

# Tartalom

## VEZÉRCIKK

- Mennyiben ügye az egészség az egészségügynek? ..... 2  
*Prof. Dr. Simon Tamás*

## GYAKORLATI KÉRDÉSEK

- Segítség a dohányosoknak ..... 3  
*Dr. Molnár György, Egervári Gábor*

## SZAKKÉRDÉSEK

- A drogfogyasztás hazai tendenciái a '90-es évektől napjainkig 3. .... 7  
*Gábor Edina, Kiss Judit*

## FELMÉRÉSEK

- Dohányzási szokások főiskolai hallgatók körében ..... 13  
*Barna Adrienn, Horváth Boldizsár*

- Középkiskolás fiatalok pszichoszociális egészsége és  
értékorientációja fizikai aktivitásuk tükrében ..... 19  
*Keresztes Noémi, Pikó Bettina*

- A szerepkonfliktus eredete orvostan- és fogorvostan-hallgató nők körében 24  
*Molnár Regina, Dr. Török Kinga*

## HELYI KEZDEMÉNYEZÉSEK

- Egy hátrányos település lehetőségei az egészségfejlesztés terén. .... 29  
*Szalontai Ágnes, Fadgyas Erzsébet*

## HÍREK, INFORMÁCIÓK

- Az egészséges táplálkozásért – Pápán ..... 18

- Tudat- és testformáló e-mailek. .... 23

- Befogadó társadalom – befogadó egészségügy ..... 31

- Az OEFI szakmai értekezletei az egészséges iskolai büfékért ..... 33

- Egészségliget – Férfiak egészséghehe ..... 35

Health  
Development

**EGÉSZSÉG-  
FEJLESZTÉS**

Az Országos Egészségfejlesztési  
Intézet folyóirata.

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

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

Főszerkesztő: Gábor Edina

Felelős szerkesztő:  
prof. dr. Simon Tamás

Szerkesztő: Marton Éva

Angol fordító: Farkas Veronika


Szerkesztőség: OEFI,  
1062 Budapest, Andrassy 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](mailto:hirlapelofizetes@posta.hu),  
faxon: 303-3440.  
További információ: 06 80/444-444.

Megjelenik kéthavonta.  
Egy példány ára 2000 Ft.  
Előfizetési díj egy évre 12 000 Ft,  
fél évre 6000 Ft.  
Index: 25 214, ISSN 1786-2434

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

 Országos  
Egészségfejlesztési  
Intézet

# Mennyiben ügye az egészség az egészségügynek?

Prof. Dr. Simon Tamás

Semmelweis Egyetem ÁOK, Közegészségtani Intézet, Társadalomorvosi Csoport

A címben feltett kérdés nem tréfálkozás. Az egészséget általában, és egészségügyi szinten gondolkodva a lakosság egészségét is, négy tényező – az öröklött tulajdonságok (20%), az életmód (35%), a környezeti hatások (beleértve a természeti, a mesterséges és a társadalmi környezetet (30%), és az egészségügyi ellátás (15%) határozza meg.

Egy olyan szemléletű egészségügyi irányítás, amely kizárólag az egészségügyi ellátás meghatározását, működtetését tekinti feladatának, a fenti tényekre hivatkozva elzárkózhat az egészség kérdésének globális értékelésétől, és kihátrálhat a nem szorosan vett egészségügyi ellátási feladatokon kívüli, egyéb egészségre ható tényezők értékeléséből és megoldásából. Veszélyes szemlélet lenne ez, és egyes tények arra utalnak, hogy vannak e szemléletnek meghatározó posztokat betöltő képviselői is a jelenlegi magyar egészségügyben. Az egészségre ható öröklési, életmódi és környezeti hatások elemzését, szerepük meghatározását, illetve nem kívánt hatásai kikerülését az egészségügy irányítói nem hagyhatják figyelmen kívül, ha mégis, akkor az súlyos következményeket von maga után.

Kétségtől, az egészség értékét és az egészségértékgazdálkodás szemléletének elfogadtatását nem csupán az egészségügytől várhatjuk, jelentős ezen a téren a családok, az oktatási, nevelési intézmények, és a társadalmi tradíciók sok tényező által befolyásolt alakulása. Az viszont, hogy az elveszett egészség milyen veszélyekkel, mennyi szenvedéssel, végső soron mennyi elveszített életévvel jár, azt csak az egészségügy képes feltárni, elemezni és bemutatni. Azért csak az egészségügy, mert az elveszített egészség felismerése, helyreállítása, a megromlott egészségi állapot egyensúlyban tartása elsősorban orvosi kérdés, és az orvosok túlnyomó többsége az egészségügy keretein belül tevékenykedik. Az egészség fenntartásában főleg a negatív és pozitív hatások evidens bemutatása terén, de az elkerülés kérdései tekintetében is alapvető, figyelemfelhívó szerepe, feladata és felelőssége van minden egészségügyi dolgozónak, szolgálatnak és intézménynek.

A lakosság megromlott egészségi állapota kétségtől igen sok azonnali és költséges beavatkozást igényel. Ez tény, és ezt a munkát kellőképpen meg kell szervezni, de azt, hogy minek „köszönhető” a fent vázolt rossz lakossági egészségi állapot, felelős egészségügyi vezetőként nem lehet másodrangú kérdésként kezelni vagy arról megfeleledkezni.

Az egészséges életmód egészséget támogató elemeire – az egészséges táplálkozásra, a több mozgásra, a stressztűrő képesség fokozására, a kiegyensúlyozott szexualitásra, valamint a baleset-megelőzésre – minden lehetséges szinten fel kell hívni a figyelmet, és orvosi indokokkal is alá kell támasztani ezek fontosságát. Az egészséges életmód azon szabályainak mellőzéséről, mint a nemdohányzás, a mérsékelt alkoholfogyasztás, a drogtagadás, a környezetszennyezés, ugyancsak tudományosan alátámasztott adatokat kell az egészségügyben dolgozóknak is szolgáltatni, és orvosként, védőnőként, nővérként részt venni a káros szenvedélyek kialakulásának meggátolásában, illetve gyakoriságának mérséklésében. Az egészséges életmód csak akkor lesz teljes, ha a lakosság tudja, mikor és hogyan kell igényelni az egészségügyi szolgálat segítségét, és ha az egészségügyi szolgálattól kapott tanácsokat betartva együttműködik önmaga gyógyításában. Felhívni a lakosság figyelmét arra, hogy van az országban egészségügyi ellátó hálózat, és hogy azt hogyan kell igénybe venni, valamint arra is, hogy a szűrővizsgálaton a saját érdekében jelenjen meg, ugyancsak nagyon sok orvosi indokot jelent és aktivitást igényel. Az idült betegségben szenvedőt meggyőzni arról, hogy saját megromlott egészségi állapotának egyensúlyban tartása elsősorban attól függ, hogy ő maga hogyan követi az előírásokat, nem lehet kétséges, hogy orvosi, egészségügyi dolgozói feladat is. Ezeket a célokat a jelenleg hatályos 1997. évi CLIV. törvény is tételesen tartalmazza.

Az öröklött hatások megváltoztatása, ha arra lehetőség van (pl. védőoltások segítségével), illetve az elkerülhetetlen és súlyos öröklődő állapotok időbeni felismerése közismerten egészségügyi kérdés, és ezek megoldása benne foglalatik abban a 15%-ban, amiért eleve az egészségügy felelős. A lakosság kellő ismeretekkel való felvértezése, illetve a megelőző hálózatok kellő kiépítése ugyancsak egészségügyi feladat.

A fentiek, úgy tűnik, egyértelműen bizonyítják, hogy bár a konkrét egészségi állapotért az egészségügy felelőssége csak 15%-ban határozható meg, de nem lehet azokat az életmódi és öröklődési hatásokat befolyásoló tényeket, amelyeknek hatása ténylegesen nagyobb az aktuális egészségi állapot alakulásáért, az egészségügyben dolgozóknak, és így az egészségügy irányításáért felelősöknek sem, figyelmen kívül hagyni vagy másodrendű feladatként kezelni.

# Segítség a dohányosoknak

Dr. Molnár György, Egervári Gábor

Empátia Biomed Gyógycentrum, Budapest

Szakreferensek: Prof. Dr. Tóth József, Dr. Rideg Sándor

## Kiemelkedő hatékonyságú mágnesesrezonancia-terápia a nikotinfüggőség kezelésében

Ma Magyarországon a lakosság csaknem fele dohányzik. A dohányzás következtében minden 15 percben meghal valaki, így évente 30 000-re tehető a halálozások száma. Vezető helyen áll a tüdő-, illetve gégerák. A dohányosok 10–11%-a betegszik meg tüdőrákban, a láncdohányosok pedig szinte kivétel nélkül ennek következtében halnak meg. Hasonlóan magas a szív- és érrendszeri betegségek, az érszűkület, a stroke kockázata is. Számos módszer ismeretes a dohányzás elleni küzdelemben. Legismertebbek a különféle nikotintartalmú készítmények (tapaszok, tabletták, rágógumik), de próbálkoznak csoportterápiákkal, antidepresszánsok alkalmazásával, akupunktúrás kezelésekkkel, hipnoterápiával, gyógynövénykészítményekkel is. E módszerek közös jellemzője a relatíve alacsony eredményesség. A biofizikai eljárás előnye, hogy noninvazív, mellékhatásmentes, egyszerűen kivitelezhető, segítségével megszüntethető a nikotínéhség, és mindössze egy órát vesz igénybe.

A nikotin az agyban a neuronális nicotin-acetylcholin receptorhoz (nAChR) kötődik. A krónikus nikotínhatás eredményeként a sejtfelszíni receptorszám megemelkedik. A receptorszint szabályozása a plazmamembránba történő beáramlás előtt megkezdődik, és nem a korábban feltételezett endocitotikus anyagszerep útján. Az nAChR azonban intracellulárisan érési folyamat után fejti ki hatását.

A dohányzás elhagyása súlyos elvonási tüneteket okozhat, ami nikotínéhséggel párosul, és ez az a tényező, amely a leszokást rendkívüli módon megnehezíti. Mind ez idáig csak a ni-

kotinbevitel fokozatos csökkentésével volt elérhető megfelelő eredmény. A nikotin hatása számos idegrendszeri anyagszerep-folyamatot – a dopaminkiváramlást, a postsynaptikus jelátvitelt – modulálja, valamint a nikotínéhséget fokozó neurotranszmitterek kiáramlását is fokozza. A nikotin szerepet játszik számos idegrendszeri megbetegedésben is, mint a schizofrenia és az Alzheimer-kór.

A cigarettafüstben lévő mintegy 4000 különböző vegyi anyag közel hatvan kémiai rákkeltő anyagot, policiklusos aromás szénhidrogéneket (PAH), dohányspecifikus nitrozaminokat, formaldehidet, acetaldehidet, benzolt, etilén-oxidot, szabadgyököket stb. tartalmaz.

A tumorok kialakulásához természetesen ko-karcinogének, valamint tumorpromoterek és genetikai fogékonyság is szükséges.

A potenciális karcinogén vegyületek aktiválódása és ezek a DNS nukleofil centrumaihoz történő kapcsolódása jelenti az ún. DNS-adduktok keletkezését, amelyek a rákiniciációban (a sejtek daganatos átalakulásának kezdete) alapvető jelentőségűek.

A DNS-adduktok jelenléte a replikációban permanens mutációt okozhat a bázissorrendben. Ha ezek a mutációk onko (ras, myc) vagy tumor szuppresszor (p53) gének kritikus régióit érintik, a normális sejtnövekedés helyett elindul a tumoros átalakulás.

A nitrozaminok más módon sejtfelszíni receptorokhoz kapcsolódva aktiválják az AKT és protein kináz A-t, lecsökkentve az apoptózist.

A DNS-adduktok előfordulása dohányosok tüdőszövetében természetesen többszöröse a nemdohányzókéval összehasonlítva. A dohányzók fehérvérsejtjeiben az emelkedett DNS-addukt szint háromszoros tüdőrákkockázatot jelent.

A leírtak alapján nem nehéz elfogadni a passzív dohányosok dohányfüst által okozott tüdőszövet-károsodási folyamatait, amelyek nem ritkán tüdőrákot okoznak. A tüdőrák keletkezésének kockázata összefügg a napi cigarettafogyasztás mértékével, napi 40 vagy ennél több cigaretta elszívása esetén a tüdőszövetben az esetek 22,5%-ában lehet proliferatív szöveti elváltozásokat kimutatni.

A rákrizikó bizonyos csökkenését eredményezte az alacsony kátrány- és nikotintartalmú cigaretták forgalomba hozatala.

1982-ben kimutatták, hogy a cigarettafüst bizonyos radioaktivitással is rendelkezik, mivel a dohánylevél szőrében alfa-sugárzást kibocsátó polónium és ólom-210 van. A dohányfüsttel belélegzett radioaktív részecskék ezután lerakódhatnak a segmentális bronchusok bifurkációiban, amely a laphámrák egyik leggyakoribb lokalizációja.

Dohányos urániumbányászok tüdejében is megfigyelték relatív gyakorisággal a kissejtes tüdőrák kialakulását.

A radonsugárzás és a tüdőrák előfordulása között is találtak összefüggést. A tüdőrák kialakulásában számos egyéb tényező is szerepet játszik, ezeket azonban ebben a dolgozatban nem tárgyaljuk.

A legújabb kutatások arra utalnak, hogy a DNS-repair egyik enzime, a 8-oxoguanin a DNS N-glikoziláz (OGG) csökkent aktivitása lenne a dohányzás következtében kialakuló tüdőrákok egyik lehetséges oka. Az OGG aktivitása szignifikáns mértékben volt alacsonyabb tüdőrákos betegekben. A dohányosok relatív tüdőrákkockázata ezekben az emberekben 34–124-szer nagyobb volt, mint a nem dohányzó, normális OGG aktivitással rendelkező személyek esetében (Paz-

Elizur et al. 2003) [11]. Ez az egyik magyarázata annak, hogy miért csak a dohányosok 10%-ában alakul ki tüdőrák, a tumor keletkezését valószínűleg kivédi a normális OGG-szint.

A szakirodalom adatai szerint a tüdőrákos megbetegedések 90%-a a dohányzással függ össze. A dohányzás a rák kialakulásának kockázatát a szájüregben, gégegében, nyelőcsőben és a húgyhólyagban is növeli.

### **A nikotinfüggőség biofizikai megközelítése**

A dohányzásellenes terápia alapelve, hogy minden anyag – így pl. a nikotin is – jellemezhető egy egyedi elektromágneses spektrummal. A jelenség Maxwell törvényeiből [1] következik; töltött részecskék mozognak mágneses térben (a Föld mágneses terében), ennél fogva körülöttük is mágneses mező alakul ki, melynek karakterisztikája a részecskék összetétele, milyensége szerint egyedien alakul.

Biokémiai szempontból bizonyított, hogy a nikotin elősegíti a dopamin-neurotranszmissziót és a rendszer aktivációja miatt a dohányzás kívánatos motiváló ingerré válik. A dopaminrendszer szenzitivitása miatt felfokozott sóvárgás alakul ki. Biofizikai szempontból a válasz a pozitív és a negatív visszacsatolásban keresendő. Az emberek nagy része azért kezd el dohányozni, mert látja, hogy mások is dohányoznak. Amikor azonban elszív egy cigarettát, hirtelen nikotin kerül a vérbe, erre a szervezetben különböző anyagok termelődnek. A nikotin a vérből kb. 30 perc felezési idővel kiürül, de az erre termelődött dopamin és egyéb anyagok jelenléte sokkal tartósabb a vérben. Emiatt a cigaretta elszívása után 1–2 óráig elvonási tünetek jelentkeznek, valamint erős késztetés az újabb cigaretta elszívására. Ha ezután rágyújt az egyén, kellemesebben érzi magát, de csak azért, mert ezzel mérsékli az előző, a korábbi cigaretta utóhatásait. Ezzel azonban kialakul a tévhit, hogy a dohányzás enyhíti a szenvedést, oldja a feszültséget, megnyugtat, erőt, önbizalmat ad, elősegíti a szellemi koncentrációt, és ezzel létrehozódnak azok a későbbi tünetek,

amelyek miatt ismét rá kell gyújtani. Így egy önmagába záródó kör alakul ki, melynek során egyre nagyobb nikotinmennyiséget igényel az egyén. Ez az önmagát erősítő folyamat a pozitív visszacsatolás. A fenti folyamat korlátlan felerősödésének határt szab a rendszerbe beépített nonlinearitás, azaz hogy a szervezet nikotintűrő képessége korlátozott, ezért a nikotinfogyasztás meghatározott értéken stabilizálódik. Ha e szint fölé emelkedik a nikotinszint, súlyos, gyakran életveszélyes mérgezési tünetek léphetnek fel. Ezért az ember a dohányzást csökkenti. A stabil szint alatt viszont kibíratatlan elvonási tünetek jelentkeznek, emiatt ösztönszerűen nő a dohányzás mértéke. Ez a stabilizáló mechanizmus a negatív visszacsatolás.

A dohányzásról leszokni csak a visszacsatolási lánc teljes megszakításával lehet. Ezt azonban rendkívül megnehezíti, hogy a visszacsatolásban nemcsak a test kémiai nikotinfüggősége vesz részt, hanem aktív szerepet játszik a tudat hamis beállítódása is.

Az Empátia Biomed Gyógycentrum a nikotinfüggőségben szenvedő dohányosok megsegítésére 2002-ben elsőként kezdte el Magyarországon széles körben meghonosítani a német és lengyel kutatócsoportok által leírt mágnesesrezonancia-terápia egyszerűsített és továbbfejlesztett változatát.

A terápia során egy, a német Regumed GmbH. által szabadalmaztatott és forgalmazott célberendezés-



sel, a BICOM 2000®-rel először egy elnyomott csikket mintának használva analizáljuk a jellemző elektromágneses spektrumot, majd a rezgésmintát invertálva és felerősítve egy megfelelő elektróda segítségével visszajuttatjuk a szervezetbe. A páciens gyakorlatilag egy pulzáló mágneses térben fekszik, amely akadálytalanul átjárja a szervezetét.

A BICOM 2000® berendezés a beemeneti kézelektrodákon keresztül képes bioelektromos jelsorozatokot elvezetni a testfelületről, amit a beteg szervezete a készülék által előállított és kibocsátott speciális jelsorozatokra adott. A jelek eljutnak minden egyes sejthez, azok elektromos és mágneses tevékenységét rövid ideig befolyásolják. Az ennek hatására keletkező elektromos válaszjeleket a készülék elvezeti, kiértékeli, a „diszharmonikus” rezgésmintákat kijavítja, módosítja, inverzzé alakítja, majd mint felerősített individuális terápiás rezgésmintát azonnal visszasugározza a szervezetbe egy modulációs lapelektrodán keresztül. Az eredeti és az inverz hullámok eredője az interferencia törvényeinek megfelelően zérus, vagyis egy patológikus rezgésminta ily módon eliminálható a szervezetből. Nagy előnye e terápiának, hogy természeténél fogva felhasználási területe igen sokrétű, káros mellékhatása pedig egyáltalán nincs.

A terápia kettős hatása: egyfelől a terápiás hullámok megfelelő karakterisztikájuk következtében rezonanciába hozzák a kötött nikotinmolekulákat, amelyek ennek hatására kiszakadnak kötéseikből, a véráramba jutnak, majd a veséken át távoznak a szervezetből. Másfelől a nikotinmolekulákat eredetileg körülvevő, és a nikotin kiürülését követően is megmaradó ún. víz-clusterek is szétesnek a terápiás hullámok hatására, aminek következtében a páciens nem vagy csak jóval kevésbé szenved a nikotínéhség tünetegyüttesétől. A jellemző térszerkezettel bíró, rendezett H<sub>2</sub>O dipól-molekulák egyfajta információhordozóként is viselkednek [2], valamint ugyanezen struktúrák játszanak szerepet a nikotinmolekuláknak a megfelelő receptork felszínén való megtapadásában is.

Kiegészítésként alkalmazunk egy speciális segédeszközt, egy ún. chipet (az elnevezés a német szakzsargonból származik). Ez egy ötforintos méretű, speciális ötvözetből készült fémkorong, melyet a páciensek a köldökük alá tapasztva viselnek egy hónapon át a kezelés után. A kezelés alatt ezt a fémkorongot a BICOM 2000® berendezés kimenetének segítségével a terápiás rezgésmintával felmágnesezzük. A fémkorong összetétele olyan, hogy elemi kristálycellái az őket érő mágneses behatás nyomán struktúrájukat megváltoztatják, és ez a változás állandósul is. A chipet érő rezgéseket moduláljuk egy 7,83 Hz frekvenciájú burkológörbével, ez a frekvencia megfelel a földmágnességben tapasztalható ritmikus impulzusok frekvenciájának (a felfedező, prof. Schumann nyomán e rezgéseket Schumann-rezgések néven ismeri a tudomány) [3]. Amikor a páciens távozik, a köldöke alá tapasztott chipet a Schumann-impulzusok gyakorlatilag gerjesztik, és a chip ennek hatására az őt a kezelés során maszkoló rezgéseket bocsátja ki, ami gyakorlatilag folyamatos fenntartó kezelésnek felel meg, melyet egy hónapon át alkalmazunk.



Kulcsfontosságú a terápia szempontjából az intenzív folyadékbevitel, ennek híján a felszabaduló nikotin nem képes kellő gyorsasággal kiürülni, és akár enyhe mérgezéses tüneteket is eredményezhet. Pácienseinket arra kérjük, hogy a kezelést követően



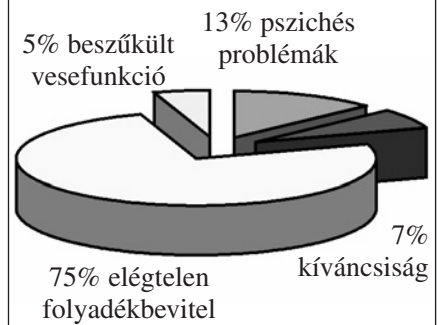
legalább egy hónapon át rendszeresen, félóránként fogyasszanak egy-egy pohár folyadékot. Saját praxisunkban szerzett tapasztalataink alapján, több mint 4000 kezelésen túl azt állíthatjuk, hogy a terápia eredményessége a megfelelően együttműködő (kellő mennyiségű folyadékot fogyasztó) páciensek esetében elérheti a 72%-ot.

Abszolút kontraindikációként meg kell említeni az epilepsiát, illetve a szívritmusszabályzó használatát.

Relatív kontraindikációnak minősül a súlyos szív- és veseelégtelenség. A NYHA 2b stádiumában, illetve a beszűkült vesefunkciónál forszírozott diuresissal a kiválasztás megfelelően támogatható.

Mint a fenti diagramok is mutatják, a kezelést követően a visszaszokás kimagaslóan (75%) leggyakoribb oka az

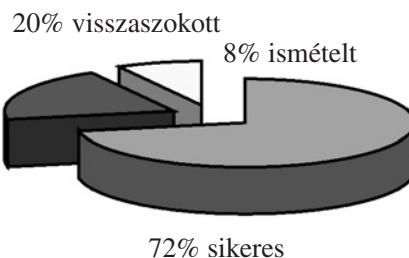
### A visszaszokás főbb kockázati tényezői



elégtelen folyadékfogyasztás. A magyar populáció átlagosan nagyon kevés folyadékot fogyaszt, ezen belül a nők napi folyadékbevétele gyakran az 1 litert sem éri el. Sok páciens számára a gyakori, félóránkénti folyadékfogyasztás egy hónapon keresztül első

hallásra teljesíthetetlenül soknak tűnt. A kezelés alatt viszont kiderült, hogy a vesék extrém igénybevétele mellett gyorsan jelentkezett a szomjúság érzése a szervezetben belüli folyadékdisztribúció következtében. Azok a pácienseink, akik a leelemibb motiváció nélkül, jelentős környezeti nyomás hatására fogadták el szolgáltatásunkat, compliance hiányában igyekeztek minél hamarabb rágyújtani. A mágnesesrezonancia-terápia hatására a dohányzás következtében a szervezetbe bekerült és elraktározódott mérgek legintenzívebb, legnagyobb mennyiségű felszabadulása a ke-

### A kezelés eredményessége (1 éves követés)



zelés utáni első néhány órában megvége. Gyakorlatilag az első 2–3 kritikus nap során dől el a kezelés kimenetele, eredményessége. Az egyéni reakciókészség miatt maximum ebben az időszakban fordulhat még elő, hogy a volt dohányoson átsuhan a rágyújtás gondolata, ez azonban messze nem hasonlítható össze az önerőből történő leszokási kísérletek során tapasztalt kínzó nikotínéhséggel, rágyújtási késztetéssel. A láncdohányosokhoz hozzáított automatikus rágyújtási mozdulatsor pedig a nikotinkoncentráció drámai gyorsaságú csökkenésével hihetetlenül hamar „elkopik”.

