

Tartalom

VEZÉRCIKK

Egészségügyi Világnap – 2005. április 7. 2

SZAKKÉRDÉSEK

Az országos egészségfejlesztő mentálhigiénés felsőoktatási hálózat egy évtizedes tapasztalatai 3
Benkő Zsuzsanna, Erdei Katalin

GYAKORLATI KÉRDÉSEK

Tévé előtt, védetlenül 7
Jarábikné Kernács Erzsébet
Iskolai egészségnevelési programok összeállításának és megvalósításának tapasztalatai – Budapest, 2004/2005. tanév 9
Dr. Pintér Melinda

FELMÉRÉSEK

Sportolási szokások, motivációs tényezők 10–15 éves szegedi és székelyudvarhelyi általános iskolások körében 11
Keresztes Noémi, Pluhár Zsuzsanna, Vass Imre, Pikó Bettina
Táplálkozás-egészségügyi tapasztalatok az óvodai közétkeztetésről Heves megyében 19
Dr. Pozsgai Szabolcs, Jerszi Lászlóné
A média hatása a dohányzásról való leszokásra 27
Dr. Gyenes Monika, Dr. Dézsi Csaba András
A dioxin jellegű környezetszennyező anyagok élelmiszer-biztonsági kockázata Magyarországon 33
Dr. Forgács Eszter, Dr. Szabó Katalin, Tardos Katalin

TOVÁBBKÉPZÉS

Szalutogenezis – „a visszacsapás rugóhatása” 38
Prof. Dr. Varga Károly
Allergiás beteg a családban 43
Dr. Endre László, Dr. Misz Irén Írisz

HELYI KEZDEMÉNYEZÉSEK

Egyéni környezettiszteltet, környezetvédelem és egészséges táplálkozás 46
Dr. Berta András Miklós

AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS TÖRTÉNETÉBŐL

Értekezés a dohányról 1838-ban 50
Dr. Vértés László

HÍREK

Semmelweis Ignác Fülöpre emlékeztek születése évfordulóján 18
Dr. Schmidt Péter–Korompáky Mária–Kálinger József
Egészséges Nemzedékért Alapítvány-díj és oklevél ünnepélyes átadása Győrött 49
Dr. Schmidt Péter–Korompáky Mária
Önkormányzatok az egészség szolgálatában 51
Loránth Ida

Health
Development

EGÉSZSÉG-
FEJLESZTÉS

Az Országos Egészségfejlesztési Intézet folyóirata.

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

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

Főszerkesztő: dr. Misz Irén Írisz

Felelős szerkesztő: prof. dr. Simon Tamás

Szerkesztő: Marton Éva

Angol fordító: Farkas Veronika


Szerkesztőség: OEFI,
1062 Budapest, Andrássy út 82.
Telefon: 428-8200

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

Nyomdai előállítás:
Grafika Press Nyomdaipari Rt.
1101 Budapest, Monori u. 1–3.
Telefon: 261-3633, 262-5747

 Országos
Egészségfejlesztési
Intézet

Egészségügyi Világnap – 2005. április 7.

„Minden anya és gyermek számíton”

A „Minden anya és gyermek számíton” programot az Egészség Világnapján indították újtára, célja meg egyezik a WHO 2005. évi jelentésének fő témájával. Az eseményhez sok országban csatlakoztak, az ünnepélyes megnyitó Új-Delhiben volt.

A WHO idei világegyeztetésében új megközelítést javasol az anyák és gyermekek életének megmentése érdekében.

„A világon évente 10,6 millió gyermek nem éri meg az ötéves kort, és félmillió nő hal meg gyermekszülés közben.

Nők és gyermekek százmilliói nem jutnak hozzá az egészségügyi ellátáshoz, amely megmenthetné életüket” – írja az Egészségügyi Világszervezet jelentésében.

Közel 530 000 asszony hal meg évente terhesség vagy gyermekszülés miatt, több mint hárommillió a halva született csecsemő, és több mint négy millió újszülött veszti életét életének első napjaiban vagy heteiben.

A jelentés megállapítása szerint az öt éven aluli gyermekhalálozás közel 90%-át mindössze hat betegség okozza. Ezek: a születés körüli megbetegedések, főleg a koraszülés, a szülési asphyxia és fertőzések, melyek az összes halálozás 37%-ának okozói; az alsó légúti fertőzések, főleg a tüdőgyulladás (19%); hasmenés (18%); malária (8%); kanyaró (4%) és HIV/AIDS (3%). A halálesetek többsége elkerülhető lenne már létező, egyszerű, megfizethető és hatékony beavatkozásokkal. Ezek közé tartoznak a szájon át történő folyadékpótlás, az antibiotikumok, a malária elleni gyógyszerek és a rovarirtóval kezelt ágyháló, a vitamin és egyéb nyomelemek pótlása, a szoptatás támogatása, az immunizáció, valamint a szakszerű ellátás a terhesség és a szülés alatt. A jelentés az áldozatok

számának csökkentése érdekében ezen beavatkozások szélesebb körű alkalmazását szorgalmazza, és javasolja, hogy az anyák és a gyermekek a terhességet megelőző időszaktól kezdődően a szülésen át a csecsemő gyermekkoráig részesüljenek „folyamatos ellátásban”. Ehhez súlyos beruházásokra van szükség az egészségügyi rendszerekben, különösen a sokkal több egészségügyi szakember, orvos, szülésznő és ápolónő bevonásához. „Az optimális biztonsághoz kivétel nélkül minden nőnek szüksége van a szülés alatt szakmailag képzett személy által nyújtott ellátásra” – áll a jelentésben, hozzátéve, hogy a folyamatos ellátás az újszülött számára létfontosságú az első hetekben.

„Ily módon lehetőség nyílik az emberek milliói életének megváltoztatására – mondta dr. Lee Jong-wook, a WHO főigazgatója. – Elkérülhetetlen, hogy az anyák, az újszülöttek és a gyermekek megkapják a szükséges ellátást.”

A jelentés azokra a fejlődő országokra koncentrál, amelyekben lassú vagy változatlan volt, esetleg visszasett az anya- és gyermekegészségügy fejlődése az elmúlt években. Külön figyelmet kap az újszülöttek helyzete, akik a szétválasztott anya- és gyermekellátási programok miatt speciális igényeikkel „két szék között a pad alá kerültek”.

A legújabb adatok szerint abban a 75 országban, ahol a legsúlyosabbak a gondok, a népegészségügyre fordított összes kiadás 97 milliárd \$-t tesz ki évente. A jelentésben közölt számítások szerint ezt az összeget évente átlagosan 9 milliárd dollárral kell növelni a következő tíz évben, hogy ezekben az országokban az ellátás szintje elérje vagy meghaladja a millenniumi célokban megfogalmazottakat.

A jelentés megállapítja, hogy az anya-, újszülött- és gyermekellátás-

ból történő kizárás az egyenlőtlenség egyik fontos jellemzője, és a célok elérésének egyik legsúlyosabb akadálya. Az anya és a gyermek egészsége „a szegénység és egyenlőtlenség elleni küzdelem lényege, emberjogi kérdés”.

Sok országban „számos nő és gyermek nem jut hozzá még a pusztán túléléshez szükséges, legalapvetőbb egészségügyi juttatásokhoz sem”.

„A megkülönböztetés oka gyakran az, hogy valaki szegény vagy nő, ami visszaélést, elhanyagolást, rossz bánásmódot és elégtelen felvilágosítást eredményezhet, mindezt még súlyosbíthatja, hogy az egészségügyi dolgozók néha tudatlanoknak tartják a nőket. A nők ellátása nem mindig a megfelelő időben történik, vagy diszkriminatív, esetleg eredménytelen” – áll a jelentésben.

A jelentés hozzátéveszi, hogy az első és legsürgősebb feladat, hogy rendelkezésre álljon a szükséges egészségügyi személyzet, amely megteremti az anya-, újszülött- és gyermek-egészségügyi szolgáltatásokhoz való széles körű hozzáférést. Az anyák, újszülöttek és gyermekek egészségének felemeléséhez szükséges évi 9 milliárd \$-ból 3,5 milliárd \$ a humán erőforrások további költségeinek fedezésére szolgál. Az egészségügyi dolgozók hiányának és megoszlásuk egyenlőtlenségének felszámolása sok országban jelentős feladat lesz a következő években. A WHO a jelentésben szereplő egyes témákra vonatkozóan politikai cselekvési programokat alakít ki, ösztönzi a kormányokat és a többi érdekeltet a javasolt intézkedések megtételére, valamint anya-, újszülött- és gyermek-egészségügyi programjaik fejlesztésére. A WHO követi és értékeli majd a programokban elért fejlődést.

Forrás: www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr16/en/

Az országos egészségfejlesztő mentálhigiénés felsőoktatási hálózat egy évtizedes tapasztalatai

Egészségfejlesztő felsőoktatási hálózat

Benkő Zsuzsanna, Erdei Katalin

Szegedi Tudományegyetem, Juhász Gyula Tanárképző Főiskolai Kar, Alkalmazott Egészségtudományi Tanszék

Az elmúlt évben a Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Tanárképző Főiskolai Kar Alkalmazott Egészségtudományi Tanszéke és a Magyar Tudományos Akadémia Szegedi Akadémiai Bizottságának Orvostudományi Szakbizottságán belül működő Egészségfejlesztési Munkabizottság közös tudományos ülésen értékelte az egészségfejlesztő mentálhigiénés szakemberképzés egy évtizedes munkáját. A tudományos ülésen minden egyetem és főiskola részt vett, amely a szegedi modell alapján indította el egészségfejlesztő mentálhigiénés képzését, és hosszú ideig a szegedi intézmény kihelyezett tagozataként működött. Az együttműködést a minőségbiztosítást szolgáló szabályok határozták meg. A záróvizsgát az anyaintézmény felügyelte, és minden szakember a Szegedi Egyetem diplomáját kapta meg. Ez alatt az egy évtized alatt váltakozó intenzitással, de szorosan együttműködő hálózatként szemléltettük ezeket az intézményeket. Ebben a munkában a szegedi szakemberek biztosították a többi egyetem, főiskola szakembereinek felkészítését, valamint a folyamatos továbbképzését az egészségfejlesztő mentálhigiénés oktatásra. A továbbképzésbe bekapcsolódtak külföldi szakemberek is.

Ha azt a kérdést tesszük fel, hogy mi indította a szakembereket erre a munkára, akkor a háttérben elsődlegesen a magyar népesség egészségi állapotát tükröző, lesújtó statisztikai adatok, elemzések állnak. Ezek háttérben társadalmi, mentálhigiénés és genetikai természetű okok egyaránt meghúzódnak. A szív- és ér-

rendszeri megbetegedések, a dagantos betegségek, az alkoholizmus, a dohányzás, a neurotikus és pszichoszomatikus kórformák kialakulásában mindhárom fent említett ok szerepet játszik.

A lakosság egészségi állapotának javítására, fejlesztésére az Alkalmazott Egészségtudományi Tanszék az oktatást, a szakemberképzést tekintve kitörési pontnak. Létrehozni egy felsőfokú pályát, hivatást, amelynek ez az egyik alapfeladata.

Saját hazai kutatásaink, nemzetközi és hazai tudományos társasági tapasztalataink alapján jutottunk arra a következtetésre, hogy diplomások számára posztgraduális formában szervezzünk képzést (szakirányú továbbképzési szak). Nemzetközi tapasztalataink alapján *a képzést felsőoktatásba integrált projekt formában indítottuk el*.

Alapvető célunk az volt, hogy az *interszektoralitás* (az egészségfejlesztésben fontos szerepet betöltő összes terület: az egészségügy, az oktatásügy, a gazdaság, az önkormányzatok, a környezetvédelem, a munkaügy, a civil szervezetek, az egyházak, a fegyveres testületek, a média stb.) és a *multidiszciplinaritás* (az egészségfejlesztés, mentálhigiéné területén releváns tudományok: medicina, társadalom-, pszichológia, ökológia) szempontjait figyelembe véve olyan képzést hozunk létre, amely egyszerre képes egészségfejlesztő és mentálhigiénés ismereteket nyújtani különböző előképzettségű diplomások számára. A képzés fontos feladata, hogy a résztvevők – pedagógusok, óvónők, védőnők, menedzserek, népművelők,

lelkészek, orvosok, jogászok, rendőrök, katonatisztek stb. – a képzés alatt lehetőséget kapjanak arra, hogy közös nyelvet alakítsanak ki.

1992-ben indult meg a Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Tanárképző Főiskolai Karán a 2 éves *egészségfejlesztő mentálhigiénés, posztgraduális képzés*, amire az egészségügy, a szociális ellátás, az oktatás, az államigazgatás területein dolgozó különböző szakemberek jelentkeztek. Nem önálló szakma kialakítása volt a cél, hanem az, hogy a képzésben résztvevők *multiplikátorokként* végezzék a megszerzett multidiszciplináris, komplex, elméleti és gyakorlati egészségfejlesztő, mentálhigiénés tudás alapján munkájukat. Így megvalósítják a szektorok közötti átjárhatóságot és a közös nyelv birtokában alapozzák meg a regionális, majd az országos hálózatépítés lehetőségét.

Tekintsük át, milyen munkafeladatot kell ellátnia az egészségfejlesztő mentálhigiénés szakembernek a társadalmi hiány betöltésére. Képzésünkkel milyen *társadalmi követelményeknek* kívántunk megfelelni? Néhány kiemelt munkafeladat:

- Az egészségfejlesztő mentálhigiénés szakember munkája során közvetítse a fiataloknak, a szülőknek, saját munkatársaiknak, a szélesebb lakossági csoportoknak az egészséges életmódot, a test- és egészségkultúrát.
- Formálja a lakosság egyes rétegeinek mentálhigiénés szemléletét. Fejlessze egészségüket felvilágosítás, ismeretközvetítés és gyakorlati programok segítségével.

- Dolgozzon ki és alkalmazzon egészségfejlesztő és mentálhigiénés életmódprojekteket, különböző intézmények szervezeti keretei és feltételei között.
- Segítő-támogató tevékenységet végezzen szükség szerint a tanulóknak, szülők, tanárok és más szakemberek között.
- Szervezzen és irányítson partnerekkel (teammunkában) rekreációs és szabadidős programokat a munkahelyén, az iskolában és az iskolán kívül.

A „mit tegyen?” kérdés után a „*milyen legyen?*” kérdést is feltettük a képzési program megtervezésekor.

A pedagógus pályakörben új szakirány az egészségfejlesztő mentálhigiénikus szak.

Az egészségfejlesztő tanár például, mint a jelentkezők nagy része, közvetítő szerepet tölt be a felnőtt- és a gyermektársadalom között. Munkája tartalmán és hatékonyságán múlik, milyen lesz a felnövekvő nemzedék, a családok gondolkodása, egészségfelfogása és egészség-magatartása. Kifejtett hatását fokozza, hogy igen hosszú az az idő, amit a gyerekek, fiatalok a szakember irányítása alatt töltenek el, éppen az élet legfogékonyabb korszakában.

A más társadalmi területeken dolgozó szakemberek a gyógyítás, az államigazgatás, a tanácsadás, a szervezetfejlesztés, a vezetésirányítás feladataiba ágyazottan alkalmazhatják megszerzett tudásukat, elsajátított módszereiket.

Az egészségfejlesztő mentálhigiénikus szakember munkája az új ismeretek közvetítéséből, készségek, szokások kialakításából, az egészség védelmét, fejlesztését szolgáló lehetőségek, értékek megismertetéséből áll. Sikeres tevékenységének biztosítéka *sokoldalú, kreatív, jó értelmi képességű, gazdag érzelmvilágú, aktív és jó szervezőkészséggel, empátiával, gyors, könnyed kontaktusteremtő képességgel rendelkező érett személyisége.*

A felsorolt – nem teljes körű – személyiségjellemzők magukban foglalják a pályára való alkalmasság feltételeit, és egyben a hivatás személyiség-alakításának a célját.

A korszerű egészségtudományok ismeretközvetítése nem nélkülözheti a megvalósításhoz szükséges adekvát módszereket. Az egészségfejlesztő mentálhigiénikus szakemberek számára az ily módon strukturált képzés szemléletváltozást eredményez. Ennek megvilágítására nézünk két példát:

A hagyományos egészségnevelés helyett az ún. *egészségtanítás* az egészséget állítja a középpontba és *cselekvésre* ösztönöz. Nem az osztályteremben izolált egyénnel, hanem a *természeti, társadalmi környezetbe integrált tanulóval* foglalkozik. (Aki tehát nem izoláltan van a tanteremben, hanem egy településen él, ami sok tekintetben eltér a többitől; aki egy családban él, amely család értékeket, szokásokat, normákat képvisel; akinek barátai, rokonai, szomszédai vannak.)

A tanulás folyamatát *differenciáltan* értelmezzük, a funkcionális tudásszerzés mellett nagy hangsúlyt fektetünk az *értékek értelmezésére, önmagunk észlelésére és a cselekvési képességek megszerzésére.*

Tartós cél a mindenkori döntésben a saját felelősség kialakítása az egészség vonatkozásában.

A *szervezetfejlesztés módszere* az egészségfejlesztésben elsődlegesen arra irányul, hogy *ne csak az okokat tárjuk fel, hanem a feltételek megteremtésére is hangsúlyt fektessünk* az egészséges életmód megteremtéséhez.

A szervezeten belül ezt úgy tudjuk előidézni, hogy csökkentjük a szerepkonfliktusokat, javítjuk az egyének kontrolltudatát, növeljük az elégedettségüket, valamint a szervezeti rendszer logikájához igazodó egészségfejlesztési feladatokat fogalmazunk meg. Ennek színtere lehet az iskola, a kórház, bármely munkahely vagy maga a lakókörnyezet.

Az oktatás, képzés tartalmának, módszereinek, szintjeinek kidolgozása mellett alapfeladatunknak tekintetük a *hálózatépítést.* Ezt több megfontolásból tettük:

- Egy új szakterület elfogadtatása, művelése ellenállásba ütközhet.
- Végzett hallgatóink ezért ne ma-

radjanak magukra, ne izolálódjanak környezetükben. Az egészségfejlesztő, mentálhigiénés célok eléréséhez szükséges motivációs rendszer gyengülhet, elapadhat a nehézségek, valamint „szövetséges” hiányának hatására.

- A tanulmányok elvégzése során megszerzett közös szemlélet, attitűd hatékonyabban érezteti hatását a lakosság egészségfejlesztésében, ha munkacsoportok, teamek közvetítik azt.
- Az összehangolt képzési koncepció közvetítésére legalkalmasabb eszköz egy országos szakemberhálózat kialakítása, megerősítése.
- Országos programok, kutatási feladatok együttes, hálózatszintű szervezése, megvalósítása.
- Közös érdekképviselő megvalósítása.

Az országos hálózat kialakításának munkája a 90-es évek közepére tehető. A képzésbe bekapcsolódott alközpontok:

- Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Főiskolai Kar, Pécs;
 - Pécsi Tudományegyetem, Pedagógiai Főiskolai Kar, Szekszárd;
 - Nyíregyházi Főiskola, Tanárképző Főiskolai Kar, Nyíregyháza;
 - Miskolci Egyetem, Bölcsészettudományi Kar, Miskolc;
 - Széchenyi István Egyetem, Győr;
 - Debreceni Református Tanítóképző Főiskola, Debrecen;
 - Berzsényi Dániel Főiskola, Szombathely.
- Később további két egyetem kapcsolódott a meglévő hálózathoz:
- Semmelweis Egyetem ÁOK, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest;
 - Veszprémi Egyetem, Veszprém.

Eredmények

Az egészségfejlesztő, mentálhigiénikus szakirányú szak oktatásának, képzésének hálózatát nagy gonddal alakítottuk ki. Elsődleges szempontunk volt az *oktatói teamek létre-*

hozása. Feltételként jelöltük meg minden képzési helyen, hogy az egyes tantárgyak oktatói elismert szakemberek legyenek, valamint többéves felsőoktatási gyakorlattal rendelkezzenek. Ennek egyik garanciáját a képzéseknek otthont adó felsőoktatási intézmények (főiskolák, egyetemek) nyújtották.

Az egységes képzés érdekében a részt vevő oktatók felkészülését közös, többnapos konzultációval, eszmecserével segítettük. Ezt követte évente két alkalommal a tananyag felfrissítését és az alkalmazott, speciális módszerek egységesítését, a záróvizsgák eredményeinek közös kiértékelését szolgáló 1–2 napos továbbképzés. A felsőoktatási szakemberek az egyes oktatott diszciplínák képviselői voltak.

Az oktatásképzés öt blokkba csoportosítható:

1. Társadalmi és népegészségtani ismeretek

Az egészségfejlesztés szempontjából releváns társadalmi ismereteket és módszereket közvetíti az alábbi tantárgyakon keresztül: család-, életmód- és egészségpszichológia, etika-bioetika, szociálpolitika, menedzsment, egészségügyi menedzsment, népegészségtan, egészségfejlesztés, egészségpedagógia, szociális munka alapismeretei, statisztika.

2. Lelki fejlődés és fejlesztés blokk

A tantárgycsoport felöleli a pszichológián belül a fejlődéslelektant, a személyiségpszichológiát, a mentálhigiéné és a gyógypedagógia alapjainak megismertetését. A gyakorlati képzés során pedig a hallgatók saját élmény szinten személyiség-, szociális és művészeti készségfejlesztő csoportmunkában vesznek részt.

3. Medicinális ismeretek

A hallgatók a tantárgyblokk segítségével megismerkednek az ember egészséges testi fejlődésével, tájékozódnak a krónikus testi-lelki betegségek szomatikus és mentálhigiénéis vetületeivel, a prevenció és a rehabilitáció értékeivel, tevékenységi területeivel.

4. Tantárgyi integrációk a multidiszciplinaritás megvalósítására

Az egyes diszciplínákhoz több ponton kapcsolódó témákat tantárgyblokkok közötti integráció formájában közvetítjük.

Integrált témáink közül:

– A *család*: pedagógiai, pszichológiai, szociológiai rendszerszemléletű megközelítése az egészség és a mentálhigiéné szempontjából legfontosabb társadalmi kiscsoport árnyalt feldolgozását szolgálja.

– A *devianciák* szociológiai, népegészségtani, pszichológiai szempontú elemzése az alkoholizmus, öngyilkosság, drogfogyasztás, bűnözés problematikájára irányul.

– A *részképességzavarok* témakörét a gyógypedagógus, a gyermekpszichiáter és a pedagógiai tudományokat képviselő oktató közösen dolgozza fel.

Az integrációk általában 5 órás ún. mini workshopok keretében valósulnak meg.

5. Terepgyakorlat

A résztvevők a gyakorlatok keretében lehetőséget kapnak arra, hogy megismerjék az egészségfejlesztés és a mentálhigiéné legkülönbözőbb színtereit, és a későbbiekben az adott intézményekben egészségfejlesztő, mentálhigiénikus projekteket dolgoznak ki és valósítsanak meg.

Az egészségfejlesztő mentálhigiénikus szakirányú képzés eredményeként bemutatjuk a végzett szakemberek néhány adatát. A táblázatban figyelemmel kísérhető a szakemberek létszámának alakulása az országos hálózaton belül, valamint a foglalkozás és a település szerinti megoszlásuk (1–3. táblázat).

Amint a táblázatokból is látható, az egészségfejlesztő mentálhigiénikus szakdiplomások az ország egész területén – ha nem is teljesen egyenletes megoszlásban – fejtik ki tevékenységüket. A végzett szakemberek 62%-a pedagógus diplomával rendelkezik. Ez nem jelenti automatikusan azt, hogy mindannyian oktatási intézményben (óvoda, iskola, kollégium) dolgoznak. Pedagógus végzettséggel és egészségfejlesztő mentálhigiénikus szakdiplomával szociális (pl. idősek otthona) vagy egészségügyi intézményekben is dolgoznak szakemberek. A 26%-ot kitevő védőnők és orvosok pedig mindennapi munkájuk során szorosan kapcsolódnak az oktatási intézményekhez is, többen ifjúsági védőnők vagy iskolaorvosok. E tevékenységi lehetőségeiket is szélesíti: bekapcsolódnak az egészségtan tantárgy oktatásába, az osztályfőnöki óra egészségfejlesztő munkájába, iskolai egészségtervek összeállításába, megvalósításába.

1. táblázat. Posztgraduális szakirányú szakképzésben részesült egészségfejlesztő mentálhigiénikus szakemberek száma intézményenkénti megoszlásban

Az intézmény megnevezése	Diplomások száma 1992–2004
SZTE Juhász Gyula Tanárképző Főiskolai Kar – Szeged	269 fő
Kecskeméti tagozat	46 fő
Orosházi tagozat	21 fő
Széchenyi István Főiskola – Győr	150 fő
Miskolci Egyetem – Miskolc	177 fő
JPTE Egészségügyi Főiskolai Kara – Pécs	19 fő
(1 évfolyam a Műszaki Főiskolán volt)	31 fő
Kölcsey F. Református Tanítóképző Főiskola – Debrecen	60 fő
Nyíregyházi Főiskola – Nyíregyháza	48 fő
PTE Illyés Gy. Pedagógiai Főiskolai Kara – Szekszárd	26 fő
Berzsenyi Dániel Főiskola – Szombathely	84 fő
Összesen	931 fő

2. táblázat. Posztgraduális szakirányú szakképzésben részesült egészségfejlesztő mentálhigiénikus szakemberek szakma szerinti megoszlásban

Szakmák	Százalékos megoszlás (%)	Megoszlás főben
Általános iskolai tanár	24	219
Középiskolai tanár	13	118
Tanítónő	13	118
Óvónő	12	109
Védőnő-orvos	26	237
Szociális munkás	7	64
Egyéb (lelkész, újságíró stb.)	5	48
Összesen	100	913

3. táblázat. Posztgraduális szakirányú szakképzésben részesült egészségfejlesztő mentálhigiénikus szakemberek település szerinti megoszlásban

Település	Létszám (fő)	Arány (%)
Megyeszékhely	366	40,0
Város	280	31,0
Falu, község	267	29,0
Összesen	913	100,0

A település szerinti megoszlásban láthatjuk, hogy a szakemberek kicsit több mint kétharmada város lakó, de a képző intézmények határozott törekvéseinek köszönhetően a végzetek közel egyharmada falvakból, községekből érkezett. Ezt azért tartottuk mindig is fontos szempontnak, mert az egészségesélyek rosszabbak a falvakban, mint a városokban, ahol a szakember-ellátottság is rosszabb.

Tervek

Az egészségfejlesztő mentálhigiénikus szakirányú szak mellett létrejött az egészséggtanár szak. E szakon a képzést 1996-ban kezdtük el főiskolai karunkon. A létszám alakulását a 4. és 5. táblázat mutatja.

Az Oktatási Minisztérium a közoktatási törvényben meghatározott módosítással 2004 februárjában célul tűzte ki, hogy 2004. június 30-ig minden általános iskolában el kell készíteni az *iskolai egészségnevelési, egészségfejlesztési programot*. Ennek elvégzéséhez, végrehajtásához szakképzett tanárok közreműködése szükséges.

4. táblázat. A Szegedi Tudományegyetemen nappali képzésben lévő egészséggtan szakos hallgatók száma

Iskola megnevezése	2000. évtől/ létszám	2004. évtől végzetek száma	
		nappali	levelező
SZTE Juhász Gyula Tanárképző Főiskolai Kar	45 fő	15 fő	31 fő

5. táblázat. A Szegedi Tudományegyetemen jelenleg képzésben lévő egészséggtan szakos hallgatók száma

2004/évfolyam	Nappalis hallgatói létszám Egyetemi/főiskolai	Levelezős hallgatói létszám Egyetemi/főiskolai
I.	11/64 fő	95/182 fő
II.	49 fő	171 fő
III.	25 fő	130 fő
IV.	19 fő	

Egyetlen intézmény adatainak tükrében is világosan látható, hogy Magyarországon visszavonhatatlanul integrálódott a felsőoktatásban az egészségfejlesztő szakemberek többszintű képzése. E fontos nevelési területtel, mint az egészségfejlesztés, valamennyi óvoda, iskola, kollégium pedagógiai programjában foglalkozni kell, sőt a közoktatási törvény 48. § (3) bekezdése elő is írja, hogy „Az iskola nevelési programjának részeként el kell készíteni az iskola egészségnevelési és kör-

nyezeti nevelési programját. Az iskolai egészségnevelési programnak tartalmaznia kell az egészségfejlesztéssel összefüggő iskolai feladatokat.” Az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjában újrafogalmazódott az egészségfejlesztés szerepe és széles körű elterjesztésének szükségessége.

Leszögezhetjük, hogy az általános iskolákban elkészített egészségnevelési, egészségfejlesztési programok megvalósítását képzett szakemberekre lehet és kell bízni. A többéves átmeneti időszak gördülékeny áthidalására szükséges egy jól kidolgozott, országosan bevezetésre kerülő pedagógus-továbbképzési program, amely biztosítja, hogy tájékozott, elemi szinten képessé tett tanárok-tanítók végezzék az egészségfejlesztő iskolai feladatokat.

Összefoglaló

A lakosság egészségi állapotának javítására, fejlesztésére az Alkalmazott Egészségtudományi Tanszék az oktatást, a szakemberképzést tekintette kitorrészi pontnak. Létrehozni az egészségfejlesztő-mentálhigiénikus felsőfokú pályát, hivatást, amelynek ez az egyik alapfeladata. A képzést posztgraduális formában hoztuk létre (szakirányú továbbképzési szak). Nemzetközi tapasztalataink alapján a képzést a felsőoktatásba integrált pro-

jekt formájában valósítottuk meg, a multidiszciplinaritás és az interszektoralitás szempontjait figyelembe véve. A különböző alapképzettségű szakemberek közös képzése nyomán megvalósulhatott a szektorok közötti átjárhatóság, és a közös nyelv birtokában létrejöhetett az országos hálózat 12 hazai felsőoktatási intézmény együttműködésében, a Szegedi Tudományegyetem egészségfejlesztő műhelyének koordinálásában.

Kulcsszavak

Egészségfejlesztés, mentálhigiéne, felsőoktatás, hálózatépítés, szervezetfejlesztés, projekt.

Abstract

For the improvement, development of the health state of the Hungarian population the Department of Applied Health Sciences considered the education of professionals as a point where breaking out is possible. The aim was to create a health promoter – mental health promoter higher career, a profession, one of the basic tasks of which is the above. Education was worked out in a postgraduate form (Master course). On the basis of our international experiences we have realised education in a project form, integrated into higher education, considering the basic principles of multidisciplinary and intersectorality. Following the education of professionals with different first diplomas we could achieve permeability among sectors and in possession of a common language a national network of 12 Hungarian higher education institutes could be set up, coordinated by the Health Promoting Workshop at the University of Szeged.

Keywords

Health promotion, mental health promotion, higher education, networking, organisational development, project.

Tévé előtt, védtelenül

Jarábikné Kernács Erzsébet

Védőnői Körzet, Albertirsa

„Volt egyszer egy kislány, aki mindig a televíziót nézte. Reggelként iskolába ment, mint minden osztálytársa, de délutánonként mindig a tévé elé telepedett, s addig onnan nem moccan, míg el nem jött a lefekvés ideje.

Mivel állandóan tévét nézett, ennek a kislánynak nem voltak barátai, kivéve azok, akik ott bent laktak a televízióban. Ő persze azt hitte, rengeteg barátja van, hiszen a televízió telis-tele volt szimpatikus emberekkel, akik mind a barátainak tűntek. Ott volt például az a rengeteg rajzolt alak – azok mindegyike a barátja volt. Ám a kislány mégis nagyon egyedül érezte magát, hiába voltak körülötte azok a furcsa, tévélakó barátok.

Az iskolában a gyerekek arról meséltek neki, mit játszottak előző nap egész délután. És a szerencsétlen kislány erre azt felelte, hogy ő nem játszadozott, hanem a barátait nézte, amint azok neki játszanak a tévében.

– Jaj nekem! – siránkozott a szerencsétlen kislány. Egyre szerencsétlenebb vagyok! Óh, mennyire szeretném abbahagyni a tévénezést!

De már késő, jaj, nagyon késő volt! Ő már örökre a televízió foglya lett! Nem voltak már saját gondolatai, csak olyanok, amelyek a televízióból jöttek.” (1)

Ez a rövid részlet Roberto Quagliától az identitás elvesztéséről szól. Mi is gyermekünk identitását dobhatjuk oda egy-két óra „nyugalomért” cserébe. Ezzel a dolgozattal az elektronikus média gyermekeinkre gyakorolt káros hatásaira szeretném felhívni a figyelmet. Különös tekintettel arra, hogy mi, védőnők betekintést nyerünk a családok életébe, szokásrendszerébe, és idejekorán fel tudjuk hívni a szülők figyelmét erre a nemkívánatos jelenségre.

Számos ilyen rossz tapasztalatot gyűjtöttem tágabb és szűkebb környezetemben a témáról, ami arra indított, hogy több figyelmet fordítsak erre a nem egyszerű témakörre.

A televízió rátelepedett az életünkre.

A modern technológiának köszönhetően a gyermekek ölébe hull az emberi kultúra legjava, de egyúttal a salakja is. A kommersz „tömegkultúra” rövid távon is nagy hatással van a befogadókra. A gyermek vizuálisan felfogó, ezért a képek hatalma nagyobb, mint gondolkodásunk. Nem árt, ha tisztában vagyunk azal, mekkora és milyen befolyást gyakorol mindez a jövő nemzedékére. Jó, ha a szülő gyanakvással, kellő kritikával közelít még a gyermekműsorokhoz is.

A szülők többsége nem veszi észre, mi az értékes, mi az értéktelen. Leköti energiájukat az anyagi javak megteremtése, ezért kevés idő marad a gyermekükkel való igazi törődésre, beszélgetésre.

Sok helyen a televízió vette át a szülők szerepét, és „előlépett” elektromos „gyerekcsósszé”. Nem kevés azon családok száma sem, amelyek a tévé és a számítógép használatát beépítették a büntetés-jutalmazás rendszerébe.

Jelentős az a tény, hogy a televízió a szülők, majd az oktatási intézmények után a harmadik helyet foglalja el a gyermekek szocializációjában.

Igen destruktívnak tartom azt a ragályként terjedő szokást, hogy a gyermekszobában is van televízió és külön számítógép, mintegy demonstrálva az anyagi, de nem a szellemi jólétet.

Egy rövid statisztika

Csak a magyar vonatkozású adatok egy részét gyűjtöttem ki, az idő rövidege miatt. A Nagycsaládosok Országos Egyesülete (NOE) 1999-ben tévéfigyelési kampányt végzett. A mérést a TV1-en 16 és 21 óra között végezték.

Az előzetesekkel együtt „mindössze” 7 gyilkosságot, 2 támadást, 2 ágyjelenetet regisztráltak egy hét alatt. A képet jelentősen rontotta volna a „Bestia” című sorozat, vagy ha a vizsgálat 21 és 23 óra között történt volna.

A kereskedelmi adókra ezt a megfigyelést nem alkalmazták, mert egyöntetű az a vélemény, hogy azokon a világról közvetített kép még az amerikai-nál is torzabb. Ez nem túlzás, mert egy akciófilm simán „szállít” 15–20 hullát.

Még egy érdekes adalék ehhez: 1999. május 10-én este 20 és 21 óra között a 9 magyar nyelvű tévécsatornából 7 krimi, illetve akciófilmet sugárzott (NOE)!

Itt rá is térek a korlátlan, ellenőrizetlen televíziózás káros hatásaira. Ezt három csoportra osztottam:

- fiziológiai hatások,
- emocionális-mentális hatások,
- szocializációs hatások.

Fiziológiai hatások

Tévénézés közben az agyunk hullámszerkezete megváltozik, olyan lesz, mint alváskor, illetve meditációkor. „De amíg alvás vagy meditáció során ez a »védtelen« központi idegrendszer teljesen elfordul a külvilágtól, és nyitva áll a belső világ hatásainak feldolgozására, rendbetételére, s ezért a meditációból vagy az alvásból pihenten... azonosságérzésünkben megerősödve eszmélünk fel, addig a képernyőbámulás énunktől idegen külső hatásoknak nyit meg bennünket.” (2)

Növeli ezt a hatást, hogy a képernyőt nézve a két szem nem fókuszál – ami a fokozott figyelem és öntudat velejárója – ellenkezőleg, kicsit „széttárt”, hogy a képernyő hatását befogadjuk, és növeli a kiszolgáltatottságot!

A folyamatos villódzás is próbára teszi szemünket, idegrendszerünket. Igen ritkán még az is előfordulhat, hogy a tévéképernyő vagy a számítógép-monitor vibrálása epilepsziás görcsöt indukál.

