hogy a *testmozgás*, a *táplálkozás*, az *érzelme* és a *párkapcsolat* jelenik meg a leggyakrabban a rajzokon, hangsúlyozva ezek fontosságát. Ehhez társul még a *környezetábrázolás*, mely a vizsgált hallgatók szerint az egészség fontos része. A *pihenés*, az *alvás* és a *család* motívumokat az ápolóhallgatók jelentősen gyakrabban jelenítették meg, a *kórház/egészségügyi ellátás* pedig az ápoló- és a gyógytornász-hallgatók esetében bírt nagyobb jelentőséggel, utalva ezzel jövőbeli munkahelyükre is. Az egészségfejlesztés a védőnők munkájának is jelentős részét alkotja, ezért különösen fontos és pozitív eredmény, hogy *tiltás* egyetlen védőnői rajzon sem jelenik meg.

Mivel vizsgálatunkat 2013 szeptemberében, az első *Egészségpedagógia* óra keretében végeztük, így célunk 2014 májusában, az *Egészségpedagógia, egészségfejlesztés* szemináriumok befejezésével a felmérést megismételni, így reményeink szerint képet kaphatunk a hallgatók egészségfelfogásának pozitív irányú változásáról.\*

## Összefoglalás

Az egészség fogalmának számtalan meghatározása létezik. Az egészségfejlesztés az egészségügyben dolgozók munkájának kulcselemét képezi, ezért különösen fontos, hogy hogyan vélekednek az egészségről. Vizsgálatunk célja ezért az volt, hogy feltérképezzük a leendő ápolók, gyógytornászok, képi diagnoszták és védőnők egészségről alkotott felfogását, melyet rajzban jelenítettek meg. 193 fő másodéves, nappali tagozatos hallgató összesen 82 darab rajzot készített. Az eredmények birtokában elmondható, hogy az ápoló-, majd a gyógytornász-hallgatók egészségfelfogása a legrészletgazdagabb, ők ábrázolták a laikus egészségfelfogás legtöbb dimenzióját: a leghangsúlyosabbak a *fizikai* (95,1%), a *szociális* (89%) és az *érzelmi* (87,8%) dimenziók. Ezen dimenziók mellett a *környezetábrázolás* is nagy jelentőséggel bírt, tehát az egészség fontos összetevőjének tekinthető a tiszta, friss levegőn való tartózkodás. Összességében

\*Dr. Németh Anikó–Lobánov-Budai Éva–Bársonyné Kis Klára *Egészségügyi főiskolai hallgatók egészségfelfogás-változásának vizsgálata* című tanulmányát, mely az egészségtudományi képzésekben tanuló hallgatók egészségértelmezésének az *Egészségpedagógia, egészségfejlesztés* szemináriumok elvégzése utáni változásával foglalkozik, 2014/4. lapszámunkban olvashatják



megállapíthatjuk, hogy a vizsgált hallgatók egészségfelfogása túlnyomórészt bio-pszicho-szociális szemléletet tükröz. Terveink között szerepel a vizsgálat ismételt elvégzése a tanév végén, mellyel képet kaphatunk arról, hogy az *Egészségpedagógia, egészségfejlesztés* szemináriumok bővítették-e a leendő egészségügyi dolgozók egészségről alkotott felfogását.

*Kulcsszavak:* egészségügy, hallgatók, egészségfelfogás

## Summary

There are many definitions of health. Health development plays a key role in health care providers' work; that is why it is very important how they think about health. The aim of this study was to assess the health perception of future nurses, image diagnostic assistants, physiotherapists and district nurses. Initially 193 second

year students were enrolled in the study who were asked to draw pictures about health perception, at the end 82 drawings were handed in. According to the results nurses and physiotherapists have the most detailed health perception, as their pictures involved the most aspects of lay health perception. The most emphasis was on *physical* (95.1%), *social* (89%) and *emotional* (87.8%) aspects. Furthermore, the environment also was of great importance pointing out that an important component of health is to be out in the clean, fresh air. It can be concluded that the health perception of the involved students reflect the bio-psycho-social approach. We plan to repeat the study at the end of the second semester, as the comparison might show whether the *health pedagogy and development* course has improved the health perception of future health care providers.

*Keywords:* health care, students, health perception

## IRODALOM

1. Kovács J.: „Bioetika, orvosi etika.” In: Buda B.–Kopp M. (szerk.): *Magatartástudományok*. Budapest, Medicina, 2001. p. 293–311.
2. Csabai M.: „Az egészségpszichológia mint diszciplína.” In: Buda B.–Kopp M. (szerk.): *Magatartástudományok*. Budapest, Medicina, 2001. p. 159–175.
3. Ewles L.–Simnett I.: *Egészségfejlesztés – Gyakorlati útmutató*. Medicina, 2013. p. 30.
4. Paulik E.–Molnár R.–Müller A. (2003): „Az egészségügyi felsőoktatásban tanulók véleménye az egészségről és a betegségről.” In: *Lege Artis Medicinae*, 13 (3): 246–249.
5. Pridmore P.–Bendelow G. (1995): „Images of health: exploring belief of children using the 'draw and write' technique.” In: *Health Education Journal*, 54: 473–488.
6. Pikó B.–Bak J. (2005): „A gyermekek egészség- és környezet-tudatosságának alakítása.” In: *Iskolakultúra*, 15 (5): 54–60.



# Foglalkozás-egészségügyi kockázatok önértékelése a nemzetközi migráció területén dolgozók körében

Dr. Marek Erika,<sup>1</sup> Dr. Katz Zoltán,<sup>1</sup> Dr. Berényi Károly,<sup>1</sup>  
Dr. Baráth Árpád,<sup>2</sup> Csepregi Péter,<sup>3</sup> Dr. Huszár András,<sup>3</sup>  
Dr. Szilárd István<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar

<sup>2</sup>Pécsi Tudományegyetem, Bölcsészettudományi Kar

<sup>3</sup>Nemzeti Közszolgálati Egyetem, Rendészettudományi Kar

## Bevezetés

Kutatások igazolják, hogy az *Európai Unió* tagállamainak területén több mint 50 millió bevándorló él, és számuk éves átlagban kb. 1 millió fővel gyarapszik. (1) A háborúk, az üldöztetés és a természeti katasztrófák elől, vagy a jobb megélhetés reményében menekülők befogadása és sikeres integrációja – a humanitárius szempontokon túl – az Unió előregedő társadalmában gazdasági szempontból is rendkívül fontos. Az utóbbi évekre jellemző, ugrásszerűen felgyorsult migráció – különös tekintettel a nem uniós tagállamokból érkezőkre – azonban nem elhanyagolható egészségügyi, népegészségügyi kockázatot hordoz. Az *Egészségügyi Világszervezet (WHO)* éves kiadványaiban (2) jól nyomon követhető, hogy bizonyos *indikátor-betegségek* (tbc, AIDS, stb.) előfordulása a migráció szempontjából küldő vagy eredet-országban sokszorosa ugyanezen megbetegedések cél- vagy fogadó országon belüli gyakoriságának. (3) Bizonyos, a védőoltásoknak köszönhetően az Unióban már gyakorlatilag eradikáltnak tekinthető, ún. *védőoltással megelőzhető megbetegedések (Vaccine Preventable Diseases, VPDs, pl. difteria, pertussis, morbilli, poliomyelitis)* a kül-

dő országokban – elsősorban a közegészségügyi hálózat fejletlensége, illetve a nem megfelelő vakcinációs fegyelem miatt – még napjainkban is gyakoriak. Ezen betegségek fogadó országokban történő újbóli megjelenése (*re-emerge*) tekinthető a migrációval együttjáró legjelentősebb egészségügyi kockázatnak.

A Magyarországon élő bevándorlók száma kb. 250 000 fő, kb. 40%-uk szintén nem uniós tagország állampolgára. Hazánk 2007-ben csatlakozott a *Schengeni Egyezményhez*, és földrajzi elhelyezkedéséből adódóan az *Európai Unió* schengeni övezetének keleti, délkeleti határát alkotja. Aki átlépi ezt a határt, gyakorlatilag további határellenőrzés nélkül eljuthat Európa nagy részébe, így már a csatlakozást követő évben is rohamosan nőtt a távoli földrajzi területekről érkező, illegális határsértők száma. A *Schengeni Információs Rendszer (SIS, 2008)* adatai szerint pl. az ukrán határszakaszon 41%-kal emelkedett a számuk (67%-ban pakisztániak, 27%-ban szomáliaiak, afgánok, irakiak, palesztinok és bangladesiek). (3)

2013 első felében azonban korábban soha nem látott menekültáradat érte el hazánkat. Ennek hátterében – részint – egy jogszabályváltozás állt, mely megszüntet-



A kutatás a TÁMOP 4.2.4.A/2-11-1-2012-0001 azonosító számú *Nemzeti Kiválóság Program – Hazai hallgatói, illetve kutatói személyi támogatást biztosító rendszer kidolgozása és működtetése konvergencia program* című kiemelt projekt keretében zajlott. A projekt az *Európai Unió* támogatásával, az *Európai Szociális Alap* társfinanszírozásával valósul meg.