A korelőzményből ismert szív- és vesebetegségek esetén vízajtó néhány napos adásával a megfelelő kiválasztást, méregtelenítést elő tudjuk segíteni. Jelentősebb problémák alakultak ki a rejtve maradt, beszűkült vesefunkciós betegeknél. Az intoxikációs tünetek erősödésekor a betegek biztonságérzetének fenntartása érdekében biztosítottuk a folyamatos telefonos kommunikáció lehetőségét.

A kíváncsiságból adódó 7%-os visszaesésnél pácienseink már a kezelést követő néhány órán belüli rágyújtáskor rossz közérzetről, hányingerről, szédülésről számoltak be.

Súlyos lelki betegeknél (depresszió, skizofrénia stb.) szakmai és környezeti támogatás hiányában szerényebbek az eredmények.

A rendelőkben kezelésre jelentkező pácienseket motiváltságuk szerint természetesen nem különböztetjük meg, mindenki részesülhet a teljes körű ellátásban, függetlenül attól, hogy esetleg nem kizárólag saját döntése alapján kéri azt. Pácienseink között túlnyomó többségben (87,6%) voltak azok a dohányosok, akik többször is megpróbáltak már megszabadulni káros szenvedélyüktől. A sorozatos kudarcélmények miatt néhányuk önbizalma, önbecsülése is jelentősen meggyengült.

Az életkori megoszlásokból kitűnik, hogy a 40–60 év közötti korosztály kérte legnagyobb számban (63,4%) szolgáltatásunkat. A legfiatalabb páciensünk 12, a legidősebb 82 esztendő. A kezelés mindkettőjük esetében több mint egy év elteltével is eredményesnek bizonyul.

A nemek vonatkozásában minimális női túlsúly figyelhető meg, amely feltétlenül nagyobb mértékben a nők nagyobb ak-

tivitásával, új dolgokkal szemben mutatott nyitottságával, érdeklődésével függ össze.

A terápia során a szervezetet érő elektromágneses impulzusok erőssége oly csekély, hogy a szervezetet semmilyen káros hatás nem érheti. Az impulzusok erőssége több nagyságrenddel alatta marad pl. a mobiltelefonok használatánál, a mobiltelefonok használatánál fellépő sugárzás erősségének. A terápia során alkalmazott elektromágneses hatás ártalmatlan mivoltát az Országos Sugárbiológiai Intézet, valamint az ÁNTSZ Budapest Fővárosi Intézete Sugáregészségügyi Osztálya kérésünkre írásban is megerősítette.

## Összefoglalás

Megállapíthatjuk, hogy a dohányzástól való leszokást elősegítő módszerek között a non-invazív, mellékhatásmentes biofizikai eljárás egyértelmű előnye a gyors, egyszerű kivitelezhetőség, valamint a kiemelkedően magas hatékonyság. Megfelelő egészség- és oktatásügyi propaganda, valamint széles körű közegészségügyi-járványügyi támogatás mellett segítségével a XXI. sz. pestisének is nevezett dohányzást jelentős mértékben vissza lehetne szorítani. A szenvedélybetegségek összetett természetrajzát ismerve meggyőződéssel valljuk, hogy ez a világszínvonalú technológia addiktológusok, mentálhigiénikusok, pszichiáterek koordinálásával még hatékonyabban működhethet.

## Summary

It can be stated that among the methods of tobacco control, aimed at helping smoking cessation, the obvious benefit of the non-invasive, side-effect-free biophysical method is besides its quickness and simplicity is its outstanding effectiveness. Given the adequate health promotion and education campaigns accompanied by a wide support from the field of public health and disease control smoking, also called the pandemic of the 21st century, can be repressed to a great extent. Being aware of the complicated nature of addictions, we believe that this worldwide-known technology could be even more effective, if, addictologists, mental hygiene specialists and psychiatrists were responsible for coordination.

## Irodalom

1. Maxwell's theory extended: Part 1. *Annales de la Fondation Louis de Broglie*, Vol.15, No.2 (1990), pp.143–183. Part 2 : *Annales de la Fondation Louis de Broglie*, Vol.15, No.3 (1990), pp.253–283.
2. Struktur und Funktion des Wassers im Organismus. Versuch einer Standortbestimmung (Symposium). *Facultas Universitäts-Verlag*, Wien 1994
3. M. Füllekrug, Schumann-resonances in magnetic-field components, *Journal of Atmospheric and Terrestrial Physics*, 57(5), 479–484, 1994
4. Dall D. H., Hammar S. P., Colby T. V.: Pulmonary pathology-tumors. Springer, New York, Berlin, Heidelberg etc. 1995
5. Brumwell C. L., Hohnson J. L., Jacob M. H.: Extrasynaptic alpha 7-nicotinic acetylcholine receptor expression in developing neurons is regulated by inputs, targets, and activity. *J. Neurosci* 22: 8101–8109, 2002
6. Domino E. F.: conflicting evidence for the dopamine release theory of nicotine/tobacco dependence. *Nihon Shinkei Seishin Yakurigaku Zasshi* 5: 181–184, 2002
7. Sallette J., Bohler S., Benoit P., Soudant M., Pofis S., Le Novere N., Changeux J. P., Corringier P. J.: An extracellular protein microdomain controls up-regulation of neuronal nicotinic acetylcholine receptors by nicotine. *J Biol Chem* 279: 18767–75, 2004
8. Vallejo Y. F., Buisson B., Bertrand D., Green W. N.: Chronic nicotine exposure upregulates nicotinic receptors by a novel mechanism. *J. Neurosci* 25: 5563–72, 2005
9. Salette J., Pons S., Devillers-Thieri A., Soudant M., Prado de Carvalho L., Changeux JP., Corringier PJ.: Nicotine upregulates its own receptors through enhanced intracellular maturation. *Neuron* 46: 595–607, 2005
10. Darsow T., Booker T. K., Pinad-Crespo J. C., Heinemann S. F.: Exocytic trafficking is required for nicotine-induced up-regulation of alpha 4 beta 2 nicotinic acetylcholine receptors. *J Biol Chem* 280: 18311–20, 2005
11. Paz-Lizur T., Krupsky M., Beumenstein S., Elinger D., Schechtman E., Livneh Z.: DNA repair activity for oxidative damage and risk of lung cancer. *J Natl Cancer Inst* 95: 1312–19, 2003

# A drogfogyasztás hazai tendenciái a '90-es évektől napjainkig 3.

Gábor Edina, Kiss Judit

Országos Egészségfejlesztési Intézet

## Bevezetés

Cikksorozatunk első részében bemutattuk az életmódbeli tényezők, ezen belül is az egyes kockázati magatartásformák (dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás) hazai morbiditási és mortalitási viszonyokra gyakorolt rendkívül kedvezőtlen szerepét, amely tendencia az 1970-es évektől egészen napjainkig érvényesül. Mindez indokoltá teszi ezeknek a rizikómagatartás-formáknak a különböző aspektusú vizsgálatát, különös tekintettel az egészségkárosító szerek elterjedtségére, a fogyasztás körülményeinek és háttérváltozóinak vizsgálatára. A cikksorozat második elemében a felnőtt korú népesség országosan reprezentatív mintáin – az elmúlt két évtized során – végzett, a szerfogyasztási attitűdök vizsgálatára irányuló, valamint egyéb egészségpszichológiai kvantitatív kutatásokból származó alkohol- és drogepidemiológiai kutatási eredményeket mutattuk be.

Jelen cikk keretei között a szerfogyasztás kipróbálása és a rendszeres használat magatartásmintává válása szempontjából legveszélyeztetettebb csoport, a középiskolás fiatalok szerfogyasztásának legrelevánsabb prevalenciaértékeit, valamint az ezeket befolyásoló háttérváltozókat szeretnénk bemutatni egy 2004/2005-ben középiskolások körében lefolytatott, a hazai drogprevenciós programok vizsgálatahoz kapcsolódó, országos hatókörű intézeti kutatás vonatkozó eredményeinek segítségével<sup>1</sup>.

A középiskolás korú fiatalok kutatását az indokolja elsősorban, hogy éppen ebben az életkori szakaszban – az életkori sajátosságokkal összefüggésben – jelenhet meg a drogfogyasztó

magatartás, kezdetben csak a kipróbálás szintjén. Továbbá itt tudjuk vizsgálni azokat a „kortárs véleményformálókat” is, akik jelentős hatással bírhatnak a fiatalok szerhasználatával kapcsolatos attitűdjeire. Az elemzés tárgyát egyrészt az egyes kockázati magatartásformák kipróbálására (életprevalencia-értékek, kipróbálás életkora), használatuk gyakoriságára (éves és havi prevalenciaértékei) és a fogyasztás körülményeire (használt drogok fajtája, a használat módja stb.) vonatkozó kérdésekre adott válaszok adják. Másrészt vizsgálni szeretnénk volna mindezek összefüggéseit a megkérdezettek alapdemográfiai jellemzőivel (nem, életkor, lakóhely típusa, család szocioökonómiai státusza), családi és kortárskapcsolataik jellemzőivel, mentális egészségi állapotukkal, vagyis mindazokkal a háttérváltozókkal, amelyek korábbi országos kutatások alapján összefüggést mutatnak a szerhasználat jellemzőivel (Paksi 2001). Hipotézisünk szerint a felsorolt háttérváltozók a mintánkba került megkérdezettek esetében is összefüggést mutatnak a szerhasználati jellemzőkkel. Emellett kutatási eredményeink közül a szerhasználat prevalenciaértékeire vonatkozó adatokat szeretnénk összevetni a nemzetközi standardoknak megfelelően lefolytatott és feldolgozott hazai HBSC- és ESPAD-kutatások releváns adataival, rávilágítva a párhuzamokra és eltérésekre egyaránt, mindezt természetesen a minta speciális jellemzőinek figyelembevételével.

Kutatásunk eredményeinek tükrében célkitűzésünk az elsődlegesen elemzett összefüggések bemutatásával alapot biztosítani a további elemzéshez, együttgondolkodáshoz, amely

a primer prevenció szintjén a pedagógiai munkát és az egészségfejlesztési gyakorlatot egyaránt szolgálhatja.

## Adatok és módszer

Az elemzés alapjául szolgáló adatbázis egy a 2004/2005-ös tanévben végzett, elsődlegesen az iskolai egészségfejlesztési-drogprevenciós programok hatásainak vizsgálatát megcélzó kérdőíves vizsgálat eredményeiből származik. A kérdést 50 reprezentatív kiválasztott magyarországi középiskola két-két osztályában, azaz 100 középiskolai osztályban, összesen 2213 fős mintán végeztük el. Minden iskolában előzetes koncepció alapján egy 11. és egy 12. évfolyamos tanosztályt kérdeztünk meg, szakiskolákban pedig két végzős osztályt. Az iskolatípusok tekintetében a mintavételi folyamat során követtük az Oktatási Minisztérium nyilvántartása szerinti csoportosítást: a mintába került tanulók 34%-a gimnazista, 42%-a szakközépiskolás, 24%-uk szakiskolába vagy szakmunkásképzőbe járt. Ami a nemek szerint való megoszlást illeti, a megkérdezett tanulók 41,7%-a fiú, míg a minta 58,3%-a lány. A minta átlagéletkora 17,39 év; a korösszetételt tekintve a megkérdezettek 15%-a 16 éves, 43%-a 17 éves, 32,8%-uk 18 éves, míg 9,1%-uk betöltötte a 19. évét. A kutatásban összesen 30 település iskoláiban kérdeztük meg a diákokat, akik 530 települést jelöltek meg állandó lakóhelyükként. A megkérdezettek lakóhelyének településtípusát vizsgálva azt találtuk, hogy 68,2%-uk város lakó, míg 31,8%-uk községekben vagy tanyákon él. A vizsgálat módszere kérdőíves adatgyűjtés (survey módszer) volt, amelyet az aktuális

<sup>1</sup> A kutatást az Egészséges Városért Közalapítvány szervezésében az Országos Egészségfejlesztési Intézet szakmai közreműködésével a korábbi Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium pályázati támogatásával valósítottuk meg.

szakirodalom áttekintése után – nemzetközi és hazai standardok figyelembevételével – összeállított kérdőív segítségével hajtottunk végre. A kérdőívet – amely összesen 62 kérdést tartalmazott – a lekérdezés megkezdése előtt a próbakérdés tapasztalatainak birtokában módosítottuk és véglegesítettük. A kérdőívek lekérdezésére az első tanulmányi félév kezdeti időszakát, az október–november közötti időintervallumot tartottuk legalkalmasabbnak, így az adatfelvétel 2004. utolsó hónapjaiban zajlott. Az adatok rögzítése és feldolgozása SPSS-PC 12.0 statisztikai adatkezelő programcsomaggal történt. Az alapeloszlások vizsgálata mellett számos két- és többváltozós eloszlást is elemeztünk, a megfelelő statisztikai módszerek (szignifikanciavizsgálat, chí-négyzet-próba, faktoranalízis stb.) alkalmazásával.

**Eredmények**

**A kábítószer-fogyasztás prevalenciaértékei**

A kutatásunkban megkérdezett fiatalok 24,7%-a próbált már ki élete során valamilyen illegális kábítószerfajtát.

**1. táblázat. A droghasználat prevalenciaértékei a teljes mintán és a drogokat már legalább egyszer kipróbálók körében (%)**

|                  | <b>A mintán belül (N = 2194)</b> | <b>A drogkipróbálók/használók csoportján belül (N = 540)</b> |
|------------------|----------------------------------|--|
| Életprevalencia  | 24,6                             | 100,0  |
| Éves prevalencia | 21,5                             | 73,8   |
| Havi prevalencia | 7,8                              | 26,9   |
| Heti prevalencia | 4,2                              | 17,6   |
| Napi prevalencia | 1,2                              | 3,9  |

Ami az első droghasználat életkorát illeti: a drogot kipróbálók 12%-a 15 éves kora előtt, 54,5%-a 15–16 éves kora között, 24,1%-uk 17 évesen, míg 9,4% 18 évesen vagy később használt először valamilyen szert, a kipróbálás átlagos életkora 15,93 év (szórás: 1,35). Az egyes időtartam-prevalenciákat az 1. táblázat mutatja be.

A használt szerek típusai a 2. táblázat adatai szerinti megoszlást követik, amiből jól látható, hogy a leggyakrabban használt szerek a THC-tartalmúak (marihuána, hasis) és a különféle

amfetaminszármazékok (ecstasy, speed). A veszélyes szerek (heroin, kokain, ópiátszármazékok) alkalmazása nem jellemző a megkérdezett fiatalok körében, ezek kipróbálásáról és használatáról mindössze 9,1%-uk számolt be a szerhasználók között. A különféle szerek együttes használatának gyakorisága, vagyis a politoxikománia értéke a teljes mintában 6,2%, leggyakoribb a marihuána és az alkohol együttes használata. A szerhasználat

vélemények kialakulásában és jövőbeli megszilárdulásukban. Ily módon ez a korszak jelentős szerepet tölt be az életmód, ezen belül is az egészség-magatartás különböző elemeinek megismerésében és elsajátításában. Az egészség-magatartás elemeit a családban kezdik elsajátítani a gyermekek, majd serdülőkortól kezdve egyre fokozottabban érvényesül a kortárs csoportok vélemény- és attitűdformáló szerepe. A rizikó-magatartás különböző

**2. táblázat. A megkérdezett fiatalok elmúlt évi szerhasználati gyakoriságainak százalékos értékei az egyes szerek tekintetében (N = 1841)**

|                           | <b>Éves</b>        | <b>Havi</b> | <b>Heti</b> | <b>Napi</b> |
|---------------------------|--------------------|-------------|-------------|-------------|
|                           | <b>prevalencia</b> |             |             |             |
| Nyugtató/altató           | 5,2                | 1,2         | 0,6         | 0,4         |
| Szerves oldószerek        | 1,0                | 0,1         | 0,1         | –           |
| Marihuána                 | 12,7               | 2,8         | 2,4         | 0,9         |
| Hasis                     | 2,5                | 0,8         | 0,3         | –           |
| LSD és más hallucinogének | 2,3                | 0,5         | 0,1         | –           |
| Ecstasy                   | 3,8                | 1,4         | 0,6         | –           |
| Speed                     | 3,3                | 1,0         | 0,6         | –           |
| Kokain/crack              | 0,8                | 0,3         | –           | –           |
| Ópiátszármazékok          | 0,8                | 0,2         | 0,1         | 0,1         |
| Anabolikus szteroidok     | 0,8                | 0,3         | 0,2         | 0,1         |

formái (dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás, megfelelő védekezés nélküli szexuális élet) szintén serdülőkorbán, illetve fiatal felnőttkorban válnak kiemelt kérdéskörre (Buda, 2002).

A családi és a kortárs kapcsolatok hatását bizonyítandó, megemlítenek néhány konkrét kutatási eredményt. Petraitis és munkatársainak átfogó makromodellje szerint az egészség-magatartást kontrolláló döntéshozatalok három fő forrása: az attitűdök befolyásoló kulturális-környezeti tényezők; a szociális tanulást és normatív hiedelmeket befolyásoló szociális szituációs-kontextuális faktorok; valamint az énhatékonyságot meghatározó intraperszonális tényezők. Ezek egymástól függetlenül és egymással interakcióban – közvetlenül és közvetetten is – befolyással bírnak az egészség-magatartás alakulására (Petraitis és tsai. 1995).

A hazai szakirodalomból érdemes kiemelni Pikó és munkatársainak



összehasonlító kultúráközi kutatását, amely a magyar és az amerikai közép-, illetve általános iskolás gyermekek kockázati magatartását vizsgálta. Eredményeik arra utaltak, hogy a dohányzásra való rászakásban a kortárshatásnak van kiemelkedő jelentősége, míg az alkohol- és drogfogyasztás esetében a konfliktusmegoldási módok nem megfelelő alkalmazása, illetve különböző lelki problémák is szóba kerülhetnek rizikótegyezőként. Fontos tehát, hogy a szakemberek az egészségfejlesztési stratégiák kialakításakor figyelembe vegyék a kockázati magatartásformák eltérő jellegzetességeit is (Pikó B., 2001).

Aszmann és munkatársai (Kökönyei és tsai., 2002; Szabó és tsai., 2002) komplex elemzéseket végeztek a hazai HBSC-kutatás keretein belül a család és a kortársak szerepének vizsgálatára, illetve a jól lét és a rizikómagatartás összefüggésére vonatkozólag. Eredményeik azt mutatják, hogy a tanulók jól létének fontos meghatározója a családhoz és a kortárs-csoporthoz való kötődés, és a családi integráció a rizikó-magatartás preventív, a magas fokú kortársintegráció pedig a rizikó-magatartás prediktív determinánsa. A kortárshatást emiatt jól fel lehet használni tudatos egészségformálásra is – ha kellően kiképzett kortársoktatókat a negatív kortársnyomás ellensúlyozására vetnek be (kortársoktatás, -segítés).

A kutatásban számos, a megkérdezettek családszerkezetével kapcsolatos információra kérdeztünk rá, amelyből a következő eredményeket kaptuk a szerhasználati jellemzők függvényében:

– A válaszadók közel háromnegyede ép családban, 20%-uk csonka, míg 8% újrastukturált családban él (a minta 85%-a nukleáris család keretei közt). Azt találtuk, hogy az újrastukturált családokban nagyobb arányú az illegális szerek kipróbálási kedve és használata, mint az ép családokban<sup>2</sup>: az újrastukturált családban élők 36%-a, míg az ép családban élők

22%-a próbált már ki életében legalább egyszer valamilyen kábítószer.

– Vizsgáltuk továbbá az egyes deviáns magatartásformák (túlzott alkoholfogyasztás, droghasználat, tettlegességig fajuló konfliktusok, börtönbüntetés, kezelésre szoruló pszichés problémák, rendszeres nyugtató/altatószedés, öngyilkossági kísérlet/öngyilkosság elkövetése)<sup>3</sup> előfordulási gyakoriságát a szűkebb és tágabb családban egyaránt. A kérdéskör elemzéséhez szükséges volt egy olyan változó képzése, amely egészében képes megközelíteni a problémát, amire a legalkalmasabbnak a „családban előforduló devianciák száma” változó bizonyult. Azt kaptuk, hogy közvetlen és tágabb családi körben a fiatalok 30–40%-a szembe-sül naponta valamilyen (egy vagy több) deviáns magatartásformával (3. táblázat), illetve, hogy a családban előforduló devianciák száma valamennyi legális és illegális szer kipróbálásával és használatával szignifikáns összefüggést jelzett.

### 3. táblázat. A megkérdezettek közvetlen és tágabb családjában előforduló deviáns magatartásformák gyakorisága (%; N = 2213)

|   | Közvetlen családon belül | Tágabb családon belül |
|---|--------------------------|-----------------------|
| Túlzott alkoholfogyasztás               | 10,7                     | 18,3                  |
| Öngyilkossági kísérlet                  | 5,9                      | 7,2                   |
| Elkövetett öngyilkosság                 | 3,1                      | 7,9                   |
| Sok nyugtató/altató szedése             | 8,5                      | 10,5                  |
| Börtönbüntetés                          | 2,8                      | 6,5                   |
| Pszichiátriai/ideggyógyászati kezelések | 12,8                     | 9,4                   |
| Kábítószer-fogyasztás                   | 5,3                      | 8,2                   |
| Tettlegességig fajuló konfliktusok      | 7,4                      | 10,9                  |

– A fiatalok közel 72%-a majdnem mindig képes megbeszélni személyes problémáit az édesanyjával, míg ez az apák esetében mindössze 30%-ra adódott. Ez azért is lényeges, mert a családon belüli kommunikáció, mint a szülővel való kapcsolat minőségének egyik legfontosabb mutatója, szintén összefüggést mutat az egyes legális és illegális szerek életprevallencia-értékével.

## Kortárskapcsolatok és szerhasználat

Több olyan kérdést is feltettünk a megkérdezetteknek, amely kortárskapcsolataikra vonatkozott. A válaszadók 89,3%-a nyilatkozta azt, hogy van olyan baráti társasága, akikkel közösen tölti el szabadidejét, a legkülönbözőbb időtöltési módokat megemlítve, amelyek kategorizálásával a következő eredményeket kaptuk:

– A válaszadók 55%-a szokta rendszeresen megbeszélni problémáit és egyéb ügyeit barátaival. A megkérdezettek valamennyi felsorolt referenciaszemély közül barátaikkal képesek leginkább megbeszélni személyes ügyeiket (közülük is elsősorban a lányok, akiknek közel 60%-a tudja megbeszélni problémáit a barátaival), amely a drogprevenációs programok tervezése szempontjából is fontos következtetésekre ad lehetőséget, nevezetesen a kortársképzések jelentőségének kihangsúlyozására.

– A megkérdezett válaszadók 49,9%-a jár barátaival bulizni, táncol-

ni különféle zenés-táncos szórakozóhelyekre (ennek azért is van jelentősége, mert közismert tény, hogy az egészségkárosító deviáns magatartásformák – cigaretta-, drog- és alkoholfogyasztás – kipróbálásának és az ezekhez való hozzászokásnak leggyakoribb helyszínei ezek a szórakozóhelyek). Külön kiemelendő itt, hogy ez változó – a barátokkal való közös bulizás – szignifikáns összefüggést mu-

<sup>2</sup> Összehasonlításképpen: a 2003-as ESPAD-eredmények alapján a csonka családban élő fiatalok szignifikánsan magasabb arányban hajlamosak a szerkipróbálásra (Paksi, 2001).

<sup>3</sup> Hipotéziseink szerint ezek lehetnek leginkább befolyással a fiatalok rizikómagatartás-formáinak kialakulására és megszilárdulására.

tatott a drogok kipróbálásának tényével, vagyis a rendszeresen szórakozni járó fiatalok nagyobb hányada próbált már ki valamilyen drogot, mint azok, akik nem járnak bulizni. Az egyes drogfajták közül egyedül a marihuána használata mutat szignifikáns összefüggést a barátokkal való közös időtöltés ezen formájával.

– A válaszadók 11,4%-a említette meg azt, hogy barátaival együtt szokott beülni bárba/kocsmába/pubba, ahol közösen szoktak alkoholt és/vagy drogot fogyasztani, dohányozni. Szembetűnő, hogy közülük 48,8% már próbált ki valamilyen legális és/vagy illegális szert, míg ez az arány csak 21,5% azok körében, akik nem említették meg ezt az időtöltési módot közös programként. A használt szerek közül a hasis, a marihuána, a speed és az ecstasy fogyasztása szignifikáns kapcsolatot mutattak a „barátokkal való közös kocsmezés” változóval.

– A válaszadók több mint háromnegyede szerzett már a drogokkal kapcsolatban – megítélése szerint – hiteles információkat a baráti körétől, amely kiugróan magas érték a többi felsorolt potenciális információforráshoz képest, különösen azért, mivel a baráti körtől szerzett információkat tartják a leghitelesebb forrásnak.

– A megkérdezettek 64,1%-a nyilatkozta azt, hogy van a baráti körében olyan fiatal, aki már kipróbált valamilyen kábítószerrel, ezen belül is elsősor-

ban könnyűdrogokat (marihuána, hasis) és amfetaminszármazékokat (ecstasy, speed) említettek a legtöbben.