A csecsemőkori, kisgyermekkori alvászavarok egy részét a televízió hatásának tulajdonítják a szakemberek.

Emocionális-mentális hatás

A szakemberek szinte egybehangzó véleménye alapján 6–7 éves kor alatt igen káros a mozgókép hatása. Pszichológusok vizsgálatai szerint: az

agresszió imprintingje (bevésődése) 0–8 éves korig jelentős. A kisgyermeknek tehát legalább eddig az életkorig kerülni kellene minden ártalmas és „ártalmatlannak tűnő” mozgókép behatását.

Még bábszínház nézése esetén is előfordulhat nemkívánatos reakció. Óvodás korú gyermeknél a mese és a realitás határai elmosódtak. Nem tud különbséget tenni a valóság és a képzelet között.

„A külvilágból és saját világunkból nyert élményeinket, tapasztalatainkat és benyomásainkat folyamatosan fel kell dolgoznunk – *énazonossá* kell tennünk –, hogy megőrizzük személyiségünk integritását. Ez röviden a *belső képzés*. (Ez lehet álomkép, fantáziálás vagy regényolvasás közben keletkező belső képek elképzelése.)

A kisgyermek nagyon jól tud ilyen belső képet készíteni. Mesehallgatás közben látszik a tekintetén, hogy néz egy „belső mozi”. (3) Így válik a mese nagy erejű, mindennapos vigasztalóvá, a szorongások és indulatok feldolgozójává. A kisgyermeknek nagyon nagy a képessége, mert nagyon sok feldolgozatlan élménye van, de nem tud különbséget tenni a külső és belső kép között.

A kisgyermek nem tud elszabadulni a mozgó kép varázsától. Látszik rajta, hogy egyre feszültebb lesz, a haját csavargatja, körmét rágja vagy ugrál a kanapén, de elszakadni nem tud a képernyőtől.

A külső kép azonban nem segít hozzá a feldolgozáshoz, ellenkezőleg, feldolgozatlan információkkal árasztja el, és blokkolja a belső képzést. A feszültségek, indulatok felduzzadnak, feldolgozatlanok maradnak, majd hirtelen agresszióban csattannak ki. Az agresszió nőttön-nő. (Persze az elsődleges ok a családi mintákban és az érzelmi biztonság hiányában keresendő.)

Szocializációs hatás

A tévézés akadályozza a családtagok közötti kommunikációt. A sorozatos, megszokássá váló brutalitás és agresszió érzéketlenséget, fásultságot vált ki.

A televízió: reklámokon alapuló értékválasztásra nevel, kielégítetlen vágyakat kelt és tartós feszültséget gerjeszt. A pénzt, a hatalmat misztifikálja, a személyiséget a sekélyes ideológiák irányába torzítja. Uniformizál. A tévé sztárjai modellértékűek lehetnek. Az attraktív modellt a bizonytalan, könnyen befolyásolható nézők különösen sokan utánozzák. A fiatalkorúak különösen. Megfigyelhető náluk, hogy az általuk csodált „sztárral” olyan mértékben azonosulnak, hogy külső megjelenésükben, mozdulataikban, magatartásukban is utánozzák. Mi van akkor, ha a hitvány hollywoodi produkciók, brutális akciófilmek, a „médiasztárok” élményeit, „erkölcsi üzeneteit” kezdik el feldolgozni a gyerekek?

A pornófilmek kimutatott „imprinting” hatásáról és az agresszió tömkelegéről már nem is beszélnek, valamint arról a jelenségről, amely elhiteleti a „gyanútlan” nézővel, hogy az erőszakos halál, a brutális természetes viselkedési minták, értékek, nem pedig devianciák.

Összegezve: *Georg Gerbner* szerint: „A televízió olyan kulturális erővé vált, amilyen a történelemben eddig csak a vallás volt, mivel csak a vallás képes a valóságról alkotott üzeneteit minden társadalmi csoporthoz eljuttatni úgy, hogy ezáltal egy közös kultúrát hozott létre”.

És végül kérdezhetjük, mit tehetünk mi szülők és szakemberek a médiumok dehumanizációs manővereivel szemben?

A szülők feladata a legfontosabb: a gyerekeinkkel töltött igazi, tartalmas együttlét rendszeres biztosítása. Az őszinte, értékeremtő beszélgetések, a példamutatás. Alternatívák biztosítása a szabadidő eltöltésére, közös családi programok, kirándulások, rendszeres sportolás.

A kisebb gyerekekkel lehetőleg nézzük együtt a meséket, ismeretterjesztő filmeket is, hogy a műsor közben felmerülő kérdéseket megbeszélhessük, az eseményeket tisztázhassuk.

Kiemelem, hogy a korlátlan televíziózás helyett tanítsuk meg a gyereket tudatosan választani a műsorok közül. Minimálisra kell csökkenteni az ún. háttér-televíziózást, ami a dyslexia egyik kiváltó oka a sok kö-

zül. Nagymértékben csökkenti a koncentrációs hatékonyságát.

Nem utolsósorban nekünk – szülőknek – is kritikus nézővé kell válnunk, hogy a gyermekeink előtt jó példával járjunk elől.

Szakemberek feladata: *Vetró Ágnes* felveti, hogy a gyermekek televízió általi veszélyeztetettsége helyet kellene, hogy kapjon a nemzeti egészségvédelemben, hasonlóan a védőoltásokhoz, a helyes táplálkozáshoz. A gyermekorvosoknak, védőnőknek fel kell hívniuk a szülők figyelmét arra, hogy csökkentsék minimálisra gyermekeik televízió nézését. Az Amerikai Gyermekgyógyász Társaság szerint össztársadalmi szinten kellene fellépni az erőszakos tévéadások ellen. Javasolják továbbá, hogy hasonlóan a dohányzás elleni küzdelemhez, a rendelőkben írják ki: „televíziómentes terület”.

Szeretném kezdeményezni ennek hazai megvalósítását a védőnői tanácsadóknak. Vannak kollégák, akik már megtették, átérzve ennek az ügynek a jelentőségét. Nekünk védőnőknek fel kell vállalnunk a szülők felvilágosítását a médiumok káros hatásairól. Segítenünk kell a megfelelő szociokulturális kialakításában. Küzdenünk kell a „videoidiotizmus” kialakulása ellen. Az egészség megőrzése a feladatunk.

Ez beilleszthető a mentális egészségvédelembe. Ezzel hozzájárulhatunk egy egészségesebb nemzedék kialakításához.

Watching TV unprotected

Erzsébet Jarábik Kernács

Irodalom

1. Roberto Quaglia: Mese a szerencsétlen kislányról
 2. Vekerdy Tamás: Fordulópont, PONT Kiadó
 3. Vekerdy Tamás: Fordulópont, PONT Kiadó
- * Késmárki István: Tv-figyelés, Tv-kritika
- * George Gerbner: A gyilkosságot számláló ember
- * Dr. Vetró Ágnes: A televízió veszélyei

Iskolai egészségnevelési programok összeállításának és megvalósításának tapasztalatai

Budapest, 2004/2005. tanév

Dr. Pintér Melinda

ÁNTSZ Budapest Fővárosi Intézete

A felnőttkori krónikus, nem fertőző betegségek megelőzése érdekében kiemelt jelentőséggel bír, hogy az egészséges életmód kialakításához szükséges ismeretek átadása és készségek kialakítása gyermek-, illetve serdülőkorban megtörténjen. A család mellett az iskola a legfontosabb színtér, ahol az egészséges életmódra történő nevelést meg lehet valósítani. Nemzetközi adatok alapján régóta ismert tény a magyar lakosság katasztrofálisan rossz egészségi állapota. Azonban nemcsak az országban, hanem a fővárosban is rendkívül riasztó mutatók jelzik a lakosság rossz egészségi állapotát egyes kiemelt népegészségügyi jelentőségű, nem fertőző betegségek előfordulásában és a miattuk történő korai halálozásban. Ezek a tények hatékony beavatkozást sürgetnek a fővárosi gyermekek körében.

A jövőbeli betegségek megelőzésében a társadalmi, gazdasági és szociális tényezők javításán túl alapvetően fontos a gyermekek, fiatalok jelenlegi nevelése-oktatása arra, hogyan táplálkozzanak egészségesen, miként mozogjanak eleget, miért fontos a káros szenvedélyektől való tartózkodás. Segíteni kell őket abban, hogy rendelkezzenek azon képességekkel, amelyek birtokában a mai, felgyorsult, változó világban meg tudnak küzdeni a naponta adódó problémákkal, konfliktusokkal.

A Nemzeti Népegészségügyi Program ifjúságot érintő célkitűzései között szerepel, hogy következetesen érvényt kell szerezni azon jogszabá-

lyoknak, amelyek biztosítják a gyermek-egészségügyi alapellátásban és az iskola-egészségügyi szolgálatban az egészségfejlesztés szempontjait, továbbá 2005-re el kell érni, hogy minden óvodában, általános és középiskolában az integrált egészségfejlesztési tartalmak közvetítése folyamatos és rendszeres legyen.

Gyermekeink egészsége rajtunk, felnőtteken is múlik, így fontos, hogy a megfelelő figyelmet fordítsunk arra, hogy az oktatási törvény által, 2004. szeptember 1-jétől minden iskola számára kötelezően előírt egészségnevelési programok összeállítása – figyelembe véve az iskola-egészségügyi szolgálat véleményét – és megvalósítása valóban megtörténjen. Segítséget jelentett az iskolák számára az a „segédlet”, amelyet az Oktatási Minisztérium állított össze az iskolai egészségfejlesztési program elkészítéséhez. A fővárosban az iskola-egészségügyi ellátást biztosító szakemberek, az ÁNTSZ egészségfejlesztéssel foglalkozó munkatársai részére tájékoztató előadások hangzottak el az egészségnevelési programokhoz adandó javaslat elkészítésénél figyelembe veendő szempontokat érintően.

Az egészségfejlesztés fontosságát támasztják alá azok a már gyermekkorban is előforduló elváltozások, amelyek előhírnökei lehetnek a felnőttkori krónikus, nem fertőző betegségeknek.

Az elmúlt 5 év iskola-egészségügyi adatai alapján elmondható, hogy a tartási rendellenességek – amelyek hát-

terében elsősorban a mozgásszegény életmód áll – minden korcsoportban, évről évre mindkét nemnél emelkednek. 1999 és 2004 között a tartási rendellenességek előfordulása a fővárosi 5. osztályos fiúknál 3,1%-kal, a 9. osztályosoknál 5,1%-kal, a 11. osztályosoknál 3,6%-kal nőtt, míg ugyan ezen korcsoportokban a lányoknál 1,8%, 1,3% és 2,2%-kal volt több a kiszűrték száma.

Az obesitás miatt kiszűrt tanulók száma is jelentős emelkedést mutat a tanulók körében. A 2003/2004. év budapesti adatai alapján a fiúk köréből kiszűrt tanulók száma nemcsak a 11 évesek (9,4%), hanem már a 15 éves (6,4%) és 17 éves (6,5%) korcsoportban is meghaladja a lányok köréből kiszűrt tanulók számát (7,3%; 6,1%; 5,9%).

A hypertónia tekintetében nagyobb figyelmet kell fordítani a fiúkra, mivel úgy a 15 éves (1,34%), mint a 17 éves (2,77%) korosztályban jelentősen magasabb a kiszűrték száma a 2003/2004. tanévben, mint a lányoknál (0,79%; 0,88%), a fővárosi adatok alapján.

A magyarországi adatok szerint növekszik a fiatalok körében a drogfogyasztás. A 17 éves fiúk 40%-a, a 17 éves lányok 35%-a dohányzik rendszeresen.

Az adatok ismeretében felelősség terhel minden szakembert, akinek feladata a fiatalok egészségfejlesztésének elősegítése, illetve az ezen szakemberek munkájának felügyeletét ellátókat. Mindent meg kell tenni annak érdekében, hogy hatékony egészségfejlesztési programokkal esélyt teremtsenek a jövő generációjának a jelenleginél jobb egészségi állapot elérésére.

Budapesten 20 kerületben, 80 véletlenszerűen kiválasztott általános és középiskolában az iskola-egészségügyi szakfelügyeleti ellenőrző látogatások keretében kérdőíves felmérést végeztünk a kerületi gyermekgyógyász szakfelügyelő főorvosok és vezető védőnők segítségével. A felmérés célja az volt, hogy a Népegészségügyi Program ifjúságot érintő célkitűzéseinek, valamint az oktatási törvény előírásainak a 2004/2005. tanévben

mennyire tettek eleget az iskolák, illetve mennyire valósították meg az együttműködést az iskola-egészségügyi szolgálattal annak érdekében, hogy szakmailag megalapozott, hatékony egészségnevelési programok valósuljanak meg az iskolákban. A kérdőíveket az iskola-egészségügy szakemberei (orvos, védőnő) töltötték ki. A feldolgozás az Excel táblázatkezelő programmal történt.

A felmérés eredményei:

A válaszadó iskolák iskolatípusonkénti megoszlása a következő volt: 27 általános iskola, 23 gimnázium, 18 szakközépiskola, 12 szakiskola.

A válaszadó iskolák 97,5%-a rendelkezett egészségnevelési programmal. Ezen programokhoz az iskola-egészségügyi szolgálat 89,3%-a adott javaslatot, amelyet minden esetben figyelembe vett az iskola vezetése.

Az iskola-egészségügyi szolgálat javaslataiban érintett témakörök: dohányzás megelőzése (100%), egészséges táplálkozás (100%), drogmegelőzés (90%), családi életre nevelés (85,7%), alkoholfogyasztás csökkentése (81,4%). A javaslatok jelentősen kisebb százaléka tartalmazta a daganatos betegségek megelőzése (20%), AIDS, STB, fogamzásgátlás (15,7%), mentálhigiéné (10%), elsősegélynyújtás (10%), serdülőkori problémák (10%), környezetvédelem (10%) témaköröket.

Sajnálatos, hogy a javaslatok a mentálhigiéné programokat csak 10%-ban tartalmazták, mivel a lelki egészségvédelemnek, a megbirkózási stratégiák hatékony alkalmazásának fontos szerepe van az egészség megőrzésében.

Az iskola-egészségügyi szakemberek véleménye szerint az iskolák az alábbi témakörökre helyezték a hangsúlyt: drogmegelőzés (59,45%), családi életre nevelés (54,05%), dohányzás megelőzése (47,3%), egészséges táplálkozás (39,18%), mozgás (21,62%), személyi higiéné (17,56%). A dohányzás és a táplálkozás témakörére kisebb hangsúly került, mint az iskola-egészségügy javaslataiban. Ennek vélhetően az az oka, hogy a pedagógusok számára a drogmegelőzési, életvezetési ismeret-

eket tartalmazó továbbképzések voltak a leginkább elérhetőek, így ezeknek a témáknak érzik a fontosságát és vállalják az oktatását.

A végleges egészségnevelési programot az iskolaorvosok, védőnők 86%-ban ismerték meg. Az egészségnevelési program a felmérésben részt vevő iskolák 23%-ában teljes mértékben, 77%-ában részben valósult meg a felmérés időpontjáig. A tanulók egészségi állapotára vonatkozó felmérés 77%-ukban történt a program összeállítása előtt. A meglepően magas százalék láttán felmerül a kérdés, vajon milyen módszerrel, szakmailag elfogadható módon történtek-e a felmérések. Az iskola vezetése az esetek 79%-ában ismerte meg a tanulók körében végzett szűrővizsgálatok eredményeit.

Az egészségnevelési programok végrehajtásában elsősorban a védőnők (96%), és a pedagógusok (94%) vesznek részt, de jelentős (81%) szerepet kapnak az iskolaorvosok is. Az iskolán kívüli szakembereket jóval kisebb arányban (civil szervezet 37,8%, szülő 14,86%) vonják be az egészségnevelési programokba.

Az iskolaorvos és a védőnő elsősorban az egészséges táplálkozás, a dohányzás megelőzése, a serdülőkori problémák, az AIDS, a fogamzásgátlás, a személyi higiéné, az elsősegélynyújtás, a balesetmegelőzéssel kapcsolatos programok végrehajtásában vesz részt.

A felmérésben kapott válaszok alapján úgy tűnik, hogy a fővárosi iskolákban a pedagógusok fontosnak tartják az egészségnevelési programokat és a törvényi előírásoknak, néhány iskola kivételével, eleget tettek.

Az együttműködés jelentős mértékben javult az oktatás és az egészségügy között. Az egészségnevelési programok megvalósítói elsősorban a védőnők és a pedagógusok, de az iskolaorvosok is jelentős szerepet vállalnak a programok végrehajtásában. A pozitívumok mellett a felmérés során kérdésként merült fel a programok szakmai tartalma, hatékonysága, illetve annak mérése: a programok mennyire rétegspecifikusak, a tanulók hány százalékát érintik, amennyiben volt elő-

zetes egészségi állapotfelmérés a tanulók körében, milyen módszerrel történt stb.

Mindezek megválaszolására további részletes felmérésre van szükség, hiszen jelen felmérésünk csupán tájékoztató jellegű volt a 2004/2005-ös tanévre vonatkozóan, a minden iskolára törvény által kötelezően előírt egészségnevelési programok bevezetésének évében.

Összefoglalás

A Nemzeti Népegészségügyi Program kezdeti eredményei között említést érdemlő tény, hogy az iskolai egészségnevelési programok esetlegességét a fővárosi iskolákban egyre

inkább felváltja egy tervszerűen összeállított, az egészségüggyel egyeztetett, a tanulók egészségi állapotát sok esetben figyelembe vevő egészségnevelési program remélhetően folyamatos megvalósulása.

Summary

As one of the early results of the Public Health Strategy it should be mentioned, that the contingency of school health education programs has been more and more replaced by systematic planning, in conciliation with the health care sector, and as a result of this process a health education program considering the health status of pupils is being implemented.

Irodalom

Bobak M., Marmot M.: East-West mortality divide and its potential explanations: proposed research agenda BMJ, 1996. 312, 421–425.

Vargáné Hajdu P., Boján F.: Területi egyenlőtlenségek Magyarországon az egészségi állapot társadalmi és környezeti hátterében az 1990-es népszámlálási adatok tükrében *Népegészségügy, 1996.* 77, 3–29.

Budapest Statisztikai Évkönyvei KSH, Budapest, 2000–2004

Népegészségügyi Jelentés 2004: Gyermekégeszségügy

OEK Budapest, 2004. p. 56–58.

A közoktatásról szóló 1993. évi LXXIX. törvény

Nemzeti Népegészségügyi Program

FELMÉRÉSEK

Sportolási szokások, motivációs tényezők 10–15 éves szegedi és székelyudvarhelyi általános iskolások körében

Keresztes Noémi¹, Pluhár Zsuzsanna¹, Vass Imre², Pikó Bettina¹

¹Szegedi Tudományegyetem, Pszichiátriai Klinika, Magatartástudományi Csoport, Szeged

²Baczkamadarasi Kis Gergely Református Gimnázium, Székelyudvarhely

„A sport nemcsak a testnevelésnek, de a lélek nevelésének is leghatásosabb eszköze.”

(Szent-Györgyi Albert)

Bevezetés

Egészségi állapotunkat döntően életmódunk határozza meg, amelynek egyik központi magatartási eleme a rendszeres fizikai aktivitás. A fizikailag aktív életmód jótékony hatásait számos keresztmetszeti és longitudinális vizsgálat bizonyította már. A fi-

zikai aktivitással, a sporttal kapcsolatba hozható a jobb közérzet (1), az önbecsülés és az önkontroll (2), az edzettség (3), valamint a rizikó-magatartások előfordulásának kisebb gyakorisága (4) és a hosszabb élettartam (5). A sportoló fiatalok közül kevesebben dohányoznak (6), és az étkezési szokásaik is kedvezőbbek (7). A csekély fizikai aktivitás viszont kapcsolatban van a dohányzással, az elégtelen gyümölcs- és zöldségfogyasztással és a gyakoribb tévénézéssel is (8).

A sport számos ismert, jótékony szomatikus, pszichés és pszichosz-

ciális hatása ellenére, sajnos, a fiatalok igen nagy hányada inaktívan él. A fizikai aktivitási gyakoriság hirtelen csökkenése a serdülőkorban figyelhető meg (9). Gyermekkorban még nagyarányú az aktivitás, és a különbségek is csak az ezt követő időszakban válnak jelentéktenné (10, 11).

A kutatási eredmények ismeretében megállapíthatjuk, ahhoz, hogy a sportolás valóban betöltse pozitív szerepét, megfelelő motivációs háttérrel kell teremteni. A motivációs háttér rendkívül összetett, és az életkorral jelentős változásokon megy át (12).

Felnőttek esetében a fizikai aktivitással kapcsolatos attitűdöt főként egészségmotivációk határozzák meg. Gyermekkorban azonban a helyzet sokkal bonyolultabb, a hatáskeresztmetszék sokkal szélesebb, náluk a hatáskeresztmetszék tényezők között erőteljesebbek még a társas hatások, valamint a pszichikai tényezők. Gyermekkorban külső és belső motivációs tényezők egyaránt megtalálhatók (13). A kor előrehaladtával a belső motivációs tényezők kerülnek túlsúlyba (12), a fiatalok sportolási motivációi között még előkelő helyen szerepel a siker, a győzelem, a teljesítmény, amelyek erőteljes külső motivációt fejeznek ki (14). Ebben az életkori szakaszban is jelen vannak azonban belső motivációs tényezők, mint például az egyén pszichológiai (jobb pszichikai közérzet és énhatékonyság), társas igényei (barátokkal együtt végzett sporttevékenység, népszerűség, szórakozás), és a kívánt élettani hatások elérése (jobb alak, izmosabb külső), amelyek jelentős motivációk (15).

A motivációs struktúrában az életkor mellett a nem is meghatározó. A lányok kevésbé motiváltak, a képességek kipróbálása, az örökifejtés, a sikerek elérésére való törekvés inkább a fiúkra jellemző. Az együttműködés és a szórakozás inkább a lányok motivációs faktorai között szerepel (16). A motivációs háttérben a szociodemográfiai változók mellett természetesen a személyiségbeli jegyeknek is döntő szerepük van, például a kockázattudatosság, a teljesítményorientáltság, a kíváncsiság is a sportmotivációk lényeges alakítói (17).

A lányok alacsonyabb szintű aktivitása főként a gyermekkor végén, a serdülőkorban mutatható ki (18). A legnagyobb különbséget a nehéz, fárasztó, nagy fizikai örökifejtést igénylő aktivitási formákban találhatjuk (19). Az is bizonyított, hogy a férfi nem és a sport között pozitív kapcsolat áll fenn, a férfiak többre értékelik a versenyszellemet, a sportteljesítményt, mint a nők (20). A fiúk és a lányok sportolási szokásaiban megjelenő különbségek abban is megmutatkoznak, hogy a fiúkra inkább jellemző a versenyzés, a magas intenzitású fizikai

aktivitás és a csapatsport (pl. foci, kosárlabda, kézilabda, biciklizés és súlyemelés). A lányok jobban kedvelik az egyéni sportágakat, a közepes vagy alacsony intenzitású, nem versenyzésre épülő sportokat (pl. sétálás, torna, aerobic, tánc, röplabda, görkorcsolyázás, úszás) (18).

A fiatalok között a legkedveltebb sportágak a következők: aerobic, kosárlabda, biciklizés, bowling, foci, görkorcsolya, futás, tenisz, röplabda és a súlyemelés (21). A sport jellegét tekintve elmondhatjuk, hogy a fiatalok nagyobb arányban vesznek részt csapatsportokban, mint egyéniekben (9).

A sportoláshoz való viszony, a fizikai aktivitás rendszeressége, hasonlóan más egészség-magatartáshoz, a kultúra függvénye is (22). Az egészségtudatosság formálódásához egy adott kultúra társadalmi normarendszere jelentősen hozzájárul, s már korra gyermekkorától meghatározó az az elvárás, hogy a sportolás ténylegesen a mindennapi élettevékenységek szerves részévé váljon.

A fiatalok sportolási szokásainak felderítése, motivációs tényezőik megismerése jelenkori és jövőbeli életük, egészségi állapotuk szempontjából is nagyon fontos feladat. Tehát a fizikai aktivitási magatartásnak fontos szerepet kell betöltenie az egészségfejlesztési programokban, ugyanis tudatos tervezéssel elérhető, hogy a sportolás az iskolai testnevelés befejezése után is a felnőttek életének szerves része maradjon és kifejtsen rövid, illetve hosszú távú kedvező hatásait. Látni kell azonban, hogy a preventív egészség-magatartáshoz, aktív életmódhoz tudatos magatartási döntés kell, amelyhez fel lehet használni a motivációs elemek hatásait (23, 24).

Minta, módszer

A felmérést szegedi és székelyudvarhelyi általános iskolások körében végeztük, véletlenszerűen kiválasztott iskolák és osztályok (5–8. évfolyamok) segítségével. A szegedi mintában (n=550) a válaszadók 54,9%-a

fiú, 45,1%-a lány, az átlagéletkor pedig 12,2 év (szórás 1,2 év) volt. A székelyudvarhelyi mintában (n=235) a megkérdezettek 51,1%-a fiú, 48,9%-a lány, az átlagéletkor pedig 13,7 év (szórás 1,1 év) volt.

Az adatgyűjtéshez önkéntes kérdőíves módszert alkalmaztunk, amelynek legfontosabb célja a fiatalok életmódjának elemzése volt sportszociológiai és sportpszichológiai szempontból. A kérdőív a szociodemográfiai változókon túl kiterjedt a tanulók sportolási szokásaira, motivációira és egyéb sporttal kapcsolatos kérdésekre. A kérdőív kitöltése osztályfőnöki óra, illetve testnevelésóra keretében történt, képzett mentálhigiénikusok segítségével. Egy kérdőív kitöltése kb. 40 percet vett igénybe. Az adatgyűjtésre 2003 szeptemberében és októberében került sor.

A kutatásnak ebben a szakaszában elsősorban a tanulók sportolási szokásaira és motivációs tényezőikre koncentráltunk. Elemzéseink a következő kérdéseket dolgozták fel:

- a fizikai aktivitás gyakorisága,
- a sportolás jellege,
- a legnépszerűbb sportágak,
- a sportolás szervezetsége,
- melyek a felső tagozatos általános iskolás gyermekek sportolását meghatározó legfontosabb motivációk?

A fentiekén kívül megvizsgáltuk azt is, van-e összefüggés a sportolási gyakoriság, a nemek és a tanulmányi előmenetel között.

Szakirodalmi vizsgálatok azt mutatják, hogy a sportolási szokások már serdülőkorban is jól mérhető kérdőíves módszerrel (25). A sportolás gyakoriságát a következőképpen értékeltük: az elmúlt tanévben végzett, erős, legalább félórás időtartamú fizikai aktivitás számított (11). Ez alapján a tanulók három csoportot alkottak: akik az iskolai tornaórákon kívül egyáltalán nem sportoltak; akik csak alkalmanként, maximum havi gyakorisággal sportoltak; akik hetente sportoltak. A sportolás jellege szerint megkülönböztettük az egyéni (például úszás, tenisz) és a csapatjátékokat (például kézilabda vagy futball). A sportolás

szervezettsége szintén meghatározó a fizikai aktivitás hatásai szempontjából (26), ezért a következő kategóriákat vettük alapul: iskolai, sportklub, barátokkal, illetve egyedül. A sportolási gyakoriságon, jellegén, a sportolás szintjén túl szerepeltek kérdések arra vonatkozóan is, hogy mennyire kedvelik, tartják fontosnak az iskolai testnevelésórákat.

A sportmotivációk megismerésére egy 18 elemből álló, ötfokozatú skálát alkalmaztunk. A motivációs faktorok felölelték mind a belső, mind a külső orientációs módokat, az alapját pedig a sportmotivációs skála (SMS) képezte (27). A motivációs elemek a gyermekkori sajátosságoknak megfelelően lettek kiválasztva, így például szerepel a kérdések között a szülők, a tanárok motivációs szerepe, a sporttal kapcsolatos jövőbeli célok elérése.

Eredmények

A kördiagramokon (1. ábra) jól látható, hogy a fizikai aktivitási gyakoriság tekintetében a két minta közel azonos. Mindkettőben 60% felett van azok aránya, akik heti rendszerességgel vesznek részt szabadidős fizikai aktivitásban. A felmentettek arányában viszont jelentős különbségeket figyelhetünk meg. A székelyudvarhelyi mintában majdnem kétszer annyi a felmentett tanulók aránya, mint a szegediben.

A sportolási gyakoriság és a nemek közötti összefüggésekben azonban a két minta jelentős eltéréseket mutatott, hiszen a szegedi mintában Chinégyzet próbával nem találtunk különbségeket. Itt érdemes megjegyezni, hogy a szegedi mintában a nemek között egyik sportolási kategóriában sem látható különbség ebben az életkorban. Előző kutatásainkra alapozva a különbségek csak később, középiskoláskorban jelentkeznek, ahol a fiúk még mindig a rendszeres testmozgást részesítik előnyben, de a lányok már csak a ritkább, rendszertelenebb edzési lehetőségeket keresik (11). Székelyudvarhelyen viszont a sportolási gyakoriság és a nemek között

erős, szignifikáns kapcsolat mutatható ki, már ebben az életkorban is. Ezeket az összefüggéseket mutatja az 1. táblázat.

Ehhez hasonlóan jelentős eltérést mutatott a két minta a sportolási gyakoriság és az iskolai előmenetel tekintetében. A szegedi mintában a két változó között erős, szignifikáns kapcsolat volt, ami a „jó tanuló, jó sportoló” modell létezését jelzi, viszont Székelyudvarhelyen ezt a kapcsolatot már nem lehetett kimutatni (2–3. táblázatok).

A megkérdezett fiatalok a csapatsportokat részesítették előnyben. A szegedi mintában a megkérdezett fiatalok 44,3%-a egyéni, 55,7%-a csapatsportot űz. A székelyudvarhelyi mintában ez az arány a következőképpen alakult: 34,6%-uk az egyéni, és 65,4%-uk pedig a csapatsportokat részesítette előnyben. A 2. ábra a legnépszerűbb sportágakat mutatja. A csapatsportok közül ki kell emelni a focit, a kézilabdát és a kosárlabdát. A két mintában ezek arányaiban jelentős eltéréseket találtunk. Az egyéni sportágak közül a szegedi megkérdezettek a táncot, a futást, az úszást emelték ki, míg a székelyudvarhelyiek a futást, az egyéb atlétikai számokat és a biciklizést.

A nemek és sportágak, illetve a sportágak típusa (egyéni vagy csapat) között szignifikáns különbségeket találtunk. A fiúk jobban kedvelik a csapatsportokat, ezek közül is a kézilabdát, a kosárlabdát, a focit emelhetjük ki, míg a lányok inkább az egyéni sportágakat részesítik előnyben, például a táncot, a futást és az egyéb atlétikai számokat. A nemek közötti különbségek ellenére a kosárlabda és a kézilabda mind a két nem sportolási szokásaiban fontos szerepet tölt be.

Az iskolai testnevelésórákon való részvétel szerencsére mind a két mintában nagyon magasnak mondható (97,4%), és mind a két mintában 80% körül van azoknak az aránya, akik ezt az órátípust kedvelik. A 3. ábrán jól látható, hogy a székelyudvarhelyi mintában jelentősen magasabb volt azok aránya, akik a testnevelésórákat nagyon szeretik.

A testnevelésóra kedvelése és a nemek között szignifikáns eltéréseket találtunk. Mind a két mintában megállapítottuk, hogy a fiúk jobban kedvelik ezt az órátípust, mint lányok társaik.

A megkérdezett tanulók legnagyobb része iskolán kívüli sportklubokban edz rendszeresen. A szegedi mintában a sportklubokban sportoló fiatalok aránya jóval magasabb (43,4%), mint a székelyudvarhelyiben (29,1%), ahol az arányok jóval kiegyenlítettebbek. Ezeket a gyakorisági eloszlásokat olvashatjuk le a 4. táblázatból.

A sportolás szervezettsége és a nemek között szignifikáns különbségeket találtunk. A fiúk előnyben részesítik a sportklubokat, a lányok pedig inkább az iskola keretei között való sportolást. Az 5. táblázat ezeket az összefüggéseket mutatja, illetve a két mintában megjelenő különbségeket.

A sportmotivációk vizsgálata azt mutatta, hogy ebben az életkorban a fiatalok motivációi nagyon összetettek. A külső és a belső motivációkat egyaránt megfigyelhetjük motivációs struktúrájukban. Mind a két városban az egészség, a jobb fizikai erőnlét elérése, a jobb alak, az izmosabb külső, a saját test feletti uralom, a jó sportolóvá válás, az edzői elégedettség, a győzelem érzése, a baráti társaság, és a szórakozás számított a legfontosabb motivációs tényezőnek. A 4. ábra az ezek arányaiban megmutatkozó különbséget szemlélteti.

Nemek szerint vizsgálva ezeket a motivációkat megállapíthatjuk, hogy bizonyos motivációk esetében a két nem között szignifikáns a különbség. Ezeket az összefüggéseket mutatja a 6. táblázat.

Következtetés

Tanulmányunk célja a 10–15 éves fiatalok sportolási szokásainak, motivációs struktúrájának megismerésén túl az összehasonlítás volt, figyelembe véve a két város eltérő kulturális, életmódbeli, sportpolitikai tényezőit.

A sportolási gyakoriság tekintetében nincsenek jelentős különbségek. Mind a két mintában a megkérdezett fiataloknak közel 60%-a végez heti

rendszerességgel fizikai aktivitást. Székelyudvarhelyen viszont jóval magasabbnak találtuk a felmentett tanulók arányát. Ennek egyik oka lehet a korrekciós torna és az erre épülő program hiánya, illetve elhanyagolása, amelyekre jelenlegi rendszerük nem fordít kellő hangsúlyt és megfelelő keretet.

A sportolási gyakoriság és a nemek közötti összefüggést eltérőnek találtuk. Míg a szegedi mintában a sportolási gyakoriság egyetlen kategóriájában sem figyelhettünk meg nemenkénti különbségeket, addig Székelyudvarhelyen erős, szignifikáns volt a kapcsolat a nemek és a sportolási gyakoriság között. Ez magyarázható azzal a ténnyel, hogy a lányok számára nincsenek alternatívák és már a múlté a leány kézilabda is. Nincsenek megfelelő, szervezett sportolási lehetőségek, választási lehetőségek, a helyi sportpolitikai támogatás pedig hiányos. Ezzel magyarázható az is, hogy a lányok 34,8%-a egyedül végez fizikai aktivitást szabadidejében, és a „jó tanuló, jó sportoló modell” Székelyudvarhelyen már ebben az életkori szakaszban sem mutatható ki.

Mint láttuk, mind a két mintában a megkérdezettek a csapatsportokat részesítik előnyben (9). Ennek aránya Székelyudvarhelyen magasabb, ami kapcsolatba hozható az ottani csapatsportok, a kézilabda erős hagyományával (Székelyudvarhely a kézilabda erős fellegvára volt, főként ifjúsági szinten), illetve a labdarúgás közelmúltbeli sikerével. A labdarúgást Székelyudvarhelyen nagyon népszerűnek találtuk, hiszen a közelmúltban csapatuk országos futballbajnok lett, és mindezt megfelelő infrastruktúrával, edzési lehetőségekkel érte el.

Az iskolai testnevelésórákon való részvétel mind a két helyen magas arányú, Székelyudvarhelyen azonban jóval nagyobb azok aránya, akik ezt az órátípust nagyon kedvelik. Ezt a nagyfokú szimpátiát a szervezett sportolási lehetőségek, illetve a választási lehetőségek hiánya is magyarázza. Ugyanezzel áll kapcsolatban az is, hogy a székelyudvarhelyi minta a spor-

tolás szervezettségét tekintve jóval kiegyenlítettebb. A tanulók nagyjából arányosan vesznek részt az iskolai, a szervezett sportbeli (sportklub) lehetőségeken vagy választják az egyéni, illetve a barátokkal való sportolást. A mindössze néhány százalékos sportklubos fölény is a választási lehetőségek hiányát jelzi.

A motivációk vizsgálatánál láthatjuk, hogy a legkedveltebb motivációk a két mintában megegyeznek. Motivációjukat az egészséggel kapcsolatos tényezők, a társas hatások, és a külső tényezők határozzák meg (13). Ebben az életkorban motivációjuk hatáskörük nagyra összetett. Motivációjukat nemcsak életkoruk (12), de nemük is meghatározza (16).

Jelen összehasonlító tanulmány rámutat arra, hogy a hatékony egészségfejlesztési stratégiák létrehozásához az életkori tényezők mellett a sportolási szokásokra ható kulturális tényezőkkel is számolnunk kell. Ezt figyelembe véve, megfelelő motivációs háttér biztosításával, kialakításával elérhető, hogy a sport az iskola befejezése után is az emberek életének szerves része legyen, és kifejtse rövid, illetve hosszú távú jótékony hatásait.