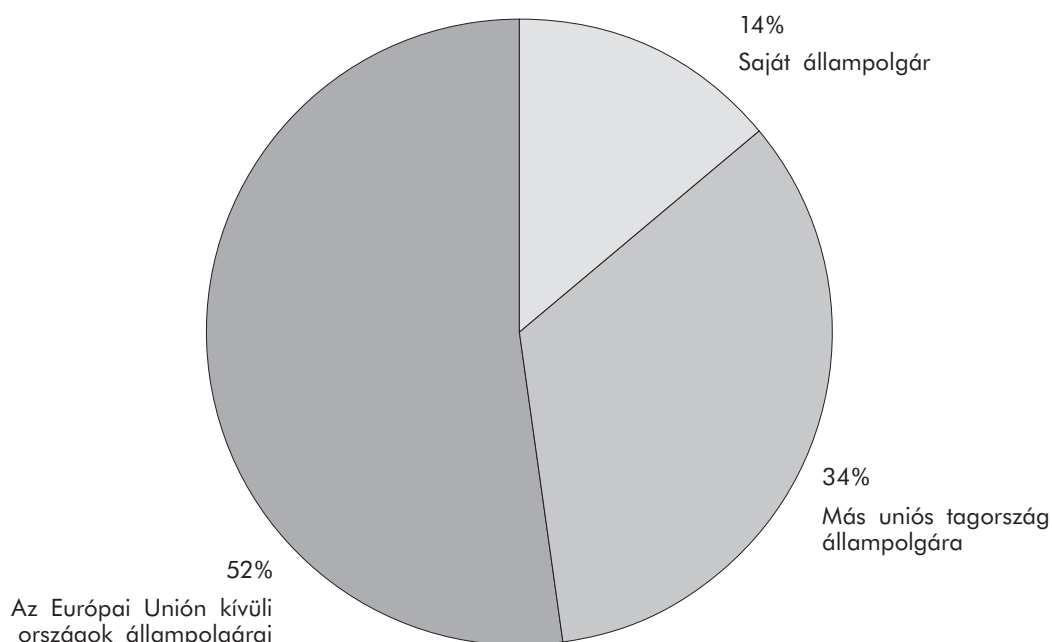
### LEVELEZÉSI CÍM:

Dr. Marek Erika, Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Műveleti Medicina Tanszék.

Postacím: 7624 Pécs Szigeti út 12. Telefon: +36-72-536-000/35337-es mellék. E-mail: erika.marek@aok.pte.hu

1. ábra

**Az EUROSTAT adatai alapján az Unió tagállamainak területére érkező migránsok több mint fele nem uniós tagállamokból érkezik (4)**



te az illegális menedékkérők idegenrendészeti őrizetbe helyezésének kötelezettségét, és lehetővé tette, hogy aki hazánkba érkezik, és menedékjogi kérelmet nyújt be, azt – legalitásától függetlenül – ún. „nyitott” objektumban, menekülteket befogadó állomáson kell elhelyezni. Ennek a szabályozásnak köszönhető, hogy 2013. januárja és augusztusa között több, mint 15 ezer menedékjogi kérelmet nyújtottak be hazánkban. A meglévő befogadó állomások megteltek, a korábban idegenrendészeti fogdaként működő intézményeket rövid időn belül nyitott menekülttáborokká kellett alakítani, és számos új – ideiglenes és hosszú távú – létesítményt kellett kialakítani (pl. Nagyfa, Vámosszabadi). A menedékkérők nagy része azonban hazánkra továbbra is tranzitországgként tekint, és hosszabb-rövidebb itt-tartózkodást követően továbbutazik Észak-, illetve Nyugat-Európa felé. A menedékkérők engedély nélküli távozása és a menekültügyi eljárással való visszaélés magas arányára tekintettel 2013. július 1-jétől bevezették a menekültügyi őrizetet, mint önálló jogintézményt, mely szerint a menedékkérők őrizetére vonatkozó szabályokat az idegenrendészeti szabályozástól világosan el kell különíteni. Ez nem jelenti azt, hogy minden menedékkérő automatikusan őrizetbe kerül. A hatóság akkor dönthet így, ha a menedékkérő személyazonossága, állampolgársága nem megállapított, veszélyt jelent Magyarország nemzetbiztonságára, vagy ha megpróbált

a hatóságok elől elrejtőzni. (5) A menekültügyi őrizet bevezetését követően ugyan kismértékben, de mérséklődött a hazánkba érkező menekültáradat (2013. első felében 11.747 kérelem, majd 2013. július 1.–2013. szeptember 6. között 3.393 beadott kérelem, *BÁH*-adatok).

A Pécsi Tudományegyetem Orvostudományi Karán működő Migrációs Egészségügyi Tanszék 2005-ös megalakulásától kezdve jelentős szerepet vállal a migrációs-egészségügy hazai javítása érdekében mind a kutatás, mind a képzés területén. 2007–2009 között az *International Organization for Migration (IOM)* együttműködésével (az *Európai Bizottság* és a magyar állam támogatásával) nemzetközi felmérést végzett az új schengeni határhoz vezető mentén, a magyar, szlovák és lengyel határszakaszokon (*Increasing Public Health alongside the New Eastern-European Schengen Borders, PHBLM-projekt*). A projekt fő célja a határmenti közegészségügyi biztonság feltérképezése volt. (3) Eredményeik rávilágítottak mind az alapvető infrastruktúrális problémákra (pl. nem volt kézmosó az orvosi vizsgálóban), mind pedig a határőr személyzet ismereteinek hiányosságaira a migránsokkal kapcsolatos egészségügyi kockázatot illetően.

Jelen kutatás célja a 2007–2009-es felmérés kisebb volumenű hazai utánkövetése, továbbá a vizsgálatok kiterjesztése a menekülteket befogadó állomások dolgozóira. Felmérésünk során feltérképeztük a határrendészeti ki-

1. táblázat

**A felmérésben résztvevők szociodemográfiai adatai**

	<b>ÖSSZ.</b> n=70 %	<b>HRK</b> n=35 %	<b>ŐSZ</b> n=22 %	<b>MBÁ</b> n=13 %	<b>p-érték</b>
<b>Nem</b>					
Férfi	70.0	82.9	68.2	38.5	<b>0.011</b>
Nő	30.0	17.1	31.8	61.5	
<b>Kor</b>					
18–29 között	14.3	17.1	13.6	7.7	0.475
30–39 között	52.9	54.3	54.5	46.2	
40–49 között	27.1	28.6	22.7	30.8	
50 év felett	5.7	0.0	9.1	15.4	
Minimum		22	23	27	
Maximum		44	59	52	
Átlag (SD)		34.94 (6.1)	37.14 (7.92)	40.0 (7.75)	
<b>Képzettségi szint</b>					
Középiskolai érettségi	62.9	65.7	68.2	46.2	<b>0.031</b>
Egyetemi/főiskolai oklevél	25.7	28.6	9.1	46.2	
Doktori fokozat	0.0	0.0	0.0	0.0	
Egyéb	11.4	2.9	22.7	7.7	
<b>Foglalkozás jellege</b>					
Egészségügyi dolgozó	15.7	0.0	27.3	38.5	<b>0.001</b>
Nem-egészségügyi dolgozó	84.3	100.0	72.7	61.5	
<b>Családi állapot</b>					
Egyedülálló	18.6	25.7	4.5	23.1	0.45
Házass	41.4	37.1	50.0	38.5	
Élettársi kapcsolatban él	25.7	20.0	36.4	23.1	
Elvált/özvegy	12.9	14.3	9.1	15.4	
Nem válaszolt	1.4	2.9	0.0	0.0	
<b>Gyermekeinek száma</b>					
0	35.7	37.1	27.3	46.2	0.776
1	22.9	20.0	31.8	15.4	
2	32.9	31.4	31.8	38.5	
3 vagy több	5.7	5.7	9.1	0.0	
Nem válaszolt	2.9	5.7	0.0	0.0	

*n = válaszadók száma*

*Ha  $p < 0.05$ : 5%-nál kisebb a valószínűsége annak, hogy az adott érték véletlen eredménye*



rendeltségek, őrzött szállások és befogadó állomások egészségügyi és nem egészségügyi dolgozóinak ismereteit és attitűdjeit az őket érő mindennapos, migránsokkal kapcsolatos fizikai és mentális egészségügyi kockázatokról.

## Anyagok és módszerek

2013 áprilisa és szeptembere között anonim kérdőíves módszerrel vizsgáltuk a határrendészeti kirendeltségek (HRK), őrzött szállások (ŐSZ) és menekülteket befogadó állomások (MBÁ) dolgozóinak ismereteit és attitűdjeit a mindennapi munkavégzés során őket érő, nemzetközi migrációval együttjáró foglalkozás-egészségügyi kockázatokról. Tíz helyszínen összesen 70 dolgozót kérdeztünk meg, egészségügyi alkalmazottakat és nem-egészségügyi (többségében rendészeti) feladatokat ellátó dolgozókat egyaránt. A vizsgálatokat megelőzően – telefonos egyeztetést követően – személyesen felkerestük az adott intézmény vezetőjét, akit tájékoztattunk kutatásaink céljairól és módjáról. A vezető – beleegyezését követően – kijelölt egy intézményi kontaktszemélyt, aki a felmérések későbbi lebonyolításában segítségünkre volt. A kontaktszemély tájékoztatta kollégáit a kutatásról, akik – amennyiben részt kívántak venni – aláírtak egy beleegyező nyilatkozatot, és kitöltötték kérdőívünket. Ezt követően a kontaktszemély a kérdőíveket és a beleegyező nyilatkozatokat (az anonimitás biztosítása érdekében) külön, lezárt borítékban összegyűjtötte össze visszaküldte számunkra. A felkeresett 10 helyszínből egy esetben – többszöri megkeresésünk ellenére – nem kaptunk vissza kitöltött kérdőíveket, így ezt a helyszínt kizártuk az analízisből. A válaszadói ráta 78%-os volt, a kiadott 90 kérdőívől 70 kérdőívet kaptunk vissza. A kutatásban való részvétel önkéntes és ellenszolgáltatás nélküli volt.