– A szexuális tapasztalatok szerzése erős szignifikáns összefüggést jelzett valamennyi legális és illegális szer (cigaretta, alkohol és különféle drogok) kipróbálásával és rendszeres használatával, amint azt a 4. táblázat is jelzi.

Ami az illegális szerhasználatot illeti, kiderült, hogy a szexuális tapasztalatot szerzők 33,5%-a kipróbált már valamilyen drogot, szemben azokkal, akik még nem rendelkeznek ilyen jellegű élményekkel: közülük mindössze 9,6% használt már életében valamilyen kábítószerrel (a szignifikanciavizsgálat is megerősítette a drogfogyasztás életprevalencia-értéke és a szexuális tapasztalatszerzés közötti erős összefüggést). Ezt a releváns összefüggést háttérváltozók függvényében is próbáltuk vizsgálni, illetve mélyebb oksági kapcsolatok feltárásával magyarázni, bevonva a vizsgálat tárgy körébe szinte minden egyes vizsgálati témakört. Eredményeink szerint az alapidemográfiaiak közül a nem, a családszerkezet egyes elemei, a családon belüli kommunikáció jellemzői, valamint a közvetlen családban előforduló rizikómagartás-formák jelenléte szignifikáns összefüggést jeleztek a szexuális tapasztalatszerzéssel és/vagy az illegális szerek kipróbálásával:

– A fiúk szignifikánsan nagyobb arányban szereztek a kérdés idő-

pontjában szexuális tapasztalatokat, és minden egyes legális és illegális szert nagyobb arányban próbáltak ki, illetve használnak rendszeresen, mint a lányok. Ez a *nemi különbség* egybevágó tendencia a hazai reprezentatív mintán felvett kutatások (HBSC, ESPAD) aktuális eredményeivel (Sebestyén 2003; Paksi, 2001).

– Azokban a *nukleáris családokban*, ahol csak két generáció él együtt, nagyobb arányú a szexuális tapasztalatszerzési arány a megkérdezettek körében, mint az olyan családokban, ahol több generáció lakik egy háztartásban, viszont ez a tényező a szerhasználati jellemzőkkel nem mutatott összefüggést.

– Az ún. *újrastrukturált családokban*, ahol a szülők egyike vagy mindkét szülő új házastárssal él együtt, valamint a csonka családokban, ahol csak az egyik szülővel élnek együtt a megkérdezettek, nagyobb arányú a szexuális tapasztalatokkal rendelkező fiatalok aránya és az illegális szerek kipróbálási kedve és használata, mint az ép családokban.<sup>4</sup>

– Az *anya foglalkozási státusza*<sup>5</sup> jelentős összefüggést jelzett a megkérdezettek szexuális tapasztalatszerzési gyakoriságával: a vezető beosztásban dolgozó vagy vállalkozó anyák gyermekei szignifikánsan nagyobb arányban és korábban szerzik meg első ez irányú tapasztalataikat (a szerhasználati jellemzőkkel csak alacsony mérté-

**4. táblázat. Az egyes rizikómagartás-formák előfordulási gyakorisága (%) a szexuális tapasztalatokkal rendelkező, ill. nem rendelkező fiatalok körében**

|   | A szexuális tapasztalatokkal rendelkező fiatalok | A szexuális tapasztalatokkal nem rendelkezők | A teljes minta átlaga |
|---|--|--|-----------------------|
| Már kipróbálta a dohányzást               | 88,7   | 63,0   | 79,4                  |
| Jelenleg is dohányzik                     | 49,2   | 17,8   | 38,6                  |
| Rendszeresen szokott alkoholt fogyasztani | 80,4   | 60,8   | 73,2                  |
| Volt már részeg életében                  | 82,4   | 47,0   | 69,4                  |
| 14 éves kora előtt volt először részeg    | 28,7   | 19,0   | 26,2                  |
| Hetente többször fogyaszt alkoholt        | 27,5   | 14,9   | 22,9                  |
| Kipróbált már valamilyen drogot           | 33,5   | 9,6  | 24,7                  |
| Rendszeresen eljár bulizni                | 54,9   | 41,0   | 49,9                  |
| Rendszeresen kocsmezik a barátaival       | 13,4   | 8,4  | 11,4                  |

<sup>4</sup> Összehasonlításképpen: a 2003-as ESPAD-eredmények alapján a csonka családban élő fiatalok szignifikánsan magasabb arányban hajlamosak a szerkipróbálásra (Paksi 2001).

<sup>5</sup> A foglalkozási státusz kategóriáinak kialakításakor a TÁRKI által használatos besorolást vettük alapul (TÁRKI 2004). A szülők munkaerő-piaci aktivitási státuszát külön kezeltük, és azt kaptuk, hogy nem mutat összefüggést a gyermekek szerhasználatával.

kü, nem szignifikáns jellegű kapcsolat volt kimutatható). Ezzel szemben a hazai ESPAD-vizsgálatok inkább az apa iskolai végzettségével hozták szoros összefüggésbe a szerhasználat tényét (Paksi 2001).

– Vizsgálati eredményeink szerint az egyes szerek életprevalencia-értéke szignifikáns összefüggést mutat a *családon belüli kommunikációnak* – a fiatalok által szubjektíven megítélt –, ezen belül is a problémák megbeszélésének, az ezzel kapcsolatos szülői érdeklődésnek a szintjével. Azok a megkérdezettek, akik mindig meg tudják beszélni problémáikat a szüleikkel, illetve elmondják, hol töltik szabadidejüket, alacsonyabb arányban nyúlnak tiltott szerekhez. Ellenben azok a fiatalok, akik szülői érdeklődés vagy idő hiányában (ez a vezető besztású, elfoglalt anyák gyermekeinél is beigazolódott), esetleg saját döntésük folytán nem osztják meg szüleikkel mindennapi gondjaikat, minden egyes szerfajtát szignifikánsan nagyobb arányban próbálnak ki és használnak. Ezt a tendenciát rajzolták ki a 2000-es ESPAD-eredmények is (Paksi, 2001).

– A közvetlen *családi körben előforduló deviáns viselkedésformák* (rendszeres és nagy mennyiségű alkoholfogyasztás, kábítószer-használat, családon belüli erőszak, öngyilkossági kísérlet, börtönbüntetetés) és pszichés zavarok (pszichiátriai kórképek, rendszeres nyugtatóhasználat) valamennyi legális és illegális szer kipróbálásával és használatával összefüggést jelzett, különös tekintettel az alkoholfogyasztás éves, illetve a drogfogyasztás életprevalencia-értékeire<sup>6</sup>. Ez a tendencia az ESPAD-eredményekből is kirajzolódott 2000-ben (Paksi, 2001).

– A *szülők dohányzása* – különösen az anyáké – minden egyes legális és illegális szer kipróbálásával és használatával, továbbá a szexuális tapasztalatszerzéssel is szignifikáns összefüggést jelzett.

Összességében tehát elmondható, hogy a szexuális tapasztalatszerzés tényének összefüggése a szerhasználat

jellemzőkkel több közös magyarázó változóval hozható kapcsolatba (családszerkezet, családon belül előforduló devianciatípusok, rizikómagatartásformák), amelyek mindegyike a család – mint szocializációs közeg, védőháló, kisközösség, életszintér – mentális egészségi állapotának potenciális indikátora.

### A mentális egészség és a szerhasználat összefüggései

A szorongásos zavarok a leggyakrabban előforduló pszichiátriai megbetegedések: a különböző országokban végzett epidemiológiai vizsgálatok szerint a lakosság csaknem 1/4-énél alakul ki élete során valamilyen szorongásos zavar, amely jellemzően a korai évekkben kezdődik (Arató, 1998). A családvizsgálókban megjelenő betegek 10%-ánál tárható fel a vizsgálat időpontjában valamilyen szorongásos zavar kritériumait kielégítő tünetegyüttes, főként a pánikzavar és a generalizált szorongás gyakori (Szádóczy, 2000). Kopp Mária és munkatársai 1983 óta négy alkalommal végezték el a Hungarostudy-felmérést, amelynek segítségével a felnőtt magyar népesség testi és lelki egészségének – köztük a depressziós tünetegyüttesnek –, életminőségének változásairól is áttekintés nyerhető. Ennek eredményei szerint 2002-ben a lakosság 27,3%-a enyhe, közepes vagy súlyos depresszióban szenved, ami az előző évek adataihoz képest javuló tendenciát jelez (Kopp, 2003). Az iskoláskor előtti időszakban 10–15%-ban fordul elő depressziós hangulat, de legfeljebb a gyermekek 2%-nál diagnosztizálható depresszív zavar.

A tartósan fennálló szorongásos tünetek következménye lehet alkoholfogyasztás/vagy drogfüggőség, esetleg dependencia, amely elfedheti az alapbetegség tüneteit, nehezítve annak felismerését. A probléma népegészségügyi jelentőségét tovább fokozza, hogy a szorongásos zavarban szenvedő betegeknél az átlagpopulációhoz viszonyítva bizonyos szomatikus betegségek (kardiovaszkuláris, cerebrovasz-

kuláris) gyakrabban figyelhetők meg és rosszabb prognózist mutatnak.

Mindezek ismeretében kutatásunk kérdőívében a középiskolások lelki egészségére, mentális zavaraira vonatkozó kérdéscsoport is szerepelt: rákérdeztünk a fiatalok bizonyos típusú mentális problémáira, az esetlegesen előforduló szorongásos zavarok vegetatív, pszichikai, pszichoszociális megnyilvánulásaira, mivel hipotéziseink között szerepelt a szerhasználat és a szorongásos tünetek összefüggésére vonatkozó feltételezés is. A szorongás mérésére – a pszichiátriai gyakorlatban is mindennaposan alkalmazott Taylor-féle szorongásmérés (Taylor, 1953) gyermekekre adaptált, 30 ütemet tartalmazó változatát alkalmaztuk. Az egyes kérdésekre adott (igen/nem válaszkategória) válaszokat pontoztuk, majd az összpontszámok alapján kategóriákat képeztünk a szorongás mértékének meghatározására. Megvizsgáltuk továbbá a szorongásos zavarok előfordulásának releváns szocio-demográfiai háttértényezőit (nem, életkor, településtípus, családi státusz, kortárskapcsolatok), illetve a szerhasználattal való összefüggéseit.

– A megkérdezett válaszadók 32,2%-a vallotta magát bizonyos mértékben szorongósnak, míg 67,8%-ukra nem jellemzőek – saját bevallásuk szerint – szorongásos tünetek (válaszhiány: 11,6%).

– Ami a nemi különbségeket illeti, összességében a lányok 42,7%-a, míg a fiúk 17,2%-a mutatkozik szorongósnak, ami közepes erősségű szignifikáns összefüggést jelez a nem és a szorongásos zavarok változói között (5. táblázat).

– A kapott válaszok faktoranalízisével arra jutottunk, hogy a vegetatív tünetek előfordulási gyakorisága szignifikánsan magasabb a lányok esetében, vagyis szorongásos zavarok nagyobb arányban manifesztálódnak szomatikus formában, mint a fiúknál.

Kutatásunk szempontjából jelentős vizsgálati szempont, a legális és illegális szerek kipróbálásának, illetve rendszeres használatának összefüggése a szorongás mértékével (6. táblázat).

<sup>6</sup> Ezekkel közepes erősségű ( $\phi > 0,2$ ) szignifikáns kapcsolat volt kimutatható.

**5. táblázat. Az egyes szorongás kategóriákba tartozók részarányai nemi bontásban (%; N = 1955)**

| A szorongás képzett kategóriái | Fiúk | Lányok | Teljes minta |
|--------------------------------|------|--------|--------------|
| Erősen szorong                 | 3,2  | 14,7   | 10,0         |
| Szorong                        | 14,0 | 28,0   | 22,2         |
| Nem szorong                    | 52,4 | 45,0   | 48,3         |
| Egyáltalán nem szorong         | 30,4 | 11,8   | 19,4         |

**6. táblázat. A legális és az illegális szerhasználat összefüggése<sup>7</sup> a megkérdezettek szorongásos zavaaraival (%)<sup>8</sup>**

|   | Szorongók | Nem szorongók |
|---|-----------|---------------|
| Kipróbálta már a dohányzást                             | 84,2*     | 77,3*         |
| Jelenleg is dohányzik                                   | 43,4*     | 35,6*         |
| Volt már részeg élete során                             | 71,5      | 68,8          |
| Az elmúlt évben fogyasztott alkoholt                    | 90,4      | 91,6          |
| Az elmúlt hónapban fogyasztott alkoholt                 | 64,5      | 69,8          |
| Az elmúlt héten fogyasztott alkoholt                    | 20,5      | 24,2          |
| Szed valamilyen rendszerességgel nyugtatót/altatót      | 14,5*     | 3,7*          |
| A baráti körében van olyan, aki használt már kábítószer | 69,7*     | 60,1*         |
| Kipróbált már valamilyen illegális kábítószer           | 30,1*     | 22,0*         |

A legális szerek közül a nyugtatóhasználat mutatja a legszorosabb kapcsolatot a szorongás mértékéből képzett változóval: azoknak a fiataloknak, akik szorongósabbnak vallották magukat, 14,5%-a szed bizonyos rendszerességgel nyugtatót/altatót/szorongáscsökkentő gyógyszert, míg a nem szorongók között mindössze 3,7% ez az arány, ami közepes erősségű szignifikáns különbséget jelöl ( $\varphi > 0,2$ ).

Sokkal egyértelműbb a kapcsolat az illegális szerhasználatot illetően, ott ugyanis azt találtuk, hogy a szorongós fiatalok 30,1%-a próbált már ki valamilyen illegális szert, míg azok esetében, akik nem szoronganak, ez az arány 22%, amely gyenge szignifikáns különbségnek mutatkozott ( $\varphi < 0,2$ ). Ami a kipróbálás életkorát, az egyes drogfajták használatát, vagy a politoxikomániát illeti, nem adódtak különbségek a szoron-

gás dimenziójában (az egyes cel-lákban lévő kis elemszám sem enged teret valid következtetések levonására).

### Összefoglalás

Kutatási eredményeinkből egyértelművé vált, hogy a család – mint társas támogató közeg – megerősítése nélkül az iskolai prevenció programok komoly akadályokba ütközhetnek, és nem hozhatnak átütő eredményeket a rizikómagartás-formák elterjedtségét illetően.

Cikkünkben bemutattuk, hogy az egyes legális és illegális szerek használata szignifikáns összefüggést jelzett a megkérdezettek körében a nemmel, a családszerkezettel, a családi és kortárskapcsolatok minőségével, a családban előforduló deviáns magatartásformákkal, a családon belüli kommunikáció jellemzőivel, valamint

a kérdezettek mentális egészségi állapotával.

Megállapítottuk továbbá, hogy a fiatalok mentálhigiénés jellegű problémái összefüggést mutatnak szerhasználatuk tényével. Ezt az eredményt szintén ajánlatos lenne fokozottabban érvényre juttatni a prevenció programok kidolgozása kapcsán. Ezért lényegesnek tartjuk, hogy az iskolai drogprevenció gyakorlatban fokozódjon az önismereti és konfliktuskezelési módszerek alkalmazása, mivel ezzel lehet leginkább növelni a drogokkal szembeni elutasító magatartásformák kialakulását.

### Kulcsszavak

Középiskolás fiatalok szerfogyasztási prevalenciaértékei, családi és kortárskapcsolatok hatása, fiatalok mentálhigiénés problémái.

### Summary

On the basis of our research results it became obvious that preventive school programs might be hindered if they fail to involve and strengthen families – the medium of social support – and thus they cannot achieve significant results in preventing patterns of risk-taking behaviour.

In our article we have presented the significant correlation between the use of certain legal or illegal drugs and the interviewed individuals' gender, family background, family and peer relations; prevalence of deviant behaviour, and communication style within their families together with their mental health.

We have also come to the conclusion that there is a strong correlation between mental-health related problems of young people and their drug abuse. This factor should be more strongly emphasised during the elaboration of prevention programs. Therefore we consider it is substantial to enhance the use of conflict management or self-knowledge methods in school drug prevention programs,

<sup>7</sup> A szignifikáns különbségeket csillag jelöli.

<sup>8</sup> Az elemszám (N) változó értékű, mivel csak a kérdésre válaszolókat vettük figyelembe minden ütem esetén, a válaszhiány 12–19% között mozgott.

because these are the most promising alternatives to reduce the risk of drug abuse.

## Keywords

Prevalence of drug abuse among school-aged children, influence of family and peer relations, mental-health related problems of young people.

## Irodalom

1. Arató M.: Mindennapi szorongásaink. Budapest, 1998, Grafit Kiadó.
2. Buda B.: A drogmegelőzés elméleti alapjai. Budapest, 2002, Nemzeti Drogmegelőzési Intézet.
3. Kopp M.: Magatartás-tudomány és orvoslás a XXI. században. Magyar Tudomány, 11. 1352–1355. 2003.
4. Kökönyei Gy., Aszmann A., Szabó M.: A serdülők jól létét befolyásoló tényezők. Egészségnevelés, 43. 49–56. 2002.
5. Paksi B.: A „Középfokú oktatási intézmények számára az iskolai egészségfejlesztési-drogmegelőzési tevékenység támogatása” című programban részt vevő tanulók körében végzett kiinduló felmérés értékelése. Országos Összefoglaló I. Budapest, 2001, BKÁE Viselkedéskutató Központ.
6. Petraitis, J., Flay, B. R., Miller, T. Q.: Reviewing theories of adolescent substance use: Organizing pieces in the puzzle. Psychological Bulletin, 117. 67–86. 1995.
7. Pikó B.: Magatartás-kutatás középiskolások körében: kockázatot növelő és egészséget védő tényezők a dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás kialakulásában. Pszichológia, 19. 337–354. 1999.
8. Sebestyén E.: Illegális szerek használata. In: Aszmann A. (szerk.): Iskoláskorú gyermekek egészség-magatartása. Budapest, 2003, Országos Gyermek-egészségügyi Intézet – Nemzeti Drogmegelőzési Intézet.
9. Szabó M., Aszmann A., Kökönyei Gy.: Serdülőkorúak jól léte és rizikó-magatartása a családstruktúra és a nemi szerepek függvényében. Egészségnevelés, 43. 97–103. 2002.
10. Szádóczky E., Pap Zs., Vitrai J., Fűredi J.: A hangulat és szorongásos zavarok előfordulása a felnőtt magyar lakosság körében. Orvosi Hetilap, 141. (1) 17–22. 2000.
11. Taylor, J. A.: A personality scale of manifest anxiety. Journal of Abnormal and Social Psychology, 48. 285–290. 1953.

## FELMÉRÉSEK

# Dohányzási szokások főiskolai hallgatók körében

Barna Adrienn<sup>1</sup> és Horváth Boldizsár<sup>1, 2</sup>

Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Szombathelyi Képzési Központ,

Védőnőképzés (mb. társ szakvezető: Horváth Boldizsár dr.)<sup>1</sup>

Szülésznői tanszék (tanszékvezető: Horváth Boldizsár dr.)<sup>1, 2</sup>

## Bevezetés

Az egészség fogalmának léte vagy nem léte, az életmód és az azzal kapcsolatos szokások egészségre gyakorolt hatása egyre nagyobb figyelmet kap napjainkban. Úgy tűnik, végre a primer prevenció is érdemes témává válik arra, hogy az egészségügyön túl a törvénykezésben és a médiában jelen lévő szakemberek is érdemben foglalkozzanak vele [2, 3, 5, 12].

Az életmód elemei közül a káros szokások, azok kialakulásának és fennmaradásának okai, személyes és tárgyi környezetre gyakorolt hatásai, növekvő arányban képezik kutatások

tárgyát. Az életesélyek rosszabbodásában, a népesség egy jelentős szegmensét érintő egészségkárosodásban legnagyobb viszonylagos súlya az életmódnak, illetve az ehhez szorosan kötődő kockázati tényezőknek van. Ezek között a dohányzás jelentősége kiváltképpen nagy [4, 6, 7, 8, 13, 14, 15, 17].

Tanulmányunkban egészségügyi képzésben részesülő és az egészség fejlesztésében érdekelt felsőoktatási hallgatók dohányzási szokásait vizsgáltuk három képzési helyen. Az egészségügyben dolgozók magatartása – mint arra számos kutatási eredmény rámutatott – példaértékű az

egészségüggyel kapcsolatba kerülő egyének számára, alapvetően a dohányzás tekintetében is meghatározónak bizonyul [13, 14, 16]. Vélhetően a dohányzás következményeinek, valamint az egészségügyi dolgozók életmódjának egyénekre gyakorolt hatásának ismeretében hangsúlyos szerepet kap az egészségügyi szakmákra készülő hallgatók életmódja. A dohányzó hallgatók feltehetően dohányzó szakemberekké válnak, akik a prevenció vonatkozásában hitelességüket veszthetik szokásuk miatt.

A dohányzás halandóságra gyakorolt hatását az 1970 és 1999 közötti időszakra vonatkozóan a KSH által

2002-ben kiadott összefoglaló adatok mutatják. 1970-ben 20 ezren haltak meg a dohányzás következtében, ez az összhálozás 17%-a volt [9]. Az utóbbi három évtizedben a dohányzásnak tulajdonítható halálozások száma 19 százalékponttal nőtt, és 1999-ben meghaladta a 28 ezret, ami az összhálozás 20%-ának felel meg [3, 7, 15]. Az 1970–1999 közötti időszakban a dohányzás mintegy 800 ezer ember halálát okozta. 1999-ben az egy személyre jutó cigarettafogyasztás Magyarországon 2400 db volt (az Európai Unió átlaga ekkor 1600, a skandináv országoké 950) [7, 11]. A dohányzás egészségkárosító hatását relatív kockázattal mérik, oly módon, hogy a dohányzók veszélyeztetettségét fejezik ki a nemdohányzókéhoz képest betegségenként, illetve az azokból származó halandóságra vonatkoztatva. Annak kockázata, hogy egy 35 éves vagy ennél idősebb, dohányzó férfi tüdőrákban fog meghalni, egy azonos korú, nem dohányzó férfihoz képest 22-szeres, a szájüreg-rák esetében ez a relatív kockázat mintegy 28-szoros. Egy dohányzó nő relatív kockázata egy nem dohányzó nőhöz képest tüdőrákra 12-, szájüreg-rákra közel 6-szoros. A tüdőrák-halálozások legalább négyötöde, a szívbetegségből származó halálozások közel egyötöde dohányzás következménye [3]. 1999-ben a dohányzás kb. 7000 szívbetegségből származó halálozást okozott, a dohányspecifikus tüdőrák-halálozások száma pedig közel 6500 volt. A magasvérnyomás- és agyér-betegség-halálozásokból mintegy 4600, az idült légúti betegségekből csaknem 3200, míg az emésztő- és légzőrendszer felső harmadának daganataiból hozzávetőleg 2500 halálozás volt a dohányzásnak tulajdonítható [2, 3, 7].

Közismert statisztikai adat, hogy a már aktívan dolgozó orvosok és egyéb egészségügyi szakemberek körében igen magas a dohányzók aránya a többi (nem egészségügyi) szakmához képest, amit a hivatással járó stresszel magyaráznak. A fiatalok közül egyre többen és egyre fiatalabb életkorban próbálják ki a dohányzást, illetve élnek ezzel a szokással. Márpedig a

dohányzás okozta megbetegedések dóziszfüggők, azaz minél hosszabb ideig dohányzik valaki, annál valószínűbb a betegség kialakulása és halálos kimenetele [13]. A fentiek ismeretében felmerül a kérdés, vajon e szokás tekintetében milyen adatok jellemzik az egészségügyi főiskolai tanulmányokat választókat?

## Vizsgálati anyag és módszer

Vizsgálatainkat a Debreceni Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar Nyíregyházi Tagozatán, valamint a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Pécsi és Szombathelyi Képzési Központjában 452 hallgató bevonásával végeztük 2005. július és 2006. január között. Az adatokat anonim, önkitöltéses kérdőíves módszerrel nyertük. Az 545 kiosztott kérdőívből 453 érkezett vissza, amelyekből 452 (390 nő és 62 férfi) volt mindenben kiértékelhető. Nyíregyházáról 100-ból 80, Pécsről 200-ból 152, Szombathelyről 245-ből 220.

A dohányzással összefüggő tényezőket, 452 adatlap releváns adatait és az ezekkel összefüggő összes tényező hatását kerestük. Így 16 272 adatot kellett egyidejűen értékelni. Kiemelten vizsgáltuk a nemek arányát, a jellemző demográfiai adatokat, az iskolai teljesítményt, a családban, baráti környezetben, a hallgatótársak körében történő dohányzás hatásait, de adataink voltak a válaszadók anyagi helyzetéről is.