Összefoglalás

A fizikailag aktív életmód jótékony hatásait számos keresztmetszeti és longitudinális vizsgálat bizonyította már. Ennek ellenére sajnos a fiatalok igen magas aránya inaktív életmódot folytat. Gyermekkorban még nagy arányú az aktivitás, és a különbségek is csak az ezt követő időszakban válnak jelentékennyé. Ahhoz, hogy a sporthoz való pozitív hozzáállás hosszú távon is megmaradjon, megfelelő motivációs háttérrel kell biztosítanunk.

Jelen kutatásunk célja az volt, hogy megismerjük és összehasonlítsuk a sportolási szokások, a motivációs struktúra alakulását felső osztályos (5–8. osztályos) általános iskolások tanulói körében Szegeden (N1=550) és Székelyudvarhelyen (N2=235), véletlenszerűen kiválasztott iskolák és

osztályok segítségével. Az adatgyűjtéshez önkéntes kérdőíves módszert alkalmaztunk, amely a szociodemográfiai változókon túl kiterjedt a tanulók sportolási szokásaira, motivációs tényezőire és egyéb, sporttal kapcsolatos kérdésekre is.

Mind a két városban a megkérdezett fiataloknak több mint 60%-a végez szabadidős fizikai aktivitást heti rendszerességgel, többségük a csapatsportokat részesíti előnyben, és szervezett sportklubban sportol. A testnevelésórákat közel 80%-uk kedveli, de Székelyudvarhelyen magasabb azok aránya, akik nagyon szeretik ezt az órátípust. A sportolási gyakoriság, a tanulmányi előmenetel és a nemek közötti összefüggéseket eltérőnek találtuk a két városban. Motivációs struktúrájuk hasonló összetételű, elsősorban az egészséggel kapcsolatos motivációk, társas hatások és a külső tényezők dominálnak.

A fiatalok sportolási szokásainak felderítése, motivációs tényezőiknek megismerése jelen és jövőbeli életük, egészségi állapotuk szempontjából is nagyon fontos feladat. Tudatos magatartási döntéssel és megfelelő motivációs háttér biztosításával elérhető, hogy a sport a serdülőkorban és a felnőttkorban is az emberek életének szerves része maradjon és betöltse pozitív szomatikus, pszichés és pszichoszociális hatásait.

Summary

The benefits of physical activity have been proved by several cross sectional and longitudinal surveys. Despite this a high percentage of young people live an inactive life. At childhood they are more active, but later on the differences will be considerable. In order to ensure a long-lasting positive attitude to sports an adequate motivating background should be ensured.

The aim of our research was to get acquainted with, and to compare how sporting habits, and the structure of motivation has changed among senior class primary school students (5th-8th class) in Szeged (N1=550) and Székelyudvarhely (N2=235), in randomly

selected schools and classes. The data was collected by the means of self-completion questionnaires. The questionnaires, besides socio-demographic variables, contained questions on sporting habits, motivating factors of the students, just like other related issues.

More than 60% of the interviewed students are involved in some physical activity on a weekly basis in both towns. The majority of them prefer team sports and are members of a sport club. Around 80% of them like classes of physical exercise, but the rate of those who like P. E. classes a lot, is higher in Székelyudvarhely. The prevalence of doing sports, the progress in studies, and the coherence between genders were different in the two towns. The structure of their motivations are similar, mostly health related motivations, social interactions and external factors are predominant.

To explore the sporting habits and the motivating factors is very important from the point of view of their present and future life, and their health status. It can be achieved by conscious decision and with an adequate motivating background, that sport would remain an integral part of everyone's life in adolescence and adulthood as well, and that it could have the positive somatic, psychic and psychosocial effect.

Irodalom

1. Vilhjalmsson, R., Thorlindsson, T.: The integrative and physiological effects of sport participation: a study of adolescents. *Sociological Quarterly*, 33, 637–647 (1992)
2. Gilroy, S.: The embodiment of power: Gender and physical activity. *Leisure Studies*, 8, 163–171 (1989)
3. Hagberg, J.M.: Exercise, fitness and hypertension. In: Bouchard, C., Shephard, R.J., Stephens, T., Sutton, J.R., McPherson, B.D. (Eds.): *Exercise, fitness and health: International proceeding and consensus statement*. Champaign, IL: Human Kinetic Publishers, 1990
4. Escobedo, L.G., Marcus, S.E., Holtzman, E., Giovino, G.A.: Sports participation, age at smoking initiation and the risk of smoking among US high school students. *Journal of American Medical Association*, 269, 1391–1395 (1993)
5. PAFFENBERGER, R.S., Hyde, R.T., Wing, A.L., Hsieh, C.: Physical activity, all-cause mortality, and longevity of college alumni. *The New England Journal of Medicine*, 314, 605–613 (1986)
6. Burke, V., Milligan, R.A.K., Beilin, L.J. et al.: Clustering of Health-Related Behaviors among 18-Year-Old Australians. *Preventive Medicine*, 26, 724–733 (1997)
7. Steptoe, A., Wardle, J.: Cognitive predictors of health behaviour in contrasting regions of Europe. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 485–502 (1992)
8. Pate, R.R., Heath, W.G., Dowda, M., Trost, G.S.: Associations between physical activity and other health behaviors in a representative sample of US adolescents. *American Journal of Public Health*, 86, 1577–1581 (1996)
9. Kulig, K., Brenner, N.D., McManus T.: Sexual activity and substance use among adolescents by category of physical activity plus team sports participation. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 157, 905–912 (2003)
10. Keresztes, N., Pluhár, Zs., Pikó, B.: A fizikai aktivitás gyakorisága és sportolási szokások általános iskolások körében. *Magyar Sporttudományi Szemle*, 4, 43–47 (2003)
11. Pluhár Zs., Pikó B.: A sport előfordulása és esetleges protektív hatása fiatalok körében. *Magyar Sporttudományi Szemle*, 1, 26–29 (2003)
12. Campbell, P.G., MacAuley, D., McCrum, E., EVANS, A.: Age differences in motivating factors for exercise. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 23, 191–199 (2001)
13. Ntoumanis, N.: A self-determination approach to the understanding of motivation in physical education. *British Journal of Educational Psychology*, 71, 225–242 (2001)
14. DUDA, J.L., Fox, K.R., BIDDLE, S.J.H., ARMSTRONG, N.: Children's achievement goals and beliefs about success in sport. *British Journal of Educational Psychology*, 62, 313–323 (1992)
15. Goudas, M., BIDDLE, S., Fox, K.: Achievement goal orientations and intrinsic motivation in physical fitness testing with children. *Pediatric Exercise Science*, 6, 159–167 (1994)
16. Viira, R., Raudsepp, L.: Achievement goal orientations, beliefs about sport success and sport emotions as related to moderate to vigorous physical activity of adolescents. *Psychology and Health*, 15, 625–633 (2000)
17. Reiss, S., Wiltz, J., Sherman, M.: Trait motivational correlates of athleticism. *Personality and Individual Differences*, 30, 1139–1145 (2001)
18. Sallis, J.F., Zakarian, J.M., Hovell, M.F., Hofstetter, C.R.: Ethnic, socioeconomic and sex differences in physical activity among adolescents. *Journal of Clinical Epidemiology*, 49, 125–134 (1996)
19. Fuchs, R., Powell, K.E., Semmer, N.K., Dwyer, J.H., Lippert, P., Hoffmeister, H.: Patterns of physical activity among German adolescents: The Berlin-Bremen study. *Preventive Medicine*, 17, 746–763 (1988)
20. Lantz, C.D., Schroeder, P.J.: Endorsement of masculine and feminine gender roles: Differences between participation in and identification with athletic

- role. Journal of Sport Behavior, 22, 545–557 (1999)
21. Aaron, D.J., Storti, K.L., Robertson, R.J. et al.: Longitudinal study of the number and choice of leisure time physical activities from mid to late adolescence. Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, 156, 1075–1080 (2002)
22. Pikó B.: Egészségszociológia. Új Mandátum Kiadó, Budapest, 2002
23. Sallis, J.F., Hovell, M.F., Hofstetter, C.R., Barrington, E.: Explanation of vigorous physical activity during two years using social learning variables. Social Science and Medicine, 34, 25–32 (1992)
24. Sallis, J.F., Zakarian, J.M., Hovell, M.F., Hofstetter, C.R.: Ethnic, socioeconomic and sex differences in physical activity among adolescents. Journal of Clinical Epidemiology, 49, 125–134 (1996)
25. Pikó B.: A szabadidős fizikai aktivitás felmérése populációvizsgálatokban. Népegészségügy, 75, 147–150 (1994)
26. Vilhjalmsson, R., Kristjansdottir, G.: Gender differences in physical activity in older children and adolescents: the central role of organized sport. Social Science and Medicine, 56, 363–374 (2003)
27. Pelletier, L.G., Fortier, M.S., Vallerand, R.J., Tison, K.M. et al.: Toward a new measure of intrinsic motivation, extrinsic motivation, and amotivation in sports: The Sport Motivation Scale (SMS). Journal of Sport and Exercise Psychology, 17, 35–53 (1995)
28. Pikó, B.: Egészségtudatosság serdülőkorban. Akadémiai Kiadó, Budapest, 2002
29. Hassandra, M., Goudas, M., Chroni, S.: Examining factors associated with intrinsic motivation in physical education: A qualitative approach. Psychology of Sport and Exercise, 4, 211–223 (2003)

Táblázatok és ábrák

1. táblázat. A nemek és a sportolási gyakoriság összefüggései Székelyudvarhelyen és Szegeden

Székelyudvarhely*			
	Iskolán kívül soha	Iskolán kívül alkalmanként	Iskolán kívül rendszeresen
Fiú	23,3%	31,5%	62,6%
Lány	76,7%	68,5%	37,4%
Total	100%	100%	100%
Szeged			
	Iskolán kívül soha	Iskolán kívül alkalmanként	Iskolán kívül rendszeresen
Fiú	51,6%	53,3%	55,6%
Lány	48,4%	46,7%	44,4%
Total	100%	100%	100%

*Megjegyzés: Az elemzés csak a székelyudvarhelyi mintában bizonyult szignifikánsnak Chi-négyzet próbával $p < 0,05$

2. táblázat. A sportolási gyakoriság és az iskolai előmenetel összefüggései Székelyudvarhelyen

Iskolai osztályzatok	A sportolás gyakorisága			Total
	Iskolán kívül soha	Iskolán kívül alkalmanként	Iskolán kívül rendszeresen	
1–2	–	100%	–	100%
2–3	20%	32%	48%	100%
3	21,1%	10,5%	68,4%	100%
3–4	11,3%	17%	71,7%	100%
4	15,8%	23,7%	60,5%	100%
4–5	10,3%	27,6%	62,1%	100%
5	–	16,7%	83,3%	100%

Megjegyzés: Az elemzés Chi-négyzet próbával nem bizonyult szignifikánsnak $p > 0,05$

3. táblázat. A sportolási gyakoriság és az iskolai előmenetel összefüggései Szegeden

Iskolai osztályzatok	A sportolás gyakorisága			Total
	Iskolán kívül soha	Iskolán kívül alkalmanként	Iskolán kívül rendszeresen	
1–2	14,3%	57,1%	28,6%	100%
2–3	30,4%	17,4%	52,2%	100%
3	–	45,5%	54,5%	100%
3–4	16,8%	21,6%	61,6%	100%
4	18,4%	10,2%	71,4%	100%
4–5	8,1%	16,6%	75,3%	100%
5	7,7%	23,1%	69,2%	100%

Megjegyzés: Az elemzés Chi-négyzet próbával szignifikánsnak bizonyult $p < 0,05$

4. táblázat. A sportolás szervezetségének gyakorisági eloszlásai Szegeden és Székelyudvarhelyen

Székelyudvarhelyen	Sportolás szervezetsége	Szegeden
20,7%	Iskolai	22,8%
29,1%	Sportklub	43,4%
26,4%	Barátokkal	12,8%
23,8%	Egyedül	20,9%
100%	Total	100%

5. táblázat. A sportolás szervezetsége és a nemek közötti összefüggések Szegeden és Székelyudvarhelyen

Szeged		Sportolás szervezetsége	Székelyudvarhely	
Lány	Fiú		Fiú	Lány
27,4%	18,6%	Iskolai	13,9%	27,7%
35,9%	49,8%	Sportklub	42,6%	15,2%
11,8%	13,7%	Barátokkal	30,4%	22,3%
24,9%	17,9%	Egyedül	13,1%	34,8%
100%	100%	Total	100%	100%

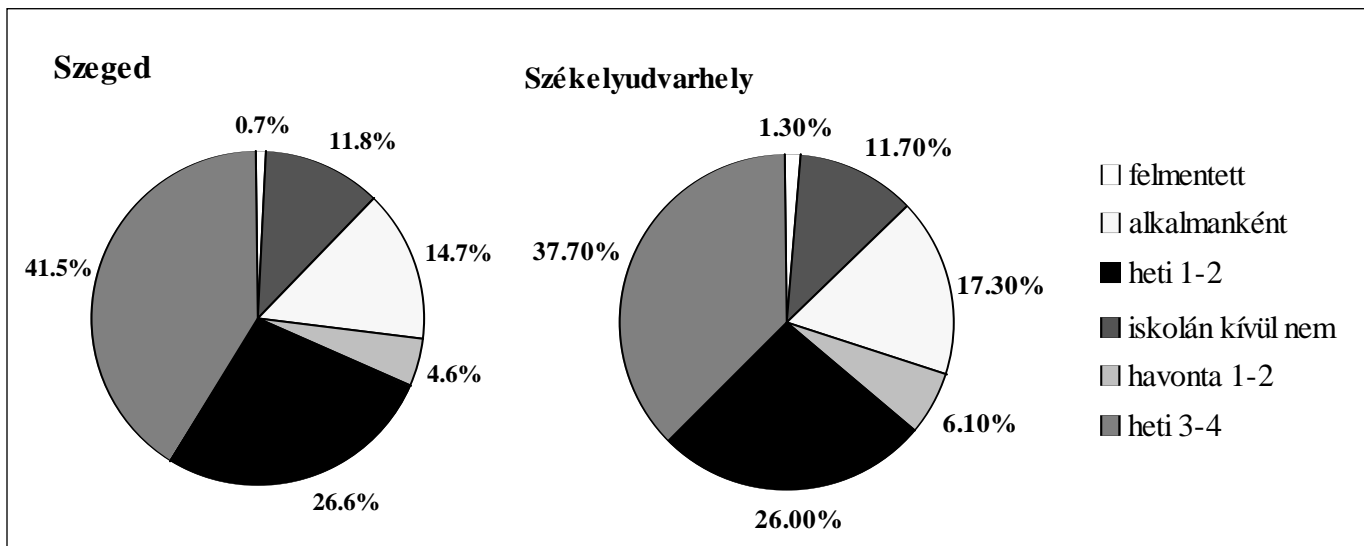
Megjegyzés: Az elemzés Chi-négyzet próbával szignifikánsnak bizonyult $p < 0,05$

6. táblázat. A sportmotivációk és a nemek közötti összefüggés Szegeden és Székelyudvarhelyen

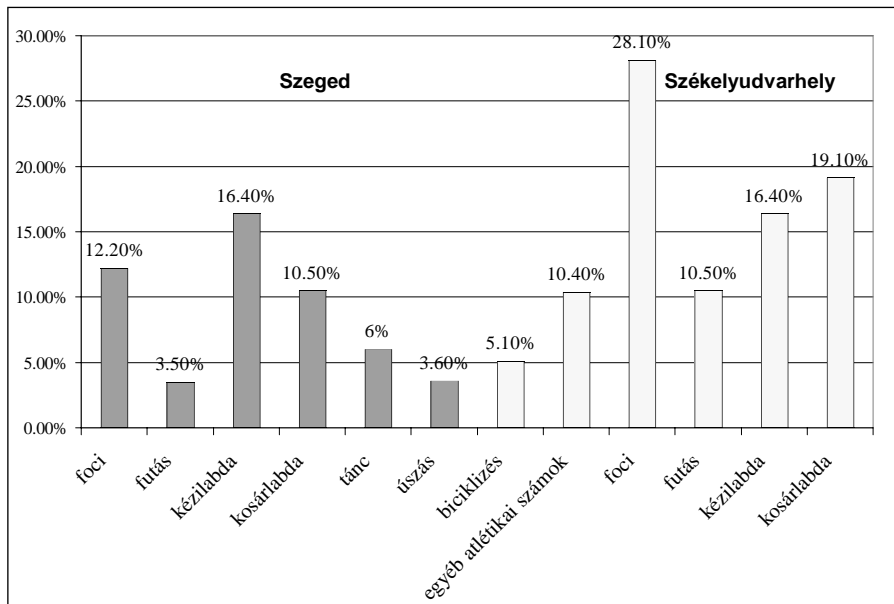
Szegeden		Motivációk	Székelyudvarhelyen	
Fiú	Lány		Fiú	Lány
78,2%	82,4%	Egészség	92,4%	94,8%
*76,1%	*72,2%	*Jobb erőnlét*	*87,1%	*81,7%
67,9%	68,5%	Jobb alak	68,3%	71,4%
*78%	*53,6%	*Izmosabb külső*	*80,4%	*52,2%
*64%	*52,1%	*Ura testének*	*72,1%	*52,2%
*61,2%	*48,1%	*Jó sportolóvá válni*	*74,6%	*54,8%
56,2%	53,1%	Edzői elégedettség*	*78,7%	*72,9%
56,65	55,5%	Győzelem*	*76,3%	*61,7%
73,9%	72,3%	Baráti társaság*	*93,2%	*82,6%
76,3%	70,7%	Szórakozás	85,6%	82,4%

Megjegyzés: A *-gal jelölt motivációs tényezőkben a nemek közötti különbség Chi-négyzet próbával szignifikánsnak bizonyult. $p < 0,05$

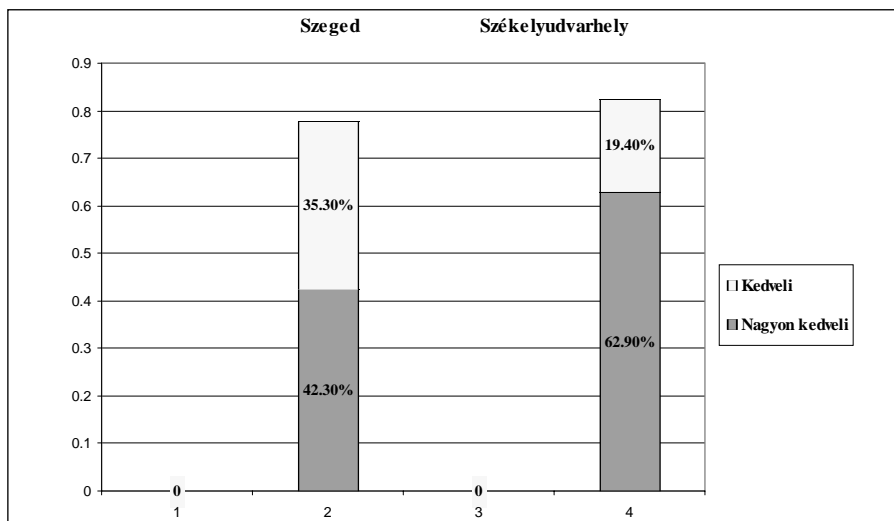
1. ábra. Fizikai aktivitási gyakoriság Szegeden és Székelyudvarhelyen



2. ábra. A legnépszerűbb sportágak Szegeden és Székelyudvarhelyen



3. ábra. A testnevelésórák megítélése Szegeden és Székelyudvarhelyen



Semmelweis Ignác Fülöpre emlékeztek születése évfordulóján

1818. július 1-jén született Semmelweis Ignác Fülöp orvos-tudós, akit a világ tíz legkiválóbb orvosaként tartanak számon.

A Győr-szigetiek Baráti Köre elnöke, dr. Schmidt Péter és Győr polgármestere, Balogh József 2000. július 1-jén, fél évtizeddel ezelőtt márvány emléktáblát helyezett el a Győr-szigeti Gyermekorvosi Rendelő falán.

A hagyomány – mint minden évben – 2005-ben is folytatódott, a város vezetése, a Győr-szigetiek Baráti Köre és civil szervezetek nevében koszorút helyezett el az emléktáblánál Balogh József, dr. Schmidt Péter, Sipőcz Ernő, Szabady János és Kálinger József.

A polgármester köszöntőjében hálával adózott a világhírű orvos emlékének.

A beszédét követően – nyugdíjba vonulása alkalmából – a város ezüst emlékérmét és elismerő oklevelét adta át Budai Györgynének, a városi vöröskereszt elnökének.

Dr. Schmidt Péter–Korompáky Mária–Kálinger József

I. Bevezetés, általános megfontolások

Az egészséges táplálkozás az egészséges életmód egyik meghatározó tényezője. A kiművelt egészségkultúrához annak az ismerete is hozzátartozik, hogy a táplálkozásnak nemcsak az egészség megőrzésében, hanem az egyes betegségek megelőzésében vagy kialakulásában is szerepe van.

Tudott és bizonyított tény, hogy számos betegség kialakulásában az életmódnak, illetve a táplálkozásnak alapvető szerep jut. Magyarországon a szív- és érrendszeri megbetegedések és a rosszindulatú daganatok az összes halálozás több mint háromnegyed részéért felelősek, ebből következően az összes halálozás körülbelül háromnegyed része táplálkozással és életmóddal részben összefüggő betegségeknek tekinthető. (1, 2) Becslések szerint Európában a cardiovascularis betegségek egyharmadának, a daganatos betegségek 30–40%-ának kialakulásában szerepet játszik a helytelen táplálkozás. (3, 4) A halálozást döntően meghatározó, fent említett betegségecsoportokon kívül természetesen számos más betegség, kóros állapot létezik, amelyek a táplálkozással és az életmóddal összefüggésbe hozhatók. Mindezek jelentős része megelőzhető, bekövetkezésük kockázata számottevően csökkenthető az életmód és ezen belül a táplálkozási szokások helyes irányba történő megváltoztatásával. Közismert az említett betegségek kockázati tényezőinek jelenléte a magyar lakosság táplálkozásában: túlzott energia-, zsír-, állatizsír-, koleszterin-, só-, hozzáadottcukor-fogyasztás, valamint elégtelen élelmirost-bevitel, alacsony zöldség-, főzelék- és gyümölcs-, továbbá teljesőrlésűgabona-fogyasztás. (5, 6)

Az egészséges táplálkozás népszerűsítésére táplálkozási ajánlások, szemléletes ábrázolások (az egészséges táplálkozás háza, táplálkozáspiramis, táplálkozásszivárvány), különböző programok léteznek, amelyek a korábban említett negatív tényezők, tendenciák megváltoztatását célozzák. (7) Egyik alprogramja keretében a Nemzeti Népegészségügyi Program is külön figyelmet fordít a helyes táplálkozásra, azon

Táplálkozás-egészségügyi tapasztalatok az óvodai közétkeztetésről Heves megyében

Dr. Pozsgai Szabolcs, Jerszi Lászlóné

ÁNTSZ Heves Megyei Intézete, Eger
Simmelweis Egyetem, Közegészségtani Intézet, Budapest

belül is a megfelelő irányelvek érvényesítésére a közétkeztetésben. A megvalósítás stratégiai irányai között szerepel az egészséges táplálkozás alapelveinek bevezetése az étlaptervezésbe (kevesebb zsír-, állatizsír-, koleszterin-, sótartalom, bőséges zöldség- és gyümölcsfelhasználás). (6)

Az élelmezés- és táplálkozáspolitika szempontjából a gyermekek és a fiatalok a lakosság fokozottan veszélyeztetett csoportjához tartoznak. A gyermek növekedésben, fejlődésben lévő szervezete nagyon érzékenyen reagál a táplálék összetételére, mennyiségére, választékára, a kiegyensúlyozatlan táplálkozás kórosan befolyásolhatja testi és szellemi fejlődését, hiánybetegségek kialakulásához, alul-, illetve túltápláltsághoz vezet, fokozott kockázatot jelent a szív- és érrendszeri, az emésztőszervi és más betegségek vonatkozásában. A 4–18 éves korosztályt felölelő gyermekétkeztetés a lakosság közel 20%-ának kínál étkezési lehetőséget. (Ezt az óvodában gyakorlatilag mindenki igénybe veszi, utána egyre kevesebben.) Mivel nagy részük már kisdetikortól a szervezett közétkeztetésben jut napi táplálékának jelentős részéhez, ráadásul nem egy alkalommal a nehéz szociális helyzetben lévő szülők a gyermek teljes napi étkeztetését így oldják meg, ezért igen fontos ennek a szolgáltatásnak a minősége.

A több tényező hatására formálódó felnőttkori táplálkozási magatartást a gyermekkori, és ezen belül is leginkább az iskoláskor előtti hatások és minták határozzák meg: az otthoni minta, a gyermekélelmezési intézmények szolgáltatásai, a kortársak mintája, az otthonon kívüli étkezési lehetőség, a média. Félő azonban, hogy a felsorolt minták több vonatkozásban sem szolgálják a helyes táplálkozási attitűdök kialakulá-

sát, a gyermekek nagy része sem otthon, sem a közétkeztetésben nem kapja meg a korának, nemének, fizikai aktivitásának megfelelő, egészséges táplálékot. Általánosságban elmondható, hogy a felnőttekhez hasonlóan, a gyermekek is túl sok állati eredetű zsírt, koleszterint, az élelmiszerekhez hozzáadott cukrot és sót, de nagyon kevés tejet és tejterméket, teljes kiőrlésű lisztből készült pékárut, zöldséget és gyümölcsöt fogyasztanak. (8) A családon belül és a közétkeztetésben egyaránt ügyelni kellene arra, hogy gyermekkorban rögzüljenek a kiegyensúlyozott táplálkozást szolgáló, az egészséges felnőttkor eléréséhez és a táplálkozással összefüggő felnőttkori betegségek megelőzéséhez nélkülözhetetlen szokások. (9)

A gyermekek legnagyobb arányban az óvodai étkeztetést veszik igénybe, és az ebben a rendkívül fogékony korban megszerzett ismeretek, szokások a későbbi egészség-magatartást, azon belül az étkezési kultúrát jelentősen meghatározzák. Ezért különösen fontos a nevelő hatású, az otthoni, esetlegesen nem megfelelő táplálkozási szokásokat is ellensúlyozó közétkeztetés. Mindezekon túl az intézményekben elfogadott, megkedvelt, korábban otthon esetleg nem ismert, táplálkozási szempontból előnyös ételeket a gyermek beviheti a családi körbe, kérheti ezeket, és ezzel a felnőttek szokásait is jó irányba terelheti. *Az elmondottak miatt rendkívül nagy a közétkeztetés, az élelmezés-vezetők, gyermekélelmezéssel foglalkozók felelőssége!*

Az ÁNTSZ feladata rendszeres időközönként ellenőrizni a higiénés és táplálkozás-egészségügyi szempontból a közétkeztetést ellátó konyhákat. A közétkeztetésben felhasznált élelmezési normákat a *vendéglátás és közétkeztetés keretében történő élelmiszer-*

előállítás és -forgalmazás feltételeiről szóló 80/1999. (XII. 28.) GM-EüM-FVM együttes rendelet (a továbbiakban rendelet) szabályozza. (10) Az étkeztetett korcsoport élettani szükségleteit figyelembe vevő energia-, illetve tápanyagnormák lehetővé teszik az élelmezésre fordítható pénzösszeg reális szintre emelését és a folyamatosan változó nyersanyagárak nyomán követését. A rendelet mellékletei tartalmazzák a korcsoportonkénti napi energia- és tápanyagbeviteli közétkeztetési ajánlásokat (egy főre, egy napra vonatkozóan); illetve élelmiszer-, nyersanyag-felhasználási javaslatokat (egy főre, tíz napra).

Az étrendtervezés általános szempontjai (11)

1. Feleljen meg a fogyasztók tápanyag-szükségletének: fedezze az étkeztettek korának megfelelő élettani szükségletet, biztosítsa a rendeletben és a tápanyagtáblázatban ajánlott energiát, valamint tápanyagtartalmat, az arányos tápanyagelosztást és -komplettálást.
2. Az étrend legyen változatos: két héten belül ne ismétlődjenek ételek, ételsorok. Hasonló színű, ízű, jellegű vagy ugyanazon alapanyagokból készült ételek egy étkezésen belül ne forduljanak elő, ugyanakkor az étkezés legyen harmonikus ízben, színben, formában. Minden nap kell biztosítani gyümölcsöt, zöldségfélét. Minden napon és minden étkezésen belül a nyersanyagokra és a konyhatechnikára egyaránt vonatkozó változatosságra kell törekedni.
3. Feleljen meg az idénynek: nyáron alacsonyabb energiataartalmú, kevésbé laktató, folyadékúsabb ételeket kell adni, ezzel szemben télen

lehet laktatóbb az étrend. Idénygyümölcsöket, zöldségeket javasolt felhasználni, amelyeket télen mirelit gyümölcsökkel, zöldségekkel, savanyított zöldségfélékkel indokolt kiegészíteni a szükséglet biztosításához.

4. A kínált ételek legyenek biztonságosak.
5. Vegye figyelembe a fogyasztók étkezési szokásait (korlátok között).
6. Számoljon a rendelkezésre álló anyagi és konyhatechnikai lehetőségekkel.

A kisgyermek étrendjében érvényesítendő sajátos szempontok (9, 11, 12, 13, 14, 15)

A rendeletben megadott energiaszükséglet betartásának gyermekkorban különösen nagy a jelentősége, mivel a bevitt energiával nemcsak a szervezet fenntartásához és a fizikai aktivitáshoz szükséges energiát kell biztosítani, hanem a növekedésre fordított energiát is.

A fehérjék fontos élettani szerepe miatt gyermekeknél a napi bevitel nem maradhat el a 12-15 energia%-tól, mivel a napi „fehérjekopás” pótlásán túl a növekedéshez, a somatomentális fejlődés biztosításához is kell fehérje. Ezenkívül a helyes fehérjeellátás lényege, hogy – főként gyermekeknél – a mennyiségen túl a fehérje-teljesértékűségét is biztosítani kell, vagyis az általában nem teljes értékű növényi fehérjéket ki kell egészíteni az esszenciális aminosavakat tartalmazó állati eredetűekkel, ezáltal biológiai értékük, a szervezetben történő hasznosulásuk megnő. A komplettálás másik követelménye, hogy a különböző fehérjék egy étkezésen belül kerüljenek a szervezetbe, mivel a nem teljes értékű fehérje több órával elfogyasztása után már nem komplettálható. Az állati eredetű fehérjéket szét kell osztani az étkezések között, hogy a kis étkezések is megfelelően komplettek legyenek. A növényi és állati eredetű fehérjék aránya 60/40% legyen.

Fokozott figyelmet kell fordítani arra, hogy mindennap megfelelő mennyiségben szerepeljen tej, tejtermék az étrendben, hogy a csúcs-csonttömeg megfelelő kialakulásához elegendő mészt épüljön a csontozatba. Az osteoporosis meg-

előzése a gyermekkorban fogyasztott kalcium mennyiségétől is függ. (16)

Kerülni kell a nehezen emészthető, zsíros, sós, erősen fűszeres ételeket. Az ételek növényi zsiradék felhasználásával készüljenek, kerüljük a bő zsírban való sütést, továbbá a nyersanyag kiválogatásánál elsősorban a soványabb termékeket részesítsük előnyben. A kenőzsiradék és a főzőzsiradék legfeljebb 50%-a legyen állati eredetű. (10) A P/S arány (többszörösen telítetlen zsírsavak/telített zsírsavak) ajánlott értéke 0,6–0,8, vagyis az összes energiabevitel minimum 6–8%-át fedezzék a többszörösen telítetlen zsírsavak és legfeljebb 10%-át a telített zsírsavak.

Összetett szénhidrátokból fedezzük a gyermek szénhidrátszükségletének nagy részét. Zöldség, gyümölcs mindennap kerüljön az asztalra, ezek egy részét nyersen is étrendbe kell illeszteni. A zöldségfélét párolással, habarással készítve vagy töltött, rakott formában, hússal, tojással, tejjel, tejtermékkel egészítve célszerű az étrendbe állítani. Tartalmas, hús-, zöldség-, illetve gyümölcsalapanyagokból készült leveseket adjunk. Előnyös, ha a barna kenyeret részesítjük előnyben. A cukor csak ételízesítőként szerepeljen. A cukros ételek, fehér lisztből készült pékáruk, sütemények legfeljebb heti egy-két alkalommal adhatók, de akkor sem önálló étkezés-ként, hanem tartalmas leves vagy főzelék után. Édességek, sütemények, édesipari termékek önálló fogásként ne szerepeljenek. Az ételek texturáltsága igazodjon a gyermekek korához, azaz ne vegyük el a kisgyermek kedvét az ételaktól például nehezen rágható hússal, durva rostú zöldségekkel, de azért készítsük őket megfelelő rágásra.

A felnőttkori sófogyasztást meghatározóan befolyásolja a kisgyermekkorban kialakult ízérzet, ezért fontos, hogy a sós ízhez való hozzászokás elkerülése

végezt más természetes ízeket kedveltesünk meg. A gyermekek ételválasztási preferenciáit elsősorban az étel fizikai jellemzői szabják meg, ennek megfelelően fontos a megfelelő tállalás, az eljük kerülő étel fizikai tulajdonságai, megjelenése. (17)

II. Anyag és módszer

A jelen közleményben feldolgozott ellenőrzéseinket óvodákat ellátó főzőkonyhákban végeztük Heves megyében, a tavaszi időszakból (május 3–14.) bekért kététi (tíznapos) étrendek, illetve nyersanyagkiszabatok elemzésével. A továbbiakban az ábécé betűivel jelölt négy konyha összesen mintegy 700 óvodásnak nyújt napi háromszori étkezést (tízórai, ebéd, uzsonna) szakképzett ételmezésvezetők irányításával. A konyhák nyersanyagnorma-keretei változóak, 185 Ft-tól (B) 226 Ft-ig (A) terjedő összegből gazdálkodtak a vizsgált időszakban. Az A konyha három óvodának szállít, a többi adat egy-egy óvoda ellátására vonatkozik. A és C városi, a másik kettő községi óvodákat lát el. A nyersanyagkiszabatok, C konyha kivételével, az alkalmazottak ebédjeit is tartalmazzák. Az A és a D konyha, változó adagszámmal, vendéglátásra is főz a gyermekekével azonos nyersanyagkiszabot alapján (1. táblázat). Tápanyagszámító program a B és a C konyhánál áll rendelkezésre. (Egyiknél sem az, amelyikkel mi dolgoztunk.)

A konyhák által kínált ételek mennyiségéről és minőségéről az étlapok áttekintésével, az anyagkiszabatok számító gépes értékelésével győződünk meg, amihez az ÁNTSZ-eknél rendelkezésre álló NutriComp tápanyagszámító szoftverprogramot használtuk. A konyhák az óvodai ellátásban napi háromszori étkezést (tízórai, ebéd, uzsonna) biztosítá-

1. táblázat. Az ellenőrzött konyhák által étkeztetettek száma a vizsgált időszakban

	A konyha	B konyha	C konyha	D konyha	Összesen
Az ellátott 4–6 évesek száma	279	138	160	115	692
Alkalmazott	46	15	–	20	81
Vendég	16–27	–	–	8–14	24–41

nak, amely esetén a gyermek energia- és tápanyagszükségletének 65%-át kell a közétkeztetésnek fedezni. Meghatároztuk az étrendek átlagosan egy főre, egy napra jutó, a biztosított háromszori étkezésnek megfelelő energiaértékét, -arányát, valamint a tápanyag-összetevők mennyiségét. A rendelet előírja, hogy a csoportos étkeztetés ellenőrzésekor az étlapok és az anyagkiszabatok alapján történő energia- és tápanyagszámítás legalább a következőkre terjedjen ki: energia, fehérje (g, energia%), zsír (g, energia%), szénhidrát (g, energia%), hozzáadott cukor (g, energia%), koleszterin (mg). (10) Ezeken felül mi kiszámoltuk az állati fehérje mennyiségét, részesezését, az élelmi rost mennyiségét, a P/S arányt és néhány ásványi anyag (Na, Ca, Fe) mennyiségét. (Az adatrögzítésnél a technológia során hozzáadott só nem tudtuk rögzíteni a különböző ételkészítők változó sótartalma miatt, ezért eredményeink csak az alapanyagokban lévő sótartalmat tükrözik.) Ezeken túl kigyűjtésre került, a felhasznált nyersanyagok alapján, az egy főre, tíz napra jutó átlagos élelmiszer-felhasználás. A kapott eredményeket összevetettük a rendelet 2. sz. mellékletének A és C táblázatában, valamint a tápanyagtáblázatban szereplő

életkori (4–6 éves korosztály) ajánlásokkal a napi háromszori étkezés arányában. (10, 13) Az összehasonlításokat táblázatokban ábrázoltuk.