A felmérés eszköze anonim, önkitöltős kérdőív, 43, többségében zártvégű kérdéssel. A kérdések demográfiai adatokra, az elvégzett egészségügyi képzésekkel kapcsolatos adatokra, a munkavégzéssel együttjáró biológiai, kémiai és mentális kockázatokra, a fertőző betegségekre vonatkozó ismeretekre (tünetek, terjedés, megelőzés, stb.) és a megelőzéssel kapcsolatos viselkedésre, attitűdökre vonatkoztak. A kérdőív részben megegyezik a már említett 2008-as PHBLM nemzetközi kutatás során alkalmazott interjúfelvételi lappal, azonban egyes területeken átdolgoztuk (a kérdőíves felmérés módszeréhez alkalmassá alakítottuk), valamint további kérdésekkel egészítettük ki.

*A kutatás során kiválasztott és meglátogatott helyszínek a következők voltak:*

1. Határrendészeti kirendeltségek/határátelők helyek a schengeni határ ukrán, román és szerb határszakaszain: Záhony, Ártánd-Biharkeresztes, Nagylak, Szeged-Röske; 2. Őrzött szállások: Nyírbátor, Kiskunhalas,

Budapest-Reptér; 3. Menekülteket befogadó állomások: Debrecen, Békéscsaba, Bicske

## Statisztikai analízis

A statisztikai adatok feldolgozása SPSS 21.0 programcsomaggal történt. Minden változó esetében leíró statisztikai elemzések és gyakorisági táblázatok készültek. A nominális változók esetében (nem, munkavégzés helye és típusa) Pearson-féle  $\chi^2$ -tesztet és Fisher-féle egzakt-tesztet végeztünk. A sorrendi változók összehasonlítására Mann-Whitney-teszt és Kruskal-Wallis-teszt készült. Az értékelésnél kitűzött döntési szintnek az orvosi és biológiai problémák esetén használatos 5%-os értéket fogadtuk el.

## Eredmények

### *A vizsgált populáció szociodemográfiai jellemzői*

A kutatás látóterébe került összesen 70 fő, migránsokkal/menedékkérőkkel közvetlen kapcsolatban álló dolgozó nagy része (70,0%) férfi, többségük nem-egészségügyi dolgozó (84,3%). Az 1. táblázat mutatja a felmérésben résztvevők egyes szociodemográfiai adatait.

A kérdőívek kiértékelését nemenként, a három, különböző feladatkört ellátó intézmény-típus szerint, valamint a munkavégzés jellege szerint végeztük el.

### *A kémiai, biológiai és mentális kockázatoknak való kitettség önértékelése*

A 2. táblázat adatai a kutatásban résztvevők egyes biológiai, környezeti és mentális kockázati tényezőknek való kitettségét ismertetik saját becsléseik alapján. Az 'emberi váladékokkal (széklet, vizelet, nyál, stb.)', valamint 'emberi szervezetből származó mintákkal (pl. vér)' való érintkezés – érthető módon – inkább az egészségügyi dolgozók számára jellemző kockázati tényező, de viszonylag gyakran érintkezhetnek munkavégzésük során ezekkel az anyagokkal azok is, akik nem egészségügyi feladatokat látnak el (37,3%). A munkavégzés során tapasztalt 'kellémetlen szag' a megkérdezettek többségét (70%) gyakran érinti, különösen a menekülteket befogadó állomásokon, ott is főleg az egészségügyi alkalmazottak körében.

### *Az egészségügyi tájékozottság értékelése*

A kutatás során alkalmazott kérdőívünk egyes kérdései a dolgozók egészségügyi tájékozottságának szubjektív önértékelésére vonatkoztak, míg más kérdések révén



2. táblázat

**Biológiai, környezeti és mentális kockázati tényezőknek való kitettség munkavégzés során (önértékelés)**

	ÖSSZ.	Nem			Foglalkozás jellege			Munkahely típusa			
	n=70 %	Férfi n=49 %	Nő n=21 %	P- érték	Eü-i n=11 %	Nem eü-i n=59 %	P- érték	HRK n=35 %	ŐSZ n=22 %	MBÁ n=13 %	P- érték
Kémiai anyagokkal való érintkezés											
Soha	57.1	51.0	76.2	0.166	72.7	54.2	0.412	51.4	59.1	69.2	0.556
Nagyon ritkán	24.3	28.6	14.3		9.1	27.1		28.6	18.2	23.1	
Néha	8.6	8.2	9.5		9.1	8.5		8.6	13.6	0.0	
Gyakran	7.1	10.2	0.0		0.0	8.5		8.6	4.5	7.7	
Mindig	2.9	2.0	4.8		9.1	1.7		2.9	4.5	0.0	
Emberi váladékkal való érintkezés (széklet, vizelet, nyál)											
Soha	31.4	30.6	33.3	0.791	18.2	33.9	0.124	42.9	27.3	7.7	0.137
Nagyon ritkán	24.3	24.5	23.8		18.2	25.4		20.0	27.3	30.8	
Néha	25.7	30.6	14.3		27.3	25.4		20.0	31.8	30.8	
Gyakran	15.7	12.2	23.8		36.4	11.9		11.4	13.6	30.8	
Mindig	2.9	2.0	4.8		0.0	3.4		5.7	0.0	0.0	
Emberi testből származó mintákkal való érintkezés (pl. vér)											
Soha	68.6	79.6	42.9	<b>0.002</b>	27.3	76.3	<b>0.000</b>	82.9	54.5	53.8	<b>0.02</b>
Nagyon ritkán	17.1	14.3	23.8		27.3	15.3		14.3	27.3	7.7	
Néha	10.0	4.1	23.8		18.2	8.5		2.9	18.2	15.4	
Gyakran	4.3	2.0	9.5		27.3	0.0		0.0	0.0	23.1	
Mindig	0.0	0.0	0.0		0.0	0.0		0.0	0.0	0.0	
Kellemetlen szag											
Soha	0.0	0.0	0.0	0.503	0.0	0.0	0.05	0.0	0.0	0.0	<b>0.012</b>
Nagyon ritkán	8.6	4.1	19.0		9.1	8.5		11.4	4.5	7.7	
Néha	21.4	26.5	9.5		0.0	25.4		25.7	22.7	7.7	
Gyakran	40.0	44.9	28.6		36.4	40.7		51.4	31.8	23.1	
Mindig	30.0	24.5	42.9		54.5	25.4		11.4	40.9	61.5	

a dolgozók tényleges ismereteiről igyekeztünk objektív képet kapni. A 3. táblázatban ismertetett adatok alapján a migránsokkal közvetlenül érintkező dolgozók többsége (62,9%) a 'világszerte gyakori és veszélyes fertőző betegségekről' átlagos ismeretekkel rendelkezik, mindössze 16% körüli azok aránya, akik az átlagosnál magasabb szintűre értékelik saját ismereteiket. Érthető módon, arányaiban az egészségügyi dolgozók körében, valamint a befogadó állomásokon tapasztalható az egészségügyi ismeretek magasabb szintű önértékelése. Figyelemreméltó, hogy pl. a HRK-ken, illetve a határát-

kelőhelyeken dolgozó, migránsokkal legelőször találkozó határrendészeti dolgozók közel fele (48,6%) gyengének, illetve nagyon gyengének értékelte saját ismereteit a fertőző betegségek jeleit, tüneteit illetően.

Ezeket az arányokat objektív kérdéseink is igazolták. Amikor a dolgozóknak egy megadott listáról kellett néhány felsorolt fertőző betegség terjedési módjait azonosítaniuk, legjobban az egészségügyi dolgozók teljesítettek. (Azonban a vártnál sajnos ők is gyengébben: csupán a megkérdezettek kevesebb, mint fele – 45%-a – adott a kérdések 75%-ára, vagy ennél többre helyes választ.)