A statisztikai analízishez az SPSS 11. 01. for Windows deskriptív elemzési programot alkalmaztuk. A dohányzás szempontjából szignifikánsnak minősített tényezőket 95%-os megbízhatósági tartomány mellett értékeltük. A tényezők közötti kapcsolat erősségét a Cramer-állandó értéke alapján határoztuk meg. A Cramer-állandó értékeit csak szignifikáns összefüggés esetén tekinthettük mérvadónak. Két jelenség között erős kapcsolat áll fenn, ha a Cramer-állandó értéke 0,41 fölötti volt, közepes erősségű a kapcsolat, ha értéke 0,21–0,40 közé esett, s gyenge kapcsolat áll fenn, ha az állandó értéke 0,20 alatti volt. Két csoport összehasonlítása során kontin-

genciatáblát képezve a  $\chi^2$ -próbat al-kalmaztuk. A különbséget szignifikánsnak tartottuk, ha az elosztás az egyes szabadságfoknál a 95%-ot meghaladta.

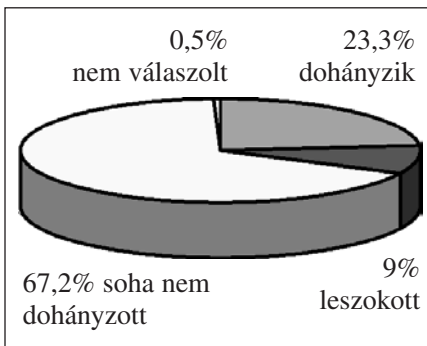
## Eredmények

A válaszadók életkora 18–48 év közé esett (átlagéletkor  $23 \pm 7$  év). 353 fő (78,1%) nappali, 99 fő (21,9%) levelező tagozaton végezte tanulmányait. A hallgatók 97,1%-a (439 fő) nem végzett párhuzamos tanulmányokat, kilencen (2%) nem felsőoktatási intézmény által szervezett, ketten-ketten (0,4%) főiskolai, illetve egyetemi képzésben vettek részt. A legjellemzőbb tanulmányi eredmény a „jó” volt (212 fő; 46,9%); 118-an (26,1%) végezték az első szemeszterüket; négyen (0,9%) nem válaszoltak a teljesítményükre vonatkozó kérdésre.

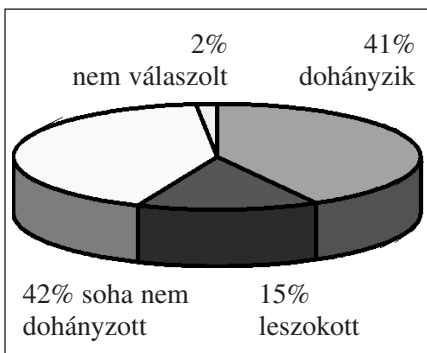
A megkérdezett hallgatók 63,7%-a (288 fő) soha nem dohányzott, 25,9%-a (117 fő) aktívan és a felmérés idején rendszeresen cigarettázott, 9,7%-uk (44 fő) már leszokott a dohányzásról, 3 főiskolás – 0,7% – nem adott választ a dohányzási szokásaira vonatkozó kérdésre. A dohányzók 40,1%-a (47 fő) több mint 5 éve cigarettázott, 26,5%-uk (31 fő) 1–3 éve dohányzik, 23,9%-uk (28 fő) 3–5 éve, 6 fő (5,4%) fél–1 éve, és kevesebb, mint fél éve 5 fő (4,3%). A szívott cigaretta erősségére vonatkozóan az adatok szerint legtöbben, 66-an (56,4%), közepes erősségűt, heten (5,9%) gyenge cigarettát szívtak, a többi dohányzó hallgató az „erős, magas nikotin- és kátránytartalmú” cigarettatípust jelölte meg. A legtöbben (42%) kevesebb, mint 10 szálát szívják el naponta. A dohányzók közül 58-an leginkább kávé vagy más ital fogyasztása mellett kívánják a cigarettát; 53-an ideges, feszült állapotban. 29-en dohányzó személyek társaságában, 26-an étkezésel összefüggésben és 21-en várakozás közben gyújtánának rá leggyakrabban. A már leszokott főiskolások közül 6-an erősen kívánják a cigarettát feszült állapotban, ketten-ketten a többi válaszadási lehetőségre is az „erősen kívánom” választ jelölték. A dohányzó hallgatók 38,5%-át környe-

zetük kismértékben, 34,2%-át viszont nagymértékben befolyásolta a rászokásban. A már nem cigarettázók 47,7%-a értékelte erősnek és 31,8%-a gyengébbnek a környezet befolyását. Az aktívan dohányzók közül 72-en (15,9%) tervezik a leszokást, bár legtöbbjük nem határozta meg, mikor hagy fel e szokással, s közülük mindössze nyolcan szeretnének segítséget igénybe venni ehhez. 37-en (31,6%) egyáltalán nem kívánják letenni a cigarettát, és nyolcan (6,8%) nem jelöltek választ. A teljes mintából 33-an voltak már kismamák, ők az összes megkérdezett 7,3%-a. Várandóssága alatt három hallgató dohányzott, 1 fő ugyanolyan mértékben, mint másállapotát megelőzően, ketten csökkentett mértékben.

**1. ábra: A mintában szereplő nők dohányzási aránya**  
n=390



**2. ábra: A mintában szereplő férfiak dohányzási aránya**  
n=62



Adataink szerint bár a nők nagyobb arányban hallgatói az egészségügyi főiskolai karoknak, a válaszadó férfiak szignifikánsan nagyobb arányban (41,9%, azaz 26-an a 62-ből) dohányoznak, mint ugyanezen karok női

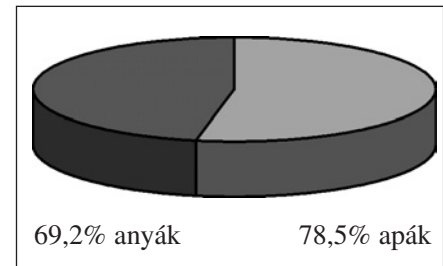
hallgatói (23,3%, 117-en a 452-ből; 1-2. ábra) ( $\chi^2 = 6,66$ ;  $p < 0,001$ ).

A mintában szereplő dohányzó hallgatók tanulmányi eredményei szignifikánsan gyengébbek, mint a nem dohányzó hallgatók teljesítménye (Cramer-állandó: 0,138). A nem dohányzó hallgatók körében nagyobb arányban fordul elő „jeles”, illetve „jó” eredmény, mint a dohányzó hallgatók körében. A nemdohányzók 4,2%-ának, a dohányzók 1,7%-ának volt jeles a minősítése főiskolai tanulmányai során. A jelenség hátterét vizsgálva két tényező bírt magyarázó erővel: egyrészt a dohányzó hallgatók jelentős hányada (70,1%) erősen kívánja a cigarettát ideges, feszült állapotban; másrészt a szülők iskolai végzettsége és ezzel összefüggésbe hozható dohányzási szokásaik közvetett hatást gyakorolnak a hallgató tanulmányi eredményére és dohányzási szokásaira (1. táblázat).

A szülők iskolázottsága és gyermekeik tanulmányi eredményei között közepes erősségű kapcsolat áll fenn, markánsan az anya iskolai végzettsége az irányadó (Cramer-állandó: 0,231). Szignifikánsan gyengébb azon hallgatók tanulmányi eredménye, akiknek szülei középiskolai vagy annál alacsonyabb végzettséggel rendelkeznek. Mind az apák, mind az anyák körében szignifikánsan magasabb a dohányzási arány alacsony iskolai végzettség esetén, de ez markánsan az apa végzettsége esetében mérhető (Cramer-állandó: 0,271). Mindkét szülő esetében a legjellemzőbb legmagasabb iskolai végzettség az érettségit adó középiskolai végzettség, amellyel az anyák 35,8%-a, az apák 36,3%-a rendelkezik. Ezt követi a kö-

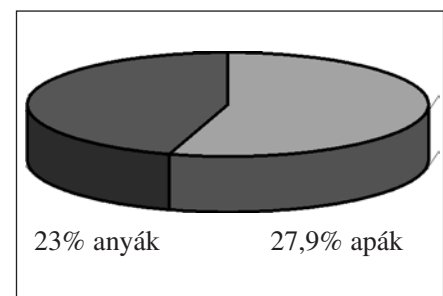
zépiskolai végzettség érettségi nélkül, melynek aránya az anyák körében 21,0%, apáknál 33,4%. Az anyák 12,4%-a, az apák 8,8%-a általános iskolai végzettségű. Elmondható, hogy a szülők többsége (anyák 69,2%, apák 78,5%) középiskolai vagy annál alacsonyabb iskolai végzettséggel bír.

**3. ábra: Szülők középiskolai vagy annál alacsonyabb iskolai végzettségének megoszlása**  
n=432



A hallgatók dohányzási szokásai és a családban történő állandó dohányzás között gyenge erősségű szignifikáns kapcsolat áll fenn. (Cramer-állandó: 0,137). A hallgatók dohányzási szokásainak összefüggését vizsgálva a család tagjainak dohányzásával kapcsolatban megállapítható, hogy egyedül az apa cigarettázása befolyásolja a

**4. ábra: Dohányzó szülők aránya**  
n=432



**1. táblázat. A dohányzással szignifikánsan összefüggő tényezők**

| Tényezők   | Cramer-állandó |
|--|----------------|
| Nem  | 0,183          |
| Iskolai teljesítmény                                   | 0,138          |
| Apa alacsony iskolai végzettsége/ a gyermeke dohányzik | 0,271          |
| Baráti/iskolai körben történő dohányzás                | 0,329/0,145    |
| Anyagi helyzet   | 0,227          |
| Családban történő dohányzás                            | 0,137          |
| Nem dohányzó apa/nem dohányzó fiú                      | 0,17           |

hallgatók szokásait szignifikáns mértékben, még hozzá oly módon, hogy a nem dohányzó apák gyermekei nagy valószínűséggel soha nem szoknak rá a dohányzásra. A kapcsolat azonban gyenge (Cramer-állandó: 0,170). Mindez arra enged következtetni, hogy a két szülő dohányzása együttesen gyakorol hatást az általuk nevelt fiatal felnőttre. (A nagyszülők és testvérek cigarettázása nem mutatott szignifikanciát a populációban a hallgatók dohányzásával.) Minél alacsonyabb tehát a szülők iskolai végzettsége, annál nagyobb eséllyel dohányoznak, s annál valószínűbb, hogy gyermekeik is dohányozni fognak.

A hallgatók dohányzási szokásaival a legerősebb kapcsolatot a baráti kör dohányzási szokásai mutatták (Cramer-állandó: 0,329). Ez az eredmény azt tükrözi, hogy a családnak a fiatal felnőttek életmódjára kifejtett hatása csökkent, a kortársaké pedig megnőtt. A rendszeresen cigarettázó főiskolai hallgatók baráti körében is a dohányzók voltak többségben (71,8%). A nemdohányzók barátai nagyrészt maguk sem dohányoznak (73,6%). A hallgatók és kortársaik dohányzási szokásait és kapcsolatait a 2. táblázatban foglaltuk össze.

A hallgatótársak dohányzási szokásai szignifikáns, de gyenge erősségű kapcsolatot mutattak a megkérdezettek dohányzási szokásaival (Cramer-állandó: 0,145). Ez a kapcsolati erősség a baráti kör és az apa cigarettázásának befolyásoló erejénél is kisebb.

A dohányzó hallgatók csoporttársainak 56,4%-a szintén cigarettázik, a nemdohányzók csoporttársainak 60,4%-a sem él ezzel a szokással.

Az anyagi helyzetre vonatkozóan fontosnak tartottuk megismerni, hogy mennyit költhetnek önmagukra, és a dohányzó főiskolások mennyit költenek havi átlagban cigarettára. Az eredmények szerint minél többet költhet önmagára a hallgató, annál több pénzt ad ki cigarettára is. A nagyobb összegű „zsebpénz”, illetve kereset közepes erősséggel (Cramer-állandó: 0,227) befolyásolja, hogy a főiskolai hallgató mennyit költ cigarettára.

Meglepő eredmény mutatkozott a dohányzás és a dohányzóhelyek kijelölésével, valamint az oktatási, egészségügyi intézmények dohányfüstmentesítésével kapcsolatban. A megkérdezettek többsége (71,7%) teljes mértékben egyetértett a külön dohányzó helyek kijelölésével, valamint az oktatási és egészségügyi intézmények füstmentesítésével (62,8%). Paradox módon a dohányzók szignifikánsan nagyobb arányban értettek egyet az intézkedésekkel, mint a nem dohányzó hallgatók ( $\chi^2 = 4,21$ ;  $p < 0,01$ ).

### Megbeszélés és következtetések

A hazai ijesztő rákhalálási adatok szerint Magyarországon 2003-ban 33 530 fő halt meg rosszindulatú daganatos megbetegedésben. A szív- és vérkeringési betegségek mögött a da-

ganat a második halál oka tényező. Az összes daganat 25–30%-ának kialakulásában vezető etiológiai tényezőként szerepelt a dohányzás [3, 7]. A KSH adatai szerint hazánkban ekkor körülbelül 2,6 millióan dohányoztak, 1,6 millió férfi és 1,0 millió nő. Az egy főre jutó dohányfogyasztás 1,5 kg volt [2, 9]. A női dohányzás elterjedtsége folyamatosan nő. Figyelemre méltó az a tény, hogy 2003-ban több nő halt meg Magyarországon tüdőrák miatt, mint emlő- vagy vastagbél-daganatban. Ha az elmúlt évek tendenciája tovább folytatódik, becslések szerint 2020-ra a dohánytermékek okozta halálások száma 2 millió/évre emelkedik a világon [5, 7, 12].

Egy 1999-ben publikált, szegedi középiskolások körében végzett magatartás-kutatás során 1039 14–19 éves közötti serdülőt vizsgáltak. Az iskolatípus, az anya alacsony iskolai végzettsége, a rossz pszichikai közérzet, a pszichoszomatikus tünetek magas gyakorisága, a kockázatkeresést jelző „kockázatos coping”, valamint az apai támogatottsággal való elégedettség segítette a rizikó-magatartás (dohányzás) kialakulását [1, 10]. Országos reprezentatív táplálkozás-egészségügyi felmérés 15–18 éves középiskolás fiatalok táplálkozási és életmódbeli szokásait mérte fel 2003-ban. Az életkor előrehaladtával a dohányzók aránya jelentősen nőtt a 6347 tanuló válasza alapján, a 18 évesek gyakorlatilag leképezték a szüleiket! A dohányzásellenes kampányok eb-

2. táblázat. A megkérdezett hallgatók és kortársaik dohányzási szokásai

| Dohányzik-e?       |           | Baráti körében túlsúlyban |               |               | Összesen |
|--------------------|-----------|---------------------------|---------------|---------------|----------|
|                    |           | dohányzók                 | nem dohányzók | nem válaszolt |          |
| Igen               | esetszám  | 84                        | 27            | 6             | 117      |
|                    | dohányzás | 71,8%                     | 23,1%         | 5,1%          | 100%     |
| Nem, már leszokott | esetszám  | 17                        | 24            | 3             | 44       |
|                    | dohányzás | 38,6%                     | 54,5%         | 6,8%          | 100%     |
| Nem, soha nem doh. | esetszám  | 65                        | 212           | 11            | 288      |
|                    | dohányzás | 22,6%                     | 73,6%         | 3,8%          | 100%     |
| Nem válaszolt      | esetszám  | 1                         | 1             | 1             | 3        |
|                    | dohányzás | 33,3%                     | 33,3%         | 33,3%         | 100%     |
| Összesen           | esetszám  | 167                       | 264           | 21            | 452      |
|                    | dohányzás | 36,9%                     | 58,4%         | 4,6%          | 100%     |



ben a korosztályban nem bizonyultak hatékonynak. A fiatal lányok körében leszokást gátló szempontként jelent meg a dohányzás abbahagyásakor bekövetkező elhízás [11]. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) által kezdeményezett „Global Youth Tobacco Survey” információgyűjtéshez 2003-ban hazánk is csatlakozott. A minta 5410 tanulóból állt. Az eredmény szerint tíz tanulóból hét (70,7%) már kipróbálta a cigarettázást, és 17,7%-uk ezt már 10 éves kora előtt megtette. A dohányzók közül csaknem minden ötödik tanulónál kialakult már a függőség. Majdnem kétszer annyi nem dohányzó lány számolt be arról, hogy a jövőben valószínűleg dohányozni fog, mint ahány fiú. A tanulók kevesebb, mint fele részesült oktatásban iskolai óra keretében a dohányzás ártalmairól. A vidéki fiatalok szignifikánsan nagyobb arányát világosították fel a dohányzás ártalmairól, mint a budapestiek [1, 2, 11]. Knut-Olaf Haustein (2004) németországi vizsgálatai a dohányzás és a testsúly összefüggéseire vonatkoztak. A fiatal lányok úgy vélik, a cigarettázással korábban tarthatják testsúlyukat, ezzel jelentős akadályt képezve a dohányzásról való leszokásnak [6].

Saját vizsgálataink adatai szerint a megkérdezett 452 főiskolai hallgató dohányzási aránya összességében leképezi a társadalom egészére vonatkozó statisztikát, minden negyedik megkérdezett rendszeres cigarettázó. A nemek aránya eltolódott, a társadalomban általánosan jellemző adatokhoz képest magasabb a férfiak, s az adatokkal megegyező a nők dohányzási aránya.

A főiskolások között tízből négy öt éve dohányzik, azaz középiskolában vagy azt megelőzően szoktak rá a cigarettázásra! A statisztikusan alátámasztott adatok tükrében elmondható, hogy a személyi környezet befolyása erősebb mind a dohányzók, mind a nemdohányzók esetében. A hallgatók dohányzási szokásaival a legerősebb kapcsolatot a baráti kör cigarettázási szokásai mutatták közepes erősséggel, ezt követte a szülők együttes hatása, majd gyenge összefüggést mutatva az apa, valamint a hallgatótársak do-

hányzási szokásai. Az elvárásoknak megfelelően a család csökkenő, a kortársak növekvő hatása érvényesül, amit megkönnyít a szülői kontrollfunkció főiskolás évek alatti gyengülése is.

A szülők iskolai végzettsége közvetlenül nem mutatott összefüggést a hallgatók dohányzási szokásaival, de a főiskolai tanulmányi eredményeken keresztül érdekes összefüggés bontakozott ki: a szülők alacsonyabb iskolai végzettségével magasabb dohányzási arány párosult, s gyermekeik tanulmányi eredménye is gyengébbnek mondható a magas iskolai végzettséggel bíró szülők gyermekeihez képest. A gyengébben tanuló hallgatók körében szignifikánsan magasabb volt a dohányzók aránya, mint a jeles teljesítményű tanulók körében.

Meglepő, hogy a dohányzók szignifikánsan nagyobb arányban értettek egyet a dohányzás oktatási- és egészségügyi intézményekből való kitiltásával, mint a nem dohányzó hallgatók, jelezvén, hogy tudatában vannak az aktív és passzív dohányzás egészségkárosító hatásainak!

Az eredmények arra engednek következtetni, hogy a középiskolás és az azt megelőző időszak érdemli az egészségfejlesztő személyek részéről a legnagyobb figyelmet. A baráti kör jelentős befolyásoló hatásának ismeretében teoretikusan hatékonynak bizonyulhatna egy kortárssegítő, dohányzásmegelőző, fiatalokat motiváló és támogató, önszerveződésű segítő kör bevonása. Erre vannak is már hazai tapasztalatok [18].

A dohányzás következményeinek, valamint az egészségügyi dolgozók szokásainak egyénekre gyakorolt hatásának ismeretében hangsúlyos szerepet kap az egészségügyi szakmákra készülő hallgatók életmódja. A dohányzó hallgatók várhatóan dohányzó szakemberekké válnak, akik a prevenció vonatkozásában hitelességüket veszthetik egészségkárosító szokásuk miatt. A már aktívan dolgozó orvosok és egyéb egészségügyi szakemberek körében a statisztikai adatok szerint igen magas a dohányzók aránya a többi (nem egészségügyi) szakmához képest.

## Összefoglalás

*Bevezető:* a szerzők a dohányzási szokásokat vizsgálták az ország három képzési helyén az egészségfejlesztésben érdekelt egészségügyi főiskolai hallgatók körében.

*Vizsgálati anyag és módszer:* 452 hallgató anonim, önkitöltéses módszerrel kitöltött kérdőíveinek 36 szempont alapján gyűjtött 16 272 adatát értékelték. Kiemelten vizsgálták a nemi elosztást, az iskolai teljesítményt, a családi, baráti, hallgatói környezet hatásait, és adataik voltak a válaszadók anyagi helyzetéről is. Az összefüggések statisztikai analíziséhez SPSS 11. 01. for Windows programot, a csoportok összehasonlítására (Cramer-állandót), illetve kontingenztáblát képezve a  $\chi^2$ -próbát alkalmazták.

*Eredmények:* a válaszadók 18–48 életévűek (átlagéletkor  $23 \pm 7$  év) voltak. Soha nem dohányzott 63,7%-uk (288 fő), aktívan és rendszeresen dohányzott 117 fő (25,9%), közülük 47 fő (40,1%) több mint 5 éve cigarettázik. A férfiak szignifikánsan nagyobb arányban dohányoznak, mint ugyanezen karok női hallgatói (26/62, ill. 117/452;  $\chi^2 = 6,66$ ;  $p < 0,01$ ). A hallgatók dohányzási szokásaival a legerősebb kapcsolatot a baráti kör dohányzási szokásai mutatták (Cramer-állandó: 0,329). A dohányzók gyengébb tanulmányi eredményei, valamint a szülők/gyermekeik iskolázottsága között szignifikáns, közepes erősségű kapcsolat áll fenn (Cramer-állandó: 0,231). A hallgatók dohányzási szokásai és a család hatása (egy vagy mindkét szülő dohányos) közötti összefüggés, bár szignifikáns, de gyenge erősségű (Cramer-állandó: 0,137).

*Következtetés:* a főiskolai hallgatók dohányzási aránya leképezi a társadalom egészére vonatkozó statisztikát. A középiskolás és az azt megelőző időszak a legnagyobb figyelmet érdemli az egészségfejlesztő személyek részéről. A baráti kör jelentős befolyásoló hatása értelmében hatékonynak bizonyulhat a kortárs segítő dohányzásmegelőzésbe való bevonása.

## Summary

*Introduction:* The typical smoking habits were investigated among of paramedical high school students in 3 campuses in Hungary.

*Material and methods:* Total 452 anonymous questionnaires with 36 standpoints (16 272 dates) were analysed. The sex rations, the carry out of school works, the smoking habit of their parents-, friends- and other fellow students were studied. There were also dates about the student's economic status. The statistical relations (connections) were analysed using SPSS 11. 01. for Windows programme, and to compare of groups was using Chi2 square contingents tables.

*Results:* The average age of responders was  $23 \pm 7$  (18–48) years. The number of newer smokers were 288 students (63,7%), regularly smokers were 117 (25,9%), and 47 (40,1%) from this 117 had been smoking more than 5 years. Significant differences were between the two sex groups lead for male students (26/62, and 117/452;  $\chi^2 = 6,66$ ;  $p < 0,01$ ). The strongest and significant correlation were between the friend relations (Cramer: 0,329), the worse school achievement (Cramer:0,231), significant but moderate correlation were found between the parents/students education levels, and the correlation was weak (poor) between the parents smoking habits and theirs smoker or not (newer) smoker child.

*Conclusions:* The rate of smoker students in paramedical high schools is the same as among the total population in Hungary. The most important period of life pro or against of smoking habit is the secondary school studying period. The group of friends also have an important impact for the health promoting and in prevention.

