

Készült
a
SZENT-GYÖRGYI ALBERT
ORVOSTUDOMÁNYI EGYETEM
TÁRSADALOMORVOSTANI INTÉZETÉ-ben

Igazgató:
Dr. Zalányi Sámuel
tanszékvezető egyetemi tanár

**AZ EGÉSZSÉGNEVELÉSI MUNKA
HATÉKONYSÁGÁNAK MÉRÉSE**

Írta: Rápoltiné Keresztes Csilla
egyetemi gyakornok



SZEGED

1990

TARTALOMJEGYZÉK

Bevezetés	1
I. RÉSZ	
1. Az egészségnevelés jelentősége	2
1.1. Az "Egészséget Mindenkinek 2000-re" WHO program	2
1.1.1. Az Alma-Ata-i Deklaráció	3
1.1.2. Az ottawai egészségmegőrzési nyilatkozat	4
1.1.3. Az "Egészséget Mindenkinek 2000-re" globális stratégiája	5
1.1.4. Az Európai Regionális Stratégia	6
1.1.5. Az egészségnevelők szerepe az "Egészséget Mindenkinek 2000-re" cél elérésében	7
1.2. Az Országos Társadalom Egészségmegőrzési Program	8
1.2.1. Az egészségnevelés és feladata az Országos Egészségmegőrzési Program megvalósításában	9
2. Egészségnevelési nevelői feladatok	12
2.1. Bölcsődében, óvodában végezhető egészségügyi feladatok	12
2.2. Általános iskolai egészségnevelési munka	13
2.3. Középiskolában végzendő egészségnevelő munka	13
2.4. Egészségnevelés felsőoktatási intézményekben	15
2.5. Honvédségi kiképzés alatt végezhető egészségnevelési munka	16
3. Az egészségnevelés módszerei	17
3.1. Az egészségnevelési feladatok megvalósítása	17
3.1.1. A tudományos kutatás módszerei	17
3.1.2. A gyakorlati egészségnevelés módszerei	18
3.2.1. Élőszó	18
3.2.1.1. Célzott beszélgetés	19
3.2.1.2. Kiselőadás	19
3.2.1.3. Előadás	20
3.2.1.4. Egyéb verbális formák	20
3.2.2. Írásbeli anyag alkalmazása	21
3.2.3. Szemléltető módszer	21

4. Az egészségnevelés hatékonysága	24
4.1. A hatékonyság értelmezése és keretei	24
4.2. A hatékonyság tervezése	25
4.2.1. Fázisok	25
4.2.2. Meghatározók	25

II. RÉSZ

1. Témafelvetés	27
2. Algyő község jellemző adatainak rövid ismertetése	28
3. Algyő községben végzett egészségnevelő munka ismertetése	31
3.1. Információszerzés	31
3.1.1. A kérdőív összeállítása	32
3.1.2. A kérdőívek értékelése	33
3.1.2.1. Orvoshoz fordulási szokások	33
3.1.2.2. Gyógyszerszedési szokások	35
3.1.2.3. Daganatos megbetegedésekkel kapcsolatos tudásszint; részvétel szűrővizsgálatokon	35
3.1.2.4. Dohányzás	42
3.1.2.5. Alkoholfogyasztás	44
3.1.2.6. Táplálkozás	47
3.1.2.7. Testmozgás, sport	50
3.1.2.8. Nemibetegségekkel kapcsolatos tudásszint, AIDS	52
3.2. A kapott adatok összegezése	53
3.2.1. Teendők	54
3.2.2. Munkaterv meghatározása	56
3.2.3. Módszerek kiválasztása	56
3.3. Intenzív egészségnevelő munka	57
3.3.1. Az egészségnevelés menetrendje	58
3.3.2. Az egészségnevelésbe bevontak köre	58
3.3.2.1. Óvodások	59
3.3.2.2. Iskolások	59
3.3.2.3. Felnőttek egészségnevelése	59

3.3.3. Egészségnevelésünk során használt módszerek	60
3.3.3.1. Élőszó	60
3.3.3.2. Írásbeli anyag	60
3.3.3.3. Szemléltető módszer	61
3.3.3.4. Komplex módszer	61
3.4. Egészségnevelő munkánk értékelése	61
3.4.1. Ellenőrzés ismételt kérdőíves felméréssel	63
3.5. A kapott adatok egybevetése a korábbi eredményekkel	64
3.6. Élelmiszerforgalom alakulása Algyőn 1988. és 1990. között	77
Összefoglalás	78
Irodalomjegyzék	
Mellékletek	

"Egészségedre mindazon által gondot viselj,
mert a nélkül dolgodban el nem járhatsz."