2. táblázat (FOLYTATÁS)

**Biológiai, környezeti és mentális kockázati tényezőknek való kitettség munkavégzés során (önértékelés)**

	ÖSSZ.	Nem		Foglalkozás jellege			Munkahely típusa				
	n=70 %	Férfi n=49 %	Nő n=21 %	P- érték	Eü-i n=11 %	Nem eü-i n=59 %	P- érték	HRK n=35 %	ÖSZ n=22 %	MBÁ n=13 %	P- érték
Por/szennyeződés											
Soha	8.6	4.1	19.0	<b>0.01</b>	45.5	1.7	<b>0.000</b>	0.0	13.6	23.1	<b>0.088</b>
Nagyon ritkán	8.6	2.0	23.8		27.3	5.1		8.6	13.6	0.0	
Néha	24.3	24.5	23.8		18.2	25.4		17.1	27.3	38.5	
Gyakran	22.9	30.6	4.8		9.1	25.4		22.9	27.3	15.4	
Mindig	35.7	38.8	28.6		0.0	42.4		51.4	18.2	23.1	
Fizikai erőszakkal való fenyegetettség											
Soha	34.3	26.5	52.4	0.188	36.4	33.9	0.718	37.1	31.8	30.8	0.712
Nagyon ritkán	30.0	36.7	14.3		18.2	32.2		37.1	22.7	23.1	
Néha	22.9	22.4	23.8		45.5	18.6		8.6	36.4	38.5	
Gyakran	7.1	10.2	0.0		0.0	8.5		8.6	9.1	0.0	
Mindig	5.7	4.1	9.5		0.0	6.8		8.6	0.0	7.7	
Traumatikus események szemtanúja											
Soha	41.4	40.8	42.9	0.75	36.4	42.4	0.113	57.1	18.2	38.5	<b>0.016</b>
Nagyon ritkán	32.9	36.7	23.8		9.1	37.3		28.6	45.5	23.1	
Néha	20.0	18.4	23.8		27.3	18.6		14.3	31.8	15.4	
Gyakran	5.7	4.1	9.5		27.3	1.7		0.0	4.5	23.1	
Mindig	0.0	0.0	0.0		0.0	0.0		0.0	0.0	0.0	
Szóbeli erőszakkal való fenyegetettség											
Soha	17.1	8.2	38.1	0.628	27.3	15.3	0.821	20.0	13.6	15.4	0.565
Nagyon ritkán	25.7	32.7	9.5		18.2	27.1		28.6	22.7	23.1	
Néha	18.6	22.4	9.5		9.1	20.3		20.0	13.6	23.1	
Gyakran	34.3	36.7	28.6		45.5	32.2		25.7	50.0	30.8	
Mindig	4.3	0.0	14.3		0.0	5.1		5.7	0.0	7.7	

n= válaszadók száma

Ha  $p < 0.05$ : 5%-nál kisebb a valószínűsége annak, hogy az adott érték véletlen eredménye

**Az egyes fertőző betegségekkel való megfertőződés kockázatának önértékelése**

Válaszadóinkat megkértük, hogy értékeljék a felsorolt fertőző betegségekkel való megfertőződésük kockázatát. A HRK-en dolgozók vélik úgy leginkább, hogy kiemelkedő kockázatnak vannak kitéve (10–30% vs. 20% alatt). A HRK-k dolgozói a felsorolt fertőző megbetegedések közül a legmagasabb kockázatot a Hepatitis B-nek, a tbc-nek és a hasmenéssel járó fertőzéseknek tulajdonították (50% felett), míg a rühösséggel való megfertőződés-

től a befogadó állomások dolgozói tartanak a legjobban (62%). Válaszadóink a szifilisszel és a maláriával való megfertőződést tartják a legkevésbé valószínűnek (12% alatt).

**Néhány kiválasztott megelőző/védőintézkedés alkalmazása fertőző beteggel való érintkezés gyanúja esetén**

Kérdőívünk egyes kérdései kitértek a fertőző betegségekkel szemben alkalmazott megelőző/védekező mód-

3. táblázat

**Az egészségügyi tájékozottság értékelése**

	ÖSSZ.	Nem		Foglalkozás jellege			Munkahely típusa				
	n=70 %	Férfi n=49 %	Nő n=21 %	P- érték	Eü-i n=11 %	Nem eü-i n=59 %	P- érték	HRK n=35 %	ŐSZ n=22 %	MBÁ n=13 %	P- érték
Ismeretei a világszerte gyakori és veszélyes fertőző betegségekről											
Nagyon gyenge	1.4	2.0	0.0	0.058	0.0	1.7	0.144	2.9	0.0	0.0	<b>0.022</b>
Gyenge	20.0	24.5	9.5		9.1	22.0		31.4	13.6	0.0	
Átlagos	62.9	61.2	66.7		63.6	62.7		60.0	72.7	53.8	
Jó	12.9	12.2	14.3		18.2	11.9		2.9	13.6	38.5	
Nagyon jó	2.9	0.0	9.5		9.1	1.7		2.9	0.0	7.7	
Ismeretei a leggyakoribb fertőző betegségek jeleiről és tüneteiről											
Nagyon gyenge	5.7	8.2	0.0	<b>0.002</b>	0.0	6.8	<b>0.007</b>	5.7	9.1	0.0	0.105
Gyenge	30.0	36.7	14.3		9.1	33.9		42.9	22.7	7.7	
Átlagos	51.4	49.0	57.1		54.5	50.8		45.7	54.5	61.5	
Jó	11.4	6.1	23.8		27.3	8.5		5.7	13.6	23.1	
Nagyon jó	1.4	0.0	4.8		9.1	0.0		0.0	0.0	7.7	
Ismeretei a leggyakoribb fertőző betegségek terjedési módjairól											
Nagyon gyenge	4.3	6.1	0.0	<b>0.031</b>	0.0	5.1	<b>0.001</b>	2.9	9.1	0.0	<b>0.008</b>
Gyenge	22.9	30.6	4.8		0.0	27.1		34.3	18.2	0.0	
Átlagos	58.6	49.0	81.0		54.5	59.3		60.0	54.5	61.5	
Jó	11.4	14.3	4.8		27.3	8.5		2.9	18.2	23.1	
Nagyon jó	2.9	0.0	9.5		18.2	0.0		0.0	0.0	15.4	
Ismeretei a leggyakoribb fertőző betegségek megelőzésének módjairól											
Nagyon gyenge	1.4	2.0	0.0	0.05	0.0	1.7	<b>0.001</b>	0.0	4.5	0.0	<b>0.007</b>
Gyenge	5.7	8.2	0.0		0.0	6.8		8.6	4.5	0.0	
Átlagos	51.4	55.1	42.9		18.2	57.6		68.6	45.5	15.4	
Jó	31.4	26.5	42.9		36.4	30.5		22.9	31.8	53.8	
Nagyon jó	10.0	8.2	14.3		45.5	3.4		0.0	13.6	30.8	
A kiválasztott fertőzések (8) terjedési módjainak ismerete											
Jó válaszok aránya											
Kevesebb, mint 25%	2.9	2.0	4.8	0.956	0.0	3.4	0.054	2.9	4.5	0.0	<b>0.001</b>
26–50%	22.9	24.5	19.0		9.1	25.4		31.4	18.2	7.7	
51–75%	50.0	49.0	52.4		45.5	50.8		45.7	72.7	23.1	
Több, mint 75%	24.3	24.5	23.8		45.5	20.3		20.0	4.5	69.2	

n= válaszadók száma

Ha p < 0.05: 5%-nál kisebb a valószínűsége annak, hogy az adott érték véletlen eredménye



szerekre is. A legáltalánosabb módszernek a kézmosás tekinthető, az egészségügyi dolgozók 100%-a, a nem-egészségügyi dolgozóknak 95%-a 'mindig' alkalmazza munkája során. Mind az egészségügyi dolgozók (90% felett), mind a nem egészségügyiek körében (67,8%) jellemző a gumikesztyű használata. A feltételezhetően fertőző beteg elkülönítését leginkább az őrzött szállásokon alkalmazzák (68,2% vs kb. 25% a másik két objektumban), míg a kérdéses személyt leginkább a befogadó állomásokról szállítanák kórházba (38,5%). A fertőtlenítőszer használata főleg azokra az objektumokra jellemző, ahol a migránsok hosszabb-rövidebb ideig tartósan tartózkodnak (őrzött szállás és befogadó állomások: 90% felett), de a határátkelőhelyek alkalmazottainak többsége is (71,4%) mindig használ fertőtlenítőszer, ez főleg kézfertőtlenítő. A helyi ÁNTSZ értesítését elsősorban az egészségügyi dolgozók tekintették feladatuknak ('gyakran', illetve 'mindig' válaszok 80% felett). A leggyakrabban rendelkezésre álló megelőző/védő módszerek a gumikesztyű, a kézfertőtlenítő és a szájmaszk, ezek általában mindig, mindenki rendelkezésére állnak (70–80%).

### *Egyes kiválasztott tünetek súlyosságának értékelése, egészségügyi intézkedés fogantatásának szükségessége (pl. elkülönítés)*

A kutatásban résztvevők értékelték egyes kiválasztott tünetek súlyosságát, bizonyos egészségügyi intézkedések fogantatásának (pl. elkülönítés) szükségességét. Válaszadóink a leginkább riasztó tünetnek, mely sürgősen további intézkedést igényel (55%<) az eszméletvesztést és a sárgaságot tekintették, legmagasabb arányban a nők (80%), illetve az egészségügyi dolgozók (90%). Válaszadóink 20–30%-a számára a hányás, a mellkasi vagy alhasi fájdalom, a dermedtség, illetve a kiütések is rendkívül figyelemfelkeltő tünetek. Általánosságban elmondható, hogy a felsorolt tünetek megjelenése esetén a határátkelőhelyek és a menekülteket befogadó állomások alkalmazottaival összehasonlítva leginkább az őrzött szállások alkalmazottai vélik úgy, hogy további intézkedésre van szükség (különösen az eszméletvesztés, a hasmenés, a reszketés, a szorongás, az erős köhögés és a szapora légzés esetén), míg a kiütések és a hányás a nem-egészségügyi dolgozók számára a legriasztóbbak, különösen a határátkelőhelyeken.