## Irodalom

1. Antal M., Nagy K., Bíró L., Greiner E., Regöly-Mérei A., Domonkos A., Balajti A., Szabó Cs., Mózsaári E.: Hazai reprezentatív felmérés a középiskolás fiatalok táplálkozási és életmódbeli szokásairól. *Orvosi Hetilap*, 144, 33, 1631–1636. (2003)

2. Füzesi Zs., Tistyán L.: Egészségfejlesztés és közösségfejlesztés a színtereken. *Egészségfejlesztési Módszertani Füzetek*. Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest (2004)
3. Kásler Miklós: A magyar onkológiai ellátás jelen helyzete és perspektívái az epidemiológiai adatok tükrében. *Orvosi Hetilap*, 146, 29, 1519–1530. (2005)
4. Kishegyi J., Makara P.: Az egészségfejlesztés alapelvei. *Egészségfejlesztési Módszertani Füzetek*. Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest (2004)
5. Kishegyi J., Makara P.: Az egészséghatás vizsgálat. *Egészségfejlesztési Módszertani Füzetek*. Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest (2004)
6. K.-O. Hausteint: A dohányzás és a testsúly összefüggése. *Orvostovábbképző Szemle*, XI. 3, 58–65. (2004)
7. Kökény Mihály: Segítség – a dohányfüstmentes életért! *Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetsége* 2, 12–15. (2005)
8. Loulou Brown: Hogyan szokjunk le a dohányzástól? *Áramlat*, Budapest (1991)
9. Magyar Statisztikai Évkönyv 2004. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest (2005)
10. Ness, R. B., Grisso J. A., Hirschinger N., Markovic N., Shaw L. M., Day N. L., Kline J.: Kokain és dohányzás kapcsolata a spontán abortusszal. *The New England Journal of Medicine*, 340, 5, 333–339. (1999)
11. Németh Ágnes: Nemzetközi ifjúsági dohányzást-felmérés – Magyarország (Kutatási jelentés). Országos Egészségfejlesztési Intézet – Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest (2003)
12. Patai Klára: Szenvedélybetegségek. Zsiráf; Glaxo. Budapest (1994)
13. Pákozdi Lajos (szerk.): Orvosok a dohányzástól. *Medicina*, Budapest (1978)
14. Pikó Bettina: Magatartás-kutatás középiskolások körében: kockázatot növelő és egészséget védő tényezők a dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás kialakulásában. *Pszichológia*, 19, 3, 337–354. (1999)
15. Reichné Patai Tímea (szerk.): A dohányzás hatása a halandóságra Magyarországon 1970–1999. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest (2002)
16. Szabóné Kármán Judit: Szenvedélybetegségek a családban. In: *Családgondozás – krízisprevenció*. Medicina, Budapest (2004)
17. Vadász I., Vajó P.: Dohányzásmentes egészségügyi intézmények – „Rákellenes Hét” 2005. október 10–15. előadásanyag (2005)
18. Simon T.: A dohányzásellenes kortársoktatás első három évének tapasztalatai. *Egészségnevelés* 38 142–143. (1997)

## Az egészséges táplálkozásért – Pápán

Az ÁNTSZ Pápa Városi Intézet – a hatékony együttműködés érdekében – továbbképzést indított Pápa város és vonzáskörzetében működő közétkeztetési feladatokat ellátó konyhák élelmezésvezetői és alkalmazottai számára. A rendezvénysorozat programjának tartalmát a helyi étkeztetők igényeihez igazították a szervezők. A témakörök közös átgondolása mind elméleti, mind gyakorlati megközelítésben segítséget nyújt a résztvevők számára. A továbbképzés eddigi két találkozásán az étkeztetés törvényi háttéréről, a HACCP rendszeréről, az iskolai büféreformról, az egészséges táplálkozás megvalósításának lehetőségeiről az óvodákban és az oktatási intézményekben, valamint az iskolai közétkeztetés átalakításának jövőbeli terveiről folytattak kötetlen, konstruktív eszmecsere az előadást követően a hallgatók. A júliusi programon az OEFI és OÉTI egy-egy munkatársa mellett, az egyik pápai óvoda élelmezésvezetője osztotta meg ismereteit, tapasztalatait az egybegyűttekkel.

Fekete Krisztina

# Középiskolás fiatalok pszichoszociális egészsége és értékorientációja fizikai aktivitásuk tükrében

Keresztes Noémi<sup>1, 2</sup>, Pikó Bettina<sup>1</sup>

Szegedi Tudományegyetem, Pszichiátriai Klinika, Magatartástudományi Csoport, Szeged<sup>1</sup>

Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, Budapest<sup>2</sup>

„A sportok a lélek jegesfürdői, a test örökös orvosai.”

(Krédy Gyula)

## Bevezetés

A rendszeres testedzés jótékony hatása az egészségi állapotra számos hazai és nemzetközi vizsgálat bizonyította már (1, 2, 3, 4). Különösen fontos és igaz ez az összefüggés a gyermekek és serdülők körében. Hiszen a sport, hasonlóan más egészség-magatartási szokásokhoz kora gyermekkori mintákhoz kötődik, ezért fontos, hogy a sport szeretete ekkor kialakuljon és hozzászokjanak a rendszeres fizikai aktivitáshoz. A fiatalok alkotják azt a populációt is, amelynél a primer prevenció a leghosszabb távú sikereket érheti el (5).

A fizikailag aktív fiatalok egészségesebben táplálkoznak, kevesebbet dohányoznak, kevesebb időt töltenek tévé nézéssel, szabadidejüket hasznosabban töltik el, és kisebb náluk a túlsúly kialakulásának kockázata (6, 7, 8, 9). Ezenkívül jobb közérzetről, jobb edzettségi és egészségi állapotról számolnak be, így a sportolói magatartás kapcsolatba hozható a jobb életminőséggel is (2, 10). A rendszeres sport pszichoszociálisan fejleszti az önbizalmat, elősegíti a pozitív gondolkodásmód kialakulását (11). Segíti a szorongás, a depresszió oldódását, csökkenti a stressz kedvezőtlen hatásait (12, 13), fokozza a kompetenciaérzést, az autonómiát, a belső kontrollt, az öndeterminációt (14, 15), javítja az önértékelést és az énhatékonyságot (15), formálja a fiatalok versenyszellemét és teljesítményorientációját (16, 17).

Korábbi tanulmányokból ismeretes, hogy az életcélok és értékorientációk

hatást gyakorolnak a fiatalok közérzetére, egészség-magatartási szokásaira, pszichoszociális problémáira és az étellel való elégedettségükre is (18, 19). Az értékorientációknak két típusát különböztethetjük meg: külső (extrinsic) és belső (intrinsic) értékek. Az önfogadás, a csoporthoz való tartozás, a fizikai egészség és a közösségi érzés belső, míg az anyagi sikerek, hírnév, jó megjelenés külső értékek. Ezeket az értékorientációs módokat sok tényező befolyásolja, mint ahogy az életkor is (20). A káros egészség-magatartási szokások (dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás) és az életcélok, értékorientációk közötti kapcsolatot már számos vizsgálat elemezte (18), azonban a preventív egészség-magatartási szokások (mint amilyen a tudatos táplálkozás és a fizikai aktivitás) és az életcélok, értékorientációk összefüggése egy kevésbé ismert kutatási terület.

Korábbi kutatásainkban megállapítottuk, hogy a rendszeresen sportoló fiatalok több időt töltenek barátaikkal, inkább belföldre járnak nyaralni, és szignifikánsan többre értékelik a belső (posztmaterális) értékeket, így a barátságot, becsületességet, lelki békét, családot és az egészséget is, mint inaktív társaik. Erre az összefüggésre azért is érdemes odafigyelni, mert ez egészségkárosító, ún. rizikó-magatartási formák kialakulásához vezethet (21).

Jelen kutatásunk célja tehát az volt, hogy a dél-alföldi régió ifjúságának pszichoszociális egészségi állapotát, értékorientációját, életcéljait megismerjük fizikai aktivitásuk tükrében.

## Minta és módszer

Felmérésünket 2004-ben végeztük Bács-Kiskun, Békés és Csongrád megyei középiskolások körében

(14–21 év) véletlenszerűen kiválasztott iskolák és osztályok segítségével, egy dél-alföldi régióra reprezentatív mintán. Az 1200 kérdőívből 1114 volt értékelhető, így a válaszadási arány 92%-os volt. A tanulók átlagéletkora 16,5 év (szórás: 1,3) volt. A válaszadók 39,9%-a fiú (444 fő), 60,1%-a pedig lány (670 fő) volt. Az adatgyűjtéshez önkitöltéses kérdőíves módszert alkalmaztunk, melynek legfontosabb célja volt feltérképezni a dél-alföldi régió ifjúságának mentális egészségét, egészségtudatosságát, egészség-magatartását és az ezeket befolyásoló pszichoszociális tényezők rendszerét. A kérdőív a szociodemográfiai tényezőknél túl kiterjedt a fiatalok egészségi állapotára, pszichoszociális státuszára, életcéljaira, értékorientációira, káros és preventív egészség-magatartására, szabadidős tevékenységeire, depresszív tüneteire, illetve az étellel való elégedettségére is.

## Fizikai aktivitás

A fizikai aktivitást az elmúlt 3 hónapra vonatkoztatva mértük, azaz, hogy a megkérdezett személy az elmúlt 3 hónapban milyen gyakran vett részt erős, legalább fél óráig tartó fizikai aktivitásban. A válaszadónak 5 fokozatú skálán kellett bejelölniük válaszukat: 0 = Soha; 1 = Egyszer-kétszer; 3 = Havonta kétszer-háromszor; 4 = Hetente egyszer-kétszer; 5 = Hetente háromszor-négyszer. Ez alapján létrehoztunk egy magas és egy alacsony fizikai aktivitású csoportot. Az előbbibe azokat soroltuk, akik az elmúlt három hónap során legalább havonta kétszer-háromszor vettek részt fizikai aktivitásban, az utóbbiba pedig, az ennél rendszertelenebbül sportolók kerültek.

**Aspirációs index**

Ez az index 7 értéket tartalmazott: 4 belső érték: önfogadás (4 item), csoporthoz való tartozás (5 item), közösségi érzés (5 item), fizikai egészség (4), és 3 külső érték: anyagi siker (4 item), társadalmi elismerés/hírnév (5 item), jó megjelenés (5 item). A megkérdezetteknek az értékorientációs módokhoz tartozó állításokat kellett egy 5 fokú skálán értékelniük (1 = „Egyáltalán nem fontos” – 5 = „Nagyon fontos”) (22).

**Pszichoszociális egészség**

A pszichoszociális egészséget az egészségi/edzetségi állapot önminősítésével, a pszichoszomatikus tünetek gyakoriságával, az étellel való elégedettséggel, és a depresszív tünetek gyakoriságával mértük.

Az egészségi/edzetségi állapot önminősítését a következő kérdéssel vizsgáltuk: „Milyennek tartod egészségi/edzetségi állapotodat a hasonló korúakkal összehasonlítva?” A megkérdezetteknek négyfokú skálán kellett értékelniük egészségi állapotukat: 1 = rossz, 2 = még éppen elfogadható, 3 = jó, 4 = kiváló (23).

A kérdőív tartalmazta még az ebben az életkorban leggyakoribb pszichoszomatikus tüneteket: idegességből eredő fejfájás, hát-, derékfájás, alvási problémák, kimerültség/gyengeség, gyomorégés vagy gyomorfájás, idegességből eredő hasmenés, túl gyors, szabálytalan szívdobogás (palpitáció). A tünetek előfordulása szerint négy kategóriát különböztettünk meg: 4 = gyakran, 3 = időnként, 2 = ritkán, 1 = soha. Az adott válaszokhoz értéket rendelve, majd ezeket összeadva egy skálát készítettünk, melyen a minimális érték 7, a maximális érték pedig 28 volt (24).

Az étellel való elégedettséget a „The Satisfaction With Life Scale” (25) segítségével mértük, mely egy igen elterjedt mérőmódszer magyar serdülők körében (26). A skála 5 állítást tartalmazott, mint például „Az életem legtöbb szempontból közel van az ideálishoz.” A megkérdezetteknek ezeket az állításokat kellett értékelniük egy hétfokú skálán (1 = egyáltalán nem értek vele egyet, 7 = teljesen

egyetértek). A skála Cronbach’s alpha értéke 0,85 volt.

A depresszív tüneteket a Children’s Depression Inventory (CDI) eredetileg 27 itemes, rövidített (8 itemes) változatával vizsgáltuk. Ez egy önminősített depresszív tüneteket mérő skála, melyet a Beck Depression Inventory (BDI) felnőttek körében használt kérdőívből készítették kifejezetten fiatalok számára (27) és már hazai vizsgálatban validálták (28). Mind az eredeti, mind a rövidített változat egyetlen tünetet mér, a szomorúságot/kedvetlenséget, melyet 1–3-ig kódolunk. A skála Cronbach’s alpha értéke 0,72 volt.

Elemzésünkhöz SPSS for MS Windows Release 9.0 programot használtunk, a statisztikákhoz pedig chi<sup>2</sup>-próbát és t-tesztet.

**Eredmények**

A magas fizikai aktivitású csoport tagjai egészségi állapotukat szignifikánsan magasabbra értékelték, mint inaktív társaik. Az 1. táblázatban jól látható, hogy a magas aktivitású csoport 30,2%-a, míg az alacsony aktivitású csoport 19,8%-a értékelte egészségi állapotát kiválónak. Ugyanez az összefüggés figyelhető meg az edzetségi állapot önminősítésénél is. A magas fizikai aktivitású csoport 24,4%-a értékelte edzetségi állapotát kiválónak, míg ugyanez az arány az alacsony aktivitású csoportnál mindössze 6,6% volt (1. táblázat).

A pszichoszociális egészségfaktork és a sportolói státusz közötti kapcsolatról megállapítható, hogy a fizikailag aktív fiatalok magasabb pontot értek el az étellel való elégedettség-skálán, azaz elégedettebbek életükkel, és kevesebb depresszív tünetről számolnak be. A magas aktivitású csoport a pszichoszomatikus skálán kicsivel alacsonyabb pontot ért el, de ezt az összefüggést statisztikailag nem találtuk szignifikánsnak, és korábbi vizsgálatainkból tudjuk, hogy a pszichoszomatikus tünetekre a sportolási gyakoriságnál a sportolás szintje erősebb hatást gyakorol (2) (2. táblázat).

A 3. táblázat az értékorientációs módok, és a fizikai aktivitás közötti kapcsolat alakulását mutatja. Látható, hogy az alacsony fizikai aktivitású csoport tagjai a külső értékorientációs módokat szignifikánsan magasabbra értékelték. A belső értékek és a sportolói státusz között statisztikailag szignifikáns kapcsolatot nem találtunk (3. táblázat).

A külső és belső értékorientációkat megalapozó külső (anyagi siker, hírnév, jó megjelenés) és belső (önfogadás, csoporthoz való tartozás, közösségi érzés, fizikai egészség) értékek jövőbeli alakulását (életcélok) láthatjuk a 4. táblázatban a fizikai aktivitás tükrében. Az alacsony fizikai aktivitású csoport mind a három külső értéket (anyagi siker, hírnév, jó megjelenés) jövőbeli élete szempontjából fontosabbnak tartotta, mint a magas

**1. táblázat. Az egészségi és edzetségi állapot önminősítése a fizikai aktivitás tükrében**

| Változók  | Alacsony fizikai aktivitású csoport (n=259) | Magas fizikai aktivitású csoport (n=850) |
|---|---|--|
| <b>Egészségi állapot önminősítése (%)**</b>       |   |  |
| Kiváló  | 19,8  | 30,2                                     |
| Jó  | 67,7  | 60,9                                     |
| Még éppen elfogadható                             | 10,1  | 7,2                                      |
| Rossz   | 2,3   | 1,8                                      |
| <b>Self-perceived fitness (%)***</b>              |   |  |
| Kiváló  | 6,6   | 24,4                                     |
| Jó  | 47,7  | 55,8                                     |
| Még éppen elfogadható                             | 37,2  | 18,5                                     |
| Rossz   | 8,5   | 1,3                                      |
| Chi <sup>2</sup> -próba: *p<.05 **p<.01 ***p<.001 |   |  |

2. táblázat. Pszichoszociális egészségfaktorok leíró statisztikája a fizikai aktivitás tükrében

| Változók                                | Alacsony fizikai aktivitású csoport (n=259) |        | Magas fizikai aktivitású csoport (N=850) |        | t-próba: Szignif. |
|---|---|--------|--|--------|-------------------|
|   | Átlag                                       | Szórás | Átlag                                    | Szórás |                   |
| Élettel való elégedettség (score: 7–49) | 22,5  | 6,6    | 23,5                                     | 6,0    | p<,05             |
| Pszichoszomatikus tünetek (score: 5–35) | 14,6  | 4,1    | 14,1                                     | 4,3    | p>,05             |
| Depresszív tünetek (score: 0–24)        | 11,1  | 2,7    | 10,6                                     | 2,4    | p<,05             |

3. táblázat. A külső és belső értékorientációs módok leíró statisztikája a fizikai aktivitás tükrében

| Változók      | Alacsony fizikai aktivitású csoport (n=259) |        | Magas fizikai aktivitású csoport (N=850) |        | t-próba: Szignif. |
|---------------|---|--------|--|--------|-------------------|
|               | Átlag                                       | Szórás | Átlag                                    | Szórás |                   |
| Belső értékek | 79,7  | 23,4   | 79,6                                     | 27,9   | p>,05             |
| Külső értékek | 57,6  | 10,2   | 49,8                                     | 17,4   | p<,05             |

4. táblázat. Az életcélok leíró statisztikái a fizikai aktivitás tükrében

| Változók                          | Alacsony fizikai aktivitású csoport (n=259) |        | Magas fizikai aktivitású csoport (N=850) |        | t-próba: Szignif. |
|-----------------------------------|---|--------|--|--------|-------------------|
|                                   | Átlag                                       | Szórás | Átlag                                    | Szórás |                   |
| <b>Belső értékek</b>              |   |        |  |        |                   |
| Önelfogadás (score: 4-20)         | 17,8  | 2,4    | 18,9                                     | 4,9    | p>,05             |
| Csoporthoz tartozás (score: 5-25) | 25,0  | 6,6    | 24,3                                     | 6,5    | p>,05             |
| Közösségi érzés (score: 5-25)     | 16,3  | 7,4    | 17,7                                     | 7,1    | p>,05             |
| Fizikai egészség (score: 4-20)    | 20,4  | 2,1    | 18,6                                     | 4,6    | p<,01             |
| <b>Külső értékek</b>              |   |        |  |        |                   |
| Anyagi siker (score: 4-20)        | 17,8  | 6,5    | 15,8                                     | 5,5    | p<,01             |
| Jó megjelenés (score: 5-25)       | 21,9  | 3,8    | 18,6                                     | 3,6    | p<,01             |
| Hírnév (score: 5-25)              | 17,8  | 2,5    | 15,3                                     | 1,6    | p<,01             |

fizikai aktivitású csoport. A belső értékek tekintetében csak a fizikai egészség változó esetében találtunk

szignifikáns kapcsolatot. Ezt az értéket, annak ellenére, hogy belső érték, az alacsony aktivitású csoport tartotta

fontosabbnak. Ennek a látszólagos elmentmondásnak a háttérében az állhat, hogy a fizikai egészséget mérő eszköz olyan attribútumokat is tartalmazott, melyek a jó megjelenéssel (külső érték) szoros kapcsolatban álltak. [4. táblázat]

### Következtetés

Jelen kutatásunkban a dél-alföldi régió ifjúságának pszichoszociális egészségi állapotát kívántuk megismerni fizikai aktivitásuk tükrében. Szakirodalmakra és korábbi kutatási eredményekre támaszkodva kutatásunk kezdetén azt feltételeztük, hogy jelentős különbségeket találhatunk a fizikailag aktív, illetve inaktív fiatalok pszichoszociális egészségében és életcéljaiban, értékorientációiban (2, 10–17).

Eredményeink is igazolták, hogy a rendszeres fizikai aktivitásban részt vevő fiatalok egészségi és edzetségi állapotukat magasabbra értékelik, elégedettebbek életükkel, kevesebb depresszív tünettől rendelkeznek, tehát jobb életminőségről és kedvezőbb pszichoszociális egészségi állapotról számolnak be (1, 4, 23).

Az életcélok, értékorientációk a közérzettel, pszichoszociális problémákkal, egészség-magatartási szokásokkal szoros kapcsolatban állnak, így feltételeztük, hogy az preventív hatású, fizikai aktivitási magatartáshatást gyakorol, nemcsak a fiatalok pszichoszociális egészségi állapotára, hanem értékorientációira és életcéljaira is (18, 19).

Különösen fontos ezeknek az összefüggéseknek a kutatása serdülők körében, hiszen a serdülők az a kritikus életszakasz, amikor a fiatalok jelentős biológiai és pszichés változásokon mennek keresztül, ekkor igyekeznek önálló életmódot és szokásrendszert kialakítani, értékrendszerük ekkor még instabil, ezt az időszakot nevezhetnénk a káros szenvedélyek kipróbálásának, a sportaktivitásuk jelentősen csökken és a kortársak szerepe is egyre fontosabb az életükben (26, 29, 30).

A preventív egészség-magatartási formák és az életcélok, értékorientációk kapcsolata kevésbé ismert, de ki-

emelten fontos kutatási terület, hiszen a pozitív attitűdök, ismeretek megismerésével, megtartásával és fejlesztésével sikereket érhetünk el az egészségi állapot fejlesztésében, az egészséges életmód formálásában (32).

Megállapítottuk, hogy a rendszeresen sportoló fiatalok jövőbeli életük szempontjából kevesebb jelentőséget tulajdonítanak a külső értékeknek (mint az anyagi siker, jó megjelenés és hírnév), míg a fizikailag inaktív fiatalok számára ezek az értékek kiemelkedő szerepet töltenek be. A belső értékek és a fizikai aktivitási státusz között nem tapasztaltunk szignifikáns kapcsolatot, ami arra utal, hogy a rendszeres sport a külső értékek túlhangsúlyozásának protektív tényezőjeként jelenik meg, és ez nem jelenti feltétlenül azt, hogy a fizikai aktivitás önmagában fejleszti a belső értékeket (önelfogadás, csoporthoz tartozás, közösségi érzés, fizikai egészség).

Eredményeink tehát azt mutatják, hogy a rendszeres sport a fiatalok pszichoszociális egészségének egyik meghatározó faktoraként, és a külső értékek túlhangsúlyozásának protektív tényezőjeként jelenik meg. Ezek az összefüggések a modern társadalomban rendkívül fontosak, hiszen napjainkat a fogyasztás, a teljesítményorientáltság, a karrier, a jól eladhatóság, a kívülről irányítottág, a külső benyomás, a túlpörgetettség és a gyors információáramlás jellemzi (33, 34).

## Összefoglalás

A rendszeres sport pszichoszociálisan fejleszti az önbizalmat, elősegíti a pozitív gondolkodásmód kialakulását. Segíti a szorongás, a depresszió oldódását, csökkenti a stressz kedvezőtlen hatásait, fokozza a kompetenciaérzés, az autonómia, a belső kontroll, az öndetermináció kialakulását, javítja az önértékelést és az énhatékonyságot, formálja a fiatalok versenyszellemét és teljesítményorientációját. Korábbi tanulmányokból ismeretes, hogy az életcélok és értékorientációk (külső és belső értékek) hatást gyakorolnak a fiatalok közérzetére, egészség-magatartási szokásaira, pszichoszociális problémáira és az élettel való elégedettsé-

gükre is. Jelen kutatásunk célja tehát az volt, hogy a dél-alföldi régió ifjúságának pszichoszociális egészségi állapotát, értékorientációját, életcéljait megismerjük fizikai aktivitásuk tükrében. Megállapítottuk, hogy a fizikailag aktív fiatalok egészségi és edzettségi állapotukat szignifikánsan magasabbra értékelik, elégedettebbek életükkel, kevesebb depresszív tünettel rendelkeznek, és kevésbé tartják fontosnak a külső értékorientációs módokat szemben inaktív társaikkal. Eredményeink tehát azt mutatják, hogy a rendszeres sport a pszichoszociális egészség egyik meghatározó faktoraként, illetve a külső értékek túlhangsúlyozásának protektív tényezőjeként jelenik meg.

## Summary

Regular physical activity psychosocially improves self-confidence and helps develop positive way of thinking. Besides, physical activity helps with anxiety and depression relief, and decreases unfavorable effects of stress, increases the development of self-competence, autonomy, internal locus of control, self determination, as well as improves self-esteem and self-efficacy. Finally, sports activity forms youth's competitive spirit and goal achievement. Previous studies have documented that life goals and value orientations (namely, extrinsic and intrinsic values) are in connection with general well-being, health behaviors, psychosocial problems and satisfaction with life. The main goal of the present study has been to detect youth's psychosocial well-being, life and value orientations, in the light of their physical activity status at the Southern Plain Region in Hungary. We have concluded that physically active youth have better self-perceived health and fitness, lower levels of depressive symptoms. In addition, they are more satisfied with their life, and consider extrinsic values less important in contrast with their inactive peers. Our findings suggest that physical activity plays an important role in students' psychological well-being and perceptions of health as well as it may serve as a protection against overemphasizing extrinsic values.