- APÁCZAI CSERE JÁNOS: Tanács -

Bevezetés

Az egészségmegőrzés hosszútávú társadalmi programja a lakosság tudatos egészségvédő, egészségfejlesztő magatartásán múlik. Az egészségtámogató magatartás alapja az egészségkultúráltság, vagyis többek között az egészségmegőrző ismeretek szintje, az egészséget elősegítő életmód, az egészségre káros szokások elkerülése. Az egészségnevelés tervezéséhez elkerülhetetlenül szükséges a populáció egészségkultúrális helyzetének és egészségmagatartásának ismerete.

Jelen munkámban a Szegedhez csatolt Algyő községben végzett reprezentatív felmérésünk adatait, az itt végzett intenzív egészségnevelő munkánk menetét, valamint e munka hatékonyságának mérési eredményeit szeretném ismertetni.

A felmérés értékelése után pontosabb képet kaptunk az adott falusi település lakosságának egészségkultúrális szintjéről, megismertük egészségmagatartásának főbb jellegzetességeit.

Az egészségnevelés magatartásformáló, személyiségkibontakoztató, szemléletkialakító tevékenysége folytán nemcsak a mának, a jelennek végzi munkáját, hanem a jövőnek is. Ezért kell egyre jobban megismernünk közvetlen környezetünk problémáit, hogy azonnal, megfelelő módon és intenzitással tudjuk felvenni a harcot a káros szokások, téves nézetek ellen.

Egészségnevelő munkánk célja, hogy rendszeres felvilágosító tevékenységgel a lakosságot egészséges életmódra, a betegségek megelőzésére, súlyosbodásuk, továbbterjedésük megakadályozására, és az egészségügyi célkitűzések megvalósításában való tudatos közreműködésre neveljük.

I. RÉSZ

1. Az egészségnevelés jelentősége

Az Egészségügyi Világszervezet megfogalmazása szerint egészségen nem csupán a betegség vagy nyomorékság hiányát értjük, hanem az ember teljes és magasfokú testi, szellemi és szociális jólétét. A kulturált ember igyekszik egészségét megőrizni, a betegséget megelőzni, ennek érdekében megpróbálja megteremteni a betegséget előidéző okok elkerüléséhez szükséges anyagi és szellemi feltételeket. Az egyes emberek egészségügyi kulturáltsága, a szükséges higiénés szabályok ismerete, a külső környezet egészségügyi feltételeinek javítása és a lakosság egészségének védelme az egész társadalom érdeke. Ennek eléréséhez a lakosságot nevelnünk kell. A nevelés céltudatos, tervszerű tevékenység. Feladata, hogy sokoldalúan képzett, korszerűen művelt közösségi szellemű, kulturált embereket alakítson ki.

Az egészségnevelés fogalomkörébe tartozik az egészségkárosító, rossz szokások elleni küzdelem; a helyes életforma, a jó szokások kialakításához szükséges magatartás és életfelfogás formálása, az erre való nevelés, valamint a lakosság mozgósítása, szervezése az egészségügy előtt álló feladatok megoldására.

Az egészségnevelés tehát a lakosság egészségügyi kulturáltságának, felvilágosításának, egészségügyi ismereteinek bővítése, az egészség megvédése, a betegségek megelőzése érdekében kifejtett ismeretterjesztő, magatartást formáló tevékenység. Hatását a magatartás változásán tudjuk lemérni, amikor az emberek egészségük védelme fokozásának, visszaszerzésének érdekében a legmegfelelőbb viselkedést tanúsítják (39).

1.1. Az "Egészséget Mindenkinek 2000-re" WHO program

Az "egészség" fogalmának megközelítésére, körülírására az idők során nagyon sokan tettek kísérletet. Napjainkban a legáltalánosabban elfogadott definíció az, amely az Egészségügyi Világszervezet (WHO) Alkotmányában szerepel:

"az egészség az emberek teljes és magasfokú testi, szellemi, szociális jóléte, nemcsak egyszerűen a betegség és a nyomorékság hiánya."

A világ sok országában szerepel a kormánypolitikában az egészség javítása (pl: a kanadai kormány támogatását élvező Lalonde Jelentés - 1974) (26). Az Egészségügyi Világszervezet 1977-ben Közgyűlésén határozta meg, hogy a különböző kormányzatok és a WHO fő társadalmi célkitűzésévé kell tenni az egészség biztosítását minden ember számára. A WHO Alkotmánya kimondja, hogy a kormányok felelősséggel tartoznak népük egészségéért. A kormányok, nemzetközi szervezetek és a világ egész közössége fő feladata az kell legyen az elkövetkezendő évtizedekben, hogy a WHO Alkotmányában foglalt alapelvek és fő célkitűzések megvalósításán fáradozzanak. Ezekből a gondolatokból kiindulva indult el 1977-ben, az "Egészséget Mindenkinnek 2000-re" stratégia, a WHO évi Közgyűlésének azóta történelmi jelentőségűvé vált határozatával (60).