### *Képzettség, a munkáltató által szervezett képzése(ke)n való részvétel*

A kutatásban résztvevők képzettségével, valamint a munkáltatójuk által szervezett képzése(ke)n való rész-

vételükkel kapcsolatosan számos kérdést tettünk fel. (4. táblázat) Ahogyan már korábban említettük (1. táblázat), válaszadóink többsége középfokú képesítéssel/érettségivel rendelkezik, míg kb. 25% a felsőfokú végzettségűek aránya. Ez utóbbiak többsége jellemzően a befogadó állomásokon dolgozik: pedagógusok, szociális munkások, illetve menekültügyi főreferensek, míg a HRK-ken a diplomások többnyire alosztályvezetők.

Viszonylag magas, 70% azok aránya, akik részt vettek már valaha a munkáltatójuk által szervezett egy vagy több szakmai képzésen, továbbképzésen, főleg rendészeti témákban (bűnmegelőzés, okmányvizsgálat, lövészet, stb.). Migrációval kapcsolatos továbbképzésben alig minden 6. válaszadó vett részt (16%), jellemző módon inkább az egészségügyi dolgozók (pl. multikulturális képzés). A pszichológiai, mentálhigiénés, stresszoldó, konfliktuskezelési és kommunikációs tréningeket válaszadóink 11,4%-a említette, elsősorban a menekülteket befogadó állomások alkalmazottai (30,8%). A felmérésben résztvevő alkalmazottak közel negyede (22,9%) soha nem vett részt semmilyen, munkáltató által szervezett továbbképzésen.

### Megbeszélés

Kutatásaink eredményei alapján megállapíthatjuk, hogy a hazánkba érkező migránsokkal, menedékkérőkkel első körben találkozó, velük foglalkozó rendészeti és egészségügyi dolgozók fokozott fizikai és mentális foglalkozás-egészségügyi kockázatnak vannak kitéve mindennapos munkavégzésük során. Az egészségügyi dolgozók 63,7%-a 'gyakran', míg a rendészeti dolgozók 37,3%-a érintkezik 'alkalmanként' emberi testből származó váladékokkal (széklet, vizelet, nyál). Traumatikus eseményekkel leggyakrabban a menekülttáborok dolgozói szembesülnek, ahol a menedékkérők hosszabb időt is eltölthetnek, mialatt kérelmeik elbírálására várnak (akár 1 év is lehet). A szóbeli erőszakkal való fenyegetettség gyakori mentális kockázatnak tekinthető: a válaszadók 35%-a 'gyakran', további 5%-a 'állandó' verbális fenyegetettségnek van kitéve munkája során, a menekültek részéről megnyilvánuló agresszív fellépést, illetve fenyegetettség-érzést a helyszínbejárások és elbeszélgetések során az egészségügyi dolgozók számos alkalommal szóvá tették (pl. drogfüggő menekültek esetén, akik a gyógyszerekre próbálják megközelíteni). A gyakori fertőző betegségek jeleinek és tüneteinek ismerete a dolgozók önértékelése szerint gyenge, mindössze 12,8%-uk értékelte saját ismereteit 'jó'-nak vagy 'nagyon jó'-nak. A rendészeti dolgozók 80%-a, az egészségügyi dolgozók 55%-a nem rendelkezik megfelelő (75% feletti) ismeretekkel a fertőző betegségek terjedési módjait illetően, és ez nagyban hozzájárulhat



4. táblázat

Munkáltató által szervezett képzése(ke)n való részvétel

	ÖSSZ.	Nem		p-érték	Foglalkozás jellege			Munkahely típusa			
	n=70 %	Férfi n=49 %	Nő n=21 %		Eü-i n=11 %	Nem eü-i n=59 %	p- érték	HRK n=35 %	ÖSZ n=22 %	MBÁ n=13 %	p- érték
Részt vett	70.0	67.3	76.2	0.393	100.0	64.4	0.069	62.9	77.3	76.9	0.562
Szakmai továbbképzések (rendészeti, bűnmegelőzési, lövészet)	31.4	38.8	14.3		9.1	35.6		31.4	31.8	30.8	
Migrációval kapcsolatos képzések (pl. egészségügyi, multikulturális, stb.)	15.7	6.1	38.1		36.4	11.9		14.3	13.6	23.1	
Pszichológiai, mentálhigiénés, relaxációs, konfliktuskezelő, kommunikációs, stb.	11.4	8.2	19.0		18.2	10.2		2.9	13.6	30.8	
Egyéb (pl. önvédelem, nyelvtanfolyam, online kurzusok, stb.)	12.9	16.3	4.8		0.0	15.3		2.9	31.8	7.7	
Részt vett, de nem írta, hogy milyen	12.9	12.2	14.3		36.4	8.5		8.6	22.7	7.7	
Nem vett részt	22.9	22.4	23.8		0.0	27.1		28.6	13.6	23.1	
Nem tudja/NV	7.1	10.3	0.0		0.0	8.5		8.5	9.1	0.0	

NV= nincs válasz, n= válaszadók száma

Ha  $p < 0.05$ : 5%-nál kisebb a valószínűsége annak, hogy az adott érték véletlen eredménye

a fertőző megbetegedések kockázatainak és következményeinek alacsonyabb szintű megértéséhez. A fertőző betegségekkel szemben leggyakrabban alkalmazott megelőző módszer a gumikesztyű, a szájmasc és a fertőtlenítőszer használata, ezek az esetek 70–80%-ában a dolgozók rendelkezésére is állnak.

A migrációval együttjáró egészségügyi kockázatokkal kapcsolatos ismeretbeli hiányosságok akadályozhatják a táborkban dolgozó személyzetet a menedékkérők/menekültek számára nyújtott megfelelő szintű egészségfejlesztési, betegségmegelőzési tevékenység végzésében, holott a migránsok számára rendkívül fontos lenne, hogy már a kezdetektől fogva felkészítsék őket arra is, hogy jövőbeni munkahelyeiken milyen egészségügyi kockázatokkal kell majd szembesülniük, megküzdniük. Továbbá ha a dolgozók nincsenek tisztában saját, fokozott foglalkozás-egészségügyi kockázataikkal, nem valószínű, hogy komolyan mérlegelni fogják a szükséges megelőzési módszerek alkalmazását, kockáztatva ezzel

saját, kollégáik és családtagjaik egészségét. Fontos szempont, hogy a migránsok felkészüljenek mind ismeretben, mind motivációban az egészségügyi szolgálattal való együttműködésre jövőre lakhelyükön. Ez egyben a befogadó közösségbe való sikeres integrációjuk lényeges eleme, és előfeltétele a közösségi szintű egészségfejlesztési programokba való bekapcsolódásuknak is. Erre számukra már a befogóállomásokon képzési programokat lenne szükséges indítani. Végül, de nem utolsósorban, a migránsokat ellátó személyzet nem megfelelő szintű foglalkozás-egészségügyi ismereteinek –következésképpen az ismeretek nem megfelelő gyakorlati alkalmazásának – súlyos közegészségügyi konzekvenciái lehetnek a teljes fogadó társadalomra nézve, beleértve a védőoltással megelőzhető megbetegedések esetleges újbóli megjelenését is.

Eredményeink felhívják a figyelmet arra, hogy jelentős hiányosságok vannak a migránsokkal/menekültekkel első vonalban dolgozók képzési programjában a nemzet-



közi migráció egészségügyi vonatkozásait illetően. Felmérésünkben világossá vált, hogy a munkáltatók által szervezett továbbképzések elsősorban szakmai, rendészeti területeket érintenek (bűnmegelőzés, okmányvizsgálat, lövészet, önvédelem, stb.), alkalmanként pszichológiai, mentálhigiénés programokkal (konfliktuskezelési, kommunikációs, interkulturális tréningek) kiegészülve, ugyanakkor nem tartalmazzak migrációs-egészségügyi ismeretek fejlesztésére irányuló ismereteket (pl. fertőző betegségek megelőzése, stb.).