A rendeletben és a tápanyagtáblázatban foglaltak szerint legfeljebb $\pm 20\%$ -os eltérések fogadhatók el a tálalás egyenletlenségének következményeként, ha ennél több, az jelentősnek számít. A rendelet szerint eljárva a bő zsiradékban sütéshez használt zsírmennyiség 1/3-át rögzítettük a nyersanyag-összesítésben. (10) A használt program a nyersanyagok tisztítási veszteségeit is figyelembe veszi. Az elvégzett vizsgálat, jellegénél fogva, csak a kiszabatok alapján kínált elméleti értékeket tartalmazza, azt nem tudjuk, hogy az elkészült ételek milyen tartalmi értékekkel bírtak, s azt sem, hogy a gyermekek ezekből mennyit fogyasztottak el.

III. Eredmények, az étrendek táplálkozás-egészségügyi értékelése

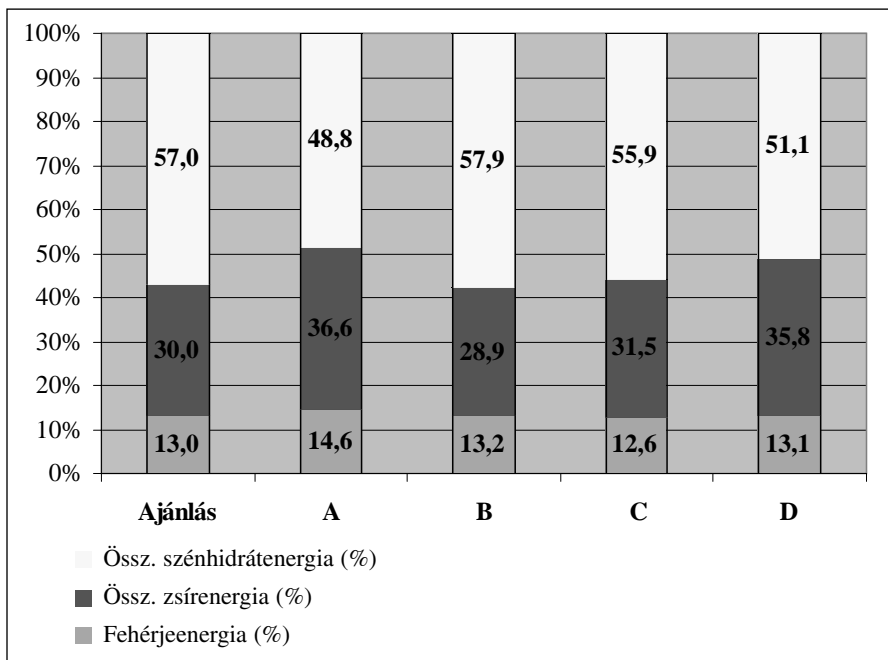
Étrendek: Az étlapok átvizsgálása során sok hiányosságot tapasztaltunk. Gyakori hiba volt, hogy az étrend nem eléggé változatos. Előfordult, hogy

a vizsgált két héten belül ismétlődő tíz-óraikat (négyyszer), leveseket (négyyszer), uzsonnákat (kétszer) kínáltak az étkeztetők. Pozitívum, hogy két héten belül azonos főétel nem fordult elő. Négy esetben (10%) hasonló alapanyagból készítették a levest, mint a főételt (pl. zöldség-zöldség, tészta-tészta). Nyolc alkalommal (20%) szerepeltek az étrendben „értéktelen” levesek (pl. rizsleves, tésztaleves). Az időnyelleg többé-kevésbé megfelelő volt. Ahogy a továbbiakban is láthatjuk majd, a gyermekkor sajátos követelményeinek szem előtt tartása nem volt jellemző. Újfajta ételeket alig készítettek, új technológiákat (párolt, rakott, csőben sült) nem alkalmaztak. Ennek oka lehet a szemléletbeli hiányosságok mellett, hogy a régi felszerelések az újfajta technológiákhoz kevésbé alkalmasak. Azonban megfelelő szándékkal ezekkel is megvalósítható lenne a korszerű ételek készítése.

Energia (2. táblázat, 1. ábra): elmondható, hogy egy konyha (D) kivételével a kiszabatok alapján túl sok energiát kínáltak a gyermekeknek. A normatívát jelentősen meghaladó konyhánál az energiát adó tápanyagok mennyisége is soknak bizonyult. (Kérdéses persze, hogy a kiszabatok alapján kalkulált elméleti mennyiségekből mennyi kerül a gyermekek szervezetébe.) A tervezett energiabevitel tápanyagfajtánkénti megoszlásában a fehérje részesezése megfelelőnek mondható. A zsírenergia% a főzéshez sertézsírt is használó A konyhánál haladta meg a 20%-os tűrőhatárt. Ahol többletzsír volt, az a szénhidrát-energia rovására került túlsúlyba. A hozzáadottcukor-energia részesezése három konyhánál haladta meg az ajánlásban szereplő maximum 10%-ot. Ahol alatta volt (A), ott az összes szénhidrát-energia is kevesebb, ami a zsírenergia jelentős többletéből következik.

Zsír (2., 3. táblázat, 1. ábra): a magas zsiradékfelhasználást mind a négy konyhánál jellemzőnek találtuk. Az ajánlásban szereplőnél jóval nagyobb mennyiségű főző- és kenőzsiradékot használtak, jellemző volt a sok rejtett zsírt és só-tartalmazó húskészítmény, felvágott, szalámi étrendbe állítása, a sertéshús preferálása (rejtett zsír), azon

1. ábra. A nyersanyagkiszabatok alapján számolt energiabevitel tápanyagcsoportok szerinti %-os megoszlása és összehasonlítása az életkori (4–6 évesek) ajánlással



2. táblázat. A nyersanyagkiszabatok alapján számolt, 1 főre, 1 napra jutó energia és tápanyag-összetevők összehasonlítása az életkori (4–6 évesek) ajánlással (100%) tizórai, ebéd, uzsonna szolgáltatása esetén (vastag kiemeléssel jeleztük a $\pm 20\%$ -nál nagyobb eltéréseket)

	Ajánlás	A konyha		B konyha		C konyha		D konyha	
		Mennyiség, arány	Összehasonlítás az ajánlással (%)	Mennyiség, arány	Összehasonlítás az ajánlással (%)	Mennyiség, arány	Összehasonlítás az ajánlással (%)	Mennyiség, arány	Összehasonlítás az ajánlással (%)
Energia kJ (kcal)	4619 (1105)	6491 (1553)	140,7	5951 (1424)	128,9	7216 (1726)	156,4	5265 (1260)	114,1
Össz. fehérje (g)	35	56,4	160,7	46,5	132,5	53,9	153,6	41,0	116,8
Fehérjeenergia (%)	13	14,6	112,3	13,2	100,8	12,6	96,2	131,0	100,8
Állati fehérje (g)	14	30,5	217,2	20,0	142,5	22,4	159,5	19,6	139,6
Állati fehérje aránya (%)	40	54,1	135,3	43,0	107,5	41,6	104,0	47,8	119,5
Össz. zsír (g)	36	62,7	175,4	45,5	127,3	60,0	167,8	49,8	139,3
Össz. zsírenergia (%)	30	36,6	121,7	28,9	96,3	31,5	104,7	35,8	119,3
Össz. szénhidrát (g)	153	188,5	122,9	204,7	133,4	240,2	156,6	160,2	104,4
Össz. szénhidrát- energia (%)	57	48,8	85,6	57,9	101,4	55,9	98,1	51,1	89,6
Hozzáadottcukor- energia (%)	10	7,6	76,0	12,5	125,0	11,3	113,0	10,8	108,0
Koleszterin (mg)	111	185,8	168,1	159,8	144,6	180,1	163,0	170,1	153,9
Élelmi rost (g)	12,5	14,4	115,4	16,4	131,4	17,1	137,0	11,1	88,9
P/S arány	0,6–0,8	0,41		1,35		1,11		0,94	

belül is a sovány helyett a sok közepes zsírtartalmú alapanyag (lapocka) felhasználása. Egy konyha (C) használt bizonyos, hagyományos sertésalapanyagból készülő ételeknél pulykát, ami a zsírbevitel szempontjából is pozitívumként értékelendő. Két konyha (A, C) esetében a húskészítmények 2,5–3-szoros mennyiségben szerepeltek a felhasznált élelmiszerek között. Az ételkészítési technológiákban is a hagyományos ételek – rántott húskok, zsíros pörköltök, pörköltalpok – készítése, felhasználása dominált.

Positívan értékeltük, hogy a konyhák nagy része növényi zsiradékkal főz. A kivétel sajnálatos módon pont a legnagyobb adagszámot készítő A jelzésű konyha, amely sertészsír használta főzőzsiradéknak. Ez több paraméterben is megmutatkozik. Ennél a főzőkonyhánál a legkisebb a P/S arány, a legnagyobb a kínált koleszterintartalom, az állati eredetű főzőzsiradék aránya itt haladja meg – mégpedig jelentősen – a jogszabály által ajánlott maximum 50%-os értéket. Az állati kenőzsiradék aránya mindenhol alatta van az ajánlásban szereplő 50%-os határnak.

A felhasznált nyersanyagok koleszterintartalma mind a négy konyhán messze meghaladta a kívánatos értéket, s mivel látható (3. táblázat), hogy a tojásfelhasználás csak egy konyhánál (D) mutat többletet, ennek oka nyilvánvalóan a fentebb már tárgyalt nagy állatizsír-arány jelenlét. A kétételes időszakban olajos magvakat két konyha (B, C) nem adott, egy a normát meghaladó (szegzámag, dió), egy pedig attól elmaradó mértékben (dió) kínált.

Fehérje (2., 3. táblázat, 1. ábra): a fehérjetartalom értékeinek összehasonlítása alapján láthatjuk, hogy a tervezett fehérjebevitel mindenütt meghaladta a normát. Az étlapokon legtöbbször sertéshús szerepelt, ritkábban baromfi (csirke, pulyka). A gyermekek elegendő húst, húskészítményt kaptak, sőt ennek mennyisége a korosztályi szükségletet több esetben jelentősen meghaladta (különösen húskészítményekből), viszont általában normaszint alatti a belsőség, a hal, a tej, a tejtermék, a tojás mennyisége. A belsőség leginkább a kenőmájast, májkonzervet foglalja magában, ami viszont a só- és zsírtartalom miatt agga-

lyos. Halat, halkészítményt a kétételes időszakban egyetlen konyha (C) tett az étrendbe egy alkalommal! Tojást – ahogy már korábban említettük – három konyha az ajánlottnál jelentősen kevesebbet használt.

Tejet, tejterméket, tejkészítményt egyedül az A konyha adott az ideális vagy azt meghaladó mennyiségben! A többinél a szükséglettől jelentősen elmaradt ennek az élelmiszercsoportnak a felhasználása, ami természetesen meglátszik a tervezett kalciumbevitel mértékén is (4. táblázat). A konyhák szinte mindennap adtak valamilyen formában tejet, tejkészítményt (az összesen megvizsgált negyven napból csak négy volt olyan, ahol egyáltalán semmilyen tejtermék nem szerepelt), amiből az következik, hogy elsősorban a kínált mennyiség nem megfelelő. Ez rendkívül jelentősnek mondható probléma, ha a csontozat megfelelő fejlődését, illetve ha a gyermek- és fiatalokban megalapozásra kerülő csúcs-csonttömeg mértékének és az osteoporosisnak, mint népbetegségnek az összefüggését tekintjük. A savanyított tejtermékek teljes egészében kimaradtak a négy konyha étrendjéből.

Az állati és növényi fehérje aránya többé-kevésbé megfelelő, de minden esetben az állati felé tolódik el. Egy konyha esetében (A) haladja meg jelentősen az ajánlott 40/60%-ot. Az áttekinített 120 étkezésből 11 nem volt komplettálva, amelyek között egy ebéd is volt (B).

Szénhidrát (2., 3. táblázat, 1. ábra): az össz-szénhidrát mennyisége egy konyhát kivéve (D) jelentősnek mondható mértékben meghaladja a nyersanyagnormát. Sajnos a kevés tejtermék adása azt is jelenti, hogy a tízóraihoz több alkalommal adtak teát, ami a cukorbevitelt jelentősen fokozza. A hozzáadottcukor-energia azoknál a konyhánál (B, C, D) haladja meg a normát, ahol a tej-, tejtermék-felhasználás elmarad a szükséglettől. Lekvár és dzsem mind a négy konyhánál az ajánlott (némelyiknél igen jelentősen) meghaladó mértékben került az étrendbe.

Cereáliaalapú élelmiszerek, kenyerek, kenyérfélék, száraztészta a norma feletti mértékben szerepeltek a nyersanyag-

kiszabatokban. Különösen szembeszökő, hogy száraztésztát az ajánlást kétszer, háromszor, sőt egy konyhánál (C) 4,8-szer (!) meghaladó mértékben használtak fel.

Az is feltűnő, hogy a burgonya étrendbe állítása mind a négy konyhánál elmaradt az ajánlástól, egynél (A) van csak a toleranciahatáron belül. A D konyhánál mindössze 27,9%-a a normának! A valószínűsíthető ok, hogy az adott időszakban, a jelentős tisztítási veszteség miatt nem szívesen bajlódnak a téli burgonyával.

A zöldség- és gyümölcsfelhasználási értékeknél a negatív eltérés jóval több, mint a pozitív. A B konyha kivételével jelentősen elmaradt a normától a száraz hüvelyesek, rostos üdítők adása, a zöldség, a gyümölcs bármilyen formában történő étrendbe állítása. A D konyha gyümölcsöt mindössze a szükséglet 0,6%-ában kínált a gyermekeknek! A négy konyhából egyetlen (C) volt, amely mindennap legalább egyszer adott friss zöldséget vagy gyümölcsöt. A másik három konyhánál több olyan nap is volt, amikor friss zöldség, gyümölcs nem szerepelt az étlapon, sőt a D konyha friss gyümölcsöt egyszer sem kínált a gyermekeknek a kétételes időszakban! Általában almát adtak, egyszer fordult elő az étlapokon (C) mandarin. Nagyrészt heti egy alkalommal készítették főzeléket. Az összesen vizsgált nyolc hétből kető volt, amikor kétszer szerepelt ez az ételféleség. (Nem ugyanannál a konyhánál.)

A fentebb látott alacsony zöldség- és gyümölcsfelhasználás ellenére az élelmiszer-kínálat, a D konyha kivételével meghaladta a normát, ami nyilván a sok cereália, főtt tészta és sütőipari termék adásának köszönhető.

Ásványi anyagok (4. táblázat): vizsgálatunk során az ásványi anyagok közül a felhasznált élelmi anyagok, élelmiszerek nátrium-, kalcium- és vastartalmát emeltük ki. A *nátriumtartalom* minden konyhán pozitív irányban tér el az ajánlott mennyiségtől, 3–5-ször több a normatív értéknél, ami különösen azért riasztó, mert ez csak a nyersanyagokban, késztermékekben lévő sótartalmat tükrözi, az ételkészítési technológia során hozzáadott só nincs

3. táblázat. A nyersanyagvizsgálatok alapján számolt élelmiszer-felhasználási értékek összehasonlítása az életkori (4–6 évesek) ajánlással (100%) tízóraii, ebéd, uzsonna szolgáltatása esetén (a megadott értékek egy főre, 10 napra vonatkoznak)

Élelmiszer (g)	Ajánlás	A konyha		B konyha		C konyha		D konyha	
		Mennyiség	Összehas. az ajánlással (%)	Mennyiség	Összehas. az ajánlással (%)	Mennyiség	Összehas. az ajánlással (%)	Mennyiség	Összehas. az ajánlással (%)
Hús (baromfi, sertés, marha)	260	469,3	180,5	402,0	154,6	377,2	145,1	388,9	149,6
Húskészítmény, húskészítménykonzerv	100	250,7	250,7	118,9	118,9	306,4	306,4	166,5	166,5
Belsőség, belsőségkészítmény	100	15,3	15,3	78,9	78,9	54,5	54,5	31,9	31,9
Hal, halkonzerv	70	0	-	0	-	44,4	63,4	0	-
Tej, savanyított tejtermék (kefir, joghurt, aludttej)	1800	2767,6	153,7	1319,8	73,3	962,0	53,4	1284,2	71,3
Tejtermékek (sajt, túró)	220	224,2	101,9	67,7	30,8	152,6	69,4	130,2	59,2
Egyéb tejkészítmény (tejföl, tejszín)	150	211,5	141,0	81,3	54,2	107,0	71,3	97,3	64,9
Főzősíradék (sertészsír, baromfiszír, olaj, főzőmargarin)	110	212,6	193,3	216,1	196,5	241,0	219,1	174,5	158,6
Az állati eredetű főzősíradék aránya	£50%	71%	-	6,20%	-	1,30%	-	4,50%	-
Kenőzsíradék (margarin, vaj, vajkrém)	80	218,3	272,9	134,9	168,6	159,2	199,0	125,5	156,9
Az állati eredetű kenőzsíradék aránya	£50%	28,30%	-	0,70%	-	38,70%	-	32,40%	-
Cukor, méz	200	277,8	138,9	227,0	113,5	442,2	221,1	310,4	155,2
Cereáliák (liszt, rizs, gabonamagvak, -pelyhek, egyéb gabonakészítmények)	300	446,1	148,7	303,4	101,1	642,4	214,1	372,0	124,0
Kenyérfélék, péksütemények	900	1337,5	148,6	1465,7	162,9	1639,1	182,1	1234,0	137,1
Száraztészta	80	227,6	284,5	255,5	319,4	384,5	480,6	178,2	222,8
Burgonya	650	600,4	92,4	492,8	75,8	395,6	60,9	181,5	27,9
Zöldségfélék (friss, mirelit, konzerv, szárított)	1200	872,9	72,7	826,2	68,9	936,8	78,1	888,7	74,1
Gyümölcsök (friss, mirelit, befőtt, kompót, aszalt)	800	190,3	23,8	1287,3	160,9	272,7	34,1	5,1	0,6
Száraz hüvelyes	90	28,2	31,3	91,9	102,1	50,0	55,6	34,7	38,6
Tojás	120	80,5	67,1	58,7	48,9	85,2	71,0	158,5	132,1
Rostos üdítő	300	28,9	9,6	366,9	122,3	74,1	24,7	100,7	33,6
Lekvár	20	32,5	162,5	65,8	329,0	51,3	256,5	40,4	202,0
Olajos mag	30	40,3	134,3	0	-	0	-	23,3	77,7

benne. A *kalciumkínálat*, az A konyha kivételével, minden esetben jelentősen elmarad a szükséglettől, aminek okát fentebb már láthattuk: a tej és a tejtermékek étrendbe állítása a kívánatostól jelentősen elmaradt. A felhasznált nyersanyagok *vastartalma* három konyhánál az ajánlott érték közelében van, a D konyhánál kerül jelentősen a norma alá.

IV. Következtetések

A vizsgálat célja annak megállapítása volt, hogy az étkeztetést végzők biztosítják-e a gyermekek részére előírt tápanyagnormát, mennyire egészségesen, korszerűen teszik ezt, illetve ezzel összefüggésben eleget tesznek-e az egészséges táplálkozásra való nevelés, szoktatás kívánalmainak.

Több, a gyermekétkeztetés táplálkozás-egészségügyi ellenőrzését feldolgozó publikáció látott napvilágot az elmúlt években, amelyek nagyrészt hasonló eredményeket mutattak, mint a mi vizsgálatunk (18, 19, 20, 21) megjegyezve, hogy előfordult szükséglet alatti energiajuttatás megállapítása is. (22) A Heves megyei felmérés eredményeit összefoglalva megállapíthatjuk, hogy a vizsgált közétkeztetőknél az adott időszakban az óvodai ellátás, az anyagkiszabatok alapján számolt elméleti értékeket alapul véve, a gyermekek energia- és fő tápanyagigényét a szükségletet meghaladó mértékben biztosította. Az átlagértékeket tekintve a *tervezett menü* (D kivételével) jóval az élettani igény felett volt. Kérdéses persze, hogy a nyersanyagokból, a tervezett energiából és tápanyagokból mennyi került a gyermekek tányérjára, abból mennyit és milyen egyéni különbségekkel ettek meg. Az általunk kapott eredmények csak a tervezett bevitelt tükrözik, ami abban az elméleti esetben valósulhatna meg, ha a készételekben a kiszabatok alapján számoltnak megfelelően lennének jelen az összetevők, és a gyermekek egyéni fogyasztási különbségek nélkül mindent maradéktalanul megennének. Nyilvánvaló, hogy erre nem kerül sor, ami a normát jelentősen meghaladó eredményeknél kicsit javít a képen, vi-

szont azoknál a paramétereknél, ahol már a tervezett bevitel alapján is elmaradás van, még aggasztóbbá teszi a helyzetet. Egy jövőben megismételt vizsgálatot jól kiegészíthet, ha a készételek laboratóriumi elemzésére is sor kerül, mivel a nyersanyagkiszabatok alapján számolt összetétel és a laboratóriumi elemzések eredményei között jelentős eltérések is lehetnek. (20) Továbbá azt is érdemes lenne megnézni, mi kerül a „moslékba”, mert ez jól mutatná, hogy mennyit és mit nem fogyasztanak el a gyermekek. Mindezek mellett az étkeztetett óvodások tápláltsági állapotának vizsgálata, fizikai aktivitásuk mértékének korrekt megítélése is segítségünkre lehetne annak fellelésében, hogy hová lesz a kiszabatok alapján kínált szükséglet feletti felesleg.

A minőségi összetételen is szükséges változtatni. Kijelenthetjük, hogy a vizsgált időszakban a konyhák étkeztetése a legtöbb szempontból nem szolgálta a kiegyensúlyozott, korszerű táplálkozásra nevelés feladatát. Magas a zsiradékfelhasználás, sok a nagy sótartalmú étel, a nyers zöldség- és gyümölcsfélék étrendbe állítása messze elmarad a kívánatostól, a tej, a tejtermékek adása távolról sem kielégítő. Nem vezettek be új, korszerű ételeket, készítési módokat. Valószínű, hogy az étrendek készítésénél az étel minősége és egészségre gyakorolt hatásának figyelembevétele a nyersanyag-forint norma betartásával szemben háttérbe szorul. Pedig több példa is mutatja, hogy nem feltétlenül kerül több a korszerűbb, az egészségesebb étel. (23, 24) A vizsgált konyhák egy része (1. táblázat) a gyerekeken és az alkalmazottakon kívül ugyanazzal az étrenddel vendégellátást is kielégít, ami az adott konyhánál némileg magyarázatul szolgálhat arra, hogy a készített ételek miért nem feleltek meg a gyermekkor speciális kívánalmainak. Nehéz a többféle igénynek megfelelő étrendet beállítani, és a felnőttek „érdekérvényesítésének” hatékonyabb voltából következően ez sajnos inkább a gyermekek igényeinek rovására megy.

A vizsgálat eredményeiről, az észlelt hiányosságokról tájékoztattuk az üzemeltetőket, javaslatot tettünk az étrendi

változtatásokra, a kiegyensúlyozottabb tápanyag-összetevők és energiabevitel biztosítására, a sóbevitel csökkentésére. A változtatások végrehajtásáról ismételt ellenőrzés során bizonyosodunk meg.

A közétkeztetésben az egészséges táplálkozás irányelveinek szem előtt tartásával, az ételmezésvezetők továbbképzésével az elmélet és a gyakorlat jól közelíthetne egymáshoz. Korszerű táplálkozási modell alkalmazásával, a konyhai dolgozók oktatásával, szemléltetváltoztatással lehetne eredményeket elérni, hogy táplálkozástan szempontról kedvezőbb összetételű ételek kerüljenek a gyermekek asztalára. (23, 25) Segítségét jelentene a tápanyag-számítási szoftver, de sajnos nem minden konyha rendelkezik az ehhez szükséges infrastruktúrával. Mindemellett meg kell jegyeznünk, hogy – amint láthattuk is – még a szakmai és a technikai háttér megléte sem garancia a mennyiségileg és minőségileg megfelelő étrendek összeállítására.

A helyes étkezési szokásokat gyermekkorban lehet és kell kialakítani, ami természetesen összetársadalmi feladat, a családi környezetnek, a közétkeztetőknak, a pedagógusoknak, az orvosoknak, a védőnőknek jelentős a szerepük e téren, de a jövő nemzedék egészségének védelmében a gazdasági szakemberek és a politikusok is sokat tehetnének. El kell érni, hogy a gyermekek egészségesen táplálkozzanak akkor is, ha már ők választják meg, hogy mit esznek. Ehhez vonzóvá, divatosá kell tenni az egészséges táplálkozást, amihez például finomnak kell lenni az egészséges ételnek. Pozitív attitűdöt kell kiépíteni a gyermekekben a tudatos, helyes táplálkozást szolgáló információk, ismeretek átadásával, személyes példamutatással.

Összefoglalás

A szerzők óvodai közétkeztetést ellátó Heves megyei főzőkonyhákban végeztek kététi étrend-, illetve nyersanyagkiszabatok elemzéseket, választ keresve arra, mennyire felelnek meg a vizsgált konyhák gyermekélelmezési feladatainak. Az étrendek minőségi értékelésének,

4. táblázat. A nyersanyagkiszabatok alapján számolt, 1 főre, 1 napra jutó ásványianyag-összetevők összehasonlítása az életkori (4–6 évesek) ajánlással (100%) tízórai, ebéd, uzsonna szolgáltatása esetén (vastag kiemeléssel jeleztük a $\pm 20\%$ -nál nagyobb eltéréseket)

Ásványi anyag (mg)	A konyha		B konyha		C konyha		D konyha		
	Ajánlás	Mennyiség, arány	Összehasonlítás az ajánlással (%)	Mennyiség, arány	Összehasonlítás az ajánlással (%)	Mennyiség, arány	Összehasonlítás az ajánlással (%)	Mennyiség, arány	Összehasonlítás az ajánlással (%)
Na	455,0	2052,3	451,1	1669,5	366,9	2240,7	492,5	1590,2	349,5
Ca	520,0	547,1	105,2	298,3	57,4	305,4	58,7	308,5	59,3
Fe	6,5	6,4	98,5	6,7	103,1	6,5	100,0	4,7	72,3

illetve a számítógépes módszerrel történő energia-, tápanyag- és élelmiszer-felhasználási számításoknak az eredményeit vetették össze az életkori ajánlásokkal. Az egészséges táplálkozás felnőtt- és gyermekkori fontosságának és a közétkeztetés ebben rejlő szerepének megbeszélése után a kapott eredményeket energia és fő tápanyag-összetevők szerint csoportosítva elemzik. Szerzők a nyersanyagkiszabatokból számítva megállapítják, hogy a vizsgált konyhák a gyermekek energia- és fő tápanyagigényeit az élettani szükséglet feletti mértékben biztosítják. Az étrendek nem minden szempontból felelnek meg az egészséges táplálkozás alapelveinek, és nem szolgálják a gyermekek egészséges táplálkozásra nevelését: magas az energiaértékük és a zsírenergia részesedése, kevés zöldséget, gyümölcsöt, tejterméket tartalmaznak, hiányoznak a korszerű technológiával készült ételek.

Summary

The authors studied the menus based on the raw material quantity used for the food preparation in kitchens providing canteen meals for kindergartens in a two-week period in Heves County to investigate whether the studied kitchens meet requirements in catering of children. Quality evaluation of the menus and computer analysis of energy, nutrient content and raw material use were performed and the results were compared with the recommendations for children aged 4 to 6. After discussing the importance of the healthy diet in adult age and childhood and the role of canteen meals played in these the results of the calculation were evaluated according to energy and main nutrient contents. The authors state that the studied kitchens provide the energy and macronutritional requirements of children above the physiological needs. The menus are not suitable for the principles of healthy nutrition in several respects and the education of children for healthy diet: high energy content, high percentage of fat energy, not enough vegetable, fruit and dairy product and lack of modern technology in preparing meals.

Köszönetnyilvánítás

Köszönetünket fejezzük ki prof. dr. Morava Endre egyetemi tanárnak, a SE Közegészségtani Intézete vezetőjének és dr. Antmann Katalinnak, az intézet munkatársának, akik értékes tanácsaikkal segítették e közlemény megírását.

Irodalom

Kertai P.: Megelőző orvostan, Medicina, Budapest, 1999

- Zajkás G.: Magyarország nemzeti táplálkozáspolitikája, 2004
- Robertson A. et al.: Food and Health in Europe: a new basis for action. WHO Regional Publications, European Series, No. 96. 10–11., 2004
- WHO Regional Office for Europe: The First Action Plan for Food and Nutrition Policy. WHO European Region 2000–2005. WHO, 2001
- Dési I.: Népegészségtan, Semmelweis Kiadó, 2001
- 46/2003. (IV. 16.) OGY h. Az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjáról
- Rodler I.: Táplálkozási ajánlások a magyarországi felnőtt lakosság számára. Orvosi Hetilap, 145(47) 2383–2396., 2004
- Bihari Á., Kakucs R., Gyulai É., Nagyné Z. É.: Táplálkozási ismeretek és szokások változása különböző korú gyermekek körében. Egészségnevelés, 40(5–6) 175–179., 1999
- Rodler I.: Élelmézhigiéné, Medicina, Budapest, 1997
- 80/1999. (XII. 28.) GM-EüM-FVM együttes rendelet a vendéglátás és közétkeztetés keretében történő élelmiszer-előállítás és -forgalmazás feltételeiről
- Szabó M.: HACCP ismeretek és közegészségügyi előírások az Európai Unióban és Magyarországon, Kereskedelmi és Idegenforgalmi Továbbképző Kft., Budapest, 2003
- Greiner E.: Az egészséges táplálkozás megvalósítása a gyermek-közétkeztetésben. A Magyar Higiénikusok Társaságának XXXV. Vándorgyűlésén elhangzott előadás, 2004
- Bíró Gy., Lindner K.: Tápanyagtáblázat, Medicina, Budapest, 1999

13. Rigó J.: Élelmezésvezetők kézikönyve, Anonymus, Budapest, 1999
14. Barna M.: Táplálkozás – Diéta, Medicina, Budapest, 1996
15. Péter F., Muzsnai Á., Micskey É., Viola S., György I.: Csontásványianyag-tartalom a gyermekekben. In „A gyermekétkeztetés aktuális kérdései”, szerk.: Kaposvári J., Divald, Budapest, 2000
16. Matheson D., Spranger K., Saxe A.: Preschool children's perceptions of food and their food experiences. *Journal of Nutrition Education and Behaviour*, 34(2) 85–92., 2002
17. Csonka M., Bakóné D. Zs.: Gyermekélelmezés – étrendképzés. *Egészségnevelés*, 38. 222–223., 1997
18. Nagy K.: Óvodai tapasztalatok. *Élelmezésvezetők Lapja*, 3(10) 5., 1999
19. Kacsur M., Szabó M.: Iskolai tanulók táplálkozás-egészségügyi vizsgálata különböző gyermekétkeztetéssel foglalkozó üzemeltetők konyháin. *Budapesti Közegészségügy*, 21. 139–141., 1999
20. Grgurics I.: A gyermek- és felnőttétkeztetés étrendjeinek táplálkozástudományi ellenőrzése Kisvárdai városban és vonzáskörzetében. *Budapesti Népegészségügy*, 24. 340–350., 2002
21. Kelemen E., Zoltainé O. A., Győrey P., Sinka M., Garamszegi L.: Étlapértékelés, tápanyagszámítás és tápanyagmérés Pest megyében. *Egészségtudomány*, 46(3) 183., 2002
22. Vigné S. K.: A betegségmegelőző, egészséges táplálkozás alapelvei és gyakorlati alkalmazásuk a gyermekélelmezésben. In „A gyermekétkeztetés aktuális kérdései”, szerk.: Kaposvári J., Divald, Budapest, 2000
23. Szamosi T., Tomsits E.: Hogyan segíti az iskolai táplálkozás az egészséges felnőttkor elérését. In „A gyermekétkeztetés aktuális kérdései”, szerk.: Kaposvári J., Divald, Budapest, 2000
24. Pollard CM., Lewis JM., Miller MR.: Food service in long day care centres – an opportunity for public health intervention. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 23(6) 606–610., 1999

A média hatása a dohányzásról való leszokásra

Dr. Gyenes Monika¹, Dr. Dézsi Csaba András²

¹Semmelweis Egyetem, EFK, Népegészségügyi Intézet

²Petz Aladár Megyei Kórház, Kardiológiai Osztály, Győr

Bevezetés

Az Egészség Évtizedének Népegészségügyi Programjában az egyik alprogram a dohányzás visszaszorítása, amelynek két fő eleme a prevenció és a leszoktatás támogatása.

Mivel ez az alprogram a 2004. évi prioritások között szerepel, véleményünk szerint feltétlenül szükséges megvizsgálni, hogy melyek a leghatékonyabb módszerek e nemzeti cél elérésére, és ezek között az írott tömeg-tájékoztatás milyen szerepet játszhat.

Brit kutatói vélemény szerint (Reid) a dohányzás prevalenciájának csökkentésére a leghatékonyabb a fiskális politika és a tömeg-tájékoztatás együttes alkalmazása. A munkahelyi dohányzás megszorító intézkedései csak a fogyasztást csökkentik, de nem a dohányosok számát. Korlátozott az egészségügyi szakemberek által nyújtott tanácsadás hatása is, hiszen nem feltétlenül a legerősebb dohányosok fordulnak az ellátóhálózathoz. A média nyilvánossága nemcsak a dohányzás visszaszorításában játszik fontos szerepet, hanem olyan általános légkör megteremtésére is képes, amely a szakmai és a pénzügyi döntéshozók munkáját is támogatja. Az eddigi tapasztalatok azt bizonyítják, hogy az egészségügyi szakemberek hatékonyabbak a dohányzás populációs szintű visszaszorításában, ha a tömeg-tájékoztatási eszközöket is felhasználják, és nemcsak egyénre szabott tanácsadást nyújtanak. Az információs társadalom világában a tévé- és rádiócsatornák, és újabban az internetportálok fontos információkat közölnek az egyes betegségekről, amelyek révén az emberek gyanú esetén korábban fordulhatnak orvoshoz, és esetleg ép-

pen ezért lehet nagyobb esélyük a teljes gyógyulásra. Tájékozódhatnak a kockázatokról, az esélyekről, a megelőzés lehetőségeiről. Önmagában az ismeretek közlése azonban nem vezet magatartás-változáshoz, viszont a mai kor betegségeinek hátterében legtöbbször magatartászavarok állnak. A betegségek kialakulásának valószínűségét alapvetően befolyásolják az olyan kulturálisan örökített kockázatos magatartásformák, mint például a dohányzás, az alkoholfogyasztás a stressz oldására, a felelőtlen szexuális magatartás, az archaikus minták szerinti csoportosulások stb.

Egy modern népegészségügyi program alapvetően csak az egészséget befolyásoló kulturális mintákra támaszkodhat. A kultúra mai fő terjesztője egyértelműen a tömeg-tájékoztatás. Fontos figyelembe vennünk azt is, hogy a kultúrák változásának sebessége megnőtt a mai világunkban, különösen a média új formáinak következtében (Beöthy-Molnár A.).

A dohányzás visszaszorításának hatékonysága céljából fokozott érzékenységgel kell rendelkezniük azoknak, akik a tudományos népszerűsítő irodalomban dolgoznak, és olyan sikeres módszereket kell alkalmazniuk, mint amilyenekkel a dohánygyárak éltek az elmúlt két évtizedben a vásárlóik megtartása érdekében (Hastings és mtsa.). Különösen sokat tanulhatunk abból, ha elemezzük a dohányipar reklámtevékenységét és a lakosság dohányzási motivációit. Az eredmények azt mutatják, hogy a félelemkeltő, riasztó üzeneteknek kifejezetten korlátozott a hatékonysága az egészségfejlesztésben, tehát ezen a területen paradigmaváltásra van szükség. Kétségtelen, hogy a médiumokban elhelyezett

félelemkeltő üzeneteknek közvetlen stimulus-válasz hatása van: az egyén hallja (olvassa), megérti, elfogadja és reagál az üzenetre. A marketing-szakirodalomban lineáris szekvenciális (Hastings és mtsai.) modellként ismert eljárást az 1990-es évek eleje óta sikerrel alkalmazzák a kereskedelemben, azonban az egészségfejlesztésben a szakemberek mindig is kritikával és fenntartásokkal fogadták. Tényszerűen igazolható, hogy a magyar dohányosok döntő többsége (97%) ismeri ennek a káros szokásnak az egészségügyi kockázatait (Gallup-felmérés) és mintegy 70%-a szeretné abbahagyni a dohányzást. A 2002. évi adatok szerint a magyar dohányosok közel fele (48%) már tett is komoly erőfeszítést a leszokás érdekében. Mindebből az következik, hogy egyszerű negatív üzenetek helyett komplexen és más szempontból kell megközelíteni a kérdést. Milliók dohányoznak, egyértelműen addiktív alapon, aminek tartalma a kamaszoknál a közösséghez tartozás, lázadás a szülői szigor ellen, később ezt felválthatja a testsúlykontrollálásának igénye, vagy a feszültség csökkentése. Úgy tűnik tehát, hogy a dohányosok a rövid távú előnyökért hosszú távon hajlandók feláldozni az egészségüket (Szilágyi, 2001). Első lépésként talán hatásos lehet a riogató, de az állandó ismétlés azoknak, akik teljesen tisztában vannak a kockázattal (több mint kétharmad rész), erősen megkérdőjelezhető.