## Irodalom

1. Sallis, J.F., McKenzie, T.L., Alcaraz, J.E., Kolody, B., Faucette, N., Hovell, M.F. : The effects of a 2-year physical education program (SPARK) on physical activity and fitness in elementary school students. *American Journal of Public Health*, 87, 1328–1334 (1997)
2. Pluhár, Zs., Keresztes, N., Pikó, B.: A rendszeres fizikai aktivitás és a pszichoszomatikus tünetek kapcsolata általános iskolások körében. *Sportorvosi Szemle*, 4, 285–300 (2004)
3. Kiss É. Zs.: Fizikai aktivitás – Fitness – Prevenció. *Budapesti Népegészségügy*, 3, 241–247 (2003)
4. Marcoux, M.F., Sallis, J.F., McKenzie, T.L., Marshall, S., Armstrong, C.A., Goggin, K.J.: Process evaluation of a physical activity self-management program for children: SPARK. *Psychology and Health*, 14, 659–677 (1999)
5. Pikó, B.: Egészségtudatosság serdülőkorban. Akadémiai Kiadó, Budapest, 2002
6. Aszmann A.: Iskolás gyermekek egészség-magatartása 1986–1993. Anonymus Kiadó, Budapest, 1997
7. Aszmann A.: Fiatalok egészségi állapota és egészségi magatartása. Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest, 2000
8. Pate, R.R., Heath, G.W., Dowda, M., Trost, S.G.: Associations between physical activity and other health behaviors in a representative sample of US adolescents. *American Journal of Public Health*, 86, 1577–1781 (1996)
9. Steptoe, A, Wardle, J., Fuller, R., Holte, A., Justo, J., Sanderman, R., Wichstrom, L.: Leisure-time physical exercise: prevalence, attitudinal correlate, and behavioral correlates among young Europeans from 21 countries. *Preventive Medicine*, 26, 845–854 (1997)
10. Pikó B.: Pszichoszomatikus tünetek és a szubjektív egészségértékelés epidemiológiája középiskolások körében. *Orvosi Hetilap*, 140, 1297–1304 (1999)

11. Baker, C.W., Little, T.D., Brownell, K.D.: Predicting adolescent eating and activity behaviors: the role of social norms and personal agency. *Health Psychology*, 22, 189–198 (2003)
12. Pikó B., Barabás K., Markos J.: Health risk behaviour of a medical student population. Report on a pilot study. *Journal of Royal Society of Health*, 116, 97–100 (1996)
13. Urbán, R., Hann, E.: Rendszeres testedzés és a szocioökonómiai státusz összefüggései magyar reprezentatív mintában. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 4, 11–16 (2003)
14. Ntoumanis, N.: A self-determination approach to the understanding of motivation in physical education. *British Journal of Educational Psychology*, 71, 225–242 (2001)
15. Varga, J.: Testedzés és egészségmagatartás. Védőfaktor – s a sport? Kézirat, Szakdolgozat, ELTE – BTK, Pszichológia Szak, 2002
16. Hagger, M.S., Chatzisarantis, N.L.D., Biddle, S.J.H.: The influence of autonomous and controlling motives on physical activity intentions within the Theory of Planned Behaviour. *British Journal of Health Psychology*, 7, 283–297 (2002)
17. Cervello, E.M., Santos-Rosa, F.J.: Motivation in sport: An achievement goal perspective in young Spanish recreational athletes. *Perception and Motor Skills*, 92, 527–534 (2001)
18. Williams, G.C., Cox, E.M., Hedberg, V.A., Deci, E.L.: Extrinsic goals and health-risk behaviors in adolescents. *Journal of Applied Social Psychology*, 30, 1756–1771 (2000)
19. Piko, B.F. (in press): Adolescents' health-related behaviors in the light of their value orientations. *Substance Use & Misuse*
20. Bauer, J.J., McAdams, D.P.: Growth goals, maturity, and well-being. *Developmental Psychology*, 40, 114–127 (2004)
21. Pluhár, Zs., Keresztes, N., Pikó, B.: „Ép testben ép lélek” – Középiskolások értékrendje fizikai aktivitásuk tükrében. *Magyar Sporttudományi Szemle*, 2, 29–33 (2003)
22. Kasser, T., Ryan, R.M.: A dark side of the American dream: Correlates of financial success as a central life aspiration. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 410–422 (1993)
23. Piko, B.: Health-related predictors of self-perceived health in a student population: the importance of physical activity. *Journal of Community Health*, 25, 125–137 (2000)
24. Pikó, B., Barabás, K., Boda, K.: The frequency of common psychosomatic symptoms and its influence on self – perceived health in Hungarian student population. *European Journal of Public Health*, 7, 243–247 (1997)
25. Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J., Griffin, S.: The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71–75 (1985)
26. Luszczynska, A. Gibbons, F.X., Piko, B.F., Teközel, M.: Self-regulatory cognitions, social comparison, and perceived peers' behaviors as predictors of nutrition and physical activity: A comparison among adolescents in Hungary, Poland, Turkey, and USA. *Psychology and Health*, 19, 577–593 (2004)
27. Kovacs, M.: The Children's Depression Inventory (CDI). Toronto: Multi-Health Systems, 1992
28. Piko, B.F., Fitzpatrick, K.M.: Depressive symptomatology among Hungarian youth: A risk and protective factors approach. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73, 44–54 (2003)
29. Pikó, B.: Fiaolok pszichoszociális egészsége és rizikó-magatartása a társas támogatás tükrében. Osiris Kiadó, Budapest, 2002
30. Mechanic, D.: Adolescents at risk: New directions. *Journal of Adolescent Health*, 12, 638–643 (1991)
31. Leslie, E., Owen, N., Salmon, J., Bauman, A., Sallis, J.F., Lo, S.K.L.: Insufficiently active Australian college students: Perceived personal, social, and environmental influences. *Preventive Medicine*, 28, 20–27 (1999)
32. Pikó, B.: A pozitív pszichológia missziója a modern társadalomban. Paradigmaváltás a társadalomtudományokban? *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 5, 289–299 (2004)
33. Pikó, B.: Kultúra, társadalom, lélektan. Akadémiai Kiadó, Budapest, 2003
34. Tari A.: A test és a szexualitás a fogyasztói társadalomban. *Léleken Otthon. Közéleti és Lélektani Magazin*, 2004

## Tudat- és testformáló e-mailek

Az e-mail hírelelek hatásosak az egészséges táplálkozás és a fizikai aktivitás ösztönzésében. Az internet és az e-mail születése óta egyre több területen bizonyítja hatékonyságát és gyorsaságát.

2005 nyarán a kanadai Albertai Egyetem munkatársai érdekes felmérést végeztek. 5 cég másfél ezer alkalmazottjának küldtek egészséges táplálkozásról és fizikai aktivitásról szóló e-maileket 12 héten át heti egy alkalommal. A vizsgálat előtt, illetve utána egy héttel egy 555 főből álló kontrollcsoport tagjaival együtt felmérték a résztvevők életmódbeli tudását, szokásait és hozzáállását.

A küldött üzenetek hatására sokkal tudatosabbak lettek azok, akik megkapták az üzeneteket. Jelentősen bővültek ismereteik az egészséges táplálkozás, a kiegyensúlyozott tápanyagbevitel, a zsírszegény főzési technikák területén, tartózkodóbbá váltak a zsíros ételekkel szemben, valamint nőtt a fizikai aktivitásuk.

Az e-mailen küldött táplálkozási és életmódbeli tanácsadás tehát egy lehetséges módja a tudatos életmód formálásának. Nem elvetendő, hogy az interneten küldött információ gyors, olcsó és hatékony.

*Forrás: MDOSZ Tudományos Életmódtanácsok, I. évfolyam 4. szám*

# A szerepkonfliktus eredete orvostan- és fogorvostan-hallgató nők körében

Molnár Regina<sup>1</sup>, Dr. Török Kinga<sup>2</sup>

Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Népegészségtani Intézet (levelező szerző)<sup>1</sup>

Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Fogorvos-tudományi Szak, Fogászati és Szájsebészeti Klinika<sup>2</sup>

## Bevezetés

Az elmúlt években számos tanulmány készült Magyarországon, amelyek az orvosnők kifejezetten nehéz helyzetére, rossz egészségi állapotára, szerepkonfliktusára hívták fel a figyelmet. Ezek azonban nem terjedtek ki arra, hogy az orvosnők problémáit az orvossá válás tükrében is vizsgálják; hogy feltárják az egyetem alatti évek vagy az azt megelőző pályaválasztási szakasz esetleges hatását is.

Próbavizsgálatunkban azt kutattuk, mennyire fedezhetők fel a szerepkonfliktus, illetve az egészségi állapot terén mutatkozó problémák gyökerei a még tanulmányaikat folytató orvostan- és fogorvostan-hallgató nők körében.

A korábbi tanulmányok több szempontból is megközelítik e problémakört:

1. *Jellemző az orvosnők más populációkhoz képest kifejezetten rossz egészségi állapota.* Molnár László 1991-es munkája már akkor rámutatott a magyar orvosok, főképp az orvosnők rossz egészségi állapotára [1]. Az elmúlt években készült, kvalitatív interjúkon alapuló vizsgálat szerint, az orvosnők egyharmadának van valamilyen krónikus betegsége, 70%-a állandó kialakultságban szenved, és magas körökben a terhesspatológiai történések aránya is. Az ezen felmérésekben résztvevők 74%-a számolt be terhességgel, szüléssel kapcsolatos problémákról [2, 3, 4].

Az orvosnők rossz egészségi állapotának okai a kevés szabadidő, a mozgásszegény életmód, a jelentős munkaterheltség, a hivatás jellegéből eredő stressz, az ügyelet, az idő- és pénzhiány, a munkahely és a család feladatainak összeegyeztetése [3, 4, 5, 6].

2. *Szerepkonfliktus, kompromisszumok, választások a karrier és a család között.* Ez a probléma leginkább a fiatal, illetve a gyermekes orvosnőket jellemzi, akiknél a családalapítás és a pályakezdés nehézségei egybeesnek. A szerepkonfliktus legfőbb megnyilvánulása a gyermekekkel otthon töltött idő lerövidülésében mutatkozik meg [5]. Meg kell említeni, hogy a társadalmi tradíciók mellett a család- és a gyermekvállalás gyakran befolyásolja a nőket – nemcsak az orvosi pályán levőket – abban is, hogy kisebb karriert tudnak befutni, mint férfi kollégáik [7].

Egy norvég vizsgálat arra mutatott rá, hogy az orvosnők napjainkban már nem akarnak választani a karrier és a család között, mindkettőben részt kívánnak venni, ezért különböző formákban kombinálják a családi és a hivatásbeli teendőket. Ez nagyban függ a választott szakágtól, annak jellegétől, a gyermekek meglététől, számától [8]. Mivel a hazai egészségügy és a munkaerőpiac feltételei kevésbé rugalmasak, így Magyarországon valószínűleg gyakrabban kényszerülnek az orvosnők kedvezőtlen kompromisszumokra.

3. *Az orvosi pályaszocializáció.* Az orvostanhallgatók körében készült korábbi vizsgálatunk is rámutatott arra, hogy a foglalkozási szocializáció során a hallgatók között jelentős különbségek vannak. A pályával már gyermekkorban azonosulók pályaszocializációs útja is más. Akik gyermekkorban elköteleződnek az orvosi pálya mellett, azok egyetem alatti identitása, hivatástudata is erőteljesebb, jellemzőbb a pályán maradásra irányuló szándékuk is [9]. A szerepkonfliktus vonatkozásában pedig ambiciózusabbak, nagyobb belső kontrollal rendelkeznek, könnyebben kötnek kompromisszumot, mint a pálya mellett ké-

sőbb elköteleződő társaik [3, 10]. Más tanulmányok szerint azonban a pálya melletti idealisztikus gyermeki döntés később az orvosi szereppel való azonosulás képtelenségéhez, kiégéshez is vezethet [11, 12].

4. *Orvostanhallgatók és fogorvostan-hallgatók közötti különbségek.* A két csoport összehasonlításából az derült ki, hogy a fogorvostan-hallgatókra pályaválasztásukkor sokkal inkább jellemzőek a „státusz és a biztonság”, valamint a „foglalkozás természete” faktorok, míg az orvostanhallgatók inkább a „karrierlehetőség”, a „betegerről való gondoskodás”, az „emberekkel foglalkozni” kategóriákban érdekeltek. Az orvostanhallgatóknál a legfontosabbak az altruisztikus, segítő motivációk [13].

A fenti vizsgálati eredmények készítettek minket a szerepkonfliktus jelenségének további tanulmányozására, amelynek első lépéseként próbavizsgálatot végeztünk az alábbi felvetések megválaszolására, illetve egy nagyobb felmérés hipotéziseinek előkészítése érdekében.

Fő célunk az orvostan- és fogorvostan-hallgató nők körében információk gyűjtése volt majdani szerepbeli konfliktusaikról, azokról a problémákról, amelyeket korábbi, orvosnők körében végzett kutatásokban már feltártak, az alábbi témáknak megfelelően:

1. Szociodemográfiai háttér (családi állapot, anyagi helyzet, szülők foglalkozása).

2. Egészségi állapot, pszichés jellemzők.

3. A pálya melletti döntés időpontjának, a pályaválasztást motiváló tényezőknek a feltárása.

4. Jövőre vonatkozó szakmai, illetve családi tervek.

5. Vélemények a jövőbeli esetleges szerepkonfliktusról.



A fenti kérdésekben kiemelt jelentősége van az orvostan- és a fogorvostan-hallgató nők válaszai összevetésének, amely elemzés közelebb vihet a szerepkonfliktus eredetének megismeréséhez.

### Anyag és módszer

Az önkitöltős kérdőívvel készült vizsgálatban összesen 101 nő (52 orvostanhallgató és 49 fogorvostan-hallgató) vett részt.

Az orvostanhallgatók közül 16 a harmadik, 10 a negyedik, 13 az ötödik, 13 a hatodik évfolyamra járt; a fogorvostan-hallgatók között 16 a második, 11 a harmadik, 12 a negyedik 10 az ötödik évfolyamot képviselte.

Elemzésünkben egyszerű leíró jellegű statisztikát és  $\chi^2$  próbát alkalmaztunk, a szignifikancia szintjét a  $p < 0,05$  jelentette. Feltüntetettünk a két csoport között néhány olyan különbséget is, amelyek nem voltak ugyan szignifikáns eltérések, de olyan eredményeket mutattak, amelyeket érdemesnek tartunk nagyobb mintán való tesztelésre is. Az adatfeldolgozás az SPSS 13.0 for Windows statisztikai programmal történt.

### Eredmények

#### Szociodemográfiai adatok

##### Családi állapot

47 főnek jelenleg nincs párkapcsolata, 40-nek van partnere, de nem élnek együtt, 8 együtt is él a barátjával, 6 pedig házas. Összesen hatnak van már gyermeke is.

##### Anyagi helyzet

Saját lakással 14-en rendelkeznek, ebből 5 orvostanhallgató, 9 fogorvostan-hallgató; saját autója van ötnnek, kettőnek az orvosképzésből, háromnak a fogorvosképzésből.

A vizsgálat során megkérdeztük, mekkora terhet jelent/jelentett tanulmányaik anyagi fedezetének előteremtése. Három lehetséges választ adtunk meg, ennek alapján meglehetősen nagy terhet jelentett 30-nak, kisebbet 50-nek, míg egyáltalán nem jelentett terhet 21 személynek.

A két csoportot összehasonlítva a fogorvostan-hallgatók kedvezőbbnek nyilatkoztak, összefoglalóan az álla-

pítható meg, hogy valamivel jobb anyagi háttérrel rendelkeznek.

#### Szülők foglalkozása

A vizsgálatban résztvevők alacsony száma miatt kizárólag azt vizsgáltuk, hány hallgató szülei között volt orvos, illetve fogorvos. 12 hallgató édesapja orvos, 5-é fogorvos, 12 édesanyja orvos, 4-é pedig fogorvos. Érdekes, hogy az orvostanhallgatók körében nem volt olyan, akinek apja vagy anyja fogorvos lett volna, míg a fogorvostan-hallgatók szülei között orvosok és fogorvosok is voltak.

#### Egészségi állapot

A kérdőív erre vonatkozó kérdésében bizonyos tüneteket soroltunk fel és arra kértük a válaszadókat, jelöljék meg, milyen gyakorisággal észlelik ezen panaszokat. A válaszlehetőségek között szerepelt a soha, az évente többször, a havonta, a hetente, a naponta.

Az 1. táblázatban a leggyakrabban (naponta vagy hetente) megjelenő tünetek gyakoriságát tüntettük fel.

1. táblázat. A hallgatók körében naponta vagy hetente előforduló panaszok (fő)

|                                    | Ált. o. h. | Fogo. h. | Összesen |
|------------------------------------|------------|----------|----------|
| Rossz közérzet, kedvetlenség       | 15         | 11       | 26       |
| Erős fejfájás*                     | 4          | 11       | 15       |
| Álmatlanság                        | 9          | 4        | 13       |
| Kínzó idegesség                    | 9          | 13       | 22       |
| Kimerültség                        | 21         | 22       | 43       |
| Szorogás a sikertelen félév miatt* | 4          | 12       | 16       |
| Oktatói elégedetlenségétől tart*   | 2          | 17       | 19       |
| Étkezési zavarok                   | 6          | 5        | 11       |

(\*A két csoport közti különbség szignifikáns)

2. táblázat. A motivációk befolyásoló ereje az átlagpontszám alapján (101 fő)

|                                    | Ált. o. h. | Fogo. h. | Teljes minta |
|------------------------------------|------------|----------|--------------|
| Emberek segíthetnek*               | 4,45       | 4,17     | 4,31         |
| Szakma iránti érdeklődés           | 4,47       | 4,58     | 4,52         |
| Orvos, fogorvos családtag hatása*  | 1,41       | 2,01     | 1,71         |
| Jó anyagi helyzetet nyújtó szakma* | 2,32       | 3,43     | 2,87         |
| Magas presztízsű hivatás*          | 2,84       | 3,47     | 3,15         |
| Női szerepekkel összefér*          | 2,60       | 4,00     | 3,30         |

(\*A két csoport közti különbség szignifikáns)

A hallgatók egészségi állapotát tekintve jellemző a gyakorta jelentkező kimerültség, a rossz közérzet, a kedvetlenség, a kínzó idegesség.

A két csoport között leginkább abban mutatkozott különbség, hogy a fogorvostan-hallgatók esetében az oktatók elégedetlenségétől, illetve a sikertelen félévtől való félelem jelentős hatást gyakorolt pszichés egészségi állapotukra, s körükben az erős fejfájás is gyakoribb volt.

#### Pályaválasztás

##### Pálya melletti döntés ideje

37 válaszadó 14 éves kora előtt, 64 utána döntött az orvosi, illetve fogorvosi pálya mellett. Az orvostanhallgatók esetében többen, 28-an, míg fogorvostan-hallgatók közül csak 9 döntött 14 éves kora előtt ( $p < 0,001$ ).

##### Pályaválasztási motivációk

A pályaválasztási motivációk vizsgálatakor arra kértük a hallgatókat, osztályozzák 1-től 5-ig az általunk felső-

roltakat annak megfelelően, hogy az mennyire játszott szerepet pályaválasztásukban (1 = egyáltalán nem volt fontos, 2 = nem volt fontos, 3 = valamelyest fontos volt, 4 = fontos volt, 5 = nagyon fontos volt).

A pályaválasztási motivációk terén a két csoport között abban volt különbség, hogy a fogorvostan-hallgató nők esetében jobban érvényesült a családtagok hatása, valamint erősebben motiválta őket az is, hogy a későbbiekben kedvező kereseti lehetőségekre tehetnek szert. A legnagyobb eltérés azonban abban mutatkozott, hogy a fogorvostan-hallgatók már a pályaválasztás előtt is tudatosabbak voltak a női szerepeket illetően.

Ez utóbbi motivációval külön is foglalkoztunk. Egy önálló kérdés keretében megkérdeztük a hallgatókat, vajon a pályaválasztáskor figyelembe vettek-e úgynevezett „női szempontokat”.

A két csoportot összehasonlítva szignifikáns különbség mutatkozott. A fogorvostan-hallgatóknál 38, míg az orvostanhallgatóknál csak 23 gondolt erre is ( $p < 0,001$ ).

Külön figyelmet szenteltünk azoknak, akiknek orvos, fogorvos édesanyja van. Arra voltunk kíváncsiak, vajon saját tapasztalataik alapján támogatják-e lányukat abban, hogy az orvosi pályát válasszák. Összesen 16 hallgató édesanyja orvos, illetve fogorvos. Az orvostanhallgatók közül 4-nek van orvos édesanyja, akik közül egyik sem támogatta egyértelműen lány döntését; 3 önállóan döntött; egynek pedig kifejezetten ellenezte édesanyja a választását. A fogorvostan-hallgatók közül 8-nak az édesanyja orvos, 4-é pedig fogorvos; 11-nek támogatta döntését édesanyja; 1 pedig önállóan döntött.

### A hallgatók jövőre vonatkozó tervei

Fontosnak tartottuk a családra, a karrierre vonatkozó terveik megismerését, azaz hogyan vélekednek arról, milyen kompromisszumokat rejt számukra, hogy a jövőben anyaként, feleségként is helyt kell majd állniuk az orvosi, fogorvosi munka mellett.

### Családi tervek

#### A hallgatók elképzelései első gyermekük világra jöttét illetően

Az első kérdés arra vonatkozott, mikor tervezik világra hozni első gyermeküket. 45 hallgatónő nem tervezi tudatosan, ezen még nem gondolkodott; 31 az első szakvizsga előttre; 20 mindenképpen az első szakvizsga utánra; 5 még a diplomaszerezés előttre tervezi, illetve már megszülte első gyermekét.

A két szak közötti különbség szignifikáns összefüggést mutatott. Az orvostanhallgatóknál az a jellemzőbb, hogy az első szakvizsga előtt (21 fő), a fogorvostan-hallgatók körében (15 fő) pedig az, hogy inkább utána szeretne gyermeket szülni ( $p < 0,008$ ). Rákérdeztünk arra is, a gyermek megszületése után mennyi időt terveznek otthon tölteni. A 3. táblázat a hallgatók ezzel kapcsolatos elképzeléseit mutatja be.

A két csoport közötti különbség szignifikánsnak mutatkozott ( $p < 0,003$ ). Az adatokból egyértelműen kibontakozik a két szak eltérő jellege. Az orvostanhallgatók kevésbé tudatosak hallgató korukban későbbi anyaszerepüket illetően, de nagyobb arányban szeretnének majd több időt otthon tölteni. A fogorvostan-hallgatók ezzel

szemben kicsit tudatosabbnak látszanak és jobban látják előre választott pályájuk előnyeit, hiszen fogorvosként könnyebb kisgyermek mellett néhány órában, pl. magánrendelésen dolgozni.

### Szakmai tervek

#### Az első állás kiválasztásának szempontjai

E kérdés megválaszolásakor arra kértük a hallgatókat, hogy osztályozzák 1-től 5-ig (1 = egyáltalán nem fontos, 2 = nem fontos, 3 = valamelyest fontos, 4 = fontos, 5 = nagyon fontos) az általunk felsorolt szempontokat annak megfelelően, hogy azt az első állásuk megpályázásakor mennyire tartják majd szem előtt.

A 4. táblázat az általunk felsorolt tényezőket mutatja be aszerint, hogy hány hallgató gondolta nagyon fontosnak, ha majd állást keres.

Eredményeink azt mutatták, hogy a család mindkét csoportnál azonos szerepet tölt be, de a fogorvostan-hallgatóknál a karrierrel kapcsolatos szempontok jobban érvényesültek.

#### A pályaelhagyásra vonatkozó elképzelések, kompromisszumok

A válaszadó hallgatók közül 46 elhagyta választott szakmáját, 55 nem. Az elhagyó szándékúak közül 26 orvostan-,

3. táblázat. Mennyi időt szeretne majd otthon tölteni első gyermeke születését követően (101 fő)?

|  | Ált. o. h. | Fogo. h. | Teljes minta |
|--|------------|----------|--------------|
| Maximum 1 évet                             | 15         | 14       | 29           |
| Maximum 2 évet                             | 14         | 6        | 20           |
| Dolgozni akar mellette (pl. magánrendelés) | –          | 13       | 13           |
| Még nem tudja                              | 23         | 16       | 39           |
| Összesen                                   | 52         | 49       | 101          |

4. táblázat. Az első állás kiválasztásának fő szempontjai (fő)

|                              | Ált. o. h. | Fogo. h. | Összesen |
|------------------------------|------------|----------|----------|
| Adott településen dolgozni   | 11         | 12       | 23       |
| Szakmai előrejutás*          | 5          | 16       | 21       |
| Kereseti lehetőség           | 5          | 11       | 16       |
| Munkahely jellege            | 25         | 16       | 41       |
| Családdal összeférjen        | 30         | 28       | 58       |
| Munkatársak, vezető személye | 11         | 18       | 29       |

(\*A két csoport közti különbség szignifikáns)

20 fogorvostan-hallgató. A hallgatók előzetes véleménye alapján 79 úgy érzi, biztosan kompromisszumokra kényszerül majd. Az orvostanhallgatók valamivel nagyobb arányban (47 fő), míg a leendő fogorvosok körében csak 32-nek volt ilyen elgondolása. Ennek legfőbb okaként a családot említették.

## Megbeszélés

Próbavizsgálatunk eredményei több ponton is utalnak a szerepkonfliktus korai eredetére. Összehasonlítva az orvostan- és fogorvostan-hallgatók eredményeit, nagyobb létszámú vizsgálatra is érdemes megállapításokat találtunk.

A két csoport szociodemográfiai háttere hasonló, bár a fogorvostan-hallgatók feltehetőleg jobb anyagi körülményekkel rendelkeznek. Érdekes adalék, hogy az orvostanhallgatók szülei között nem találtunk fogorvosokat, míg fogorvostan-hallgatóknál orvos és fogorvos szülő is előfordult. Mindenképpen lényeges nagyobb mintán is megvizsgálni, vajon tényleg jellemző-e, hogy a fogorvos vagy orvos szülők inkább a fogorvosi, mintsem az orvosi pálya felé terelik leánygyermeküket, és vajon az orvosi pálya nehézségei, az orvosnők szerepkonfliktusa befolyásolja-e ezt a folyamatot? Kérdés, hogy vajon a szerepkonfliktus második generációs „megoldása”, hatása-e sok esetben a fogorvosi pálya választása. Esetleg az egy- vagy többgenerációs „tőke” (anyagiak, információ, családi háttér stb.) megléte eredményezi, hogy a lányokat inkább a fogorvosi, mintsem az orvosi pálya felé terelik a szülők?