Tanulmányunk betekintést nyújt a hazánkba érkező migránsokkal, menedékkérőkkel elsőként találkozó, őket ellátó, velük legközelebbi kapcsolatban álló rendészeti és egészségügyi dolgozók saját, foglalkozás-egészségügyi kockázataikkal kapcsolatos önértékelésébe, a fertőző betegségek megelőzésével kapcsolatos ismereteikbe, és tájékoztatást ad a személyzet által végzett képzésekről három különböző, a migránsok ellátására specializálódott intézményben: határrendészeti kirendeltségeken, őrzött szállásokon és menekülteket befogadó állomásokon. Eredményeink megerősítik, hogy jelentős hiányosságok vannak a dolgozók egészségügyi kérdésekben való tájékozottságában, és ennek több szempontból is súlyos következményei lehetnek, beleértve a dolgozók fokozott foglalkozás-egészségügyi kockázatát, a migránsok európai munkaerőpiacra való beilleszkedésének akadályoztatását, valamint populációs szinten a fogadó országok fokozott kockázatát a védőoltással megelőzhető megbetegedések újbóli megjelenését illetően. Eredményeink alapján arra következtethetünk, hogy hiányosságok vannak a dolgozók képzési, továbbképzési programjában, nevezetesen a nemzetközi migráció foglalkozás-egészségügyi, közegészségügyi vonatkozásaival kapcsolatban, és szükséges lenne ezeket a hiányosságokat mielőbb hathatósan pótolni. Az átfogó, szakmailag megalapozott ismeretek fokozhatják a dolgozóknál a preventív szemlélet kialakulását, így a betegségmegelőző módszerek tudatos alkalmazását is, hozzájárulva a fokozott foglalkozás-egészségügyi és közegészségügyi biztonsághoz. Mindezt rendkívül fontos lenne számukra célzott, jól szervezett és megfelelően kidolgozott oktatási, továbbképzési programokat fejleszteni, rendszeres továbbképzésükbe beiktatni. Még hatékonyabb lenne a migrációs egészségüggyel kapcsolatos ismereteket mind az egészségügyi, mind a rendészeti dolgozók graduális képzésébe beépíteni. Végül szeretnénk felhívni a figyelmet arra is, hogy a nemzetközi migrációval együttjáró fokozott foglalkozás-egészségügyi kockázatok, beleértve a távoli földrészekről érkező menekültekkel kapcsolatos, mindennapos fizikai és mentális kontaktust, mindeztidáig nem kaptak kellő figyelmet hazánkban, sem az egészségügyi ellátórendszer, sem pedig az egészségügyi döntéshozók részéről. A helyzet javítását szolgáló, újonnan kidolgo-

zásra kerülő képzési programok hatásainak folyamatos monitorozása, a visszajelzések alapján a programok további fejlesztése szükséges ahhoz, hogy megismerjük azok hatékonyságát és valódi értékét.

## Összefoglalás

2008-ban a *Pécsi Tudományegyetem, Migrációs-egészségügyi Tanszékcsoportjának* munkatársai a közegészségügyi biztonság feltérképezését célzó kutatásokat végeztek az új schengeni határ mentén. Öt évvel később, 2013-ban kutatócsoportunk újabb felméréseket végzett a korábbi kutatások utánkövetéseként, továbbá kiterjesztette vizsgálatait egyes, menekülteket befogadó állomásokra is (Debrecen, Bicske, Békéscsaba). Anonim, önkéntes kérdőíves felmérés során a felmérésben résztvevő, egészségügyi és rendészeti dolgozók foglalkozás-egészségügyi kockázataikkal kapcsolatos ismereteit vizsgáltuk (10 helyszínen összesen 70 fő). Eredményeink a dolgozók fokozott fizikai és mentális foglalkozás-egészségügyi kockázataira hívják fel a figyelmet. Az egészségügyi dolgozók 63,7%-a 'gyakran', míg a rendészeti dolgozók 37,3%-a érintkezik 'alkalmanként' emberi testből származó váladékokkal napi munkavégzése során (széklet, vizelet, nyál). A gyakori fertőző betegségek jeleinek és tüneteinek ismerete a dolgozók önértékelése szerint gyenge. A kutatásban résztvevők alig egyhatoda (15,7%) vett részt korábban migrációval kapcsolatos továbbképzésen, mely többnyire az interkulturális kompetenciák fejlesztésére irányult, nem érintette a migráció egészségügyi vonatkozásait.

Az eredmények alapján a szerzők felhívják a figyelmet arra, hogy rendkívül fontos lenne a hazánkba érkező menekültekkel első körben találkozó dolgozók számára a migráció egészségügyi vonatkozásaival kapcsolatos témákban képzési programokat kidolgozni és lebonyolítani. Az ilyen programok nagymértékben hozzájárulhatnak mind a dolgozók foglalkozás-egészségügyi, mind pedig a fogadó országok közegészségügyi biztonságának fokozásához.

*Kulcsszavak:* közegészségügyi biztonság, foglalkozás-egészségügyi kockázatok, a migráció egészségügyi vonatkozásai

## Abstract

In 2008 a research was conducted with the participation of the UP-MS aiming to study the public health safety alongside the new Schengen borderline. In 2013 our research group designed a follow-up research and extended the investigations to reception centers. Awareness related to occupational health hazards of the staff (total 70 participants) was investigated through



anonymous questionnaire survey. Results demonstrated an increased biological and mental health risk among those working with migrants: 63,7% of the health-care workers 'frequently' and even 37,3% of the non-health-care staff come into contact with human secretion (faeces, urine, saliva) 'sometimes'. Self-assessed awareness of the sign and symptoms of infectious diseases was poor. Only 15,7% of participants had taken part previously on specific, migration-related training program, which generally dealt with intercultural issues, and did

not related to health-care aspects of migration. Based on the results, authors hope that those will provide evidence to the necessity of developing and conducting training programs concerning migration-health issues for employees working with migrants. This may contribute to an increased occupational health safety of the staff, as well as to an increased public health safety of the host countries.

*Keywords: public health safety, occupational health hazards, migration-health issues*

## IRODALOM

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs (2009): *International Migration 2009*. [http://www.un.org/esa/population/publications/2009Migration\\_Chart/ittmig\\_wall-chart09.pdf](http://www.un.org/esa/population/publications/2009Migration_Chart/ittmig_wall-chart09.pdf)
2. World Health Organization: *World Health Statistics 2012*. [www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2012/en](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en)
3. Szilárd I.–Baráth Á.: „Migráció és egészségügyi biztonság: új foglalkozás-egészségügyi kihívások.” In: *Pécsi Határőr Tudományos Közlemények*, 2011;12:269–78.
4. [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-SF-08-098/EN/KS-SF-08-098-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-08-098/EN/KS-SF-08-098-EN.PDF)
5. Kormányportál, Belügyminisztérium: <http://www.kormany.hu/hu/belugyminiszterium/hirek/julius-1-jetol-bevezethetik-a-menekultugyi-orizetet>



## Felelősség magunkért, egészségünkért, családunkért és Földünkért

**Dr. Tompa Anna: Globalizáció és egészség**

Prof. Dr. Simon Tamás

A Magyar Rákellenes Liga elnöke

*„Ha egy évre plántálsz, búzát vetsz, ha tíz évre, gyümölcsfát ültetsz, ha száz évre plántálsz, tanítod a népet.” (Régi kínai közmondás)*

**A**mottóban jelzett mondás mindenképpen eszünkbe kell, hogy jusszon, ha kezünkbe vesszük Dr. Tompa Anna *Globalizáció és egészség* című, közel 250 oldalas művét. A könyv kiváló összefoglalása egy művelt, az ismeretátadásra elkötelezett, az emberért és az emberiségért felelős értelmiségi féltő gondolatainak.

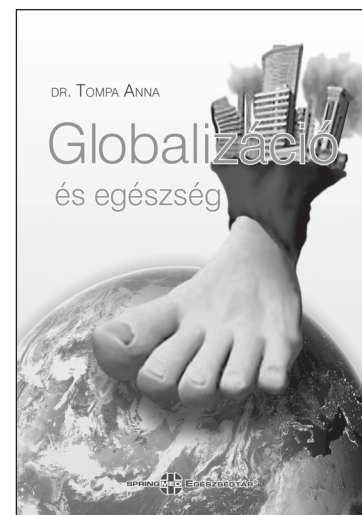
Mitől kell félnünk? Attól, hogy az ember tevékenysége a 20. század közepe óta olymértékben elszakadt a mindennapi szükségletek kielégítésének megalapozásától, hogy jelentősen fenyegeti az emberiség jövőjét, életben maradását is. Kétségtelen tény, hogy a globalizációnak vannak előnyei, többek között a tudomány fejlődése, és eredményeinek a lakossághoz való eljutása, a megnövekedett születéskor várható átlagos életkor, a civilizáció terjedése, a közlekedés fejlődése, az információáramlás és az egészségesebb életre való lehetőség. De vannak a globalizációnak veszélyei is. Ha a fenti előnyökkel nem úgy élünk, hogy azok igénybevétele ne ártson, hanem használjon, akkor a határok lebontása uniformizáláshoz, az egyéniség elvesztéséhez, és a Föld rablógazdálkodással való kizsákmányolásához vezethet.

Dr. Tompa Anna könyve átfogó képet ad a globalizáció előnyeiről, hátrányairól, és fölhívja a figyelmet arra, hogy mindannyian, egyénileg, családiról, közösségre és társadalmilag fel kell, hogy ismerjük az előnyök hasznunkra fordításának, valamint a hátrányok felismerésének és elkerülésének lehetőségeit.

A könyvnek öt nagy fejezete van: 1. *A mentális környezet*; 2. *A környezetszennyezés*; 3. *Az általános járványtan*; 4. *Az életmód és egészség*; 5. *A krónikus, nem fertőző betegségek*.

A szerző minden fejezetben rövid, áttekinthető ismertetést ad arról, hogy a fejezet tanulmányozása során milyen kérdésekre kell figyelni.