A megcélzott paradigmaváltásnak tehát az a lényege, hogy felismerve a dohányzás kulturális és egyéni meghatározó tényezőit, széles körben és valóban hatékony üzenetekkel forduljunk a kiemelt kockázati alcsoportokhoz (pl. várandós nők, érbetegek, kamaszok stb.).

A nemzetközi tapasztalatok – elsősorban az igen sikeres floridai „igazság kampány” (Sly és mtsai.) – azt bizonyítják, hogy hosszabb távon nem a sokkoló üzenetek hatékonyak, hanem a dohányosok barátként való kezelése. Ma már nem lehet megkérdőjelezni, hogy a tömegtájékoztatásban elhelyezett dohányzásellenes kampányok fokozzák a leszokási hajlandóságot, és jól mérhetően a dohányzási prevalencia csökkenését is eredményezték.

Kétségtelen tény, hogy minden erős érzelmi viszonyulás sikeresen motiválja a magatartás-változásokat (Borland és mtsai.). Ennek hatását több kontinensen és igen eltérő populációkban is igazolták: így Wakefield és mtsai. ausztrál fiatalokon, Jenkins és mtsai. Kaliforniában élő vietnami-amerikai férfiakon, Ferketich és mtsai. New York Chinatown városrészében (döntően mandarin és kantoni nyelvjárást beszélő) dohányzó önkéntes jelentkezőkön bizonyították a célzott tömegtájékoztatás egyértelmű hatását.

Magyarország jelenleg egyetlen nemzetközi, és egyben országos kampányban vesz részt. Ez a kétévente megrendezett nemzetközi program „Hagyd abba és nyersz” néven, 1994-ben indult Finnországból. Azóta több mint száz ország csatlakozott az akcióhoz. Nyerni akkor lehet, ha a dohányzó a kijelölt egy hónapban, májusban nem fog rágyújtani.

Magyarországon 2004-ben a résztvevők előzetesen becsült száma 15–20 ezer fő volt (ESZCSM-sajtótájékoztató, 2004. 03. 31.). Ezzel szemben ténylegesen 4600-an csatlakoztak a programhoz. Országosan több mint 200 ember hagyott fel az előírt egy hónapra a füstöléssel (előadás a dohányzásmentes világnapon, 2004. május 31. ESZCSM, Budapest). Az önbemválláson alapuló közlés igazolása a kielégzett levegő CO-tartalmának mérésével történik. A szervezők tájékoztatása szerint a jelentkezők fele nem dohányzik 4 hétig, egy év után 25–30% az arány, míg 3–5 év múlva 17–20%-uk marad füstmentes (ESZCSM-sajtótájékoztató, 2004. 03. 31.). Végeredményében mintegy 900 tartós leszokás várható, 700 Ft/leszokott fő költség árán. A programot (szóbeli tájékoztatás) a WHO és a magyar egészségügyi szervek együttesen finanszírozzák, mintegy évi 20 millió forintos költségvetéssel. A kampány médiatámogatói a Magyar Nemzet, a Népszava napilapok, az Elle és a Patika Magazin voltak (www.kozegeszsegtan.sote.hu/qandw/).

Az általunk vizsgált Győr-Moson-Sopron megyéből összesen 84 fő jelentkezett. Megoszlásuk: 48 férfi és 36 nő, közülük 51 városban és 33 községben élt (Antmann).

A vizsgálat célkitűzése

1. Megvizsgálni a nem célzottan életmódtanácsokkal foglalkozó írott média egészségnevelő hatékonyságát, motiváló erejét a dohányosok körében.
2. Választ kapni arra, hogy a Népegészségügyi Program 2004. évi prioritásai között szereplő dohányzásról való leszokás jelentősége milyen mértékben került be a köztudatba 2004 tavaszára.
3. Ismereteket szerezni arra nézve, hogy milyen korú és nemű dohányosok kívánnak leszokni, és melyek a legfőbb motivációs tényezők döntésük meghozatalában.

Módszer

A legnagyobb példányszámú (több mint 80 000) vidéki napilapban, a Kisalföldben 2004 tavaszán, rendszeres heti jelentkezéssel, tizenöt részes sorozatot indítottunk a már egy évtized óta közkedvelt Gyógyír rovatban. A Kisalföld az olvasótáborát tekintve a második helyen áll a magyarországi közéleti napilapok rangsorában (Kisalföld honlapja). Közönsége elsősorban Győr-Moson-Sopron megyéből kerül ki, de a szomszédos megyékből – Veszprém, Vas, Komárom-Esztergom – is van néhány ezer előfizetője.

A sorozat a dohányzásról leszokni vágyókat kívánta megcélozni. Egyes cikkeinek üzenetei a nemzetközileg elfogadott elemeket és módszereket tartalmazták. Kitértünk a dohányzás egészségkárosító hatásaira, a nikotinfüggőségre, a különböző leszokási módszerek hatékonyságára, a farmakoterápiás segítséget jelentő vénymentesen kapható gyógyszerek és gyógynövények ismertetésére. Külön részekben foglalkoztunk a társas támogatás jelentőségével, és a magatartás-orvoslásban elfogadott relaxációs technikákkal. Különös fontosságot tulajdonítottunk a várandós időszak alatti dohányzás kockázatainak, amelyekről részletes ismertetést közöltünk. Ismertettük a rászokás és a leszokás pszichés vonatkozásait is, hiszen a dohányzást a BNO 10-es verziója már a mentális betegségek közé sorolja.

A cikksorozat első hat hetében (2004. március–április) felhívást intéztünk a dohányzó olvasókhoz, amelyben felajánlottuk segítségünket a leszokásban és ezt még egy szolid nyereményjátékkal is kiegészítettük. A nyereményjátékban való részvétel feltétele egy adatlap kitöltése volt, így kívántuk ugyanis mérni a fogadókésztséget a kérdéseink iránt, és ezzel együtt végső soron a sorozat hatékonyságát. Akik nem kívántak nyerni a játékban, azok természetesen nem töltötték ki az adatlapot, így a sorozat teljes körű olvasottságáról nincsenek adataink, bár ismeretes a korábbi kiadói felmérésekből, hogy az egyes lapszámokat a vásárlón kívül még két ember elolvassa, tehát a potenciális személyi kör a negyedmillió főt is meghaladta. A sorozat ideje alatt egy e-mail címet és egy postafiókcímet biztosítottunk azok számára, akik egyedi kérdéseiket, problémáikat a belgyógyász végzettségű szerkesztővel és a leszoktatást három éve végző népegészségügyi szakemberrel meg kívánták osztani. Az e-mail címre 73 kérdés érkezett, amelyek elsősorban a családi dohányzási mintákhoz kapcsolódtak.

Lévlében az olvasók 46 kérdést tettek fel, amelyek döntően a leszokás során jelentkező egyéni egészségügyi problémákkal foglalkoztak. Azokkal, akik a nyereményjáték miatt egy külön borítékban a személyes adataikat is közölték, folyamatosan interjúkat jelentettünk meg, jelezvén, hogy a leszokás semmiféle különös képességet nem igényel. Reményeink szerint ezek az írások erőt adtak azoknak, akik a leszokás során az elvonási tünetek által okozott hasonló problémákkal kerültek szembe.

A sorozat végén az összes jelentkezőnek levelet küldtünk, amelyben önbevallás alapján visszajelzést kértünk arról, hogy sikerült-e füstmentessé válniuk. A válaszolók között randomizált vizeletkotinin-vizsgálatot végeztünk az Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet laboratóriumában, nemzetközileg elfogadott módszerrel (Peach).

Az anonim módon, postafiókra visszaküldött kérdőíveket SPSS 6.0 programban rögzítettük és elemeztük. Sajnálatos módon, az egész vizsgálatot egyetlen cég vagy kormányzati szerv sem támogatta.

Eredmények

Összesen 238 értékelhető kérdőívet kaptunk. Hangsúlyozzuk, hogy a minta nem tekinthető reprezentatívnak, hiszen a leszokni kívánó válaszadók csak az újság olvasóiból, és azokon belül is csak a nyereményjátékban résztvevőkből kerültek ki.

A válaszadók 57%-a városban, 43%-a községben lakott. Közöttük 132 férfi (55%) és 106 nő (45%) szerepelt. Ezek az arányok eltérnek azoktól az eredményektől, amelyek szerint több nő, mint férfi kívánna megszabadulni ettől a szenvedélybetegségtől.

A válaszadók életkori megoszlását az 1. táblázatban foglaltuk össze. Jól látható, hogy a 20–40 év közötti korosztály képviselte az összes résztvevő 38%-át, de a motiváció a 41–60 év közötti korosztályban volt a legerősebb, ők adták ugyanis a teljes minta 52%-át. Sajnálatos a 60 év felettiek (7%) és a 20 év alattiak (2%) gyér érdeklődése. Reményeink szerint ez a korosztály csupán a tárgyneremények sorsolásától tartózkodott, és

1. táblázat. A válaszadók életkor szerinti megoszlása

Életkor szerint/fő	
20 év alatt	5
20–30 év között	43
31–40 év között	47
41–50 év között	63
51–60 év között	63
60 év felett	17
Összesen	238

a számok nem a leszokás iránti érdeklődésre utalnak.

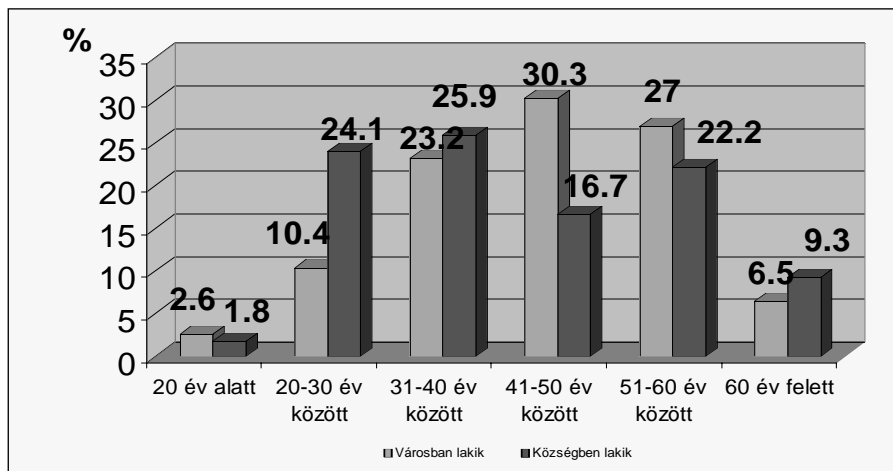
Részletesen elemeztük a férfi és a női populációt életkor és lakóhely szerint is. A 20–40 éves férfiak, illetve a 60 év feletti korosztályban a községben lakók körében volt nagyobb mértékű az érdeklődés, a 40–60 év közötti férfiakoság esetében inkább a városi lakosság jelzett fokozottabb motivációt (1. ábra). Lakóhely szerint csak a 20–30 és 41–50 év közötti férfiak körében találtunk szignifikáns eltérést ($p < 0,005$).

A nőknél csak az 51–60 év közötti válaszadók körében volt gyakoribb a városi lakóhely, minden más korcsoportban a községekben lakók motivációja volt erősebb (2. ábra). Szignifikáns eltérést csak az 51–60 évesek körében találtunk ($p < 0,001$).

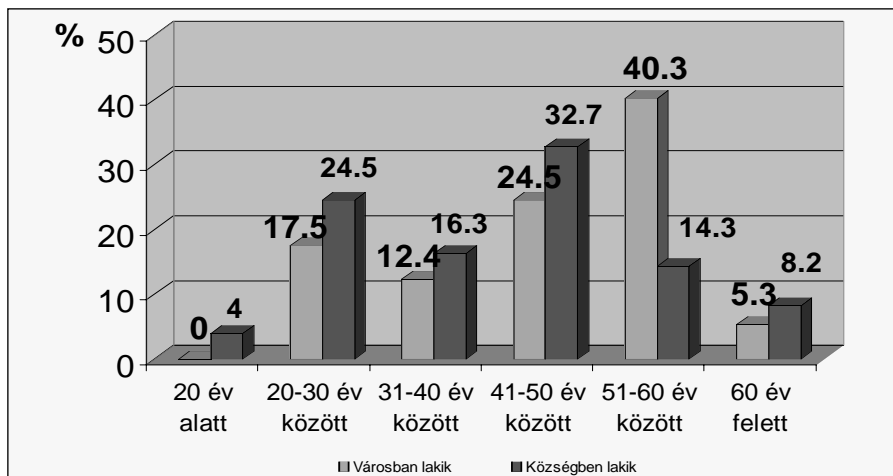
Megvizsgáltuk nemenként és korcsoportosan is a nikotinfogyasztási szokásokat. A nők 17%-a (18 fő), a férfiak 23%-a (30 fő) 15 éves kor vagy az alatt kezdett el dohányozni. Ez az arány a dohányozást 16–24 éves kor között kezdő csoportot vizsgálva sem változott: nők 63% (67 fő), férfiak 68% (90 fő). Azok között, akik a dohányozást 25 éves vagy annál idősebb korban kezdték, megfordult a nemek aránya: nők 10% (21 fő), férfiak 9% (12 fő).

Tehát a mintánkban a nők körében alacsonyabb volt a korán elkezdett dohányzás aránya a férfiakhoz viszonyítva (5. ábra). Ismeretes a hazai (Gallup, 2002) és a nemzetközi felmérésekből, hogy a ma élő idősebb korosztályok később kezdtek el dohányozni, mint a mai fiatalok.

1. ábra. A férfiak életkori megoszlása lakóhely szerint



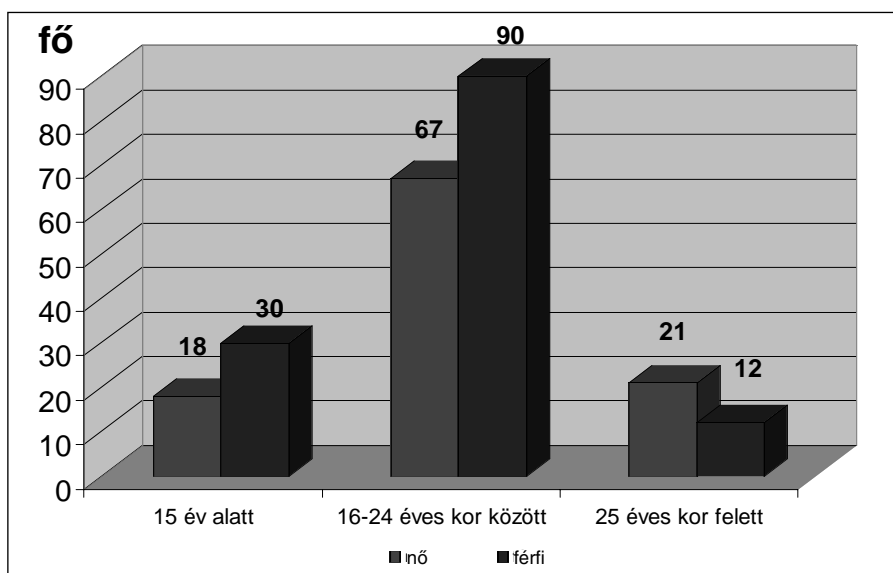
2. ábra. A nők életkori megoszlása lakóhely szerint



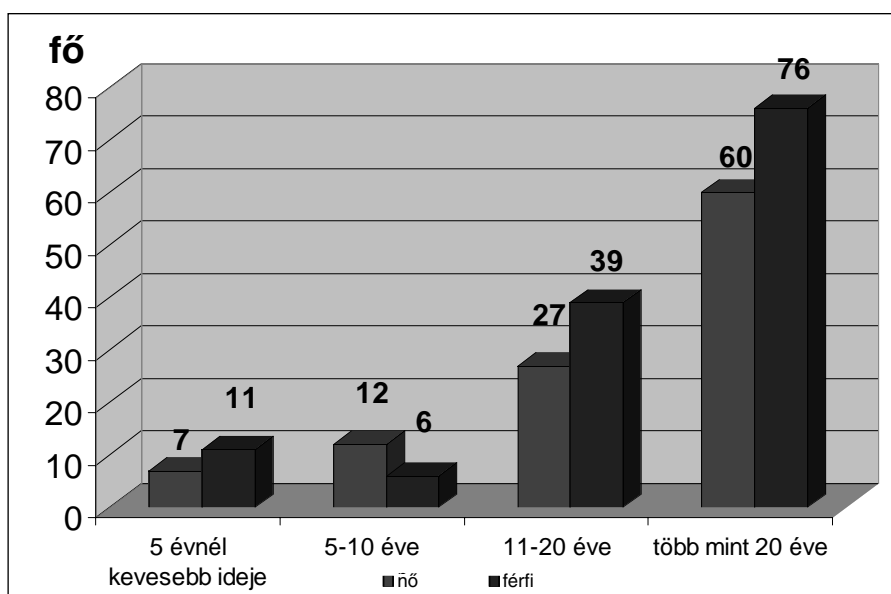
A nikotinfogyasztás mennyiségét tekintve az összes válaszadók 22%-a napi 5–15 szál között, 65%-a egy doboz körül (16–30 szál/nap), 10%-a 31–50 szálát szív naponta, 3%-uk pedig 50 szál felett fogyaszt. Ezek az értékek rosszabbak voltak a Gallup 2000. évi felmérésénél.

Jóllehet a korábbi magyar kutatások azt mutatták, hogy a falun élők erősebb dohányosok, mintánknban ez sem a férfi, sem a női populációban nem igazolódott be: férfiaknál a 31–50 szálát szívók között 3,7% volt a különbség a községben élők „javára”, míg az 50 szálnál többet szívók között ez csak 0,8% volt, szignifikanciát azonban sehol sem tudtunk kimutatni. Nőknél a napi 31–50 szálát szívók között 3% volt a különbség a községben lakók javára,

5. ábra. A dohányzás megkezdésének életkora – férfi és nő együtt



6. ábra. A dohányzás expozíciós időtartama – férfi és nő együtt



ugyanakkor egyetlen 50 szál felett szívtót sem találtunk. Mindkét nemnél a legnagyobb gyakoriságot a napi 16–30 szálát fogyasztóknál találtuk: városi férfiak 67%, községben 68,5%. Nők között: városban 67%, községben 59%.

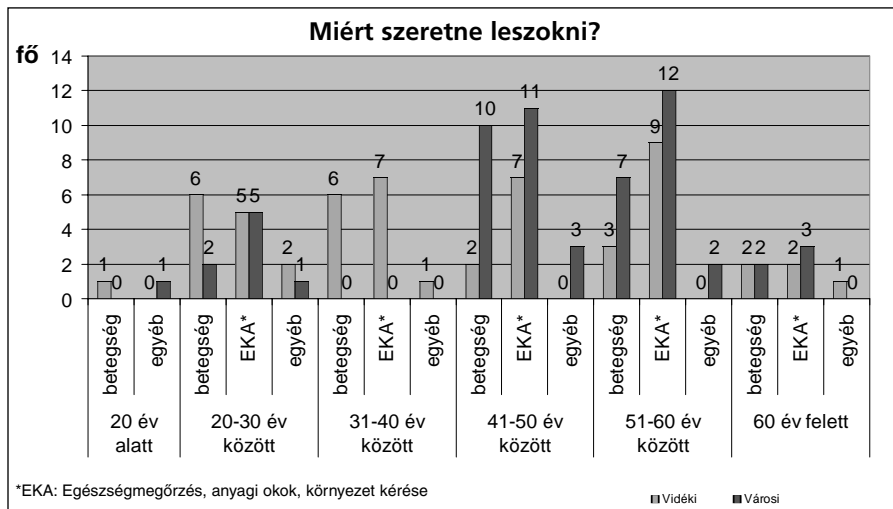
A betegség kialakulásában és a leszokás sikerességében egyaránt fontos, hogy ne csak a napi elszívott cigaretták számát és a megkezdés életkorát vizsgáljuk, hanem azt is, hogy az érintettek mióta dohányoznak, azaz mennyi az expozíció időtartama. Mintánknban a 11 évnél régebben dohányzók aránya a nőknél 82% (87 fő), a férfiaknál 87% (115 fő). Válaszadó-

inknak tehát több mint háromnegyede régóta dohányzik és valószínűsíthető, hogy részben egészségügyi, részben pénzügyi okok miatt, komolyan elhárítva, már többször próbálkoztak a dohányzás abbahagyásával (6. ábra).

Külön vizsgáltuk a leszokás motivációit. A megjelölt okok: már kialakult betegség miatt 73 fő (31%), az egészség megőrzése, anyagi okok és a környezet kényszerítése miatt 146 fő (61%), egyéb okok miatt 19 fő (8%). A 20–40 éves kor közötti férfipopulációban döntően a községben lakók jelölték meg a már kialakult betegséget, amely egyben e korcsoportban a második helyezett motivációs erő is jelentette (összesen 14 fő) (3. ábra).

Első helyen az EKA (egészségmegőrzés, környezet kérése, anyagi okok)

3. ábra. A leszokás motivációi a férfi válaszadók körében



állt, döntő vidéki fölényrel (összesen 17 fő). A 41–60 éves korú férfiaknál a különbség tovább nő az EKA javára (39 fő), míg a már kialakult betegség 22 főnél jelent motivációs erőt. Érdekes azonban, hogy a városban lakók javára mindkét alsó csoportban megfordul az arány, mivel a városban lakók kétszeresen többen jelzik ezt a két motivációs tényezőt. E két tényező és a lakóhely között 60 év felett nincs értékelhető különbség, ami némileg meglepő, a községben élő 60 év feletti férfiak általános egészségi állapotának ismeretében.

A női válaszadók körében (4. ábra) az eredmények lényegesen nagyobb szórást mutatnak. Első helyen a már kialakult betegség csak a 31–40 év közötti, és a 60 év feletti korosztálynál

szerepel. Minden más korcsoportban a család egészségére gondot viselő, és a pénzügyeket kezelő hölgyek első helyre az EKA-t tették. Meglepőnek találtuk, hogy a mintaközségben élő 51–60 éves korcsoportban egyetlen nő sem fordult elő.

Rákérdeztünk a már megbetegedettek között arra, hogy mely betegségek serkentik őket a dohányzás abbahagyására (2. táblázat). A kérdés magában foglalta a többszörös válaszadás lehetőségét. Tekintettel az önbevallásra, és arra, hogy a válaszadók jellemzően nem egészségügyi szakemberek voltak, bár kritikával kezeljük a válaszokat, azok mégis jól tükrözik a magyar lakosság dohányzással összefüggésbe hozható vezető, nem fertőző betegségeinek előfordulását (Józan, 2002).

A leszokási arány vizsgálata (3 hónap múlva)

A cikksorozat után – ugyancsak önbevallásos alapon – vizsgáltuk a 238 jelentkező leszokási sikerességét. Azok közül, akik a füstmentességet jelezték (összesen 108 fő), random módon megkértünk 16 főt, hogy vizeletmintájukból, kotininméréssel igazolhassuk a leszokás sikerességét. A nemzetközileg elfogadott egyéves utánkövetést nem állt módunkban megvalósítani, a források teljes hiánya miatt.

A 108 fő közül 56 nő (53%) és 52 férfi (38%) jelezte, hogy teljesen füstmen-

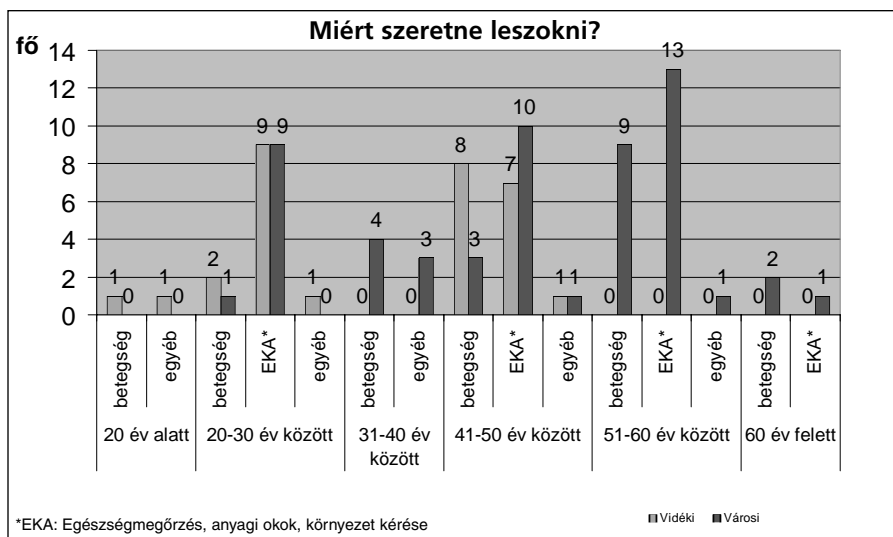
2. táblázat. A betegségben szenvedő válaszadók első helyen megjelölt egészségügyi problémája – nők és férfiak együtt

Betegség	fő	%
Szív- és érrendszeri	38	48
Daganatos	8	10
Tüdőgyógyászati	10	13
Gyomorpanasz	6	7
Nőgyógyászati	3	4
Egyéb	14	18
Összesen	79	100

tesen él, illetve 21 nő (20%) és 16 férfi (12%) azt válaszolta, hogy az igen közeli jövőben komolyan tervezi a végleges leszokást. Ennek alapján a nők körében a sikerességet 73%-osnak ítéltük, míg a férfiaknál az arány 40%. Ismételtén utalunk arra, hogy csak a bejelentkező dohányosok leszokási rátáját mérhettük, így a negyedmillió olvasótáborból valószínűleg sokkal többen hagyták abba vagy csökkentették jelentősen a dohányzást a sorozat hatására.

A kapott értékek nem támasztották alá azokat a nemzetközi tapasztalatokat és közléseket, amelyek szerint a nők gyakrabban kezdik el a dohányzást, de a férfiaknál magasabb a sikerességi ráta. A füstmentesen élők köréből 8-8 nőt és férfit választottunk ki, akik közül 7-7 főnél sikerült a saját eredményeinket igazolni. Vizeletkotinin-szintjük átlagosan 1,14 ng/mmol volt (SD±1.9). A fennmaradó 1-1 főnél is igen alacsony értékeket mértünk, ami jelzi az elhatározás komolyságát, jóllehet egyáltalán nem voltak füstmentesek (értékeik

4. ábra. A leszokásmotiváció a női válaszadók körében



magasabbak voltak annál, hogy az eredményt a passzív dohányzásnak tulajdoníthattuk volna).

Következtetés

A kutatás legfontosabb eredményei a következők:

- a tömegmédiát új információkkal szolgál, és ezzel segíti a motivált személyes leszokást;
- a jól megtervezett médiaüzenetek a nemdohányzás értékét is felmutatják;
- a média párbeszédet indít a dohányzásról, amelynek lefedettsége kiterjedtebb, mint a közvetlen olvasóközönség;
- a média befolyásolhatja a magatartási szokásokat, a fiatalok számára valószínűleg csökkenti a cigarettázás vonzerejét;
- a leszokást támogató médiakampány közösségi szinten hatva változtatja meg helyi, nemzeti szinten a dohányzási attitűdöt;
- a szakmailag helyesen kivitelezett üzenetsor hatására leszokás érhető el úgy, hogy nem történik közvetlen találkozás a túlterhelt egészségügy és a leszokni vágyó között, és így nem merül fel közkiadás sem, azaz rendkívül költségkímélő megoldás.

Összefoglalva megállapíthatjuk, hogy a második legnagyobb példányszámú közéleti napilap Gyógyír rovatában heti rendszerességgel közölt, a leszokást támogató tanácsok, üzenetek hatásosnak bizonyultak.

A kutatás korlátozott jellege miatt érdekes lenne más régiókban és más médiumok bevonásával a kutatást folytatni, és így egyértelműen megállapítani, hogy a célpopuláció elérésére melyek a leghatékonyabb sajtóorgánumok (Szilágyi, 2002.; Szilágyi, 2004.).

Összefoglalás

E térben és időben egyaránt szerény kiterjedésű kutatás is egyértelműen bebizonyította, hogy a tömegtájékoztatás hatása az egészségfejlesztésre és az egészségnevelésre egyaránt megkérdőjelezhetetlen.

A jól megtervezett és szakmailag helytálló információk közvetítése az írott médián keresztül igen hatékony eszköz a dohányzásról való leszoktatás támogatására (vizsgálatunkban a hatékonyság 45%-os volt).

Hangsúlyoznunk kell, hogy az egy-szeri üzenetet közvetítő kampányszerű, mozgósító programokkal szemben az egyénre szabott, részletesen kidolgozott, megismételt üzeneteket és a magatartás- orvoslás elemeit is bevonó programok vonzóbbak a lakosság számára. Az országos médiakampányt élvező „Hagyd abba és nyersz!” programban Győr-Moson-Sopron megyéből 84 fő vett részt, míg a helyi ismert és elfogadott írott médiában meghirdetett „Mi leszoktatjuk!” programra 238 fő jelentkezett (283%-kal több!).

A dohányzás bonyolult élettani és lélektani összefüggései miatt fontosnak tartjuk leszögezni, hogy az írott vagy elektronikus médiában meghirdetett leszokást támogató kampány esetében kívánatos volna olyan egészségügyi szakembereket bevonni, akik a közönségnek biztosított, kedvezményesen hívható telefonszámra, postafiókra vagy e-mail címre érkező egyedi problémákra válaszolnak, és igény esetén szakorvoshoz irányítják a leszokni vágyókat.

Összességében sikeresnek tartjuk a meghirdetett programot. Úgy véljük, hogy a dohányzás visszaszorításában, ami a Népegészségügyi Program egyik legfontosabb alprogramja, egészségügyi szakemberek bevonása mellett a helyi és az országos, az írott és az elektronikus médiában történő folyamatos és szakmailag megalapozott tájékoztatás kulcsfontosságú elem a sikeresség érdekében.

Summary

This research of modest range, limited in time & space, proved that the effect of mass-media on health promotion & on health education is beyond question.

Publishing well-quality & professionally verified information in the written-media is a really effective way to support people to give up smoking. In our research, the efficiency has been 45 %

It must be emphasized that instead of campaign-style programs by sending a one-time message, we found that programs detailed with repeated messages & with the elements of behavior-treatment are more attractive for the population. In the campaign

„Quit and Win” – supported by a national campaign – there were 84 participants from Győr-Moson-Sopron county while in the program of ‘we will help you stop’ published and advertised in the locally known & accepted newspaper we had 283 applicants (by 283 more)!

Because of the complicated physiological & psychological relations of smoking, we find it important to state that in the care of an antismoking campaign advertised in the written or electronic media it would be desirable to evolve a medical experts who would answer all the individual questions answering at a telephone number, post-box or an e-mail address (all these availabilities offered at a reduced price for the public) and these medical experts would through those wishing to give up smoking to a specialized doctor upon request.

On the whole we consider the advertised program successful. In our opinion in the anti-smoking campaign/which, is the most important sub-program of the Public Health Program, together with the help of medical experts the constant & professionally reliable information in the local & national, written & electronic media is a crucial element in success.

Köszönetnyilvánítás

Köszönetet mondunk dr. Valyon Ildikó főorvos asszonynak, az Országos Korányi TPI laborvezetőjének a mérések elvégzéséért.

Továbbá megköszönjük a Kisalföld Szerkesztőségének, hogy felismervén a dohányzás népegészségügyi jelentőségét, elsőként és saját forrásból támogatott egy négy hónapos cikksorozatot a leszoktatás érdekében. Külön köszönet illeti a Szerkesztőséget a cikksorozathoz nyújtott publicisztikai és technikai segítségért.

Irodalom

1. Az Egészséges Évtizede Johan Béla Népegészségügyi Programja: Magyar Közlöny 2003/38. (IV. 16.): www.oefi.hu
2. Beöthy-Molnár A. (2004). Média és egészségfejlesztés. Egészségfejlesztés 14. 1–2. 10–12.
3. Borland R., Balmford J. (2003). Understanding how mass media campaigns impact on smokers. *Tobacco Control* . 12 [Suppl II]: ii 45-ii 52.
4. Dr. Antmann Katalin írásos közlése alapján (2004. október 20.)
5. ESZCSM-sajtótájékoztató: 2004. 03. 31. www.eszcsm.hu/eszcsm/eszcsm.news.page?pid=DA_21263
6. Ferketich A., Wewers M. E., Kwong K., Louie E., Moeschberg M., Tso A., Chen M. Jr. (2004) Smoking cessation interventions among Chinese Americans: the role of families, physicians, and the media. *Nicotine & Tobacco Research*. 6 (2): 241-8.
7. Gallup-felmérés a dohányzási szokásokról (2002): www.gallup.hu/Gallup/release/dohany2000.htm.
8. Hastings G., MacFayden L. (2002) The limitation of fear messages. *Tobacco Control* 11: 73-75.
9. Jenkins C. N., McPhee S. J., Le A., Pham G. Q., HANT, Stewart S. (1997). The effectiveness of a media-led intervention to reduce smoking among Vietnamese – American men. *American Journal of Public Health*. 87 (6): 1031-4.
10. Kisalföld honlap: www.kisalfold.hu/static.php?file=kkiado
11. Lavidge R. C., Steiner G. A. (1961) A model for predictive measurements of advertising effectiveness. *Journal of Marketing*. 25: 59–62.
12. Reid D. (1996) Tobacco control: overview. *British Medical Bulletin*. 52 (1): 109-20.
13. Sly D. F., Hopkins R. S., Trapido E. et al. (2001). Influence of a counteradvertising media campaign on initiation by the Florida 'Truth' campaign. *American Journal of Public Health*. 9: 233-8.
14. Wakefield M., Flay B., Nichter M., Giovano G. (2003). Role of the media in influencing trajectories of youth smoking. *Addiction*. 5; 98 [Suppl], 1: 79–103.
15. Józán P. (2000) Epidemiológiai válság a kilencvenes években. *Statistikai Szemle*. 72 (1–2): 29–44.
16. Peach H., Ellard G. A., Jenner P. J., Morris R.W. (1985). A simple, inexpensive urine test of smoking. *Thorax*. 40(5): 351-7.
17. Szilágyi T. (2001). Hatékony intervenció és kommunikáció a dohányzás elleni küzdelemben. Egészségünkért a XXI. században Alapítvány, Szakmai kötetek 2001.
18. Szilágyi T. (2002). A dohányzás visszaszorítása érdekében hozott szabályok első eredményei. *Egészségnevelés*. 43:163–168.
19. Szilágyi T. (2004). A dohányzás visszaszorítása Magyarországon: múlt, jelen, jövő. Egészségünkért a XXI. században Alapítvány, Szakmai Kötetek 2007/2.

A dioxin jellegű környezetszennyező anyagok élelmiszer-biztonsági kockázata Magyarországon

Dr. Forgács Eszter, Dr. Szabó Katalin, Tardos Katalin

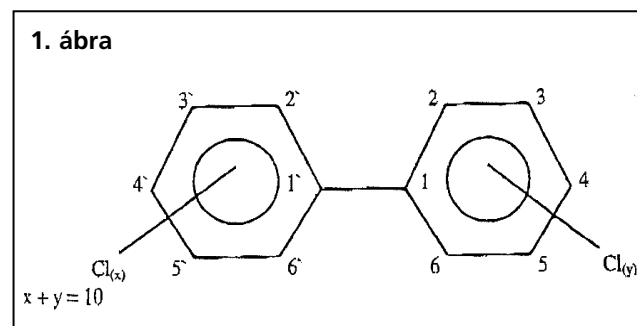
Magyar Élelmiszer-biztonsági Hivatal

Bevezetés

A szűkebb értelemben vett dioxin vegyületcsoportba eredetileg a poliklórozott dibenzodioxinokat (polychlorinated dibenzodioxins, PCDDs) sorolták. Ezek a vegyületek a poliklórozott dibenzofuránokkal (polychlorinated dibenzofurans, PCDFs), valamint a dioxinszerű poliklórozott difenilvegyületekkel (polychlorinated biphenyls, PCBs) együtt alkotják a tágabb értelemben vett dioxinvegyületek csoportját.