A válaszadók egészségi állapota vonatkozásában fontos kiemelni, hogy az általános panaszok (kimerültség, rossz közérzet, kedvetlenség) mellett a fogorvostan-hallgatók körében jobban megjelennek a feltételezhetően a képzésük teljesítménycentrikusabb jellegéből adódó panaszok. Korábbi vizsgálatunkban orvosnők körében is hasonlóan magas arányt találtuk a fenti panaszoknak: 19%-uk hetente vagy naponta volt kimerült, 15%-nak rossz volt a közérzete, ideges vagy kedvetlen volt [5].

Az egészségi állapot pontosabb vizsgálatát szükségesnek tartjuk, hiszen az eredmények azt mutatják,

a hallgatóknál gyakorta megjelenő tünetek aránya a dolgozó orvosnőkéhez hasonló. Fontos lehet ennek ismerete, mivel elképzelhető, hogy azon képességek, készségek, tevékenységek hiánya, amelyek segíthetnék a hallgatókat a stressz feldolgozásában, már az egyetemi évek alatt hiányoznak, illetve nem alakulnak ki, s ez később a munkaterhelés fokozódásával szerepet játszik az orvosnők kedvezőtlen pszichés állapotának állandósulásában. Emellett fontos lehet annak felmérése is, hogy vajon a fogorvostan-hallgató nők nagyobb oktatási teher, teljesítménykényszer miatt megjelenő rosszabb egészségi állapota később, gyakorló fogorvosként munkájuk során kiegyensúlyozottabbá válik-e.

Pályaválasztásuk körülményeit tekintve jellemző, hogy orvostanhallgatók körében gyakoribb a pályával való gyermekkori azonosulás. Mindkét csoportnál meghatározó volt az altruisztikus attitűd, valamint a szakma iránti érdeklődés. Emellett a fogorvostan-hallgatóknál erősebben jelentek a racionálisabb érvek, illetve jellemzőbb volt a tudatosság, mely szerint a női szerepekkel jobban összeegyeztethető e szakma.

Egy szintén fogorvostan-hallgatók körében, Izraelben készült vizsgálat is azt az eredményt mutatta, hogy körükben professzionális szocializációjuk alatt számos fontos változás zajlik le. Kezdetben hangsúlyozottabban jelennek meg náluk az „emberorientált” motivációk, amelyek a képzés alatt átalakulnak „státuszorientálttá” [14]. Továbbgondolásra érdemes, vajon lehetséges-e, hogy a fogorvosi pálya melletti döntés racionálisabb érvek alapján történik, esetleg az a korai, gyermekkori altruisztikus attitűdök módosulása? Lehetséges-e, hogy a lányok eredeti elképzeléseiket, miszerint orvosok akarnak lenni, később változtatják meg a fogorvosi pályára, amely a női szerepekkel jobban összeférhetőnek tűnik?

Jövőre vonatkozó terveikben is megmutatkoznak az orvosi és a fogorvosi pálya sajátosságai. Azt mondhatjuk, a fogorvostan-hallgatók a fogorvosi pálya ilyen szempontból kedvező jellemzőit figyelembe véve terveznek. Így nagyobb arányban szeretnének

először szakvizsgát tenni, az első állásnál a szakmai előrelépés, a biztos pozíció megalapozását tartják szem előtt, amely után jöhet az első gyermek, a részmunkaidő, a magánrendelés stb., amelyek a gyermek nevelésével összeegyeztethetők.

Az orvostanhallgatóknál némileg más a helyzet. Korábbi vizsgálatunk is kimutatták, hogy az orvosnők életében a legnehezebb szakasz a pályakezdés ideje, amikor meg kell szerezni a szakvizsgát, és életkori sajátosságokból adódóan a gyermekvállalásnak is ez az időszaka [5]. Így ők – a szakvizsga megszerzésének esetükben amúgy is hosszabb idejét figyelembe véve –, inkább szakvizsga előtt tervezik az első gyermeküket, majd karrierjükben hosszabb kihagyást tervezve, több/kevesebb időt kívánnak otthon tölteni. Így első állásuk kiválasztásánál a szakmai előrelépés vagy a kereseti lehetőség kevésbé, a munkahely jellege viszont, amely talán megkönnyítheti a családalapítást, erőteljesebben érvényesül.

Szakmai viszonyulásaikhoz kapcsolódik még az is, hogy az orvostanhallgatók körében nagyobb a pályaelhagyásra irányuló szándék, valamint az a feltevés, hogy a pálya több kompromisszumot is megkövetel, amelyek oka elsősorban a család és a karrier együttes jelenléte lesz. Gyakorló orvosnőkkel készült vizsgálatok is azt támasztják alá, hogy az orvosi pályáról nem szívesen mondanak le, de gyakran kell kompromisszumot kötniük, esetenként egészségi állapotuk, elégedettségük rovására is [3].

E tanulmány keretei között nem vállalkozhattunk a probléma megoldási javaslatainak kifejtésére. Fontosnak tartjuk azonban megjegyezni – amit több közlemény szerzője is felvetett már –, hogy a helyzet javulását segíthetné az is, ha a graduális, illetve posztgraduális képzés során valamilyen módon felkészülhetnének egészségi állapotuk megővására, és speciális mentálhigiénés oktatásban is részesülhetnének.

Tény, hogy a magatartás-tudományi tárgyak összes óraszám a teljes curriculum 3%-a, míg pl. a felkészülés a reménytelen állapotú betegekkel való foglalkozásra, az egyetemi képzés alatt mindössze annak 0,49%-át teszi ki

[15, 16]. Korábbi tanulmányunk is jelentős eltérést tárt fel az orvostanhallgatók által fontosnak tartott, valamint a ténylegesen, megfelelően elsajátított készségek, képességek és tudás között. A hallgatók orvosszerepről való elképzeléseinek legfontosabb jellemzője az volt, hogy későbbi eredményes gyógyító tevékenységükhöz a gyakorlati tapasztalatot, a betegekkel való megfelelő kommunikáció készségét, valamint az elméleti felkészültséget tartották jelentősnek. Ezzel szemben inkább a betegekkel folytatott megfelelő kommunikáció, a beteg pszichés magatartásának és szociális helyzetének megismerése, illetve az általános elméleti tudás terén érzik felkészültnek magukat [9]. Ez azt jelenti, hogy már az orvosszereppel együtt járó nehézségek is felkészületlenül érik őket, amelyekhez sok esetben társulnak majd a családalapítás, magánélet elvárásai is, együttesen szinte megoldhatatlan élethelyzetek elé állítva az orvosnőket. Ez a helyzet – különösen, ha rendszeresen ismétlődik vagy sokáig fennáll – egészségi állapotukat feltehetően károsan befolyásolhatja.

Eredményeink ismételten alátámasztják azt a tényt, hogy a szerepkonfliktus, valamint az egészségi állapot romlásának gyökerei kimutathatóak már az egyetemi évek alatt, aminek mérséklése, megelőzése csak korai, tudatos és rendszeres felkészüléssel képzelhető el.

## Összefoglalás

Felmérésünket a Szegedi Tudományegyetemen orvostan- és fogorvostanhallgató nők körében végeztük, önkéntes kérdőív segítségével. Célunk a szerepkonfliktus és a rossz egészségi állapot hallgatói korra visszanyúló gyökereinek feltárása volt.

Eredményeink alapján megállapíthatjuk, hogy a szerepkonfliktus, illetve az annak elkerülésére való törekvés, valamint az egészségi állapot mutatóinak romlása már az egyetemi évek alatt megkezdődik. A két csoport között több különbség is megjelent. A fogorvostanhallgatók egészségi állapota egyetemi éveik alatt valamivel rosszabbnak mutatkozott. Női és szakmai szerepeik összeegyeztetése területén azonban tudatosabbnak látszottak, s megítélésük szerint jövődöbéli szakmájuk több le-

hetőséget, kedvezőbb kompromisszumokat biztosít számukra.

Eddigi megállapításaink további, a problémát részletesebben feltáró, nagyobb mintára épülő vizsgálatunk alapját képezik.

## Summary

In this study an analysis of the views of female students of Medicine and Dentistry was carried out by the use of a self-administered questionnaire at the Albert Szent-Györgyi Medical and Pharmaceutical Centre of the University of Szeged.

The aim of this study was to find out to what extent can the roots of the role conflict and bad health status indicators, conditions frequently associated with female doctors, be traced back to the student years.

Our conclusion is that both the role conflict and the efforts made to prevent it, as well as the decline of the health status indicators appear relatively early in the course of the university studies.

Significant differences were revealed between the two groups: the health status of the students of Dentistry was found a bit less favourable, but they seemed to be more confident in harmonising their womanly and professional roles. In their opinion, their future career as a dentist can offer better chances and more advantageous compromises than those of a doctor.

The results of the present analysis may offer a starting point for further studies which could investigate this problem more thoroughly and could be based on a larger sample.

## Irodalom

1. Molnár L., Mezey M.: Az orvosok megbetegedéséről és halandóságáról. *Lege Artis Medicinae*, 1. évf. 8–10. szám: 524–528. 1991.
2. Ádám Sz., Gyórfy Zs.: Orvosnők az anyaságról. *Esély*, 3. szám: 86–92. 2003.
3. Gyórfy Zs., Ádám Sz.: Szerepkonfliktusok az orvosnői hivatásban. *Lege Artis Medicinae*, 13. évf., 2. szám: 159–164. 2003.
4. Gyórfy Zs., Ádám Sz.: Az egészségi állapot, a munkastressz és a kiegésző alakulása az orvosi hivatás-

ban. *Szociológiai Szemle*, 3. szám: 107–127. 2004.

5. Molnár R., Feith H.: Szerepkonfliktusok megnyilvánulásai orvosnők körében. *Lege Artis Medicinae*, 10. évf., 10. szám: 810–815. 2000.
6. Gyórfy Zs., Ádám Sz.: Az orvosnői hivatás magatartás-tudományi vizsgálata. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 5. évf., 1. szám: 27–53. 2004.
7. Simon T.: Orvosok és boldogulásuk Magyarországon. *Valóság*, 2. szám: 44–52. 1997.
8. Gjerberg E.: Women doctor in Norway: the challenging balance between career and family life. *Social Science and Medicine*, Volume 57, Issue 7: 1327–1341. 2003.
9. Molnár R., Molnár P.: Az orvosszerepről – a pályaszocializáció tükrében. *Mentálhigiéné és pszichoszomatika*, 6. évf., 2. szám: 123–140. 2005.
10. Bowman M.A., Allan D.I.: Stress and woman physicians. Springer-Verlag, New York, Berlin 1990.
11. Benson K.: Orvosegyetemre akarok menni. Semmelweis Kiadó, Budapest, 1994.
12. Csabai M., Barta K.: Az orvosi identitás alakulása: orvostanhallgatók nézete az orvosi pályáról, az orvosszerepről. *Lege Artis Medicinae*, 10 évf., 7–8. szám: 638–644. 2000.
13. Crossley M.L., Mubarik A.: A comparative investigation of dental and medical student's motivation towards career choice. *British Dental Journal*, Volume 193, No. 8: 471–473. 2002.
14. Eli I., Shuval J.T.: Professional socialization in dentistry. A longitudinal analysis of attitude changes among dental students toward the dental profession. *Social Science & Medicine*, Volume 16, Issue 9: 951–955. 1982.
15. Kopp M., Pikó B.: A magatartástudományok, magatartás-orvoslás helyzete a mai magyar orvosképzésben. *Népegészségügy*, 81. évf., 5. szám: 33–37. 2000.
16. Hegedűs K., Mészáros E., Riskó Á.: A súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi és lelkiállapota. *Lege Artis Medicinae*, 14. évf., 11 szám: 786–93. 2004.

# Egy hátrányos település lehetőségei az egészségfejlesztés terén

Szalontai Ágnes, Fadgyas Erzsébet

ÁNTSZ Kaposvári Városi Intézete

Kercseliget 500 fős kistelepülés, Kaposvártól 20 km-re fekszik. A település két fő jellemzője, hogy a roma kisebbség a lakosság egyötödét teszi ki, és a munkanélküliség már a lakosok csaknem 80%-át érinti.

Kercseliget egyike a térség azon településeinek, amelyek a legnagyobb népességfogyást élték át. A századelőn csaknem 1500 lakosa volt a virágzó gazdaságokkal övezett községnek. Ma azonban már csak 500 lelket számlál a – főként svábok lakta – falu.

A településen a munkahelyek, munkalehetőségek folyamatosan szűntek meg, ennek hiányában a lakosság más

településeken keresett lehetőséget a megélhetésre, és nagy részük elköltözött a faluból.

A környezeti adottságokból következően a településen jellemzően a mezőgazdasági tevékenység feltételei adóttak. Ipari és iparszerű tevékenységet nem folytatnak a faluban.

Munkalehetőség a térségi munkahelyek elmúlt évekbeni megszűnése miatt alig van. Alkalmanként vállalkozók biztosítanak munkát, amely időlegesen orvosolja a munkanélküliek nehéz helyzetét, de nem jelent hosszabb távú megoldást. A vállalkozók által foglalkoztatottak száma is minimális.

A „haszontalanság, szükségtelenség” érzése a felnőtt, munkaképes lakosság körében nemcsak szociális problémákat, hanem lelki, illetve ebből eredően testi károsodásokat is okoz.

Fentiekből adódóan a település költségvetésében jelentős összeggel szereznek a különböző szociális ellátások, a jövedelemmel nem rendelkezők részére nyújtott segélyek, a jövedelemplótló támogatás, illetve a különféle eseti, átmeneti segélyek.

A lakosság nagy része tehát inaktív jövedelmekből él a létminimumhoz közeli vagy az alatti szinten.

Nehéz szociális helyzetük miatt ezek az emberek, már pusztán anyagi akadályoztatásuk miatt is, elhanyagolják egészségüket.

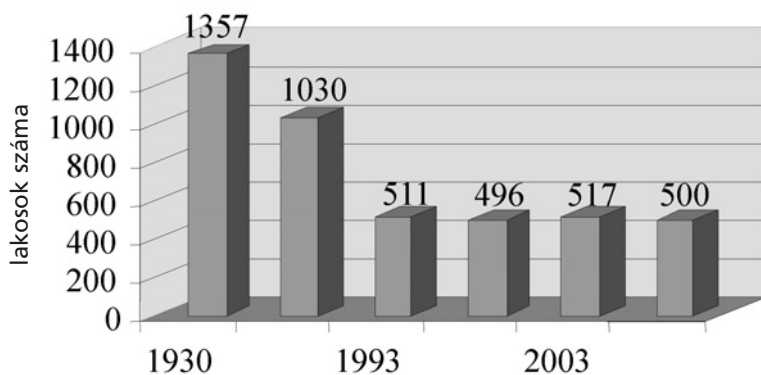
A településen két náció él egymás mellett: a romák és a svábok, akik két kultúrát képviselnek. A legégetőbb probléma azonban a munkanélküliség és az ebből adódó szegénység, ami nem tesz különbséget a roma és nem roma lakosság között, egyaránt érinti a település összlakosságát.

## A Kercseligeti Önkormányzat és az ÁNTSZ Kaposvári Városi Intézetének kapcsolata

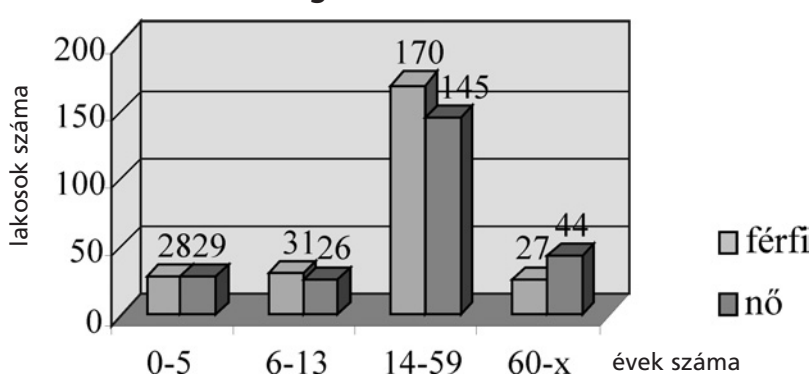
Szorosabb munkakapcsolatunk a településsel 2000-ben egy lakossági panaszbejelentés kapcsán alakult ki. A Kercseligeti Kisebbségi Érdekvédelmi Szervezet jelezte intézetünk felé, hogy településükön (közvetlen környezetükben) többéves megfigyelésük alapján magasnak ítélik a daganatos halálozást.

Ekkor megvizsgáltuk a terület egészségügyi mutatóit, és részletes környezet-egészségügyi felmérést végeztünk. A háziorvosi statisztikai adatok megnövekedett daganatos morbiditást, mortalitást nem mutattak, de

**A település népességének csökkenése 1930–2004 között**



**A település lakosságának korcsoport és nem szerinti megoszlása 2004-ben**



néhány népegészségügyi problémát felfedtünk (illegális szeméttelpek, csatornázás hiánya, egészségkultúra hiányosságai), amelyek orvoslása záros határidőn belül – közreműködésünkkel – meg is történt.

Ezen kapcsolatfelvételt követően rendszeres volt az önkormányzat, az egészségügyi szolgálat, illetve a Cigány Kisebbségi Önkormányzat részéről a felkérés intézetünk felé felvilágosító lakossági fórumok, egészségnap rendezvények megszervezésére. Ezek hol kisközösségeket, mint óvodát, iskolát, roma lakosságot, hol az egész települést érintették.

Munkakapcsolatunk révén, amikor a Nemzeti Népegészségügyi Program keretében a minisztérium az önhibájukon kívül hátrányos helyzetű települések részére „Települési, kistérségi egészségterv készítése, megvalósítása” címen pályázatot írt ki, nem volt kérdés, hogy felhívjuk Kercseliget Önkormányzatának a figyelmét erre. Az önkormányzat élt a lehetőséggel, és intézetünk szakmai támogatásával el is készült a pályázati anyag, valamint a település egészségterve.

„Az örömteli mozgás biztosítása minden korosztálynak Kercseligeten” című programmal másfél millió forintot nyert az önkormányzat településének.

A sikeres pályázat nyomán a program 2004. évben elindult, s a következő év végére maradéktalanul meg is valósult.

A program a település lakosságát érintő szociális problémák megoldásának elősegítése és az esélyegyenlőség megteremtése céljából készült. Az önkormányzatnak egyaránt kiemelkedő feladata volt a program végrehajtásában, a települési egészségterv betartásában, folyamatos nyomon követésében. A továbbiakban pedig az egészségterv folyamatos aktualizálásának feladatát kell vállalniuk.

A *Települési Egészségterv* fő célként tüzte ki, hogy a lakosság aktív résztvevő legyen saját egészsége fejlesztésében, megőrzésében; a lakosok időben észrevegyék a változásokat szervezetükben, életvitelükben; valamint megfelelő ismereteik legyenek ezek felismerésére, orvoslására.

Tájékozottak legyenek a problémáikat kezelő intézményekről, szervekről, lehetőségekről; érdekeltté váljanak egészségük megőrzésében.

A mozgás program elsődleges célja volt sportolással csökkenteni a lakosság stressz, illetve depresszió okozta problémáit, valamint elérni azt, hogy az egészségre káros szenvedélyek helyett az egészséges mozgást válasszák.

A konkrét program céljai közt szerepelt továbbá, hogy számos népbetegség prevencióját is megvalósítsa, vagyis minél szélesebb korosztályt és minél több lakost mozgósítson. A lakosság egészének egészséges életmódot választó attitűdje pozitív irányba formálódjon (depresszió, stressz, alkohol, dohányzás). A programok ösztönzőleg hassanak a családokra (önállóan is szervezzenek családi kirándulásokat, programokat). A testmozgás mindennapi igénnyé váljon. A közös sportolás során alakult csoportok érdeklődővé váljanak az őket érintő ismeretekre, előadásokra. Sajátos igényeiknek megfelelő mozgást választhassanak, s folyamatos visszajelzést kapjanak az aktuális erőnlétről, fizikai teljesítőképességről. Ez utóbbiban nagy szerepet vállalt a település háziorvosa is.

„Az örömteli mozgás biztosítása minden korosztálynak Kercseligeten” program a település minden korosztálya számára sportolási lehetőséget biztosított: tekepályát építettek, szobakerékpárokat, tornaszőnyegeket, tollaslabda-készleteket, asztaliteniszhez asztalt, ütőket, valamint a sportpályákhoz kapukat vásároltak. A település sportolásra alkalmas helyiségeit, egyéb építményeit, területeit korszerűsítették (sportkapuk, pályák felújítása).

A tárgyi feltételek biztosítása mellett a személyi feltételekről is gondoskodtak, ennek keretében gyógytornászt, testnevelő tanárt, masszőrt foglalkoztattak. Intézetünk közreműködésével több egészségnap rendezvény és lakossági fórum került megrendezésre az egészség, egészséges életmód jegyében. A településen megkezdtek a több korosztályra kiterjedő társastáncoktatást. Gyalogtúrákat, sportvetélkedőket szerveztek a család-

dok számára. A program során, hogy a lakosság folyamatos érdeklődését fenntartsák, masszázst biztosítottak heti egy alkalommal.

A programok helyszínéül a település már meglévő intézményei szolgáltak, befogadóképességüknek megfelelően (óvoda, általános iskola, idősek klubja, faluház, szabadtéri sportpályák).

A csoportos rendezvényeken a falu 15–20%-a vett részt. Az egyéni sportolási lehetőségeknél a részvételi arány nem volt mérhető.

### Rendezvények – résztvevők száma

#### Csoportos

- „Séta az egészségért a Kopjafához”: 4–20 éves korosztály részére, 40 fő;
- „Séta az egészségért a Kopjafához”: idős korosztály részére, 55 fő;
- egészségügyi felvilágosítás, masszázs: a program futása alatt hetente 1 alkalom, alkalmanként átlagosan 20 fő;
- idősek Ki mit tud?-ja (társastánc): 25 fő;
- tekebajnokság: 30 fő;
- idősek sportnapja: 30 fő;
- lakossági tájékoztatás: kb. 150 család;
- lakossági fórum: kb. 150 család;
- egészségi állapot felmérése: kb. 150 család.

#### Egyéni

Egyéni sportolási, alakformálási lehetőség – családi kirándulások, sportvetélkedők.

### A program eredménye

A program lezárult, hozadéka azonban a településen maradt, hisz az egészséges életmód, a sportolás öröme beépülhetett a lakosság mindennapjaiba, és az általa összekovácsolódó közösség aktívvá válhat az élet egyéb területein is, a tárgyi feltételek pedig továbbra is adottak a település lakosai számára.

Szakemberek ráfigyelésével és irányításával egy kistelepülés lakói egyéni és közösségi eredményeket értek el,

amelyek megteremtését a pályázati lehetőségek is elősegítették a bemutatottak alapján.

## Összefoglalás

Kercseliget 500 fős kistelepülés, amellyel az egészségfejlesztés terén öt éve szoros munkakapcsolata van intézetünknek. A település két fő jellemzője: hogy a roma kisebbség a lakosság egyötödét adja, s a munkanélküliség már csaknem 80%-os. A munkanélküliségből adódóan a „haszonlatanság, szükségtelenség” érzése a felnőtt, munkaképes lakosság körében nemcsak szociális problémákat, hanem lelki és ebből eredően testi károsodásokat is okoz.

Amikor a Nemzeti Népegészségügyi Program keretében a minisztérium az önhibájukon kívül hátrányos helyzetű települések részére „Települési, kistérségi egészségterv készítése, megvalósítása” címen pályázatot írt ki, nem volt kérdés, hogy felhívjuk Kercseliget Önkormányzatának a figyelmét erre. Az önkor-

mányzat élt a lehetőséggel, és intézetünk szakmai támogatásával elkészült a pályázati anyag, valamint a település egészségterve.

Cikkünkben bemutattuk a megvalósult pályázati program és települési egészségterv hozadékát, és ráirányítottuk a figyelmet, hogy szakemberek támogatása és irányítása mellett a pályázati lehetőségek kihasználásával egy kistelepülés lakói is egyéni és közösségi eredményeket érhetnek el.

## Summary

Kercseliget is a small community with 500 inhabitants, with which our institute has had close connections in the past five years in the field of health care development. The two main characteristic features of the community: the Romany /Gypsy/ minority makes up one fifth of the population, while unemployment is almost as high as 80%. Due to unemployment, the feeling of being “unnecessary” causes not social, but also spiritual, and, consequently, physical damage among the

adult population who are otherwise capable of work.

When entries were invited for an application by the Ministry for the communities in disadvantageous situation through no fault of their own as part of the National Public Health Program under the title of “Preparation and Realization of a Health Project for a Community or District”, it was only natural of us to draw the attention of the local government of Kercseliget to it. The local government took the opportunity, and with the professional support of our institute, the material for the application was compiled, as well as the health conception of the community.