*A mentális környezet* című fejezetben általános képet kapunk arról, hogy milyen egyéni felelősségünk van az emberi élet kialakulásának védelmében a fogamzásgátlástól a terhességig, magzatvédelmen át a gyermekvállalás kérdéseiben, illetve a gyermekek egészséges fejlődésében. Kitér arra, hogy az orvostudomány fejlődésének eredményeképpen az egész világon jelentősen csökken a csecsemőhalandóság, tehát sokkal többen megérik a felnőttkort. Fel kell készülnünk arra, hogy a „természetes kiválogatódás” folyamatába a modern tudomány dicséretesen bele tud szólni, de számolnunk kell azzal is, hogy számosan megérik a felnőttkort olyanok is, akik régen erre nem voltak képesek. Különösen fontos a mentálhigiénés fejezet, mely a gyermeki lélek fejlődésének sajátosságairól, a stresszkezelés, a szorongás kialakulásáról, megelőzé-



séről, az öngyógyításról, és a kamaszkor veszélyeiről értekeznek. Ebben a fejezetben – a felsorolt témakon kívül – még számos megfontolandó gondolatot találunk a szülői, a pedagógusi, a közösségi és a társadalmi felelősségről, abból a megfontolásból, hogy várt gyermekek szülessenek, szeretetteljes körülmények között szocializálódjanak, és elkerülhető legyen a magárahagyottság, a magányosság és az elkallódás. A fejezetben megadott megoldási lehetőségek megfontolandóak.

Ugyancsak az első fejezetben jelentős ismeretekre tehetünk szert a természet és az ember viszonyának átalakulásáról, a környezet és az egészség kapcsolatairól, de ugyanez az alfejezet ad tudományosan megalapozott ismereteket a környezeti ártalmak és a kóros pszichés állapotok összefüggéseiről, a mentális betegségekről és a neurotoxikus hatásokról, valamint az agresszív magatartásformák kialakulásáról, a depresszióról és a családon belüli erőszakról is.

A könyv második fejezete a *környezetszennyezéssel* foglalkozik. Összefoglalja azokat a 20. század közepe óta gyakran hangoztatott, bár sajnos kevésbé elfogadott ismereteket, melyeket a kemizáció egészségre tett hatása foglal magában. Foglalkoznunk kell a levegőszennyezés, a légkondicionálás, az ivóvíz-kérdések, a közmuólló, a hulladékok keletkezése, az üvegházhatás és a klímaváltozás egészségre gyakorolt hatásaival is. Különösen elgondolkodtatóak az 1992-ben, Rio de Janeiróban, a globális katasztrófa elkerülésére összehívott konferencia gondolatai, valamint az 1997-ben, Kyotóban megrendezett konferencia nyilatkozata, melyben az üvegházhatást okozó gázok kibocsátásának csökkentésére szólítanak fel. A könyv érzékelteti, hogy jó szándék mutatkozik a környezeti katasztrófák elkerülésére, de mint közismert, hogy „*ajó szándék kevés, több kell, az értelem*”. A szándéktól a cselekvésig, az egységes, az emberiség érdekében kifejtett cselekvésig még sajnos igen hosszú út vezet. A hosszú úton járni megfelelő sebességgel kell, hogy nehegy lekéssük a védelmi lehetőségeket. Ebben a fejezetben a szerző a sugárzásokról, a sugárzások elleni védelemről és a környezeti toxikus anyagok elleni védelem lehetőségeiről is beszámol.

A harmadik fejezet a *klasszikus járványtanról* szól, korszerű ismeretekkel kiegészítve. Állást foglal abban, hogy a 20. század legfőbb egészségnyereséget biztosító tevékenysége a járványos fertőző betegségek visszaszorítása volt, de felhívja a figyelmet arra is, hogy nem dőlhetünk elégedetten hátra, a kórokozók közöttünk vannak, a kidolgozott védelmi rendszerek folyamatos működtetése, karbantartása, fejlesztése ugyancsak napirenden van. A 20. század végén feltűnt új, globális fenyegetést jelentő fertőző betegségek, mint pl. a HIV-fertőzés arra hívják fel a figyelmet, hogy vannak még ismeretlen, járványveszélyes ágensek, és hogy a járványvédelmi éberség, illetve az egyéni felelősség – a személyi higiéné szabályainak betartásától a védőoltások lehetőségeinek szélesítésén keresztül a megfelelő hálózat működtetéséig – folyamatosan fennáll.

Az *életmód és egészség* című fejezet merőben új felfogásban tárgyalja a címben foglaltakat, ugyanis az emberi életmódnak az egészség fenntartásában játszott szerepét hangsúlyozva négy összetevőt emel ki, ezek köré csoportosítva az egészség védelmének lehetőségeit. Az *Egészségügyi Világszervezet* „*A világ egészségi és egészségügyi helyzete*” című kiadványában aláhúzza, hogy az egészséget az egészségmagatartás alábbi szabályainak ismerete és betartása alapvetően meghatározza:

- a dohányzás, a drogfogyasztás elkerülése,
- a túlzott alkoholfogyasztás elkerülése,
- egészséges táplálkozás és étrend,
- rendszeres testmozgás, fizikai aktivitás.

Ha az ember józanul gondolkodik, akkor a fenti négy szabály betartása logikus lenne, de az emberiség több, mint egyharmada dohányzik, a felnőtt lakosság jelentős része visszaél az alkohollal, az egészséges táplálkozás szabályait vagy nem ismeri, vagy ha ismeri, nem tartja be, és a civilizáció káros mellékhatásaként egyre inkább leszokik a mozgásról. Ezek a káros, a fenti szabályok be nem tartása miatt követett magatartásformák azt eredményezik, hogy bár a megszületett gyermekek jelentős része megéri a felnőttkort, de a felnőttek az 50. év betöltése után jelentős százalékban az életminőséget befolyásoló betegségekkel élnek együtt. A recenzens egyetemi óráin 40 éven keresztül tanította diákjainak, hogy a dohányzó gyermekeit még felneveli, de unokáinak már nem fog örülni, az alkohollal visszaélő már gyermekeit sem tudja felnevelni, és aki drogozik, annak már gyermekei sem lesznek. Bár a könyvben ezt így nem fogalmazzák meg, de kiténik, hogy a szerzővel azonos úton járunk. Szólnunk kell arról is, hogy az egészséges táplálkozás szabályainak ismertetése nem elégszik meg a túlsúly és az elhízás következményeinek taglalásával, hanem az





ellenkező végletre is, az alultápláltságra, az anorexiára és a bulimiára is kitér. Különös előnye ennek a fejezetnek a kábítószerokról, ezek kultúrtörténetéről, 20. századi elterjedéséről, egyéni, közösségi és társadalmi veszélyeiről adott ismeretek összefoglalása. Kitér a könyv az élelmiszerbiztonságra, az élelmiszerekkel való visszaélés veszélyeire és a tudatos, egészséges táplálkozás védő lehetőségeire is.

A könyv utolsó fejezete a 21. század egyik legnagyobb egészségi és egészségügyi problémájával, *az idült, nem fertőző betegségekkel* foglalkozik. Recenzióm előző részében is említettem, hogy az átlagéletkor kitolódásának egyik nem kívánt hatása, hogy ahogyan az ember öregszik, egyre több idült betegséggel találkozik, és meg kell tanulnia ezekkel együttélni, ezeket „karbantartani”, hogy ne keserítsék meg azt az élettartamot, melyet a tudomány haladásával már megnyertünk. Tehát fel kell készülnünk az egyre inkább jelentkező idült betegségekre, és arra, hogy azokat ne sorscapásként, hanem a hosszabb életért való áldozatvállalásként értékeljük. A mozgásszervi betegségektől a keringési, idült emésztőszervi betegségeken, cukorbetegségeken, érzékszervi degenerációkon át a rákbetegségig igen hasznos információkat kapunk, melyeket nem árt tudatosítanunk és a felajánlott elkerülési szabályokat betartanunk.

*Összefoglalva:*

Egy felkészült, kiválóan kommunikáló, értelmiségi orvos helyzetértékelését kapjuk az életünk körülményeit meghatározó tényezőkről, és arról a felelősségről – mely mindannyiunk közös felelőssége –, hogy élvezzük a globalizáció előnyeit, de ismerjük meg, és tudatosan kerüljük a hátrányokat.

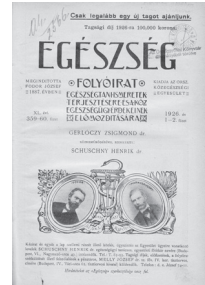
A könyv kiválóan szerkesztett, szépen és jól illusztrált, tudományos értékei mellett is világosan, érthetően fogalmaz. A szép és értékes kiadvány a szerző mellett a kiadót is dicséri.