A környezetben előforduló ún. dioxinok kémiaiilag tehát nem azonos vegyületeket takarnak, csak közös tulajdonságaik alapján sorolják őket azonos csoportba. (Közös tulajdonságaik a molekulák szimmetriaviszonyai, alkotóelemeik,

aromás szerkezet stb.) Természetes körülmények között a geoszféra nem tartalmaz e csoporthoz tartozó vegyületeket, egyértelműen ipari tevékenység következtében kerülnek a környezetbe.



Ismereteink szerint a PCDD/PCDF lényegében a szerves klóranyagok gyártása és alkalmazása (papírfehérítés, cellulózipar) területen, valamint termikus eljárásokban (kohászat, alumínium-, réz- és vasalkatrészek visszanyerése, újrahasznosítása, hulladékgéztés, fáradtolaj-tüzelés, kábelgéztés, ház- és PVC-tüzek), klórtartalmú szerves vegyületek elégetése során szabadul fel.

A dioxinok, a PCB-kel együtt, a levegő porszemcséihez kapcsolódva mindenhová eljutnak, így jelen vannak az ipari tevékenységgel nem szennyezett területeken is.

Ubiquitervegyületek kimutathatók a levegőben, a vízben és zsírolékony-ságuknak megfelelően a táplálékláncban.

E vegyületek, térbeli szerkezetüktől függően, különféle toxikus tüneteket indukálhatnak, teljes hatásmechanizmusuk azonban még nem ismert. A síkszerű PCB-k és dioxinok hasonlóan viselkednek, a toxikus hatások a kongénereknek a májban lévő Ah-receptorokhoz történő kapcsolódása révén jönnek létre.

A kevésbé klórozott, planáris szerkezetű PCB-k az agy szövetében halmozódnak fel és kóros idegrendszeri elváltozásokat okoznak. Ezek a vegyületek és metabolitjaik elősegítik a daganatok kialakulását, fejlődési rendellenességeket okozhatnak. A dioxin-, furán- és PCB-keverékek a kongéner összetételétől függő rákkeltő hatást mutatnak.

Mivel a környezeti és biológiai mintákban általában a különböző poliklórozott vegyületek kongénereinek változó összetételű keverékei vannak jelen, amelyek toxikológiai szempontból nagyon eltérőek, az egységes kezelés érdekében kifejlesztették a toxikus equivalencia-faktor fogalmát (TEF). A faktorok az egyes kongénerek toxicitását fejezik ki a legtoxikusabbnak tartott 2,3,7,8-TCDD-hez viszonyítva, feltételezve, hogy a kongénerek egyedi toxikus hatása (toxic equivalents, TEQs) a keverékekben összeadódik.

1. táblázat

	Toxikus egyenérték-tényező, TEF	
	Dibenzin-dioxin	Dibenzo-furán
2,3,7,8 tetraklór-	1	0,1
1,2,3,7,8, pentaklór-	0,5	0,05
2,3,4,7,8 pentaklór-	0	0,5
1,2,3,4,7,8 hexaklór-	0,1	0,1
1,2,3,6,7,8 hexaklór-	0,1	0,1
1,2,3,7,8,9 hexaklór-	0,1	0,1
2,3,4,6,7,8 hexaklór-	0,1	0,1
1,2,3,4,6,7,8 heptaklór-	0,001	0,01
1,2,3,4,7,8,9 heptaklór-	0,001	0,01

A növények a talajból általában nem tudják megkötni a dioxinokat, ennek megfelelően a növényolajok dioxintartalma is kicsi, azonban az olajfinomítás során bármely olyan terméket (derítőföld stb.), amely környezetszennyezés során dioxinnal érintkezhetett, be kell vizsgálni. (A derítőföldek dioxintartalma Magyarországon maximum 1 pg/TEQ/g lehet.)

A növényekkel ellentétben az állatok szervezetébe a dioxin a természetes táplálékláncban, a takarmányon és a szennyezett ivóvízen keresztül juthat be. Különösen veszélyeztetettek a szennyezett vizekben élő halak, szervezetükben akár százezerszeresre is dúsulhat.

A dioxinok további hátrányos tulajdonsága, hogy a lebontásuk nagyon lassú folyamat, mert jelenlegi ismereteink szerint a szervezetből csak kétféle módon, a placentán át és az anyatejjel tudnak kiválasztódn.

A nagyobb mértékű dioxinmérgezés első jelei bőrkiütések, ún. klórakne formájában jelentkeznek. A mérgezés során károsodik az ideg- és immunrendszer, hosszabb távon rákkeltők.

A dioxin hazai élelmiszerbiztonsági kockázata

1. A környezet

A Környezetvédelmi és Vízügyi Minisztérium folyamatosan végeztet méréseket az ország dioxin-szennyezett-

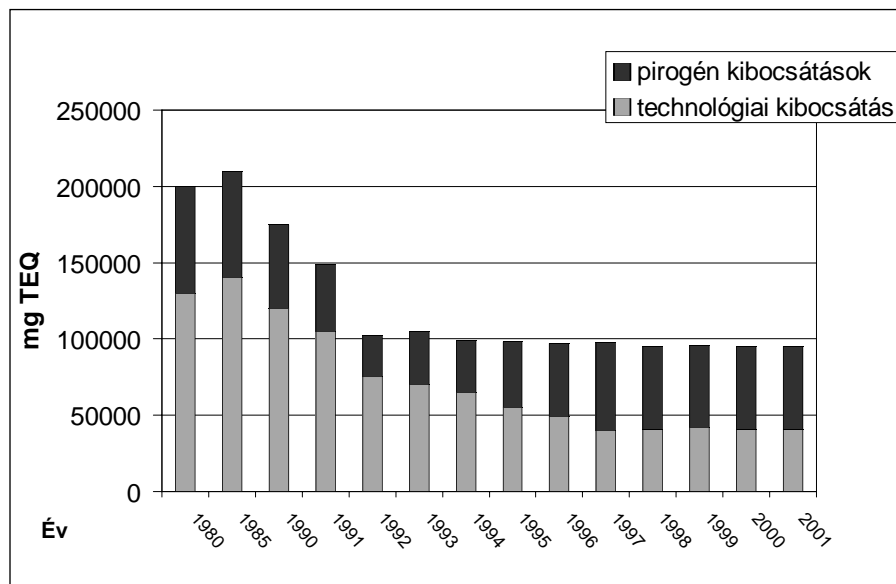
sege és -kibocsátása alakulásának követése érdekében. Vizsgálataik során a dioxin- és furánkibocsátásokat összességükben vizsgálták, kivéve a tüzelőanyaghoz kapcsolódókat, ahol a szerves vegyületek részeseződését is meghatározták a teljes pirogénkibocsátásokban.

A pirogén (tüzelőanyag felhasználásához kapcsolódó) eredetű kibocsátásokhoz a TNO „Technical papers to the OSPARCOM-HELCOM-UNECE Emission Inventory of heavy metals and Persistent Organic Pollutants, TN-MEP-R anyagokban szereplő emissziótényezőket, míg a további magas hőmérsékletű ipari folyamatokhoz az UNEP „Standardised Toolkit for Identification and Quantification of Dioxin and Furan Releases” című kiadványában szereplő emissziótényezőket alkalmazták.

Az antropogén D/F-kibocsátás 1980-ban 199 812 mg TEQ volt, amely 2001-re 73 996-ra csökkent. Ezen belül a pirogénkibocsátás 1980-ban 121 053 mg TEQ volt, amely 2001-re mérséklődött.

A 2. ábra a figyelembe vett összes kibocsátó forrásnak a D/F-kibocsátásokban való részeseződését mutatja be a 2000. évben. Az ábrából megállapítható, hogy a vizsgálati időszak elején a lakossági fossziliztüzelőanyag-felhasználásból származó dioxin/furánkibocsátás volt a meghatározó, és a teljes kibocsátásnak a 32,6%-át tette ki, amely arány jelentősen csökkent

2. ábra. Antropogén D/F kibocsátás Magyarországon



és 2001-ben már csak 11,2% volt a részesedése.

A 2. ábra túl zsúfolt ahhoz, hogy a háztartások szerepén túlmenően a többi ágazat és szektor hatását értékelni lehessen. Ezért külön ábra mutatja be a pirogén (3.) és a technológiai eredetű kibocsátások arányát (2. táblázat). 2000-ben a villamosenergia-termelés (45%), a háztartások (30%) és az ipar (11%) képviseli az összes pirogén eredetű kibocsátás mintegy 86%-át.

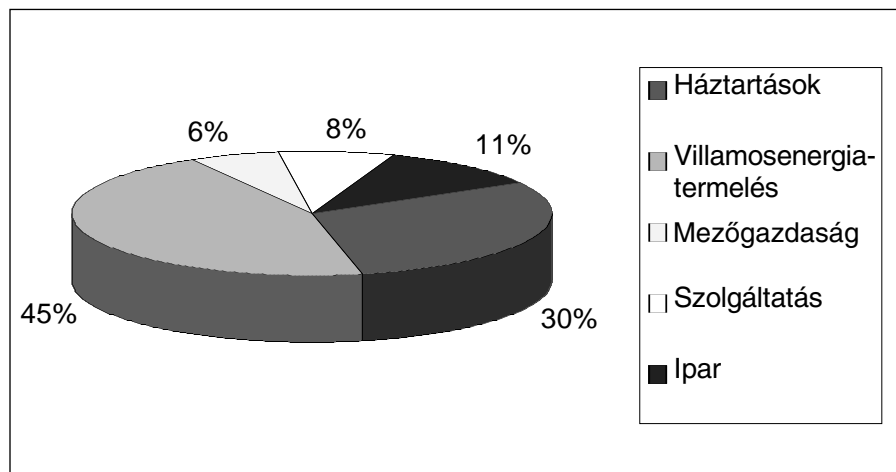
A technológiákból származó D/F-kibocsátás alakulása Magyarországon 2002-ben a 2. táblázat szerint alakult.

A technológiákból származó D/F-kibocsátásoknál az öntöttvasgyártás (37,5%), az alumíniumtermelés

(14,45%) és a kokszygyártás (7,74%) az összes technológiai eredetű D/F-kibocsátásnak mintegy 60%-át adja.

A háztartási fogyasztók fosszilizűzelőanyag-felhasználásából származó dioxin/furán-kibocsátás mérséklődése annak következménye, hogy a vizsgált időszakban a háztartási fogyasztók barnaszén-felhasználása mintegy a hatodára csökkent, ennek megfelelően a földgázfogyasztásuk növekedett. Az erőművek dioxin/furán-kibocsátása kisebb mértékben mérséklődött, mivel a szénfelhasználásukban is csak kisebb mérséklődés mutatkozott. Mint a 4. ábrából is látható, a gáz halmazállapotú tüzelőanyagok dioxinkibocsátásának mennyisége minimális (a grafikonon ezért nem látható).

3. ábra.



2. táblázat

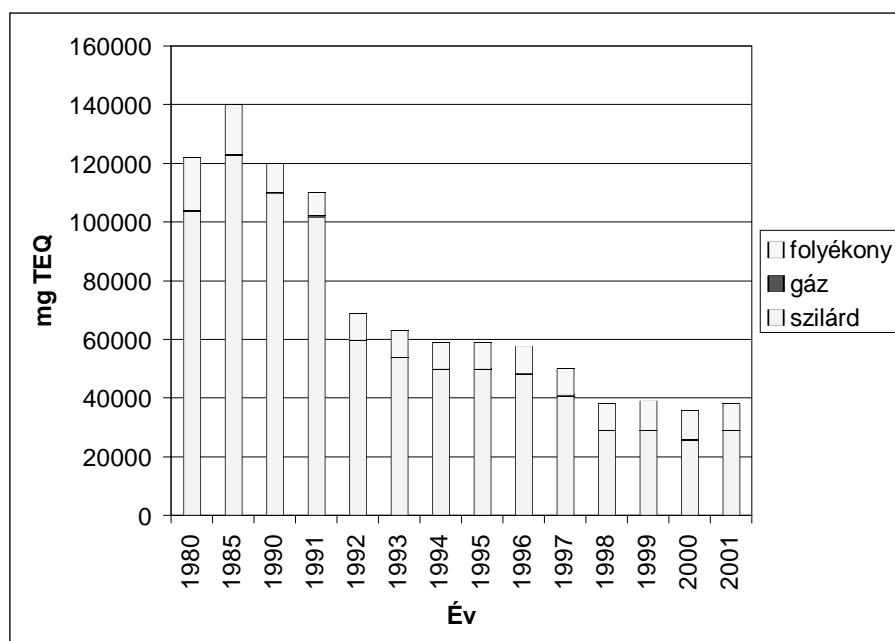
A technológiákból származó D/F-kibocsátások százalékos eloszlása	
Települési sz. hull. égetése	4,94%
Veszélyes hull. égetése	0,15%
Eü.-i hulladék égetése	0,02%
Szinterezés	6,19%
Kokszygyártás	7,74%
SM acélgyártás	0,00%
Konv. acélgyártás	0,27%
El. acélgyártás	9,63%
Öntöttvasgyártás	37,15%
Szec.réz-termelés	4,13%
Alumíniumgyártás	14,45%
Sárgarézgyártás	0,01%
Cementgyártás	5,49%
Égetettmész-gyártás	0,07%
Téglagyártás	2,03%
Cserépgyártás	0,10%
Üvegyártás	0,22%
Kerámiai term. gyártás	0,003%
Aszfaltgyártás	0,48%
Papír- és kartongyártás	4,15%
Klórtermelés	0,00%
Diklóretánterm. (EDC)	0,83%
Hamvasztás	1,12%
Füstölt termékek gyártása	0,81%
Dohányzás	0,01%
Összesen	100%

2. Az élelmiszerek

Magyarországon az élelmiszerek dioxin jellegű vegyületekkel való szennyezettségének a mérését az Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi (OÉTI), valamint az Országos Élelmiszer-vizsgáló (OÉVI) Intézetekben végzik. A két intézet által mért minták száma megközelítőleg évi 300, és szinte a teljes termékállományt felöleli.

2002 folyamán 369 db importélelmiszer- és külhoni élelmiszernyerminta PCB-tartalmát határozták meg az e szennyeződés szempontjából indikátornak tekintett élelmiszerekből. A minták között elsősorban halak és halkészítmények, tejtermékek, olajok és zsírok szerepeltek.

4. ábra. Fosszilis tüzelőanyag felhasználásából származó D/F kibocsátás alakulása tüzelőanyag-fajtánként



A legmagasabb PCB-tartalmat papírokban mérték, az élelmiszerek közül a tökealmáj tartalmazta a legnagyobb mennyiséget. Magas volt a PCB-tartalma 1 db olajnak és 1 db zsíros tejpornak. Határértéket meghaladó PCB-szennyezettség nem fordult elő.

Amint a 3. táblázat adataiból látható, a tökealmájminták PCB-tartalma ki-

magaslóan nagy. A korábbi vizsgálatok kimutatták, hogy a tökealmájminták nemcsak magas PCB-szintjükkel, hanem a bennük lévő kongénerek sokféleségével is kitűnnek.

A sajtok PCB-koncentrációja – a tej származási helyétől függően – nagy szórást mutatott. Ugyanez a helyzet a halak esetében is, azzal bonyolítva,

hogy a PCB-szennyezettség attól is függhet, hogy part körüli vizekből vagy nyílt tengerből származnak-e a halak.

Mivel a magyarországi táplálkozási szokások jelentősen eltérnek az európaiaktól (az EU-országokban az évi hal-fogyasztás 26 kg/fő, Magyarországon 3 kg/fő), nálunk a lakosság PCB-expozíciójában a tej és a sajt van az első helyen.

Az adalékanyagoknál a különböző gyártási technológiák, alapanyagok és azok eltérő származása miatt nem vonható le messzemenő következtetés, mindenesetre figyelemre méltó a nagy szórásuk.

A papír csomagolóanyagok az élelmiszerekkel közvetlenül érintkezhetnek, ezért vizsgálatuk mindenképpen indokolt és a jövőben is feltétlenül javasolt.

2003 folyamán 124 db importélelmiszer- és élelmiszernyersanyag-minta PCB-tartalmát határozták meg az e szennyeződés szempontjából indikátornak tekintett élelmiszerekből. A minták között elsősorban halak, halkészítmények, tejtermékek, olajok és zsírok szerepeltek (4. táblázat).

A 2003-ban mért mintákból is hasonló következtetés vonható le, ugyanakkor figyelemre méltó a papírok PCB-szennyezettségének relatív csökkenése, valamint új elemként, a változó főzési szokásoknak megfelelően, a fűszerkeverékek vizsgálata.

Azoknak a szennyező kémiai anyagoknak az élelmiszerekben előforduló szintjeire, amelyek kiválasztódnak a tejjel, legjobban az anyatejben mért koncentrációjukból lehet következtetni. A poliklórozott vegyületek esetén ez különösen igaz, az anyatej a legérzékenyebb indikátora a környezet szennyezettségének. Ezért az OÉTI-ben évtizedes hagyománya van az anyatej vizsgálatának. Az utóbbi évek eredményeit a 5. táblázatban mutatjuk be. A külföldi adatokkal összevetve örömmel állapíthatjuk meg, hogy az albán 0,063 mg/kg-os, tejszírra számított átlagérték után Európában a magyar szintek a legkisebbek, kedvezőbb-

3. táblázat. Élelmiszerek dioxinszennyezettsége 2002-ben

Minta (élelmiszercsoport)	Mintaszám	Összes PCB-tartalom (mg/kg)
Tej, tejtermék, tejkészítmény	35	<0,001-
Juhtúró	4	<0,001-0,006
Sajt, sajtkrém, sajtkészítmény	35	<0,001-0,304
Nyers hal, halkonzerv, halkészítmény	134	<0,001-0,345
Tökealmáj	2	0,099-0,345
Rák, kagyló, polip, kaviár	5	<0,001-0,004
Hús, húskészítmény	14	<0,001-0,056
Csokoládé, kakaópor, kakaóvaj	28	<0,001-0,068
Tojás	10	<0,001-0,0,18
Olajok	40	<0,001-0,259
Növényi zsírok, margarin	14	<0,001-0,128
Zselatin	1	<0,001
Velő	1	0,002
Készételek	1	<0,001
Olívabogyó	3	0,004-0,022
Adalékanyagok	4	<0,001-0,030
Papírok	38	<0,001-0,794

4. táblázat. 2003. évi minták vizsgálati eredményei

Minta (élelmiszercsoport)	Mintaszám	Összes PCB-tartalom (µg/kg)
Tej, tejtermék, tejkészítmény	18	NK-10
Hal-, kagylókonzerv	14	NK-10
Vajaroma	1	NK
Margarin	2	NK
Sajt	8	NK-10
Fűszerkeverék	2	NK
Csokoládé	7	NK-60
Növényi olaj	26	NK-50
Hús, húspástétom	9	NK
Tojáspor	1	NK
Hasábburgonya	2	NK
Fagylalt	1	NK
Adalékanyagok	7	NK
Papírok	12	NK-50

NK = 1 µg/kg

5. táblázat. Magyarországi anyatej-vizsgálatok eredményei

Magyarországi anyatejminták PCB-tartalma		
Év	Összes PCB-tartalom (mg/kg)*	
	Medián	Szélső értékek
1995	0,030	<0,001-0,480
1996	0,070	<0,001-0,330
1997	0,110	0,020-0,710
1998	0,060	<0,001-0,417
1999	0,070	0,057-0,488

Minták száma: 140 db
* zsírtartalomra számolva

bek a közvetlen szomszédainknál meghatározott értékeknél (Ausztria: 0,303-0,449; Csehország: 0,532-1,068; Szlovákia: 0,490-1,015; Horvátország: 0,219 mg/kg).

3. A takarmány

Miután a növények a talajból nem tudják megkötni a dioxint, így a növényi eredetű takarmányok csak a levegőből szennyeződhetnek.

A gabonafélék nagy felületük és talajjal való szennyezetttségük miatt,

a gazdasági használatok dioxinterhelésében a szálas- és tömegtakarmányok nagy jelentőségűek.

AZ OMMI (Országos Mezőgazdasági Minőségvizsgáló Intézet) végzi a vizsgálatokat. A 2003-as év során megvizsgált minták többségében nem volt detektálható (kimutatási határ alatti) dioxin. Egyetlen hallisztmintában találtak e fölötti értéket: 0,118 ng TEQ/kg mért értékkel.

Következtetések

A rendelkezésre álló dioxin jellegű vegyületekkel kapcsolatos élelmiszer-vizsgálati és toxikológiai adatok korántsem teljeseek.

Magyarország a dioxin jellegű vegyületekkel kevésbé fertőzött területek közé tartozik – megállapítható a fentiek alapján is –, ezt a helyzetet meg kell őrizni, és mindemellett erőfeszítéseket kell tennünk az élelmiszerek további szennyeződésének megakadályozására.

Csökkenteni kell a klórtartalmú anyagok (növényvédő szerek, PVC stb.) gyártását, megoldást kell keresni a papíralapú csomagolóanyagok élelmiszerekkel való közvetlen érintkezésének elkerülésére.

Folyamatos és hatékony ellenőrző-rendszert kell működtetni az élelmiszer-termelés teljes vertikumában, végül és nem utolsósorban meg kell védeni a fogyasztókat azoknak az élelmiszereknek a fogyasztásától, amelyek esetleg az elfogadható kockázati szint túllépéséhez vezetnek.

A jugoszláviai háború kapcsán felmerült, hogy a határos magyarországi megyék fokozott kockázatnak vannak kitéve, így az ellenőrzések gyakoriságát növelni kellene.

Összefoglaló

A dioxin jellegű anyagok a legveszélyesebb környezetszennyező anyagok közé tartoznak, ami korunk egyik fő környezetszennyezési problémájának okozója.

A cikk összefoglalást ad a dioxin és a dioxinszerű anyagok kémiai összetételéről, viselkedéséről és a magyarországi szennyezések élelmiszer-biztonsági kockázatáról.

Summary

Dioxin-like substances belong to one of the most dangerous environmental and this is one of the main problems of our age.

This article summarizes the chemical composition, characteristics of dioxin and dioxin-like substances and gives survey about the risks of food safety in Hungary.

Köszönetnyilvánítás

A Magyar Élelmiszer-biztonsági Hivatal munkatársai köszönetet mondanak a **Környezetvédelmi és Vízügyi Minisztériumnak, a Földművelésügyi és Vidékfejlesztési Minisztériumnak, az Országos Élelmiszer- és Táplálkozástudományi Intézetnek, az Országos Élelmiszer-biztonsági Intézetnek** az átadott mérési adatokért.

Szalutogenezis – „a visszacsapás rugóhatása”*

Prof. Dr. Varga Károly

A patkányok „*pszichoszociális*” kezelése a *Pygmalion-effektus* felfedezése (Rosenthal és Jackson, 1968) óta igen elterjedt kísérleti típus.

Rosenthalék egy nagy teremben, ahol több tucat ketrecben egy-egy patkány lakott, mindegyikben egy okos labirintustanulási szerkezettel, amely komputeresen mérte és regisztrálta az állatok *maze-learningben* felmutatott teljesítményét, szinte diákos csíny gyanánt – persze voltaképp egy fontos új kísérleti ötletként, amely új szemléletet indított el a pedagógiában – véletlenszerűen szétosztva apró cédulákat tűztek a ketrecek kb. felére. A cédulákon ez állt: „*intelligens alomból való*”. És elkezdődött a patkányok komputervezérelte vizsgáztatása. Egy hétig mérték (emberi beavatkozás nélkül!), hogy melyik patkány milyen gyorsan tanulja meg a különböző nehézségi fokozatokra beállított labirintusokat. És amikor a hét végén összegezték az eredményeket, láss csodát: az „*intelligens alomból való*” címkével véletlenszerűen és minden alap nélkül („igazságtalan protekcióval”) kikutatott patkányok szignifikánsan jobb teljesítményt produkáltak a többiekénél.

Hogy hogyan lehetett ez? Nos, akkoriban aratott elsöprő sikert a Bernard Shaw *Pygmalion-jából* alkotott musical, a *My Fair Lady*. Ebben a nagyérdemű számára is nyilvánvalóvá vált a hatás: ha valaki bízik bennünk („*pszichoszociális támogatás*”), akkor és csak akkor tanuljuk meg magas fokon azt a *comme il faut* viselkedést, amit a fáradtságos begyakorlások során sem volnánk képesek elsajátítani. No, de

patkányok esetében is? Nem túlzás ez? És az eredményeket nem is a laboránsok regisztrálták, hanem a számítógép? Hihetetlen! Mi történt itt?

Nos, az történt, hogy amikor ezek a laboránsok naponta etették az állatokat, tisztították a ketrecüket, pár percre kivették őket, rápillantva az „*intelligens családja*” című álpedigrére, öntudatlanul is pozitív érzellettel nyúltak hozzájuk, sőt nem állhatták meg, hogy ösztönösen meg ne simogassák őket. Ez a „*pszichoszociális szupport*” pedig elegendőnek bizonyult ahhoz, hogy szegény patkányok – akik persze általában nem voltak elragadtatva attól, hogy mindenféle rafinált feladatok teljesítése révén juthassanak némi csemegéhez – adaptívabban reagáljanak a nemszeretem élethelyzetükre.

Mindezt azonban épp egy *ellenpélda* bevezetőjének szántuk. Egy olyan példa felvezetéseként, ahol ezt a *Pygmalion-felfedezés* óta elterjedt kísérletípust hagyományos („*begyepesedett*”) értelmezéssel „szúrták el”, holott eredményeiből vegytiszta *szalutogenetikus* következtetéseket is le lehetett volna vonni. Átadom a szót *Aaron Antonovskynak*, a *szalutogenetikus* paradigma felfedezőjének, aki „*pi-káns példa*” gyanánt idézi fel *Laugenslager et alii* (1983) kísérletét a megijesztett (sokk-kezelt) patkányokkal, amelyeket egymástól különböző négy „*pszichoszociális kondíció*” közegeben vizsgáltak, hogy mekkorát zuhant náluk az immunválaszt jelentő limfocitaszaporodás mértéke (vagyis a sokk a különböző *pszichoszociális* feltételek mellett milyen mértékben fojtotta le az ártalommal megbirkózni hivatott immunválaszt).

Ott nem volt probléma, hogy a kikerülhetetlen sokkot kapott állatok szervezete termelte a legkevesebb limfocitát, összehasonlítva a másik három csoport szervezetével. Ez utóbbiak „*komfortfokozatai*”: kike-

rülhető sokk, mérsékelt korlátozottság és otthonos ketrec. Örömmel tudatták, hogy lényegében bejött a hipotézisük. Ám csak úgy mellesleg jegyezték meg, hogy a limfocitaszaporodás mértékében nem volt szignifikáns különbség a három kontrollcsoport között. És mellékesen még oda is vetették: „*Eszerint az a lehetőségük, hogy kontrollt gyakoroljanak, teljesen elhárította az immunszuppressziót, az immunválaszt lerontását.*” Nem jutott eszükbe az – sajnálkozik Antonovsky –, ami pedig ebben az esetben a legizgalmasabb felfedezés: hogy magának a sokk-stresszornak is lehetnek „*szalutáris*” (vagyis „*egészségkeltő*”) hatásai egy szervezet számára akkor, ha e sokk-stresszor alól egyáltalán ki lehet menekülni. Igaz, hogy egy *lesújtó bárd* – teszi hozzá később, amikor már fellebbentette a titkot „*a megbirkózó erőforrásokról*” –, jó előre megbecsülhetően lesz olyan hatékony stresszor, amely majd „*ártalmasnak bizonyul az egészségre*”, függetlenül attól, hogy van-e a szervezetnek „*megbirkózó erőforrása*” vagy nincs. De az egészség ilyen drasztikus megtámadásától eltekintve érdemes firtatnunk azokat az eseteket, amikor a stresszor valami jót csalt ki a szervezetből. Persze nem csoda, ha erre nem volt szemük az említett kutatóknak, mert ha valaki csak a *patogenetikus* következményekre figyel, elszalasztja azt a csodálatos látványt, amire az ilyen eredmény rányitott.

Ezután Antonovsky csendes boszszankodóból átmegy aggályos kutatóba. Pedánsan fogalmazza meg a döntő kérdést: vajon a *szalutogenetikus* orientációból lehet-e olyan hipotéziseket megfogalmazni, amelyek egyértelműen ütköznek a *patogenetikus* orientációból származtatott hipotézisekkel? Annyira egyértelműen, sőt lehetőleg

* Készült a T 046957 STD számú OTKA-projekt keretében az OEFI támogatásával.

frappánsan, hogy az empiria valóban eldönthesse: a két közelítés közül melyiknek van igaza? Először általános rendszerelméleti szinten fogalmazza meg a szalutogenezis alaphipotézisét, majd hat különböző szempontból világít rá ennek implikációira. Ez az általános rendszerelméleti alapfeltevés nem más, mint a termodinamika első tétele, ami az élőlényekre is érvényes: minden bomlóban van, vagyis alapvetően entrópiairányú. A *negentropikus* nyíl, a magasabb rendezettség, mélyebb komplexitás, „egész(ebb)ség”, rugalmas, túlélő struktúra, voltaképp a kaosz irányú bomlásból kitörő *csoda*.¹

Tehát akik onnan indulnak, hogy a betegség abban áll, miszerint a „normally self-regulatory, homeostatic processes become disregulated” (Schwartz, 1979) vagyis a normálisan önszabályozóként elkönyvelhető, homeosztatikus folyamatok egyszer csak elkezdenek szabálytalankodni, „abnormáliskodni”, azok – bármennyire is a gyökerénél látszanak elkapni a betegség lényegét, nem ástak elég mélyre. („A krumplicsapat kitépték, de az édes gumók beszakadtak a földbe.”) Legalább egy kapavágással mélyebbről kellene kezdeniük. Nem az az igazán normális, vagyis a legáltalánosabb normának megfelelő, hogy valaki egészséges. Ez már egy még funda-

mentálisabb szabálytól való *csoda-szerű eltérés*. Az alapirány az entrópia, ami nem vár magyarázatra.

Magyarázatra tehát éppen a *negentropia*, az első és második kibernetika folyamatai szorulnak². A normális – a *prototipikus* – az élő számára: a halál, illetve az előbb vagy utóbb hozzávezető út. A kopás, a bomlás, az öregedés, a betegség. Vagyis a homeosztázis helyett a *heterosztázis*, a rend helyett a *disorder*, a kívülről és belülről állandóan munkálkodó nyomás az entrópia irányába. Ezt mondja ki az általános rendszerelmélet, de a patogenetikus orientáció nem megy ilyen mélyre. Ott kezd a „sztorit” a csata közepén, ahol már javában dúl a harc, és a „mieink” vesztesre fordult állapota kétségbeesetten vár a felmentő sereg beavatkozására. Hogy ez a harc mióta tart, mikor és miért tört ki, sőt még alapvetőbben: milyen „általános politikai helyzet” alapján *kell*ett felálgolnia itt is, ott is, az ilyen rendszerelméleti kérdésfeltevésekig a patogenetikus orientáció már nem megy vissza. Pedig ez nem volna tanulságok nélküli az adott ütközet, de a hadjárat, a háború esélyeire sem, illetve – ami a „*grand strategy*”, vagyis a stratégiát és a politikát, a háborút és a békét egyaránt felölelő „*nagy stratégia*” szempontjából legalább ilyen fontos – a háború utáni béke rendezésére sem.

Ha azonban már a háború és a béke kérdésénél tartunk, idézzük fel a sztrategológia egyik klasszikusának, a „*nagystratégia-tan*” kidolgozójának, *B. G. Liddell Hart*nak az Antonovskyeval összecsengő gondolatait. Antonovsky már könyve bevezetőjében megpendítette, amire hamarosan nagyobb súllyal is kitért (s vele alább mi is), hogy az innen vagy onnan, kívülről vagy belülről szinte „normálisan” várható támadásnak igenis lehetnek olyan üdvös hatásai, amik a stresszortámadás nélkül elmaradtak volna. Ez persze rendkívül meredek állítás: dicsérni a békésen funkcionál(gat)ó, homeosztatikus szervezet elleni agressziót, mint „potenciáló” vagyis negentropikus irányba segítő, sőt hajtó tényezőt. Pedig Antonovsky épp ezt veszi a Pygmalion-kísérlet említett követőjének eredményéből levonható (sajnos mégsem levont) „legizgalmasabb felfedezésnek”. Igenis magának a sokk-stresszornak is lehetnek „szalutáris” hatásai egy szervezet számára, hacsak e sokk-stresszor nem maga a *guillotine*, ami alól már egyáltalán nem lehet kimenekülni. Az abszolút túlerőtől, a lesújtó bárdtól eltekintve (ahol már nemigen számít, hogy van-e a szervezetnek „megbirkózó erőforrása” vagy nincs³), igenis érdemes firtatnunk azokat az eseteket, amikor a stresszor valami

¹ Ez a „csoda” természetesen nem értendő misztikus módon, hanem, ahogy László Ervin kifejti, a Bergson-féle „*élan vital*” és a Boltzmann-féle termodinamika ellentétes „időnyilainak” konfliktusa csak látszólagos:

„A tudománynak várnia kellett a nem egyensúlyi termodinamikára és a XX. század hetvenes éveiben kialakult új kozmológiára, hogy felismerje, a biológiai evolúció felfelé mutató tendenciája és a zárt fizikai rendszerek lefelé mutató folyamatai közötti ellentét feloldásához nem szükséges metafizikai megoldásokat igénybe venni... Majd két évszázadra volt szükség, míg az evolúciós paradigma az empirikus tudományokon belül otthonra lelt... Mára a rendszerszemléletű evolúciós paradigma uralkodó gondolkodásmóddá vált mind a természettudományok, mind a társadalomtudományok minden ágában.”

Ehhez csak azt fűzhetjük hozzá, hogy a mindkét diszciplináris alapirányban előrehaladó egészségtudomány szalutogenetikus paradigmája az általános trendbe illeszkedően, de sajátos módon látszik feloldani ezt az ellentmondást. Az eddiginél kontúrosabban rögzíti az entropikus irányú mozgás *ubiquitását*, mindenütt ható tendenciáját, de rögtön bele is oltja az ebből a „vadalanyból” táplálkozó negentropikus *salus*, egészség, túlélési-fejlődési képesség „nemes ágát”.

² Tudjuk: az első kibernetika *homeosztatikusan*, negatív visszacsatolással adott vagy elért állapotában (szervezettségi szintjén) tartja meg az organizmust. A második kibernetika *morphogenetikusan*, pozitív visszacsatolással hoz létre ebben a negentropikus folyamatban magasabb szerveződést. (Formálisan persze a patológiai irányú változás is a pozitív visszacsatolás mechanizmusával megy végbe: a kis elmozdulások tovább növelik önmagukat, míg új állapot vagy formáció születik, de ezt inkább ne nevezzük vezérlésnek, vagyis kibernetikának.)

³ Erre az apró distinkcióra világít rá az ejtőernyős vicc, amit ernyős koromból átmentve a rendszerváltás előestéjén tűztem egy Közgazdasági Szemle-cikkem mottójául:

Edző az újonchoz: Mit csinál, ha nem nyílik az ernyője?

Újjonc: Megrántom a hasernyő zsinórját.

Edző: És ha az sem nyílik?

Újjonc: Mindenesetre homorítottam és zárom a lábam.

fontosat és jót csalt ki a szervezetből.