In our article we presented the proceeds of the accomplished application project and community health care program, and emphasized the fact that, given the support and guidance of experts, by making use of the possibilities of applications, even the inhabitants of a small community are able to effect their individual and communal purposes.

## HÍREK, INFORMÁCIÓK

# Befogadó társadalom – befogadó egészségügy

**A VI. Magatartás-tudományi Napok Konferencia résztvevői az alábbi megállapításokat tették és a következő javaslatokat fogalmazták meg az egészségügyben tapasztalható előítéletek csökkentésére és a diszkrimináció megelőzésére.**

Az egészségügyi ellátásban és képzésben foglalkoztatottak, a betegekkel és a hallgatókkal kapcsolatba kerülők ugyanúgy, mint a társadalom többsége, előítéletes beállítódással jellemezhető néhány társadalmi, etnikai vagy bármilyen – a többségi társadalomtól – eltérő kultúrájú, identitású csoporttal szemben. Ezek az előítéletek elsősorban a romákat sújtják. Kisebbségi mértékben – de számuk miatt jelentős arányban – ugyancsak előítéletes magatartás figyelhető meg a társa-

dalmi munkamegosztásban életkoruk miatt részt vállalni már kevésbé tudókkal (idősek), a munkaerőpiacról átmenetileg vagy tartósan kieső csoportokkal (munkanélküliek, fogyatékkal élők) és a több csoportot is magában foglaló szegényekkel (köztük a hajléktalanokkal) kapcsolatban is. Új jelenséggé várható a bevándorlók, letelepedők, menekültek stb. ellátása is. Az egészségügyi ellátásban olyan csoportok is jelen vannak, amelyeknek a kezelése során az előítéletes beállítódást szintén észlelni lehet a személyzet részéről (homoszexuálisok, AIDS-betegek, alkoholisták, öngyilkosok stb.). A felsőoktatásban, az orvos- és más egészségügyi személyzet képzésében résztvevők előítéletes magatartásukkal „mintát adhatnak” a hallgatók számára, biztosítva az elő-

ítéletekkel rendelkező szakemberek „bővített újratermelését”. Az egészségügyi személyzet napi munkája során szembesül azokkal a problémákkal, amelyek a hiányos önismertetből, valamint e hátrányos helyzetű csoportokra és a mások szempontjait is figyelembe vevő konfliktuskezelés ismereteire vonatkozó hiányokból fakadnak.

A társadalmi méretekben jelen lévő előítéletek tehát az egészségügy/a felsőoktatás színterein is jelen vannak. A legtöbb esetben „csak” látens módon érvényesülő előítéletek rontják az érintett csoportok (egészségügyi személyzet és az előítéletekkel sújtottak) együttműködését, csökkentik a gyógyítás hatékonyságának, illetve a társadalmilag hátrányos helyzetben lévők integrációjának esélyeit.

E csoportok közül a romák sajátos helyzetben vannak az egészségügyi ellátásban. Az ismeretek hiánya, az előítélet nehezíti a romák támogatását egészséggel kapcsolatos problémáik megoldásában. Az egészségügyben dolgozók munkájuk során gyakran kerülnek konfliktushelyzetbe a romákkal, úgy vélik, hogy erőfeszítéseik hiábavalóak. Saját konfliktusaik mellett a többségi társadalom (azaz más betegek) részéről érkező „nyomásnak” is ki vannak téve, s ezeknek a konfliktusoknak a kezelésére sincsenek felkészülve. A stigmatizált csoportok és az értük tevékenykedő „segítők” között így alig van esély a kommunikációra, az együttműködésre. Nyílt diszkrimináció az egészségügyben remélhetőleg ritkán fordul elő, a burkoltan érvényre jutó hátrányos megkülönböztetés azonban ugyanúgy megtalálható, mint az élet más területein.

*A konferencia résztvevői az alábbi javaslatokat teszik az egészségügyi és oktatási kormányzat, az egészségügyi képzésben és ellátásban részt vevő valamennyi intézmény számára:*

– Az előítéletek csökkentését és a diszkrimináció megelőzését elsősorban szemléletváltáson keresztül kell elérni: a „Ne mutasd, hogy viszolyogsz! Viselkedj!” megközelítés helyett a „Figyeld rá, működj együtt, légy empátikus!” szemlélet váljon uralkodóvá az egészségügyi ellátásban (is) minden betegcsoport esetében.

– Az egészségügyi ellátás különböző szintjein és az ellátók körében jelenleg meglévő, a „más”, a sérülékeny csoportokra vonatkozó képet változtatni/javítani kell. Ennek része a többségitől eltérő kultúra és értékek megismertetése a betegellátással hivatászerűen foglalkozókkal, valamint az egészségügyben dolgozó és a betegekkel bármilyen kapcsolatba kerülő személyezettel.

– Az egészségügyi ellátásban a sérülékeny csoportok egy részének segítése a fizikai akadálymentesítéssel oldható meg, de a legtöbb érintett csoport számára a „kommunikációs akadálymentesítés” a legfontosabb feladat.

– Az előzőekben megfogalmazottak az alábbi lehetséges módszerekkel érhetőek el:

1. oktatás, képzés: a kulturális különbségekről, a másságról, a toleranciára való érzékenyítésről; valamint a konkrét társadalmi (pl. szegények), etnikai (pl. romák) és speciális csoportok (pl. homoszexuálisok, AIDS-betegek, fogyatékkal élők) társadalmi-gazdasági helyzetéről, életkörülményeiről; és a diszkrimináció típusairól;

a) a graduális képzésbe való beépítéssel (a teljes egészségügyi képzés vertikumába integrálva);

b) a posztgraduális képzésbe való beépítéssel (pl. antidiszkriminációs és kultúrközi kommunikációs kompetencia-fejlesztő, valamint konfliktuskezelő tréningekkel);

2. a mainstreaming elvének érvényesítése az egészségügyben is;

3. a média/az egészségügyi média keretében a téma kiemelt kezelése.

– Szükséges a társadalom- és a magatartás-tudományi kutatások kiterjesztése, bővítése az előítéletekkel és a hátrányos megkülönböztetéssel, valamint a sérülékeny csoportok ellátási szükségleteivel kapcsolatban az egészségügy területén. Nemzetközi kutatások igazolják, hogy az ellátásban dolgozók jelentős része nincs tisztában saját előítéleteivel és a betegellátásban ennek következtében előforduló megkülönböztető diagnosztikai és terápiás eljárásokkal.

– A betegek és az egészségügyi személyzet közti kapcsolat erősítése, egymás jobb megértése, segítése, a konfliktusok megelőzése és kezelése érdekében a segítő szakmákat képviselők (szociális munkások, pszichológusok, védőnők, mediátorok, köztük roma mediátorok stb.) számának növelése elengedhetetlenül fontos az egészségügyben.

– A diszkrimináció feltárására hivatott szervezetek (országgyűlési biztosok, Egyenlő Bánásmód Hatóság) egészségügyben végzett munkájának elősegítése érdekében szükséges bizonyos jogszabályok megváltoztatása, illetve harmonizálása. Elő kell segíteni, hogy az adatvédelmi törvényt úgy módosítsák, hogy a fenti szervek az egészségügyben előforduló visszasságokat feltárhassák.

– A betegjogi képviselők aktívabb szerepvállalásának szorgalmazása

a hátrányos megkülönböztetést eredményező esetek feltárásában és megelőzésében. A betegjogi képviselő bejelentett panasz nélkül is legyen köteles az egyenlő bánásmód követelményének rendszeres ellenőrzésére, és megsértésének gyanúja esetén hívja fel az egészségügyi szolgáltató vezetőjének, valamint fenntartójának figyelmét a törvénytelen állapot helyreállítására és az újabb esetek megelőzésére. A betegjogi képviselők képzése szükséges a diszkrimináció felismerése és megelőzésére.

– Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat aktívabb szerepvállalásának ösztönzése az egyenlő bánásmód megsértését eredményező egészségügyi szolgáltatók működési gyakorlatának feltárásában és megelőzésében. Az ÁNTSZ minden fekvőbeteg-ellátó intézményben végezhet ellenőrzéseket, és szerepet vállalhat az egészségügyi szakszemélyzet szemléletformálásában is. Ehhez azonban saját szakembereik képzése is feltétlenül szükséges.

– Az Egészségügyi Minisztérium jelentős szerepet vállalhat az egészségügyben előforduló hátrányos megkülönböztetések feltárásában és megelőzésében, például jogszabály-módosítással, modellértékű programok, kötelező képzések stb. indításával, azok támogatásával.

– Az egyenlő bánásmód követelménye következetes érvényesítésének elősegítése érdekében az egészségügyi kormányzat szorgalmazza, hogy

1. az egészségügyi ellátásban dolgozók számára is szervezzenek antidiszkriminációs (azaz kultúrközi kompetenciafejlesztő) tréningeket, amelyek elősegítik a hátrányos megkülönböztetés különböző formáinak felismerését, megelőzését, és lehetővé teszik az ezzel kapcsolatos kérdések, vélemények megvitatását, megbeszélését;

2. a fekvőbeteg-ellátásban az orvosi és nem orvosi szakszemélyzet részére szóbeli és írásbeli tájékoztatást dolgozzanak ki a betegek elhelyezésének menetéről, a döntéseknél figyelembe vehető szempontokról, a lehetséges problémákról, azok megelőzésének és megoldásának módjáról;



3. a fekvőbeteg-ellátásban a betegek kapjanak részletes szóbeli és írásbeli tájékoztatást a betegelhelyezés menetéről, az adott kórterembe történő elhelyezésük háttéréről, okáról és a panaszbejelentés lehetőségéről, módjáról.

– Bizonyos betegcsoportokkal, így például az idősekkel szembeni előítéletek és diszkrimináció csökkentésének elsődleges terepe nem feltétlenül az antidiszkriminációs képzés, hanem a szakmai képzések, továbbképzések lehetőségeinek kiterjesztése és megerősítése. A geriátriai képzés szélesebb körűvé tétele, a szakmai ismeretek növekedése önmagában is csökkenthetné az idősebb betegekkel kapcsolatos intoleranciát és a hátrányos megkülönböztetést. Más csoportok (pl. fogyatékkal élők) esetében pedig a demedikalizáció, az érintettekkel kapcsolatos kép javítása (a normalizáció elvének teljesebbé tételével) segíthet életük teljesebbé és megkülönböztetésmentessé tételében.

A konferencia résztvevői felajánlják a Magatartás-tudományi Intézetek oktatóinak, kutatóinak tudását, oktatási-kutatási tapasztalatait és elkötelezettségét a kutatások végzésében, a konfliktuskezelésben, az empátiára, toleranciára való érzékenyítésben és a kommunikációs technikák begyakoroltatásában, annak érdekében, hogy – az összes szereplőjét tekintve – egy kooperatívabb és az egyenlő bánásmód elvére épülő egészségügyi intézményrendszer méltányosan és hatékonyabban láthassa el feladatát.

„A befogadó társadalom – befogadó egészségügy” ajánláshoz várjuk az egészség tudományi karok, főiskolák csatlakozását is. A PTE ETK Alkalmazott Egészségtudományi Intézete a konferencián már jelezte egyetértését a fenti javaslatokkal.

Pécs, 2006. június 8.

*A magyarországi orvoskarok magatartás-tudományi intézeteinek oktatói, kutatói*

*Dr. Füzesi Zsuzsanna, egyetemi docens, Pécsi Tudományegyetem Orvostudományi Kar, Magatartás-tudományi Intézet*

## Az OEFI szakmai értekezletei az egészséges iskolai büfékért

2005. november 29-én – a „büférendele” megjelenése előtt – az Országos Egészségfejlesztési Intézet Életciklus Osztálya „Az iskolai büfék átalakítása az egészség jegyében” címmel szakmai konferenciát rendezett pedagógusok, büfések, igazgatók, élmezésvezetők, diákok és szülők részére. A konferencia célja az volt, hogy megkönnyítsük az intézmények munkáját a várható rendeletnek történő megfelelés érdekében. A sok elméleti információ közvetítése mellett a gyakorlati ismeretek átadására is komoly hangsúlyt fektettünk (pl. higiénés feltételek kialakítása, interaktív táplálkozási programok, segédanyagok bemutatása). Fontosnak tartottuk a rendelet betarthatósági oldalát megmutatni.

A konferencián elsősorban táplálkozási szakemberek előadásait hallgatták a résztvevők, ugyanakkor, hogy teljes legyen a kép, lehetőséget adtunk az Élelmiszerfeldolgozók Országos Szövetsége részéről a Coca-Cola (Magyarország) Kft. képviselőjének is, az általuk képviselt nézetek közlésére a büféreformmal kapcsolatban. Az előadásból kiderült, hogy a kormányzat és az élelmiszeripar céljai – bármily furcsán hangzik – azonosak. Ezen állításukat a tévhit és a tények összevetésével igazolta. Beszámolt arról is, hogy megalakult a Táplálkozás, Életmód és Testmozgás Platform, amely egy közös összefogás – az ipar, a tudomány és kormányzat részéről – egy egészségesebb társadalom érdekében.

A konferenciát követően a fent említett cég megkereste intézetünket azzal a céllal (felajánlással), hogy folytassuk ezeket a szakmai konferenciákat, értekezleteket. Vállalták az értekezletek megszervezésének és lebonyolításának finanszírozását, kérésük csak az volt, hogy képviselőjük ismertethesse a cég az iskolákat érintő önkorlátozó tevékenységét ill., hogy bemutathassák az általuk meghirdetett Moccanj c. életmód- és sportprogramot.

Az önkorlátozó tevékenységük lényege, hogy minden iskolából kivonják a szénsavas Cola-termékeket (még a light-ot is), valamint az iskolákban ill. az iskolák környékén található italautomaták frontpaneljét lecserélik és csak ásványvizet (szénsavasat ill. szénsavmenteset) hirdetnek.

A Moccanj c. programjuk pedig beilleszkedik az egyre népszerűbb tavaszi, nyári, őszi szabadtéri tömegsportrendezvények sorába, amit központi támogatás hiányában kizárólag csak a multinacionális cégek finanszíroznak.

2006 januárjában megjelent

**Az oktatási miniszter  
32/2005. (XII. 22.) OM**

**r e n d e l e t e  
a nevelési-oktatási intézmények  
működéséről szóló 11/1994. (VI. 8.)  
MKM rendelet  
módosításáról**

A helyi önkormányzatokról szóló 1990. évi LXV. törvény 97. §-ának b) pontjában, továbbá a közoktatásról szóló 1993. évi LXXIX. törvény 94. §-a (1) bekezdésének b) pontjában foglalt felhatalmazás alapján – szakképzés tekintetében a szakképesítésért felelős miniszterekkel egyetértésben – a következőket rendelem el:

### 1. §

A nevelési-oktatási intézmények működéséről szóló 11/1994. (VI. 8.) MKM rendelet (a továbbiakban: R.) a következő 6/D. §-sal egészül ki:

„6/D. § (1) Ha a nevelési-oktatási intézmény vezetője – amennyiben erre az intézmény alapító okirata feljogosítja – megállapodást kíván kötni az intézményben üzemelő élelmiszer-árúsító üzlet vagy áruautomata működtetésére, döntéséhez beszerzi az iskola-egészségügyi szolgálat szakvéleményét. Az iskola-egészségügyi

szolgálat abban a kérdésben foglal állást, hogy az árukínálat megfelel-e az egészséges táplálkozásra vonatkozó ajánlásoknak.

(2) A nevelési-oktatási intézmény vezetője nem köthet megállapodást, ha az iskola-egészségügyi szolgálat szakvéleménye szerint az árukínálat nem felel meg az (1) bekezdésben meghatározott ajánlásoknak, kivéve, ha az iskolai, kollégiumi szülői szervezet (közösség) a megállapodás megkötését támogatja.

(3) Az (1)–(2) bekezdésben meghatározottakat a szerződés megváltoztatása esetén is alkalmazni kell.

(4) Az intézményben üzemelő élelmiszer-árúsító üzlet nyitvatartási rendjének a megállapodásban történő meghatározásához a nevelési-oktatási intézmény vezetője beszerzi az iskolai, kollégiumi szülői szervezet (közösség) és az iskolai, kollégiumi diákönkormányzat egyetértését.”

## Hatályba léptető rendelkezések

### 6. §

(1) Ez a rendelet 2006. január 1-jén lép hatályba.

(2) Az e rendelet hatálybalépésekor az intézményben működő élelmiszer-árúsító üzlet (áruautomata) működtetésére vonatkozó szerződést az 1. §-ban meghatározott eljárás lefolytatását követően felül kell vizsgálni. A nevelési-oktatási intézmény vezetője 2006. február 28-ig beszerzi az iskola-egészségügyi szolgálat szakvéleményét, valamint szükség szerint az iskolai, kollégiumi szülői szervezet (közösség) – az R. 6/D. § (2) bekezdése szerinti – állásfoglalását és ennek eredményeképpen kezdeményezi az árukínálat cseréjét. Ha felhívása nem vezet eredményre – a megállapodásban foglaltak szerint – felmondja az élelmiszerárúsító üzlet vagy áruautomata működtetésére kötött megállapodást.

Budapest, 2005. december

*Dr. Magyar Bálint*

A rendelet megvalósításához elkészült egy segédanyag is: Ajánlás az iskolai büfék korszerű táplálkozásba illeszkedő választékának kialakításához címmel, amelyet az Országos Élelmiszerbiztonsági és Táplálkozástudományi Intézet munkatársai készítettek.

Az Országos Egészségfejlesztési Intézet Életciklus Osztálya négy szakmai értekezletet tartott Az iskolai büfék és menzák átalakítása az egészség jegyében címmel:



– Kecskemét, 2006. február 28. (Kodály Iskola)

– Kaposvár, 2006. március 28. (Klebsberg Középiskolai Kollégium)

– Pécs, 2006. április 13. (Apáczai Nevelési Központ)

– Debrecen, 2006. május 3. (Regionális Családsegítő és Gyermejkölési Központ)

Értekezleteinkre meghívtuk a megyei oktatási intézmények igazgatóit, pedagógusait, büféüzemeltetőket, élelmiszervezetőket, iskolaorvosokat, védőnőket, diákokat és szülőket.

A minisztériumi ajánlás – talán érthető módon –, sok esetben egyes érzelmekkel párosult. Ezt tapasztalva intézetünk prevenciószakemberei úgy gondolták, hogy segíthetünk. Se-

gíthetünk az ajánlások megértésében és megvalósításában, valamint abban, hogy meg lehet felelni a korszerű egészségfejlesztés elvárásainak!

Ennek érdekében szerveztük a szakmai értekezleteket. Az előadások témái között a népegészségügyi program táplálkozásra és mozgásra vonatkozó cselekvési terve, a közétkeztetés, a marketing, a diéta, a büfék higiénés feltételeinek jogszabályi háttere és egy már működő egészséges büfé be-

mutatkozása szerepelt.

Mindemellett egy kiadványt is készítettünk: *Tippek, fortélyok az egészséges iskolai büfék kialakításához!* címmel, amelyben sok-sok gyakorlatban már megvalósult reformot mutatunk be, biztatva ezzel is a vállalkozókat.

2006. június 6-án került sor a „büférendelet” félévzáró értekezletére a Zuglói Arany János Általános Iskolában. A programban szerepelt szendvicskészítés, egészségötöltés, valamint szakmai beszélgetés a rendelet első hat hónapjának tapasztalatairól. A rendezvényen résztvevőkben tudatosítani szeretnénk volna, hogy a „büférendeletnek” nincs vége. Folytatni kell a munkát, sőt már lehet tervezni a közétkeztetés reformjára vonatkozó feladatokat is,





hiszen ezzel lesz teljes az iskolai étkeztetés egészséges átalakítása.

Fontosnak tartjuk azt is, hogy munkánkba bekapcsolódott egy multinacionális cég, hiszen a támogatása nélkül

intézetünk nem tudta volna felvállalni a „büférendelet” iskolai megvalósulását támogató szakmai értekezletek lebonyolítását. Példaértékűnek tartom ezt az együttműködést, amely pontosan azt adja „közre”, amire képes és hivatott az Országos Egészségfejlesztési Intézettől a szakmai, módszertani segítséget, míg a tőkeerős cégtől a jó kezdeményezések finanszírozását. Véleményem szerint a multinacionális vállalatokat érintő társadalmi felelősségvállalásból fakadó kötelezettséget sok hasonló, az egészségfejlesztés területén hasznosítható együttműködésben kellene gyümölcösíteni, hiszen egyre világosabb, hogy ezen tevékenységek állami támogatása mind kevesebb lehetőséget és mozgásteret biztosít.

A nehéz kezdés után mégis biztónak tűnik az iskolai büfék kínálatának egészségesre hangolása. Általános tapasztalat, hogy ott, ahol a tájékoztatás megfelelő mértéket öltött, vagyis

a programot ismertették mind a büfét üzemeltetővel, mind a diákokkal, tanárokkal és nem utolsósorban a szülőkkel, többségében eredményes volt a büféprogram bevezetése.

Az eltelt fél év eredményei azt mutatják, hogy az ajánlott élelmiszerekből álló áru kínálat bevezetése csak fokozatosan történhet. Ennek oka az ismeretlentől való idegenkedés, vagyis időre van szükség ahhoz, hogy a diákok megismerjék, megkedveljék az egészséges, fejlődésük számára fontos, új élelmiszereket, italokat. Ehhez folytatni kell a tanulók oktatását, egészségnevelését és fenn kell tartani az egészséges táplálkozást megkönnyítő élelmiszerek állandó kínálatát.

A munka tehát folytatódik, sőt hamarosan kiegészül a közétkeztetés reformjával, amelyről már most tudható, hogy az sokkal nagyobb falat lesz!

*Dr. Simich Rita*

## Egészségliget – Férfiak egészség hete

Az Egyesült Államok és Magyarország 2005 januárjában egészségügyi és orvostudományi együttműködési megállapodást írt alá. Ennek keretében, a Nemzeti Népegészségügyi Program egészségfejlesztési célkitűzéseivel összhangban idén is megrendezésre került 2006. június 4–11. között a Férfiak egészség hete program sorozat, elősegítve ezzel a lakosság egészséges életmód-választását, az egészségtudatos magatartást. A program sorozat nyitórendezvénye, az Egészségliget június 3–4-én volt a budapesti Városligetben.

Az Egészségligeten a férfiak egészségét érintő legfőbb témák szerepeltek.

A kétnapos rendezvényen az OEFI munkatársai 9 órától 18 óráig fogadták az érdeklődőket.

A látogatók számára testzsírszázalék-mérést, testtömegindex-számítást, allergia- és életmód-tanácsadást folytattak, ami kiegészült CO-méréssel.

Az OEFI sátrát többnyire családok és fiatal felnőttek keresték fel. A barát-



ságos környezetben lehetőség nyílt hosszabb személyes beszélgetésekre és az egyéni kérdések megválaszolására.

A rendezvény ideje alatt a programokon részt vevő látogatók különféle szakmai anyagokkal távoztak: az egészséges táplálkozás és mozgás té-

maköréből, az energia-egyensúlyról, dohányzásról való leszokást segítő kiadványokkal, ismertetőkkal. Ezen kívül az egészséges életmód-totót hibátlanul kitöltők apró jutalmat kaptak ösztönzésül.

*Csizmadia Péter*

# Contents

## EDITORIAL

„Health” does it a business for Health Care? . . . . . 2  
*Tamás Simon*

## PRACTICAL ISSUES

Help for Smokers Mennyiben ügye az egészség az egészségügynek? . . . . . 3  
*Dr. György Molnár, Gábor Egervári*

## TECHNICAL ISSUES

Tendencies of drug abuse in Hungary since  
the 90-ies till nowadays. Part 3 . . . . . 7  
*Edina Gábor, Judit Kiss*

## SURVEYS

Smoking characteristic features among paramedical college students . . . . . 13  
*Adrienn Barna, Boldizsár Horváth*

The Psychosocial Health and Value Orientation of High School Students  
as Reflected by Their Physical Activity . . . . . 19  
*Noémi Keresztes, Bettina Pikó*

The origin of the role conflict among female students of  
Medicine and Dentistry . . . . . 24  
*Regina Molnár, Dr. Kinga Török*

## LOCAL INITIATIVES

The Possibilities of a Community in Disadvantageous Situation  
in the Field of Health Care Development . . . . . 29  
*Ágnes Szalontai –Erzsébet Fadgyas*

NEWS, INFORMATIONS . . . . . 18, 23, 31, 33, 35

## Tisztelt Szerzőink!

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

E-mail címünk:

szerkesztoseg@oefi.hu

Telefon: 428-8229

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. Az ábrák elkészítésénél vegyék figyelembe, hogy azok fekete-fehérben fognak megjelenni.

Fáradozásukat köszöni és eredményes munkát kíván

*a Szerkesztőbizottság*

## Megrendelőlap

Előfizetésben megrendelem a ..... c. lapot ..... példányban.

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

Megrendelő (fizető):

Cím: .....

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

.....  
alíírás

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