*(Dr. Tompa Anna: Globalizáció és egészség – Springmed Kiadó, Budapest, 2014.)*





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



## 100 éves életmódtanácsok körvonalaznak egy jelenkori egészségfejlesztési akciótervet?

Solymosy József Bonifác osztályvezető

Országos Egészségfejlesztési Intézet

A korai megvénülés megelőzése már régen foglalkoztatja az orvosokat. Legujabban egy külföldi orvos (MÜLLER) behatóan foglalkozik azzal az érdekes tárgygyal és nem lehetetlen, hogy most már mások figyelme is e kérdés felé fog fordulni. Ha az ember ki akarja kerülni a korai megvénülést, jól teszi, ha két dolgot tart szemé előtt: munkát és mértékletességet. Rendes s ha lehet hosszabb ideig tartó mozgás, Oertel-féle kura, lovaglás, evezés, kerékpározás; továbbá rendszeres mély be- és erőteljes kilélegzés heteken, hónapokon, sőt éveken át. Hetenkint egy nap hosszabb sétára fordítandó, évenként egyszer vagy kétszer nagyobb hegyi tura teendő. Különösen arra kell ügyelni, hogy a tétlenséget ne erősebb mozgás váltsa föl, az átmenet legyen lassú, a mozgás alkalmával pedig a nagyobb megerőltetés kerülendő. – Korlátozni kell az evést, de különösen ivás dolgában kell mértéket tartani. A mértékletességre különösen az 50. életév után van szükség, mert ilyenkor csökken az emésztőképesség. Szeszkes itallal való gyakori visszaélés aláássa testi és szellemi képességeinket. A dohányzás többnyire nem árt, de egyes esetekben mégis megárthat. Kissé különösnek tetszik az a kívánság, hogy az alvás tekintetében is mértéket kell tartani. A hosszú alvás véleményünk szerint nem jár az korrallal, mert tudjuk, hogy az öregek szükséglete csökken; 50 évnél idősebb embernek 6–7 órai alvás (néha 5 órai is) elég. Korai fölkeles föltétlen szükséges az energia fenntartása céljából. Gondot kell fordítani a szellem higiéniájára. Bánat, szellemi tétlenség előmozdítják a korai vénülést. Ezért szükséges, hogy oly emberek, kik előbbi tevékenységüket abbahagyták, keressenek valami foglalkozást, melyben örömet találnak s a mely érdeklődésüket ébren tudja tartani. Sch-

*Egészség, 1899. október. Rövid Közlések, 178. old.  
Az „Egészség” című folyóiratból eredeti helyesírással digitalizálva.  
\*\*\**

Ma már a „korai megvénülés elkerülése” helyett árnyaltabb fogalmakkal dolgozunk, például 2005 és 2007 között Magyarországon a 75 év alattiak halálozásának

30%-a, évente közel 20 ezer haláleset, elkerülhető lett volna a szükséges és megfelelő időben igénybe vett beavatkozással. 2000–2002-ben – 14 uniós tagország sta-





tisztikai eredményeit tekintve – az „elkerülhető halálozás” rangsorában hazánk nőknél az utolsó előtti, férfiaknál az utolsó helyet foglalta el.

Az 1899-ben megjelent írás ugyan a „korai megvénülés” elkerülését vázolja, de modern, korunkban is értelmezhető egészségfejlesztési szakpolitikai programelemeket, akció-körvonalakat is tartalmaz. Egy képzeletbeli népegészségügyi szakpolitikai program fő fejezetei az alábbiak lehetnének: 1. *A népegészségügy irányítási, intézményi rendszerének fejlesztése*; 2. *A finanszírozási rendszer javítása* és 3. *A népegészségügyi szolgáltatások fejlesztése*. Ez utóbbit tovább finomíthatjuk a 3.1. *Betegségmegelőzési programok*; 3.2. *Egészségfejlesztési programok* fejezetek beillesztésével. Utóbbi témakör szempontjából számos, mai szemmel nézve is szükséges/indokolt akció körvonalazódik.

A 115 évvel ezelőtti rövid közlést felhasználva egy napjainkban is értelmezhető, a népegészségügyi programba beilleszthető egészségfejlesztési akcióterv lényegi elemei bontakoznak ki. A cikk címében is említett „korai megvénülés” megelőzését 3.2.1. *A tevékeny, egészséges időskor elősegítése* akcióval támogathatjuk. A cikkben hangsúlyozott időskori aktivitást, munkát mai szóhasználattal pontosítva 3.2.2. *Munkahelyi egészségfejlesztési programok továbbfejlesztése* fejezettel bővíthetjük elképzelt egészségfejlesztési akciótervünket. A testmozgással kapcsolatos megjegyzések is helytállóak, még ha mai értelmezésben inkább így lenne ildomos: 3.2.3. *Az egészséges testmozgás elterjesztése, valamint együttműködések a lakossági (szabadidő)sport újjáélesztésének támogatására*. Az „evés korlátozását” is be kell építenünk egészségfejlesztési akciótervünkbe, pl. 3.2.4. *Az egészséges táplálkozást támogató intézkedések, programok* címmel. A „szeszessitallal való visszaélés” fogalmakörét bővítenünk kellene, 3.2.5. *A függőségek kialakulásának megelőzése és visszaszorítása (például dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás)* pontosítással.

Az, hogy ezen ajánlások 115 évesek, a dohányzás-

sal kapcsolatos megengedő, bagatellizáló hangvétel is jelzi. Erről ma másként vélekedünk, ezt hangsúlyozhatnánk például 3.2.6. *A Dohányzás Leszokást Támogató Országos Módszertani Központ szolgáltatásainak fejlesztése* akció beillesztésével.

Igencsak modern, ma is helytálló, hogy a szerző felhívja a figyelmet a „szellem higiéniájára”, a bánat és a szellemi tétlenség veszélyeire, az örömet nyújtó tevékenységek fontosságára, melyet 3.2.7. *Lelki egészségfejlesztési szolgáltatások bővítése* akcióként fogalmazhatunk újjá.

Bár azt, hogy az *Egészség* című folyóirat 1899-ben rövid cikket szentelt a témának, előremutatónak kell tekintenünk, ma már tudjuk, hogy 3.2.8. *Hatékony, a célcsoportokhoz igazított népegészségügyi kommunikáció megvalósítása* is szükséges.

A több, mint 100 éves „akcióterv” adós marad néhány olyan gondolattal, melyek a népegészségtan, mint tudomány az elmúlt évtizedekben történt fejlődéséből fakadnak, így az egészségfejlesztési programokat megvalósító akciók közé be kell illesztenünk a 3.2.9. *Sérülés-megelőzési tevékenységek*, 3.2.10. *Az egészségtudatosság növekedése az oktatás során* című fejezeteket is.

A „hiánypótlást” folytatva fontos szerepet töltene be 3.2.11. *Az alapellátás népegészségügyi tevékenységeinek fejlesztése* akció is. Ez utóbbiban talán érdemes külön hangsúlyoznunk az integrált, népegészségügyi szemléletű alapellátási modell bevezetését; a védőnői kompetenciák továbbfejlesztését; a háziiorvosi indikátorok megerősítését és fejlesztését; s természetesen az egészségfejlesztési irodák működésének támogatását is.

Ne feledjük, hogy a 2011-es népszámlálásnál hazánk lakosságának több, mint 16 százaléka vallotta magát tartósan betegnek (a két évvel korábbi lakossági egészségfelmérés adataival egyezően). A lakosság egészségi állapota európai szinten még mindig a legrosszabbak között van, így a népegészségügyi szakpolitikai program, ezen belül az egészségfejlesztési tevékenységek előbbiekben vázolt akcióinak tematizálása kiemelten fontos.



# CONTENTS

IN MEMORIAM PROF. DR. JÁNOS MÉTNEKI (1914—2014) <b>In Memory of the Founder of Health Education in Hungary</b> Prof. Dr. Tamás Simon	2
TRAININGS	
<b>Impacts Assessment of Public Health Product Tax – Part II.</b> József Bonifác Solymosy, Tamás Joó, Eszter Balku, József Vitrai, Zoltán Vokó; Márta Bakacs, Anna Gódor-Kacsáncsi, Éva Martos	5
<b>ACTION-FOR-HEALTH project implementation – Part II.</b> <b>Health Promotion Action Plan for Reducing Health Inequalities in Sellye Subregion, Hungary</b> Tamás Koós Dr., Éva Fekécs, Éva Járomi, Eszter Lőrök, Ágnes Taller; Ildikó Barta Dr., Katalin Gáspár, Mártonné Frank, Katalin Kovács Dr., Éva Mészáros, Csilla Pandur	13
2014 — INTERNATIONAL YEAR OF THE FAMILY <b>Opportunities for Professionals Focusing on Primary Prevention Approach in Family Crises based on Family Therapy Work Experience</b> Zsuzsanna Kiss Soósné Dr., PhD.	20
SURVEYS	
<b>Health Perception of Students at the College of Health Care</b> Anikó Németh Dr., Klára Kis Bársonyné, Éva Lobánov-Budai	28
<b>Self-Assessment of Occupational Health Risks among Professionals in the field of International Migration</b> Erika Marek Dr., Zoltán Katz Dr., Károly Berényi Dr., Árpád Baráth Dr., Péter Csepregi, András Huszár Dr., István Szilárd Dr.	36
BOOK REVIEW	
<b>Anna Tompa Dr.: Globalization and Health</b> Prof. Dr. Tamás Simon	47
THE MATTER OF HEALTH — PAST AND PRESENT <b>100-year-old Lifestyle Tips Outline a Contemporary Health Promotion Action Plan?</b> Bonifác József Solymosy	50

## Megrendelőlap

Előfizetésben megrendelem az Egészségfejlesztés című lapot ..... példányban.

Előfizetési díj:  1 évre 12 000 Ft  1/2 évre 6000 Ft

Megrendelő (fizető):

Cím: .....

Kézbesítési cím: .....

(csak akkor töltsse ki, ha a fizető cím nem azonos a kézbesítési címmel)

.....  
aláírás

A megrendelőlapot a következő címre borítékban szíveskedjen feladni: Magyar Posta Rt. Telefonos értékesítési csoport  
1900 Budapest