Liddell Hart 25. század 30. háborús konfliktusának 280. hadjárata tanulságai egyikeként mutatja ki (majd erre következően az első és a második világháború harci eseményeinek még sokkal nagyobb mélységben való elemzésével erősíti meg), hogy a támadások – ha megzavaró csellel nem billentik ki egyensúlyából a védelem agyközpontját –, épp az *ellenállás megerősödése, fokozatos besűrűsödése és egyre keményebbé válása irányába hatnak*. Így ő is osztja – bár tételesen nem mondja ki – a más hadtudományi szerzők nyomán közhellyé vált megállapítást, hogy a sikeres támadáshoz *legalább négyszeres túlerő* kell. Egyébként ő ezt azért nem mondja ki, mert a hangsúly nem ide esik, hanem épp oda, ami a saját kutatási eredményeit erősen rokonítja a szalutogenezis szerzőjének koncepciójával, miszerint a háborús konfliktusban minden (vagy majdnem minden) végül is épp azon dől el, hogy a védelem vezérkara megtartja-e a helyzettel megbirkózó vezérlését, a helyzet magaslatán akar- és tud-e maradni, vagy az ellenség meglepetésszerű, ravasz manőverétől annyira kibillen az egyensúlyából – úgy *összezavarodik* –, hogy csak kaotikusan csapkod össze-vissza (vagy maga is fejvesztetten menekül). Tehát a döntő szempont többnyire nem is az erőviszonyok, hanem az *egyensúly kontra fejvesztettség* dilemmája.⁴

Ez olyan nagy felismerés, amivel Antonovsky az egészségtudományban vadonatúj stratégiátant alapozott meg.⁵ Antonovskynál ugyanis a szalutogenetikus stratégia lényege, a *Sense of Coherence (SOC)* híressé vált – magyarra nehezen fordítható – fogalma, ami vitathatatlanul belső rokonságot tart az operatív egyensúlyát őrző és használó, sőt a *támadástól rendezettebbé váló*, így az agresszióra optimális védelmi választ adni képes vezérlelssel.⁶

Ennek a két *szinoptikus* (amennyiben nemzedékeken és tudományágakon át „összепillantó”), paradigmamaalkotó szerzőnek további közös meglátásait is kiolvashatjuk műveik részleteiből. Amikor például Liddell Hart azt vizsgálja, hogy valójában mi is történt Sztálingrádnál, erről természetesen nem úgy számol be, hogy az eseménysort az orosz katlanba esett német Paulus-hadsereg sorsánál kezdi, hanem – miként Antonovsky az egészség és a stresszor problematikájának modellezését – egy *ellentétes irányú* ütemmel előbből. Onnan tudniillik, amikor Halder vezérkari főnök irányításával a német gépesített erők megsemmisítő vereséget mértek az oroszokra, és egyre zavartalanabban törtek előre a Don–Donyec folyosón. Itt ugyanis még egyidejűleg több célpontot fenyegettek, vagyis lehetetlenné tették, hogy a védelem egyetlen góc körül megszilárduljon. Amikor azonban a ragyogó hadjárat végén ez megtörtént, a védelem ott azonnal megsűrűsödött: „Az arcvonal szűkülése megkönnyítette a vé-

dők számára helyi tartalékaik átbását a védelmi ív bármely fenyegetett pontjára. Ahogy a támadó kezdte elveszíteni manőverezési (bekerítési-átkarolási) mozgásterét, és így többé már nem tudta megzavarni a védekező orosz vezérkart azzal, hogy a többirányú fenyegetés révén sehol sem engedte a védelmi erők összevonását, minden újabb lépésért egyre nagyobb árat kellett fizetnie, és egyre kevesebbet nyert általa”. A katlanképzésből a katlanba esés helyzetébe került német haderő tragédiáját betetőzte a Führernek itt először teljesen rugalmatlanná vált stratégiája, ami csak még jobban megkönnyítette az *egyre inkább magára találó* orosz hadvezetés dolgát. Ez azután a sikeres és egyre sikesebbé váló védelemből ellentámadásba ment át, amely a *visszacsapó rugóhatás* révén – a német front leglátványosabb részeit képező olasz és román seregstek szakaszát véve célba –, meghozta az áttörést és bekerítést, amely morálisan és stratégiaiilag egyaránt teljesen megrendítette az agresszort.

A diadalmas német előretörés „stresszora” a Don–Donyec folyosóban a második világháború fordulópontját jelentő sztálingrádi katlanba torkollva segít átdefiniálni – a hadtudományból a mindennapi élet és akár az orvostudomány számára is áthozva – a stresszor fogalmát. Antonovsky nem is habozik leszögezni: „A szalutogenezis utat nyit a stresszoroknak az emberi életben való *rehabilitációjához*.”

Tehát már távol attól, hogy elfogadjuk a patogenetikus orientációban

⁴ Ennek aláhúzásaként idézi Napóleont: „A morális és a fizikai tényezők aránya: három az egyhez.”

⁵ Hogy saját invencióból vagy a hadtudományi importból, illetve más kultúrhistoriai hagyományból, ezt most nem vizsgáljuk. Maga a gondolat, hogy az egyértelmű hátrányból, a nyilvánvaló sanyarúságból származhatnak olyan erőmozgósítások, amik az elmaradtakat, az elnyomottakat a privilegizáltak fölé emelhetik, nem tekinthető újnak. A mi iskolaorvos-bölcselelő-remekíró Németh Lászlónk például nagy hangsúllyal emeli ki a *Medve-utcai polgári c.* művében és egyéb pedagógiai írásaiban (számos impozáns kutatási eredménye alapján), hogy a „melegházi tenyésztésű” középosztályi gyerekekkel szemben a sanyarúbb sorsú altiszt- és félproletár ivadékok, késleltetve ugyan, de messzebb ható érlelődéssel találhatnak magukra.

⁶ Sőt ezt a *Sense of Coherence* kulcsfogalmat (amit talán kísérletképp „*Összeszedettség érzet*”-ként is magyarázhatnánk), nem nehéz hihetően tovább rokonítanunk egy olyan *politológiai terminussal*, amely a rendszerváltozás első szabad választásánál nyert különös jelentőséget. Ez az Antall József vezetése alá került MDF francia importból vett választási szlogenje: a „*nyugodt erő*”. Az akkoriban is kevés publicitást kapott, de azóta egészen feledésbe merült tény, miszerint ez minden változtatás nélküli fordítása a franciáknál jól bevált „*force tranquille*”-nak, arra mutat, hogy ebben a formulában egy *nemzeti karakterektől és történelmi helyzetektől független*, tehát úgy tűnik: talán magára a *condition humaine*-re érvényes – nyugodtan mondhatjuk: *szalutogenetikus* – stratégiajelszó jutott érvényre (és sikerre).

magától értetődően (értsd: reflektálatlanul) tartott nézetet, miszerint a stresszor valami inherens módon rossz, ártalmas tényező (aminek patogenetikus hatását a kutatások tucatjainak, ha nem százainak, újra és újra sikerül bebizonyítaniuk, néha legfeljebb annyit téve hozzá, hogy „egészségkárosító, *hacsak* egy ütköző közeg nincs közbeiktatva”), a mélyebbre hatoló – és természetesen következtetéseknek alkalmas nyújtó – szalutogenetikus szemlélet inkább a következő definíciót adja:

„A stresszor a szervezethez intézett olyan követelés, amelyre a szervezetnek nincsenek meg a készen álló vagy automatikusan adaptív válaszai.”

Innen ui. tiszta logikával jutunk el a „szalutogenezis mint visszacsapó rugóhatás” koncepciójához. Tudniillik annak megfontolásából, hogy az ilyen adaptív válaszok csupán és kizárólag e kihívások nyomán születhetnek meg, s hogy az adaptivitás fogalma már tartalmazza azt, hogy pozitív egészségi konzekvenciákkal számolhatunk. Itt tehát paradox módon éppen az történik, hogy a pozitív alapirányú szalutogenezisnek lesz köszönhető az általában igen rossz hírbe keveredett stresszorok valamilyen szempontú rehabilitálása.⁷

Hogy ez a szalutogenetikus szemléletváltás mi mindent implikál, azt a bevezetőben idézett *Laugenslager et alii* (1983) állatkísérlet mellett jól illusztrálja az emberi terápiából vett beszámoló eredményadatainak ilyen szemléletű újraolvasása is. Például Dirks, Schraa és Robinson (1982) eredményeinek, melyek 587 súlyosan asztmatikus páciens hat hónapon belülré megjósolható rehospitalizációjáról szólnak. Ezt a szerzők hipotézise szerint az MMPI-teszten kapott *pánik/félelmi* válaszoknak kellett előre jelezniük, ami be is igazolódott. Ám Antonovsky

felteszi az egyszerű kérdést: „és mi van, Uraim, a vizsgált pácienseknek azzal a 68 (!) százalékkal, akiket *nem kellett* rehospitalizálni?” Ha a kutatók szalutogenetikusan gondolkodtak volna, bizonyára nem mulasztanak el hipotéziseket felállítani és ellenőrizni e súlyosan beteg populáció *non-rehospitalizációjának* tényezőiről sem.

Vagy a másik, hasonlóan eklatáns példa:

Zimmerman és Hartley (1982) négy vállalatnál vizsgálódva azt találta, hogy az ott dolgozó nők 14%-a szenved magas vérnyomásban. Nem kevesebb, mint 40 változó mentén vizsgálták az okokat, s e hipotetizált tényezők csaknem mindegyike felelősnek találtatott a hipertenzióért. Csakhogy Antonovskyéknak véletlenül tudomására jutott egy olyan, ezt a 14%-ot tovább bontó körülmény, ami az említett kutatók figyelmét elkerülte. Az tudniillik, hogy a két, szakszervezettel rendelkező telephelyen a hipertenziósok aránya csupán 6% volt, míg a többiekén, ahol nem volt szakszervezet, ez az arány felugrott 25%-ra.

S itt jön Antonovskynak egy „kutatásstratégiaiilag” fontos bejelentése. „Nem kérjük a szerzőket, hogy felejtsek el érdeklődésüket a hipertenzió és annak tényezői iránt, de tisztelettel felkínáljuk nekik: az új szemléletben próbáljanak meg hipotéziseket fogalmazni a *normotenzio* tényezőire vonatkozólag is.” Ez a gondolat – tehát hogy a szalutogenetikus szempont nem kívánja lecserélni, csupán *kiegészíteni* a patogenetikus közelítést – az új szemlélet kialakítóinak és követőinek bizalmat keltő józanságára mutat.

Végezetül e külföldi negatív példák hazai pozitív kontrasztjaként idézzük fel újra azt a kutatást, amit a szalutogenezis aspektusairól szóló

előző cikkünkben már említettünk, de amit általános jelentőségén túlmenően épp abba a követelménybe is illeszkedőnek találunk, amit Antonovsky itt idézett passzusai a szalutogenetikus szempont érvényesítéséhez megjelöltek.

A Pécsi Tudományegyetem egészség-szociológiai kutatóinak, *Jeges Sárának* és *Tahin Tamásnak* 15 évet felölelő, csaknem négyezer fős baranyai mortalitáskutatása – amellet, hogy a hagyományos kérdésfeltevéstől is vezéreltetve azonosította a halálozás kockázatát „predikáló” (a longitudinális adatokban ténylegesen „poszt-dikáló”) néhány markáns tényezőt (az olyan rizikofaktorokat, mint például az alkoholizmust⁸) – ezen túlmenően már napfényre hozott néhány Magyarországon újszerű (ám a korszerű szalutogenetikus paradigmába illeszkedő) olyan eredményadatot is, amelyből közvetlenül kiolvasható az Antonovskyék szíve vágya szerinti információ típus: *másfél évtized alatt vajon mitől maradtak egyesek szignifikánsan magasabb arányban életben, mint a többiek?* S láttuk az új kérdésfeltevésre adott, szintén szalutogenetikus választ: „attól, ha *értékhierarchiájukban az egészségérték az átlagnál jelentősen magasabb helyen volt, és egyáltalán, a többieknél szignifikánsan magasabb mértékben egészségtudatosak voltak*”.

S ezért hadd hozzam fel itt újjól az SPSS-ábrát (Az egészségérték ébresztése. Egészségfejlesztés, 2004. 5–6. szám, 14. oldal) – akár a szalutogenetikus iskola magyar hajtásának emblémájaként –, amely vizualizálja aényt, hogy az egészséget a legfontosabb értéknek tartó személyek túlélési valószínűsége tényleg szignifikánsan magasabb azokénál,

⁷ A gondolat előzményei között Antonovsky természetesen hivatkozik a Selye János-féle „eustresszor” fogalmára, valamint mások „aktiváció”, illetve „potenciáció” terminusaira. És ezeket a maga oldalára vonva, állítja szembe a patogenetikus szemlélet olyan fogalmival, mint a „moderators”, „buffers”, „mitigators”, melyekben nyoma sincs a kihívás pozitív elemének, hanem csupán a negatív hatás mérséklésének.

⁸ Bár az alapos empiria itt is hozott meglepetéseket, például azt, hogy a halálozást „poszt-dikáló”, empiriával feltöltött többszörös regressziós egyenletben az egyéb tényezők (szegénység, iskolázatlanság stb.) jócskán „elszívták” az alkoholizmustól a magyarázó erőt.

akik számára az egészség kevésbé volt jelentős érték.⁹

Ez az eminens módon szalutogenetikusan tekinthető adatokra tehát azt sugallja, hogy a *Sense of Coherence*, a stresszortámadások áradatában józan éberségét megőrző és fokozódó rendezettséget tanúsító védelem a „*visszacsapás rugóhatása*” folytán bizonyítottan elnyeri a túlélés győzelmét.

Ámde miután bőven láttuk, hogy milyen beszédes analógiák hozhatók ide 25 évszázad hadászati tanulságaiból és különösképp a XX. század talán legnagyobb, a világtörténelem menetét eldöntő csatájából (a „*megsűrűsödő védelem*” egyszerűen alkalmazott törvényéből kifolyólag), zárószóként váltunk át a békésebb életvilág területére.

Mi sem kínálkozik erre inkább, mint Voltaire irdatlan stresszortömegben áthajszolt *Candide*-jának záró mottója: „*il faut cultiver notre jardin*”. Igen, a *kertművelés*, amely nem kevésbé passzoló szalutogenetikusan tanulságokkal szolgál. Aki gyümölcskertészkedett (vagy borászkodott), tudja, hogy a satnya ágak-ágbogak természetes burjánzásából a *metszőolló* „stresszora” segít a „negentropikus nyíl” irányában értékeesebb vegetatív és produktív működéshez (tenyésztéshez és terméshez) előbbre jutni. S ami érdekes: minél mélyebbre metsszük vissza az ágat, annál nagyobb nyársakat hajt. (Ezért itt is a szakísmert józan mérséklete ajánlatos). Ám e békés analógia általánosítása a *condition humaine*-re már másfél évezrede megtörtént a bencés rend alapításánál, és bevált receptje leolvasható a pannonhalmi apátság emblémájáról: „*Succisa virescit*”, „*Visszanyesve kizöldül*”.

Összefoglaló

A tanulmány az Antonovsky-féle szalutogenetikusan paradigma néhány aspektusát tárgyalja. Így azt a sajátosságát, hogy rendszerelméleti mélységben „mögé kérdez” a patogenetikusan orientációban magától értetődőként kezelt

egészségi dinamikának, rámutatva arra, hogy az entropikus irányú kopás és bomlás alaptendenciájában tartalmaz „csodaként” derítendő fel a rendezettséget tartó, illetve emelő „*negentropikus nyíl*” hatása. Felidéri Antonovskynak azokat a példáit, amelyek illusztrálják, hogy az egészségdinamika titkát firtató szalutogenetikusan kérdésfeltevés a hagyományos szemléletben szervezett kísérletek eredményeinek figyelmen kívül hagyott elemeiből is ki tudja olvasni az olyan adaptív tényezők jelenlétét, amik a szervezetet érő stresszorok támadására aktiválódtak (erre utal a címben a „*visszacsapás rugóhatása*”). Ezt a modellszerkezetet a tanulmány párhuzamba állítja a Liddell Hart-féle stratégia-tanban kodifikált ama törvényszerűséggel, miszerint a támadás minden olyan esetben jelentősen megerősíti, rendezettebbé és keményebbé teszi a védelmet (sőt hozzásegíti épp e „*visszacsapás rugóhatására*” való felkészüléshez), amikor a támadó félnek csellel, bekerítéssel vagy abszolút túlerővel nem sikerül összezavarni és egyensúlyából kidönteni a védelem vezérlő agyközpontját. A tanulmány szerzője tehát szoros megfelelést mutat ki az Antonovsky elméletében a szalutogenezis lényegi magvát képező „*Sense of Coherence*” (SOC) és a Liddell Hart elméletében a támadás nyomán egyensúlyát megőrizni és így erőit összevonni képes védelmi vezérkar „*potenciálódása*” között. Ilyen értelemben fogadja el a „*stresszor rehabilitációjának*” Antonovsky által kreált, meglehetősen szokatlan fogalmát.

Kulcsszavak

Szalutogenezis vs. Patogenezis; negentropikus nyíl; Sense of Coherence; a visszacsapás rugóhatása; a stresszor rehabilitálása.

Subject

The study deals with certain aspects of Antonovsky's Salutogenesis Para-

digm, such as its characteristic of „going beyond” the health dynamics – considered self-evident in pathogenetic orientation – at the level of systems theory. In the same time pointing out the fact that in the main tendency of entropic degradation and disorganization the organizing and elevating effect of the „negentropic arrow” is to be discovered as a „miracle”. It recalls those examples of Antonovsky, which illustrate that salutogenetic questioning, prying into the secrets of health-dynamics, can read the presence of adaptive factors, activated to protect the organism against stressors (the title – spring-effect of whipping back – refers to this) even from the disregarded elements of experiments made with traditional attitude. The study makes a parallel between this model-structure and the laws coded in Liddell Hart's doctrine of strategy, according to which the attack makes the defence stronger, more organized and tougher (even it helps the defence to prepare for this spring-effect of whipping back) in all cases when the attacking party does not succeed to confuse and to throw the brain centre of the defence off the balance by tricks, enclosure, or absolute numerical superiority. The author of the study thus revealed a strong link between „*Sense of Coherence*” (SOC) in Antonovsky's theory, the essence of salutogenesis and the “potentialization” of the general staff of the defence capable of keeping its balance and thus concentrate its forces after the attack in Liddell Hart's doctrine. In this sense he accepts the strange concept of the „stressor's rehabilitation” created by Antonovsky.

Keywords

Salutogenesis vs. pathogenesis, negentropic arrow, Sense of Coherence, spring-effect of whipping back, stressor's rehabilitation

⁹ Az a felettébb érdekes körülmény, hogy a nők között csak elenyészően kevés olyan személyt találtak, akik számára az egészség nem lett volna kikutintetetten magas érték, vagyis az egészség hátrébb sorolása az értékhierarchiában tipikusan férfias tulajdonság, hipotetikus összekapcsolható a két nem közötti irdatlan nagy mortalitási különbséggel. Ezt a hipotézist azonban új kutatás, a PTE-OTKA és az OEFI közös vállalkozásában elindult, „*Salutogenezis: új paradigma az egészségügyben*” című projekt vizsgálja.

Allergiás beteg a családban

Dr. Endre László, Dr. Misz Irén Írisz

Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest

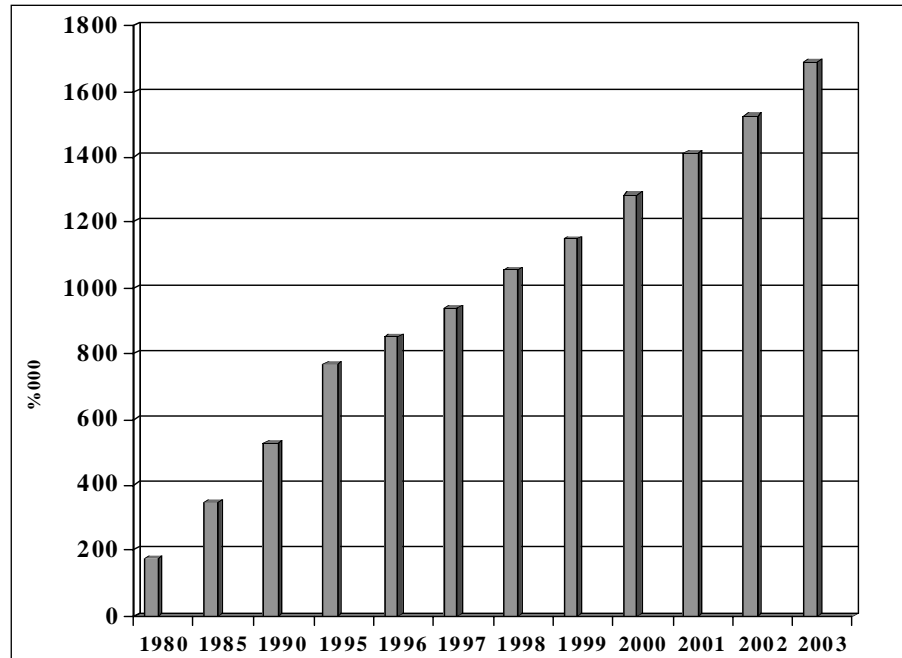
Bevezető

A világon mindenütt – így Magyarországon is – az allergia egyre gyakoribbá váló népbetegségnek számít, s az ellene való védekezés az egész társadalom feladata. E védekezés első lépése feltétlenül az állapotfelmérés, azaz a pillanatnyi helyzet megismerése kellene hogy legyen. E tény fontosságát felismerve az Országos Egészségfejlesztési Intézet Népegészségügyi Főosztálya 2004 tavaszán az ország 7 nagy régiójának központjában rendezett előadás-sorozatot programjába beillesztette az allergiás betegségeket is. Ezek az előadások nem allergológus szakorvosoknak szóltak, s elsődleges feladatuk az allergiás betegségek (akár laikusok általi) felismerésének megkönnyítése, és a felismert betegek legfontosabb tenivalóinak – és a kezelés alapelveinek a felsorolása volt. Jelen közlemény ezen előadások alapján, a hallgatóság kérésére, a tudnivalók hozzáférhetőségének megkönnyítése szándékával készült.

Az allergiás betegségek gyakorisága

Az allergiás betegségek közül az asztmáról rendelkezünk aránylag megbízható hazai prevalencia adatokkal. Az Országos Pulmonológiai Hálózat nyilvántartása szerint gyakorisága egyenesen nőtt a legutóbbi 20 évben, 2003-ban elérte az 1,7%-ot (1. ábra). Vannak olyan országok (pl. Nagy-Britannia, Új-Zéland), ahol a gyermekek

1. ábra. Az asztma prevalenciájának növekedése Magyarországon



egyharmada asztmás. Hazánkban hozzávetőlegesen minden negyedik-ötödik ember szenved allergiás náthában. A budapesti gyermekek között pedig az asztma gyakorisága az 1995. évi 1,88%-ról 2003 végére 2,75%-ra emelkedett (1. táblázat). Igen nagy valószínűséggel kijelenthető, hogy nincs olyan magyar ember, akinek a rokonai között ne lenne legalább egy allergiás.

Az allergia meghatározása

Mi is az allergia? A szervezetünkbe jutó valamilyen anyag által kiváltott, ésszerűtlenül felfokozott, szokatlan

immunológiai reakció. Az például teljesen normális, ha egy gondozatlan macskát simogatva bolhát kapunk, de az már nem, ha tüsszögni kezdünk tőle, vagy nehézlégzésünk lesz. Az is normális, ha a lágytojás fogyasztása után egy kicsit felemelkedik a koleszterinszintünk, de az már nem, ha kiütések leszünk tőle.

Az allergiás betegségek leggyakoribb formái

A bőrünkön jelentkező allergiás betegségek közül legközismertebb talán a *csalánkiütés*, amire az jellemző, hogy valamilyen étel vagy gyógyszer elfogyasztása után szúnyog- vagy csaláncsípésszerű viszkető kiütéseink lesznek. Kezelésére többnyire elegendő, ha bekenjük a bőrünket a recept nélkül is kapható Fenistyl géllal, esetleg valamilyen antihisztamin hatású tablettát is veszünk be. Súlyos esetben

1. táblázat. A gyermekkori asztma prevalenciájának növekedése Budapesten

	Válaszolók területének száma	Válaszolók orvosok száma	Gondozott gyermekek száma	Asztmások száma	Asztmások aránya
1995	11	118	104 087	1962	1,88%
1999	22	153	142 684	3228	2,26%
2003	18	139	120 378	3309	2,75%

arcunk, nyelvünk, sőt gégeünk is megdagadhat, ami akár fulladásos halált is okozhat, ilyen esetben sürgősen orvoshoz kell fordulni. Néha a csalánkiütést a bőrünkkel közvetlenül érintkező bizonyos anyagok (leggyakrabban a pollenek) is okozhatják.

Az *ekcéma* is a bőrünket érintő allergiás betegség (bár ezt nem kizárólag allergia okozhatja). Ez is erős bőrviszketéssel jár, de nem olyan hirtelen alakul ki, mint a csalánkiütés, és a szúnyogcsípésre emlékeztető előemelkedő foltokat sem látjuk. Az ekcémás embereknek általában nagyon száraz a bőre. Már csecsemőkorban elkezdődhet, ilyenkor többnyire az elfogyasztott táplálék (pl. tehéntej, szója, tojás) a kiváltó tényező, későbbi életkorban viszont többnyire a bőrrel tartósan érintkező anyagok (pl. fém ékszerek, mosó- vagy öblítőszeres stb.) hatására alakul ki. Kezelésének legfontosabb lépése a kiváltó tényező elkerülése (ha az ismert), valamint a bőr zsír- és víztartalmának pótlása. A hevenyen gyulladt, viszkető területekre mellékvesehormon-kivonatot is tartalmazó kenőcsöket lehet kenni (lehetőleg minél rövidebb ideig). A viszketés csillapítására antihisztamint tartalmazó gyógyszert szedhetünk.

Légúti allergiák

A leggyakoribb allergiás betegség az *allergiás nátha* (amit régebben szénanáthának is nevezünk), ez lehet szezonális és egész éven át fennálló. Ha gondolunk rá, felismerése nem nehéz. A mindennapos, „megfázáson” alapuló náthától az különbözteti meg, hogy ez nem múlik el néhány nap alatt, az orrváladékozás, orrdugulás mellett kifejezett viszkető érzéssel és (főként – de nem kizárólag – reggelente jelentkező) tüszentőrohamokkal is jár. Az allergiás náthában szenvedő betegek több mint felének a náthájával együtt viszkető kötőhártya-gyulladás is van. Kezelésére rövid ideig (legfeljebb 10–12 napig) használhatunk hagyományos (érszűkítő hatású) orrcseppet (vagy sprayt), de ez többnyire nem elegendő. Tartós (több hónapon keresztül, mindennap történő) használat-

ra az antihisztamin tartalmú tablettá (vagy szirup) és a mellékvesehormont tartalmazó orrspray ajánlható.

Légúti allergiát kiváltó tényezők

A *szezonálisan* észlelhető formát az esetek túlnyomó többségében a *pollenek* (azaz a különböző – elsősorban a széllel porzódó – növények „virágpórai”) okozzák. Legkorábban a *fák* virágoznak. A mogoró- és égerpollen már február végén megtalálható a levegőben. A fapollenekkel szembeni túlérzékenység szerencsére Magyarországon még viszonylag ritka (bár gyakorisága – legalábbis asztmás gyermekek között – nőtt a legutóbbi 10 évben), de például Észak-Európában a nyírfa-pollen-allergia súlyos problémát jelent.

Hazánkban az allergiás náthában szenvedő betegek túlnyomó többségének „csak” májusban, a különböző *fűfélések* „virágzásának” hatására kezdődnek a tünetei. Érdekes egybesés, hogy ugyanebben az időszakban kezd tömegesen szállingózni a levegőben a nyárfa piheszerű termése, ami szabad szemmel is jól látható (míg a fűpollen természetesen nem), ezért az emberek nagy része azt gondolja, hogy ezek a (nagy méretük miatt teljességgel belélegezhetetlen) pihék okozzák a panaszait. Ha mindig és mindenütt rendszeresen kaszálnák a fűvet, és sehol sem hagynák, hogy „kalászba menjen”, azaz pollent termeljen, egyáltalán nem tudna panaszt okozni. A fűfélék virágzása többnyire július végéig elhúzódik. Július közepén viszont már elkezd virágozni a két leggyakoribb (és allergia szempontjából legvesélyesebb) gyomnövényünk, a *parlagfű* és az *üröm*. A légúti allergiában szenvedő magyaroknak legkevesebb a fele (vagyis legalább egymillió ember) túlérzékeny rájuk. Észak-Európában ezek a növények teljesen ismeretlenek, Nyugat- és Dél-Európában is csak egészen kevés terem belőlük. Ott természetesen allergia sem alakulhatott ki velük szemben. A szezonjuk – időjárástól függő-

en – általában október közepéig szokott tartani. Ha sikerülne mindenütt kiirtani őket, legalább egymillió ember panaszai szűnnének meg.

A kültéri levegőben nemcsak pollenek, hanem azoknál sokkal nagyobb számban *gombaspórák* is szállingóznak, amelyek márciustól november végéig bármikor panaszokat válthatnak ki. Allergiás tüneteket okozó jelentőségük szerencsére sokkal kisebb, mint a polleneké.

Nem csupán szezonálisan, de *egész évben* tüneteket tarthatnak fenn a *lakásban belüli* allergének. Ezek közül legnagyobb jelentőségű a házi porban élő *atka* ürüléke, amit mindannyian belélegzünk, de szerencsére csak az erre allergiásak lesznek tőle betegek. Ez az atka igen nagy tömegben található meg a szőnyegekben, kárpitozott bútorokban, szőnyegpadlóknak, ágyneműkben és a gyermekjátékokban (pl. kitömött macikban, plüssállatkákban, babákban). Meleg, párás levegőn tud a leggyorsabban szaporodni. Gyakori takarítással, szellőztetéssel, a játékok mélyhűtést követő kimosásával tudunk védekezni ellene. Gyakran mi magunk visszük be az allergént a lakásba, *kutya*, *macska*, *tengerimalac*, vagy más *házi kedvenc* révén. Nem ritkán az ágyneműben lévő *toll* váltja ki a tüneteket.

Sajnos sok lakásban található *penészgomba* is, amely úgyszintén egész éven át fennálló panaszokat okozhat.

Az allergiás náthában szenvedő embereknek legkevesebb fele *allergiás kötőhártya-gyulladásban* is szenved. Típusos formáját könnyű észrevenni, mert nem csupán piros és duzzadt mindkét szem kötőhártyája, de emellett nagyon viszket is. Többnyire ugyanazok az anyagok váltják ki, mint az allergiás náthát. Létezik az allergiás kötőhártya-gyulladásnak még három egyéb formája is (például amit a kontaktlencse viselése vagy a szembe kerülő kozmetikumok, gyógyszerek váltanak ki), ezek azonban sokkal ritkábban fordulnak elő, mint a heveny allergiás kötőhártya-gyulladás. Mivel az allergiás kötőhártya-gyulladásnak két olyan formája is van, amelyek maradandó látásromlást is okozhatnak, e betegség gyanúja ese-

tén lehetőleg azonnal forduljunk szakorvoshoz, ne kísérletezzünk az öngyógyítással.

A légúti allergia kétségtelenül leg súlyosabb formája az *asztma*. Gyermekekben gyakoribb, mint felnőttkorban, és szerencsére a gyermekek kb. egyharmada végleg „kinövi”.

Mi alapján kell gyanakodnunk rá?

- Ha valaki nevetéstől, futástól köhögési rohamot kap.
- Ha láztalan állapotban hosszú, hetekig tartó köhögése van.
- Ha ismerten allergiás náthában szenved, és emellett kezd el köhögni.
- Ha sípoló hanggal járó, megnyúlt kilégzése van.
- Ha nehézlégzése van.

Fontos tudnivaló, hogy míg gyermekkorban az asztmát csaknem mindig allergia okozza (itt az allergének – néhány étellel kiegészítve – ugyanazok, amelyeket az allergiás náthánál felsoroltam), a felnőtt asztmásoknak csak a felében lehet valamilyen allergiát igazolni. Az asztmás roham kiváltásában az allergének mellett egyéb tényezők (pl. fizikai terhelés, cigarettafüst vagy egyéb kémiai ingerek, túl hideg vagy túl száraz levegő belélegzése, lelki hatások stb.) is szerepet játszhatnak.

Mivel az asztma a hörgők idült gyulladásán alapszik, kezelésének is tartósnak kell lennie. Ennek megfelelően alapvetően kétfajta gyógyszert használunk, az egyik hörgőtágításra szolgál (ezek a tüneti gyógyszerek), a másik a gyulladás csillapítására (ez általában mellékvesehormont tartalmaz, és állandó használatra való). Az asztma kezelésére szolgáló gyógyszerek szerencsére már spray vagy belélegezhető por formájában is kaphatók, ezért jóval kevesebbre van szükség belőlük, mint korábban, és sokkal gyorsabban is hatnak.

Anafilaxiás sokk

Az allergiás betegségek legsúlyosabb formája az eszméletvesztéssel és gyakran halállal járó sokk (szakszóval *anafilaxiás sokknak* nevezik), amelyet legtöbbször darázs- vagy méhcsípés,

valamilyen gyógyszer beadása, ritkábban valamilyen étel elfogyasztása okoz (pl. az USA-ban minden évben meghal néhány ember földimogyoró elfogyasztása miatt). Ha ilyet észlelünk, nagyon sürgősen rohammentőt kell hívni. Ha valakinek már volt hasonló reakciója, legjobb, ha állandóan tart magánál érszűkítő és vérnyomás-emelő hatású öninjekciót (már hazánkban is kapható), amit a tünetek észlelésének kezdetén azonnal adjon is be magának (ettől függetlenül a mentőt is azonnal ki kell hívni)!

Tennivalók allergiás betegség gyanúja esetén

Ha a felsorolt betegségek valamelyikének a gyanúja felmerül egy ismerősünkkel vagy családtagunkkal kapcsolatban, a legelső tennivaló mindig egy szakorvos felkeresése legyen, aki nemcsak azt tudja elbírálni, hogy a tünetek valóban túlérzékenységi alapon alakultak-e ki, de többnyire azt is, mi okozza az allergiát?

Ha ez kiderült, igyekeznünk kell ezt az anyagot a betegtől távol tartani. Néha ez könnyen megoldható (pl. semmiből nem áll egy tollpárnát habszivacsra cserélni), néha csak társadalmi összefogással lenne lehetséges (pl. a parlagfüvet kiirtani vagy a füvet mindenütt rendszeresen és gyakran nyírni). Nem könnyű azokat az ételeket elkerülni, amelyekre allergiásak vagyunk, mert nem mindig szerepel a boltban vásárolt vagy étteremben elfogyasztott ételmiszeren annak pontos összetétele (bár 2004 februárjában megjelent egy miniszteri rendelet, miszerint ezt kötelező mindenben feltüntetni).

Szerencsére ma már igen jó gyógyszereink vannak e betegségek kezelésére, amelyek rendszeres használatával e betegek (még a „szezonjukban” is!) tünetmentessé tehetőek.

Van néhány olyan *szabály*, amelynek betartása *nemcsak az allergiára hajlamos egyének számára hasznos*. Ilyen például:

- Minden csecsemőt lehetőleg fél évig csak anyatejjel tápláljanak.

– Terhes vagy szoptató anya, valamint kisgyermek közelében, velük egy légtérben senki se dohányozzon.

– Lehetőség szerint mindennap por-talanítsuk és szellőztessük lakásunkat.

– Legalább a közvetlen környezetünkben lévő valamennyi parlagfüvet (és ürömet) semmisítsük meg még virágzása előtt, és erre kérjük meg az ismerőseinket is.

Ha már allergiásak lettünk valamire, azt az anyagot minden lehető módon igyekezzünk elkerülni. Például:

– Alaposan nézzük meg a vásárolt ételmiszer összetételét!

– A pollenszezonban viseljünk napszemüveget; minden este mossuk meg a hajunkat (rengeteg pollen van rajta); és csak hajnalban vagy csendes eső idején szellőztessünk, amikor kevés a pollen a kinti levegőben!

– Ha állatszörre lettünk allergiásak, legalább próbáljuk meg elkerülni azt, amire túlérzékenyek vagyunk!

– Házipor-allergia esetén távolítsuk el legalább a hálószobánkból a felesleges porforrásokat!

– Az orvosi utasításnak megfelelően használjuk rendszeresen (akkor is, ha már sürgősen érezzük azokat) és technikailag helyesen (ez a tanács főként a belélegezhető gyógyszerekre vonatkozik) az előírt gyógyszereinket!

Összefoglaló

Az allergiás betegségek prevalenciája Magyarországon is nő, népegészségügyi probléma. Leggyakoribb formái a bőrön a csalánkiütés és az ekcéma, a légutakon a „szénanátha”, az allergiás kötőhártya-gyulladás és az asztma. A bőrtüneteket leggyakrabban ételek vagy gyógyszerek, a légúti tüneteket általában belélegezhető anyagok váltják ki. Ezek lehetnek szezonálisak (pl. pollenek, gombaspórák) és perenniálisak (pl. háziporatka, állatszörök és penészgombák). A legsúlyosabb allergiás reakció az anafilaxiás sokk, amit rovarcsípés, gyógyszerek vagy ételek okozhatnak. Az allergiás betegségek megelőzése szempontjából fontos az anya-

tejjel való táplálás, a dohányzás mellőzése, környezetünk allergénmentesítése. A már kialakult allergia kezelése során legfontosabb a gyógyszerek megfelelően hosszú ideig és technikailag helyesen történő használata.

Subject

The prevalence of allergic diseases increases in Hungary, too. It is a public health problem. Its most frequent forms are urticaria and eczema on the skin, allergic rhino-conjunctivitis and asthma in the airways. The skin symptoms are provoked most frequently by food and medicine, the airway symptoms by inhalative allergens. These allergens can be seasonale (eg. pollens and mould spores) and perenniale (eg. house dust mites, pets and moulds). The most serious allergic reaction is the anaphylactoid shock, provoked by food, drug, or sting bite. To prevent allergic diseases breast feeding, non-smoking and allergen elimination are important. During the treatment of allergic diseases the most important factors are: taking medicines a long enough time and technically correctly.

Irodalom

1. Barna Mária: Magyar Táplálékallergia és Táplálékintolerancia Adatbank. Tempus-Phare Kiadó, Budapest, 2000
2. Endre L., Vámos A., Dinya E., Farakas I.: A gyermekkori asthma prevalenciájának növekedése Budapesten, összefüggésben a légszennyezettségi adatokkal és a pollenszámmal. Orvosi Hetilap 141: 2815–2820. (2000)
3. Nékám K., Szemere P.: Táplálkozási Allergiák. Springer Hungarica Kiadó, Budapest, 1994
4. Osváth Pál: Gyermekkori Allergiás és Immunológiai Betegségek. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1976
5. Polgár Marianne: Allergia csecsemő- és gyermekkorban. Springer Hungarica Kiadó, Budapest, 1996

Egyéni környezettiszteltet, környezetvédelem és egészséges táplálkozás

Dr. Berta András Miklós

Semmelweis Egyetem, Közegészségtani Intézet

Dr. Berta András Miklós orvosgyakornok, a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Közegészségtani Intézetében a megelőző orvostan és népegészségtan szakvizsgára felkészülő rezidensként írta a népegészségügyi programról szóló rezidensi felkészítés feladataként a mellékelt két óravázlatot.

Mint az ifjú doktor rezidens vezetője, és mint az Egészségfejlesztés című folyóirat felelős szerkesztője, úgy értékeltem, hogy mind a bevezető gondolatok, mind a kreativitásra serkentő óravázlatok alkalmasak lennének arra, hogy bárhol az országban kipróbálásra kerüljenek. A környezettiszteltet és az egészséges táplálkozás kiemelt feladata kell hogy legyen minden iskola-egészségügyi fejlesztési tervnek. Ha dr. Berta András Miklós óravázlatait meg tudnák egy-egy iskolában valósítani, az mindenképpen a kívánt irányba formálná a fiatalok tudását és attitűdjeit.

A szerkesztőség várja az esetleges tapasztalatokat az óravázlatokkal kapcsolatban.

*Prof. Dr. Simon Tamás
felelős szerkesztő*

Egyéni környezettiszteltet, környezetvédelem Foglalkozás 14 éveseknek 2x45 percben

Nagyon kíváncsi vagyok, hogy hány embert zavar az, amit a fogyasztói társadalom tesz a környezetével. Azt is érdekes lenne tudni, hányan próbálnak meg környezettudatosan vásárolni és élni, és hányan érzik azt, hogy ezt egyszerűen nem lehet.

Reggel az ember felbont egy műanyag vákuumcsomagolt felvágottat, amiből 8 deka a felvágott, 8 deka a csomagolás. Befelé a munkahelyre vesz egy fél literes ásványvizet, ami eldobható pillepalack vagy eldobható üvegpalack. Mindkettő nyugodtan kibírna még vagy tíz újratöltést. Kukába vele! Délelőtt kávé az automatából műanyag pohárban. Délben fóliázott szendvics, bár dobozoltnak is mondhatnám, olyan vastag a csomagolás; desszertnek műanyag poharas csokipuding műanyag kanállal. Délután bevásárlás: kis darab sajt műanyagban, hungarocell tálcára fóliázott hússzelet, körözött, gomba. Mirelit pizza papír és műanyag kombinált csomagban. Pillepalackos üdítő, ásványvíz, természetesen nem visszaváltható. Tetra Blikk tej, gyümölcsle, ami műanyag, alufólia és papír összeolvasztásával készül. Műanyag „strapa” palackos sör estére. Mindez 5-6 Tesco műanyag szatyorba zsákolva.

De nemcsak eszik az ember. Media Markt, fülhallgató kéttenyényi műanyag dobozban. Elromlott az egér, veszek újat – de nem bírom a táskámba szuszakolni, akkora doboza van –, persze műanyag fóliás karton. Kisebb konyhai elektromos eszközök, hajszárító mikrónyi csomagolásban, hungarocell.

Hazaérve kicsomagolás, elfogyasztás, szemétkupac. A 40 literes kuka tele, sőt a nagyobb dobozokat még összehajtogatva sem lehet beleprésselni, a pillepalackok egy külön szatyor. Leszaladok vele a szeméttárolóba!

Remélem, az embert halála után odaállítják az élete során felhalmozott szeméthez mellé, és ez alapján íté-

keznek fölöttem! A leírt nap során keletkezett szemét az élelmiszerek és fogyóeszközök csomagolásából adódott össze. Minden csomagolóegységnek csak annyi funkciója volt, hogy a bolt és az otthon között minőségromlás nélkül szállítható legyen a termék. Az élelmiszerek esetében papírcsomagolás tökéletesen megfelelt volna ennek a feltételnek. Az italokat egytől egyig lehetett volna visszaváltható üvegben forgalmazni, evőeszköznek, bögrének, tányérnak, pedig nem kell feltétlenül eldobható használni.

Környezettudatosan akarom élni az életem! Reggel az előző nap hentesnél vásárolt felvágottat eszem. Műanyag fóliás papírba van csomagolva. Nem tökéletes, de jobb a teljesen műanyagnál. Saját, nem eldobható üvegben csapvizet viszek a munkahelyre, ahol saját csészémből iszom a kávé. Mikrózható dobozból otthon frissen főzött ételt eszem, a dobozt elmosom, már vagy századjára használom. Nem a Tesco-ba, hanem a piacra megyek bevásárolni. A zöldség, gyümölcs kosárban, a hús, sajt papírban jut haza. Az italdiszkontban visszaváltható műanyag üvegű ásványvizet (összesen egy visszaváltható márka létezik, a Margitszigeti Kristályvíz), sört visszaváltható üveg üvegben veszek. Gyümölcslevet csak eldobható formában árulnak, azt nem kérem. Kóla lenne visszaváltható (az is csak kétféle: Coca-Cola cukros vagy light), de azt nem szeretem.

Fülhallgatót nem veszek, a CD-lejátszóhoz úgyis elem kellene, amiből lehetne újra tölthető változatot venni, de az elemtöltő maga egy böhm műanyag doboz 30×30-as műanyagban. Hagyjuk! Egeret a legolcsóbbat, a legstrapabíróbbnak tűnőt veszem, aminek egy visszafogott papírdoboza van, nem sokkal nagyobb, mint az áru maga. Konyhagép helyett megéleztetem az aluljáróban a késeket.

Hát, mindent megtettem, amit lehetett. Szemben úsztam az árral, az egészséges és környezetkímélő csomagolású táplálékért két órát kellett cipekedni, a választék gyakorlatilag nulla, de legalább így már nem fáj

a fülhallgató, mert se kedvem, se energiám nincs zenét hallgatni. Ez a helyzet. Ezen kellene változtatni ahhoz, hogy legyen lehetőség választani. A kedvenc gyümölcslevemet ugyan hadd vegyem már meg visszaváltható üvegben, ha vagyok olyan marha, hogy visszacipelem. Esetleg lehetne olcsóbb is, ha már a csomagolás újrahasznosul, de már annak is örülnék, ha drágább nem lenne. Csak azért, mert a boltban könnyebb tárolni és árusítani az elpusztíthatatlan gyári páncélba öltöztetett körözöttet, hadd válasszam a frisset, papírba göngyölve. Nem akarom hazavinni az egerem reklámját, úgyhogy legyenek szívesek, ne csomagolják nagy, színes, hivalkodó műanyagba. A boltban nyugodtan hirdetheti a terméket nagy színes plakáton, de ha meggyőzött és megveszem, már csak egy kis barna újrakarton dobozra vágyom. Este kicsomagolok, fogyasztok. Kisebb a kupac, mint előző nap. Az üvegek holnap mennek vissza a boltba cserére, a többivel leszaladok a kukákhoz. Papírt a papírgyűjtőbe, műanyagot a műanyaggyűjtőbe. Jó lenne!

A környezettudatos viselkedés tárgyi feltételeinek megteremtése természetesen csak szükséges, de nem elégséges feltétel, a választáshoz szükséges információt is át kell vinni. Ezt a szükséges ismeretanyagot három mondatban meg lehet fogalmazni. Egy: „Mindig a kevésbé környezetrombolót válaszd!” – azaz szempont legyen, mondjuk a vásárlásnál a termék egyéb paraméterein túl annak viszonya a környezethez. Kettő: „A kevesebb több!” – azaz, ha nincs fogyasztás, nincs szemét sem. Ezt a második gondolatot azt hiszem, egy, a tudatos vásárlókat tömörítő egyesület fogalmazta meg nagyon találóan. Ugyanúgy, mint a harmadikat is: „Minden forintoddal szavazol!” – ami pedig a piacgazdaságot fogja meg farkánál fogva, hiszen végeredményben a kereslet az én vagyok, és ezáltal formálom a kínálatot. Persze egymagamban ez csak annyira hatásos, mint egyedül szavazni valakire egy demokráciában, de a tett jelentősége mégis nagy.

A 2×45 perc foglalkozás programja

Első alkalom

Az előadó röviden beszél a csomagolási technikákról, bemutat egy dicsérendően mértékletes és környezetkímélő csomagolási módot; valamint bemutat egy példát arra, mit nem célszerű választanunk, ha környezettudatosan kívánunk élni. Az előadó bemutatja az italok leggyakrabban használt csomagolóanyagait, megemlíti előnyeiket, hátrányaikat, beszél az üveg-visszaváltás jelentőségéről.

Feladat

(Különböző csomagolásokat ábrázoló képsor alapján)

Karikázd be az ábrán azokat a csomagolási eljárásokat, amelyek kevésbé károsítják a környezetet!

Feladat

Próbáld összeszedni és leírni egy napodat olyan szempontból, hogy mennyi szemetet termelsz (élelmiszerek csomagolása, játékaid csomagolása stb.)!

Mindenkinek egy alma kerül kiosztásra, amit el lehet majszolni, amíg a feladatok megoldását közösen értékeljük.

A legjobb megoldást müzli szelettel jutalmazzuk.

Második alkalom

Az előadó röviden ismerteti a szelektív hulladékgyűjtés lehetőségeit, kitérve a hazánkban rendelkezésre álló módszerekre, rámutat a szelektív hulladékgyűjtés jelentőségére, egyéni stratégiákat kínál a szelektív hulladékgyűjtésben való részvétellel.

Feladat

Környezetekben van-e szelektív hulladékgyűjtő? Ha igen, milyen hulladékokat lehet ott elhelyezni? Van-e iskolában és lakóhelyeden elemgyűjtő, illetve üveg-visszaváltó hely vagy bolt?

Feladat

Írd le, mire lenne szükség ahhoz, hogy a lakóhelyed tisztább legyen!

Írd le, szerinted te mit tudsz tenni azért, hogy környezetünk tisztább legyen?

Mindenkinek egy alma kerül kiosztásra, amit el lehet majszolni, amíg a feladatok megoldását közösen értékeljük.

A legjobb megoldást müzli szelettel jutalmaztuk.

A két foglalkozás két különböző napon kerül megrendezésre, a végén a résztvevők névre szóló emléklapot kapnának, amelyről kiderülne, milyen ismereteket szereztek a környezettudatos viselkedés terén.

Egészséges táplálkozás Foglalkozás 14 éveseknek 2×45 percben

Közhely, hogy a gyerekek táplálkozástudatosságáért folyó harcban a szülő és az iskola kettős szélmalomharcot vív. A gyerekek óriási piacot jelentenek az élelmiszergyártók és -forgalmazók számára, amellett, hogy relatíve kis ellenállású, vásárlási szokásaiban könnyen formálható csoport. Nem véletlenül ölnek a multik dollármilliókat egy-egy reklámkampányba. A marketing mint tudomány rendkívül kifinomult módszerekkel dolgozik, amelyet az élelmiszeripar maximálisan ki is használ. Nem is lenne ezzel semmi baj, ha mondjuk a jonatánalmát kedvenc rajzfilmfigurám reklámozná, és hozzá matrica járna, amiből, ha a mellékelt gyűjtőfüzetben kigyűjtöm az 50-et, visszaküldve menő ajándékokat nyerhetnék.

Sajnos az igazán erős marketinggel rendelkező termékek általában nem egészségesek. Törvényszerű ez? Szerintem igen. Egy igazán jól menő terméknek kábítószer-tulajdonságokkal kell rendelkezni. Nem árt először is, ha függőséget okoz pl. a koffein, a csokoládé, de bizonyos értelemben a cukor is. Ezenkívül lehetőleg a valóságosnál felfokozottabb élményt nyújtson, pl. legyen nagyon sós, nagyon fűszeres, zsíros-olajos, lágyan omlós, ugyanakkor ropogós. Legyen jellegzetes szaga, lehetőleg harsány, természetellenes színnel kombinálva. Erre jön a csomagolás, ami méretében, anyagában, vizuális megjelenésében egy önálló termékentitás, hiszen

csupán a legutolsó szempont az, hogy a benne lévő élelmiszert minőségromlás nélkül eljuttassa a fogyasztóhoz. Természetesen a csomagolásnak ki kell szolgálnia a marketingeszközök akszesszóriáit is, pl. ajándék figura, matrica stb.

Érdeemes ez ellen direktben felvenni a harcot? Nem. Jobb abból kiindulni, hogy gyermekünk ilyen fogyasztógyilkoló világban kell, hogy éljen. Nem is próbálkoznék tiltással, vagy hogy azt állítsam, ezek az élelmiszerek nem is finomak, nem is kívánatosak. Azt kellene megpróbálni, hogy markánsan kettéváltsuk a gyerekekben az életfenntartás érdekében végzett táplálkozást és az életfenntartáshoz megfelelő élelmiszerek körét, szemben a szórakozásból végzett táplálkozással és az ezt kiszolgáló termékekkel: kihangsúlyozva egyrészt azt, hogy a második csoport sosem helyettesítheti az elsőt, ellenben a második teljesen elhagyható (nem szükséges a túléléshez), és hogy mindkettővel – de különösen a másoddal – mértékkel szabad csak élni.

Ezen kívül az egészséges, hagyományos konyhai úton előállított ételek választásának lehetőségét nemcsak kisgyermekkorban, de egész életen át biztosítani kellene. A választás lehetősége nélkül esély sincs arra, hogy a reklámoktól befolyásolt gyermek megfelelően táplálkozzon.

Számos amerikai iskola számolt le a kóla- és cukorkaautomatákkal. Az Amerikában igen gyakori gyorséttermi jellegű vagy készételeket melegítő közétkeztetést sok helyen lecserélték hagyományos, friss alapanyagokkal dolgozó üzemi konyhákra. Az eredmény nem maradt el: a diákok karcosabbak, energikusabbak, ugyanakkor nyugodtabbak, érdeklődőbbek lettek, koncentrációképességük fokozódott.

Miért is olyan fontos az iskola? Ma már ritka a nonprofit élettér. Plázákban szórakozunk, sportcentrumokban mozgunk, kereskedelmi rádiót hallgatunk, kereskedelmi tévét nézünk. Az iskola olyan hely, ahol nem kell folyamatosan valamit eladni. Az iskola nonprofit értékmegőrző az irodalom, a tudomány, a képzőművészet terén, és lehetne persze értékmegőrző az

egészséges táplálkozás és a testnevelés terén is. Ehhez azonban rendes konyhai közétkeztetés kell, amelyet üzemeltetni kell, a jó alapanyag és munkaerő azonban nem olcsó. Ha viszont megvan a jó büfé és menza, akkor monopolhelyzetben van, és gyakorlatilag kötelező mindenkire: hiszen ha az iskolában kell lenni egész nap, akkor nyilván ott kell enni is. Mielőtt a választáshoz szükséges információval ellátjuk a diákot, győződjünk meg tehát a választás lehetőségének meglétéről!

A 2×45 perc foglalkozás programja

Amennyiben kötetlenül felhasználható a 2×45 perc foglalkozási idő, levétíteném a *Super Size Me* című filmet. A film tavaly készült az Egyesült Államokban. Vetítették a hazai multiplex mozik is, sőt a vetítés első két napján az Egészségügyi Minisztérium jóvoltából a filmet diákigazolvány felmutatásával ingyen nézhették meg az általános iskolások.

A film egy rendesen megtervezett és kivitelezett vizsgálatot dokumentál, amikor is egy harmincas fiatalember 30 napon át napi háromszor étkezik a McDonald's-ban. Mindig menüt kell kérnie, ha megkérdezik, hogy „super size”-ban (extra méretű kóla és sült krumpli felárral) kéri-e, rá kell hagynia, és mindent legalább egyszer ennie kell az étlapról a hónap alatt.

Mindezek előtt 3 orvos: egy háziorvos, egy gasztroenterológus, egy kardiológus, valamint egy dietetikus és egy mozgásterapeuta részletesen felméri és dokumentálja az egészségi állapotát. Komplex laborvizsgálatok készülnek, rögzítésre kerül a kardiális státusz, a főbb szervi funkciók és a fizikális állapot. Ezután néhány naponként vizsgálva követik nyomon a szervezetében végbemenő változásokat az elfogyasztott töméntelen gyorsétel hatására. Az eredmény elképesztő, sokkoló, drámai.

A naplószerű film emellett adatokkal és képekkel mutatja be a gyorsétteremláncoknál az ételek előállításánál használatos eljárásokat, és azt a marketingtevékenységet, amely eze-

ket az ételeket olyan vonzóvá teszi. Ez a mű nyíltan vállalja a konfliktust a gyorséttermek cégóriásaival, hiszen nevén nevezi őket – sőt a McDonald's-ot lényegében végig pocskondiázza; tehát nem csupán burkolt támadásról van szó. Mindenkinek ajánlom!

A 2×45 perc foglalkozás programja hagyományos feladatokkal

Első alkalom

Az előadó röviden beszél az édességekről. Nem okít, csak figyelemfelkeltő akar lenni, egészséges nassolási alternatívákat mutat be.

Feladat

(Különböző ételeket ábrázoló képsor alapján.)

Karikázd be az ábrán azokat az ételeket, amelyek egészségesnek számítanak!

Feladat

Mi a kedvenc ételod? Szerinted milyen alapanyagokból készül? Szerinted a kedvenc ételod egészséges ételnek számít-e, ha igen, miért, ha nem, miért?

Feladat

Írj listát azokról az élelmiszerekről vagy ételekről, amiket utálsz!

Mindenkinek egy alma kerül kiosztásra, amit el lehet majszolni, amíg a feladatok megoldását közösen értékeljük.

A legjobb megoldást müzli szelettel jutalmazzuk.

Második alkalom

Az előadó röviden beszél a gyorséttermek ételeiről, azok veszélyeiről, nem lebeszélni próbál, csak mérsékletre int!

Feladat

Mit eszel egy nap? Írd le, hogy egy átlagos munkanapon milyen ételeket

eszel a különböző étkezésekkor! Írd le azt is, hogy a családod egy átlagos vasárnap milyen ételeket fogyaszt a különböző étkezésekkor!

Feladat

Írd le, hogy szerinted miért egészséges az, ahogyan étkezel! Írd le, hogy szerinted mi az, ami nem túl egészséges az étkezésedben, min kellene változtatnod!

Mindenkinek egy alma kerül kiosztásra, amit el lehet majszolni, amíg a feladatok megoldását közösen értékeljük.

A legjobb megoldást müzli szelettel jutalmazzuk.

A két foglalkozás két különböző napon kerülne megrendezésre, a végén a résztvevők névre szóló emléklapot kapnának, amelyről kiderülne, hogy milyen ismereteket szereztek az egészséges táplálkozás terén.

Egészséges Nemzedékért Alapítvány-díj és oklevél ünnepélyes átadása Győrött

Ünnepélyes keretek között adták át a nagy hagyományokkal rendelkező Egészséges Nemzedékért Alapítvány-díjakat és okleveleket Győrött az Amstel-Hattyú Étteremben.

Dr. Schmidt Péter alapítványi elnök bevezetője után a kuratórium tagja, Szabady János, Győr 1997. évi Szent László-díjasa mondott ünnepi beszédet, amelyben méltatta Semmelweis Ignác Fülöp, az anyák megmentője érdemeit.

Ezután dr. Schmidt Péter alapítványi elnök ismertette a kuratórium zárt ülésen meghozott döntését, amelynek értelmében a Lebó Ferenc által készített *Egészséges Nemzedékért Alapítvány – Semmelweis-emléklakettet és díszoklevelet* kapott:

Erika Hessling (Hegyi Erika), a Kiwanis Klub Győr elnök asszonya a prevencióban, az egészségügyi sajtóban, valamint a pr területén végzett áldozatos munkájáért;

Dr. Piskóty Gábor, Hédervár kiváló fogszakorvosa. A kuratórium igen nagyra értékelte a jelölt több évtizedes, nemzetközi viszonylatban is kuriózumnak tartott gyermekfogászati prevenció munkáját, amelynek jelszava: Ne féljünk a fogorvostól!

Kiváló munkájáért az *Egészséges Nemzedékért Alapítvány elismerő oklevelét* vehette át:

Bacsó Gáborné, a Vita Humana Egészségügyi Központ munkatársa;

Dr. Kiss Zsuzsanna bőrgyógyász főorvos, a Pejko Civitan Klub elnökségi tagja;

Dr. Mejkli Aranka ny. városi irodavezető-főorvos.

Külön jutalmat kapott a Győr-szigetiek Baráti Köre felterjesztésében Kálinger József ügyvezető alelnöktől és Schmidt Péter elnöktől:

Mihaliczné Molnár Csilla (KIWANIS Klub) és

Szell Lászlóné gondozásiközpont-vezető (Köztelek utcai II. sz. Gondozási Központ, Győr-Sziget).

A kuratórium igen nagyra értékelte *Korompáky Mária* ügyvezető titkár elmúlt másfél évtizedben végzett kiváló munkáját.

Dr. Szabó Pál Batthyányi-Strattmann László-díjas ny. bal-eseti sebész főorvos, az Egészséges Nemzedékért Alapítvány kuratóriumának tagja zárószavában gratulált a díjazottaknak, s külön *dr. Juhász Julianna* házi orvosnak, Győr-Sziget és Pinnyéd családorvosának, aki dr. Rác Jenő egészségügyi minisztertől Budapesten, a BM Duna Palotában, központi Semmelweis-díszünnepség keretében vehette át a nagyon komoly szakmai elismerést jelentő Pro Sanitate miniszteri kitüntetést.

Bodrogi Ernő kuratóriumi tag pedig Schmidt Péter alapítványi elnöknek kívánt további szakmai sikereket abból az alkalomból, hogy az alapítvány kuratóriumi elnöke az előző évi címzetes egyetemi tanári, professzori kinevezést követően, egyetemi magántanári kinevezést kapott kiemelkedő oktató és kutató munkájáért.

Dr. Schmidt Péter–Korompáky Mária

Értekezés a dohányról 1838-ban

Dr. Vértés László

Egészségvédelmi Emléktár, Budapest

Jelenffy Károly Raksán, Abaúj megyében született. Budapesten, a Királyi Magyar Tudományegyetem Orvosi Karán tanult. A kari igazgató orvostörténetünk egyik kimagaslósága, Lenhossék Mihály volt, a tanári karban Schordann Zsigmondot (élettan), Bene Ferenczet (belgyógyászat), Fabini János Theophilt (szemészet) találjuk. Jelenffy Károly az 1837–1838-as tanévben kapta orvosi diplomáját – az évben összesen 39-en. Közülük ismertté vált Kremzir Mózes, aki 1837-ben Pesten nyújtotta be orvosi értekezését: „Néhány magyar népgyógyszer bíráló vizsgálata”, amely nagy gyakorlati jelentőségű munka.

Jelenffy Károly Szatmár megyébe került, tisztiorvos lett. 1838-as keltezésű, Budán kiadott orvosi értekezése: „A dohányról”. Ennek emeljük ki néhány gondolatát.

A szerző szerint a dohányzásnak nem kell eltúlozni ártalmasságát, sem veszélytelenségét. Egyes orvosok a dohányzás elleni heveskedésükben odáig mennek, hogy nemcsak az igazság határait hágják át, hanem a dohányzók személyiségét támadják meg. Tagadhatatlan ugyan az is, hogy a mértéktelen dohányzás részint a nagy nedvesítés által, amely a nyálnak bővebb elválasztása és kiürítése miatt történik, az elvesztett nedvnek helyreépítését szükségessé teszi, részint maga a dohány, kivált, ha erős és kábító, a testre való nyomósabb hatása miatt a szomjat növelheti, de nem a szeszes italra, mert a bor legkevésbé fér össze a dohányfüsttel. Akik pipázgatva fogyasztanak szeszes italt, a szédülés, émelygés, hányás hamarabb előveszi, mint különben. Az orvosnak az a kötelessége, hogy azokat, akik egészségük

kárára pipáznak, figyelmeztesse. A „pipavédők” a dohányzás több szép tulajdonságát dicsérték: például az emberek hosszabb útjaikra elővigyázatból bizonyos labdacsokat visznek magukkal, amelyek fő alkotórésze dohány, „ezeket az éhségtől kényszerülten lenyelik, és így az éhséget több napon át könnyen túrni mondatnak”.

A belgiumi pestisben a dohánygyártók házaiban legkevésbé pusztított a halál. Voltak, akik hisztériát, siketséget, fülfolyást, vízkórságot vélték dohányval gyógyítani. Ezek az orvosok általában dohányoztak. Az „antipipások” között Pauli Simon és Tappius azt állították, hogy a dohányzás általánosan árt, az egészséget rontja,

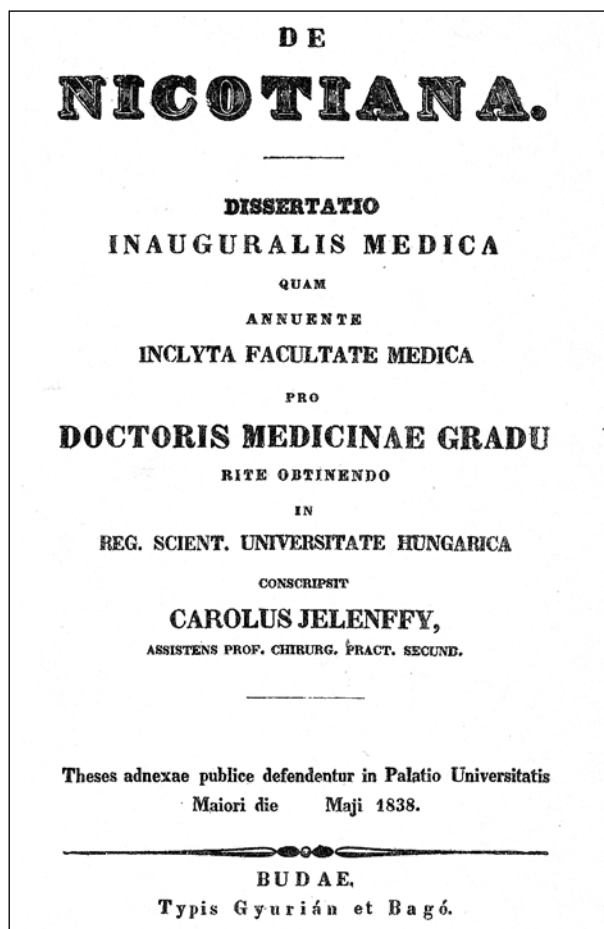
az életet megrövidíti. Az agyba, a gőgsípba és a tüdőbe mint kürtőbe hat, ott kormot hagy, mi által tüdőlob, vérkeh, tüdővész erednek, a gyomrot, s beleket megsárgítja, elgyöngíti. Ezeket az állításaikat nagy pipások holttesteinek felboncolásával igyekeztek hitelesíteni, s „a talált jelek leírása úgy változott, mint ahogy a kedvük”. Borellus szerint nyálfolyást indít, a fogak idő előtti elkorhadását, egy sárgaság esetét ugyancsak annak tulajdonítja. Gyógyszerként bélelzáródásban füstlövetet, nehézzivizeléskor allövetet alkalmaztak; a dohány jónak bizonyult rüh, fejkosz, sömör ellen is.

Az értekezés szerzőjéről sajnos nem tudjuk, dohányzott-e. Többnyire ezen szenvedély ellen foglal állást, és helyesen utal az „együttes alkoholfogyasztás” nagyobb együttes egészségkárosodást okozó hatására. A dohányt gyógyszerként is ajánlották, sokféle kórfolyamat esetén. Jelenffy Károly kitűnő megfigyelése, hogy a javaslok „általában dohányoztak”.

A szerző későbbi életútjából annyit tudunk, hogy az orvosegyletben beszédet tartott, amely az Orvosi Tár 1842. évi II. kötetében jelent meg.

Irodalom

1. Hőgyes Endre (írta, szerkesztette): Emlékkönyv a budapesti Királyi Magyar Tudományegyetem Orvosi Karának múltjáról és jelenéről. Magyar Orvosi Könyvtároló Társulat Könyvtára, LXXIV. kötet, 101., 238. oldal. Budapest, 1896
2. Szinnyei József: Magyar írók élete és munkái. 467. oldal. Budapest, 1897



Jelenffy Károly orvostanári értekezésének címlapja

Önkormányzatok az egészség szolgálatában

A Nemzeti Népegészségügyi Program koordinátoraként, az Országos Egészségfejlesztési Intézet öt hónap alatt három együttműködési szerződést írt alá a hazai települések önkormányzatait tömörítő szervezetekkel. Legutóbb április 25-én, a Települési Önkormányzatok Országos Szövetségével (TÖOSZ). A szerződés aláírói dr. Rác Jenő egészségügyi miniszter, Ott József, a TÖOSZ alelnöke és dr. Misz Irén, az OEFI főigazgatója voltak.

Az első ilyen jellegű megállapodást az OEFI tavaly, december 13-án, a Megyei Jogú Városok Szövetségével kötötte, ezt követte a Kisvárosi Önkormányzatok Érdekszövetségével idén februárban aláírt együttműködési szerződés. Mindkettő sikeresnek mondható, hiszen az aláírás óta eltelt időben a szövetségek tagjaival aktív az OEFI szakembereinek együttműködése, elfogadták azokat a programokat, amelyeket a szövetségek tagtelepülésein élő lakosság egészségvédelmére dolgoztak ki. 2005 második felében az emberek már a saját lakókörnyezetükben is találkozhatnak a programokkal. Misz Irén Írisz a megállapodás aláírása előtt hangsúlyozta: a három szövetség segítségével az ország teljes lakosságához eljuthatnak a programok és az egészségmegőrző kampányok. A Nemzeti Népegészségügyi Program céljainak megvalósításához ideális partnerek az önkormányzatok, mert ezek naponta szembesülnek az adott település környezetvédelmi, egészség- és munka-egészségügyi, mezőgazdasági, közlekedési, oktatási, szociális, ifjúság- és családvédelmi, azaz mikrokörnyezeti problémáival.

Rác Jenő szerint a múlt évben, hosszú szakmai előkészítés után, a gyakorlatban is működni kezdett a népegészségügyi program. A kezdetben kormányzati, majd tárcaközi program mára társadalmivá szélesedett – jelentette ki. Az abban foglalt célkitűzések fontosak, hiszen minden állampolgárt

megszólítanak. Az egészség megőrzésében, a betegségek megelőzésében pedig – a társadalmi, környezeti, politikai és örökletes tényezők mellett – különösen nagy hangsúlyt kap az egyén szerepe. Az embereket rá kell ébreszteni: önmaguk mit és mennyit tehetnek azért, hogy életükből minél

tól korszerűsítik az oltási rendszert. Folytatódik a tavaly elindított, a férfiak egészségének megőrzését célzó népegészségügyi akcióprogram. Célja a szájúregi daganatok és a prosztaták megelőzése, a káros szenvedélyekről való leszokás segítése. A dohányzással, alkohol- és kábítószer-



több évet töltsenek el egészségesen. A népegészségügyi program feladata a jövőben az lesz, hogy az ország minden lakóját végigkísérje és segítse egészsége megőrzésében. Végrehajtói több területre koncentrálnak, így például a nőket, a családokat és a gyermekeket érintő programok keretében szűrővizsgálatokat szerveznek, társadalmi megmozdulásokat tartanak. Sajnos, az ingyenes szűrővizsgálatokon az érintett nőknek csupán a töredéke jelenik meg. Ennek is tulajdonítható, hogy míg Finnországban százezer nő közül évente kevesebb mint tíz hal meg méhnyakrákban, addig nálunk 300. Nemrégiben az egyik hazai részvénytársaság húsz korszerű szűrőbuszt ajándékozott a lakosoknak, hogy segítse a nőgyógyászati szűrések általánossá tételét. Idén bevezetik az újszülöttek alaposabb és szélesebb körű szűrését, illetve 2006-

fogyasztással népegészségügyi alprogram foglalkozik. A települések önkormányzatainak kezdeményező szerepe lehet az említett problémák csökkentésében, éppen ezért van kiemelt jelentősége az OEFI-vel kötött együttműködési szerződéseknek – szögezte le a miniszter.

Ott József szerint az együttműködés összetett és bonyolult feladatokat rejt magában, de megvalósításukkal a lakosság egészségi állapota, életminősége javulhat. A települési önkormányzatok ismerik legjobban a lakosság egészségi és egyéb problémáit, így helyben tehetnek legtöbbet a gondok orvoslásáért. A hosszú távú cél az, hogy az anyagi források nagyobb hányada legyen megelőzésre fordítható és kisebb rész a gyógyításra. E célt szolgálják napjaink népegészségügyi programjai és kampányai.

Loránth Ida

Contents

EDITORIAL

World Health Day 2005: Make every mother and child count 2

TECHNICAL ISSUES

Experiences of the National Network for Health Promoting
Higher Education and Mental Health in the last decade 3
Zsuzsanna Benkő, Katalin Erdei

PRACTICAL ISSUES

Watching TV unprotected 7
Erzsébet Jarábik Kernács
The experiences of compiling and implementing health education programs
at schools in Budapest in the academic year of 2004/2005 9
Dr. Melinda Pintér

SURVEYS

Sporting habits, factors of motivation among 10-15 years
old primary school children in Szeged and Székelyudvarhely 11
Noémi Keresztes, Zsuzsanna Pluhár, Imre Vass, Bettina Pikó
Experiences about canteen meals in Heves county,
from nutritional and health care perspective 19
Dr. Szabolcs Pozsgai, Lászlóné Jerszi
The influence of media on quitting smoking 27
Dr. Monika Gyenes, Dr. Csaba András Dézsi
Risk of Food Safety due to Dioxin-like Environmental Conatmination
in Hungary 33
Dr. Ester Forgács, Dr. Katalin Szabó, Katalin Tardos

POSTGRADUATE TOPICS

Salutogenesis – the spring-effect of whipping back 38
Prof. Dr. Károly Varga
Allergic patient in the family 43
Dr. László Endre, Dr. Írisz Irén Misz

FROM THE HISTORY OF HEALTH EDUCATION

A dissertation on tobacco in 1838 50
Dr. László Vértes

NEWS 18, 49, 51

Tisztelt Szerzőink!

Kérjük, hogy az Egészségfejlesztésbe szánt írásait, az ábrákkal és a képekkel együtt, e-mailben (csatolt file-ként) vagy lemezen – ez esetben a nyomtatott változatot és az eredeti képe(ke)t mellékelve –, levélben küldjék el a Szerkesztőség címére.

E-mail címünk:

szerkesztoseg@oefi.hu

Postai címünk: Országos

Egészségfejlesztési Intézet

1062 Budapest, Andrásy út 82.

A kézirat formája

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

Fáradozásukat köszöni és eredményes munkát kíván

a Szerkesztőbizottság

Megrendelőlap

Megrendelem az EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS

című lapot példányban,

1 évre 12 000 forintért,

1/2 évre 6000 forintért.

Az előfizetési díj befizetéséhez

csekket számlát kérek.

Kézbesítési név:

Cím:

Telefon:

Számlázási név:

Cím:

Telefon:

A megrendelőlapot kérjük a kiadó címére (1062 Budapest, Andrásy út 82.) szíveskedjenek postán elküldeni. A lap személyesen is megvásárolható, lapszámonként 2000 forintért, a kiadónál, a fenti címen.