Az egészség otthon, az iskolában és a munkahelyen kezdődik; megőrzésére és a betegségek megelőzésére ott ügyelnek a legjobban, ahol az ember él és dolgozik. Az emberek a jelenleginél jobban törődjenek a betegségek megelőzésével az elkerülhető betegség és rokkantság csökkentésével.

Az Egészségügyi Világszervezet valamennyi lehetséges erőforrását e célok megvalósítása érdekében használja fel a stratégia elfogadása óta. Erőforrás alatt természetesen nemcsak a pénz értendő, hanem a tudás, know-how, emberi képességek, erkölcsi és politikai befolyás, szolidaritás.

1.1.1. Az Alma-Ata-i Deklaráció

A stratégia történetében óriási jelentőségű lépés volt az Alma-Ata-i Deklaráció, amelyet 1978-ban, az Alma-Atában megtartott Nemzetközi Alapellátási Konferencián fogadtak el a tagországok. A Deklaráció kimondja, hogy az "Egészséget Mindenkinnek 2000-re" megvalósításának kulcsa az alapellátás. Többek között megerősítette, "hogy az egészség alapvető emberi jog, és az egészség elérése a legfontosabb globális társadalmi célkitűzés, amelynek megvalósításához az egészségügyi szektor tevékenysége is elengedhetetlen" (57).

Az alapellátás a legfontosabb egészségügyi ellátás, mely mindenkor hozzáférhető a közösség valamennyi egyéne és családja számára, anyagilag elérhető. Integráns részét képezi mind az ország egészségügyi rendszerének, mind pedig a közösség általános társadalmi és gazdasági fejlődésének.

Az alapellátás a közösség legfontosabb egészségi problémáival foglalkozik, gondoskodik ezek megelőzéséről, gyógyításáról és a rehabilitációról.

Az Egészségügyi Világszervezet szerint az "Egészséget Mindenkinél 2000-re" terv megvalósításában a kiindulópont nem a betegség (a betegség legyűrése, sikeres gyógyítása, a rizikótényezőktől való eltiltás), hanem az egészséges életmód, magatartás, a fittségi állapot fenntartása, az alkalmazkodóképesség fokozása, a szabad önkibontakozás, az optimális növekedés-fejlődés biztosítása. Az így felfogott egészségmegőrzés egyéni aktivitást, tudatos tevékenységet és cselekvési készséget tartalmaz (55).

Az egészség tehát nem "állapot" jellegű (mint a WHO definíciójában), hanem aktív alkalmazkodó - alakító tevékenység; nem a természet ajándéka, hanem olyan érték, amiért napról napra tenni kell valamit. Az egészség ilyen értelmezésére mind több ország egészségmegőrzési programjában "pozitív egészség" elnevezést vezettek be.

A pozitív egészséget a következő jegyek alkotják: jó közérzet, kiegyensúlyozottság, megelégedettség, munkakedv, kreativitás, életöröm, pozitív kommunikációs kapcsolat, együttérzés, problémaelviselés, fittség.

1.1.2. Az ottawai egészségmegőrzési nyilatkozat

Az I. nemzetközi egészségmegőrzési konferencia 1986-ban ülésezett Kanadában, Ottawában. Az itt kiadott nyilatkozat cselekvésre hív fel "Az Egészséget Mindenkinél 2000-re és azon túl" elérése érdekében. 35 ország egészségpolitikai szakértője tanácskozott arról, hogyan lehet a betegség helyett az egészségre koncentrálni, hogyan lehet az orvosi ellátás tervezéséről az egészséges munka- és lakókörnyezet tervezésére áttérni, az embereket bevonni saját egészségük alakításába (15).

Nem szűkítették le az egészségvédelem kérdéseit az életmód modelljére, hanem vállalták azoknak a politikai, gazdasági, kulturális, nevelési tényezőknek a feltárását, bemutatását, amelyek befolyásolják a belső értékrendet tükröző életstílust, életvitel megválasztását.

A közös megegyezéssel elfogadott zárónyilatkozat ("Ottawa Charter for Health Promotion") a hatékony egészségmegőrzési programok számára öt cselekvési sávot jelölt meg és ajánlott a kormányok figyelmébe.

1. Az egészség érdekeit nyomatékosabban érvényesítő jogalkotási, illetve politikai döntéshozatali mechanizmus kialakítása szükséges. Olyan, mely elismeri, hogy az egészségmegőrzés messze túl mutat az egészségügyi ágazat

illetékességén és tudatosan épít a szervezett ágazatközi együttműködésre. Az egészség mindig legyen a mérlegelés kritériuma a gazdasági folyamatokban is.

2. Az egészség védelmét, teljes kialakulását csak az ezt elősegítő természetes és mesterséges környezetben biztosíthatjuk. Tehát mindennapi munkánk, pihenésünk, regenerálódásunk környezete legyen biztonságos, esztétikai élményt kínáló, de mindenekelőtt mentes az egészségkárosító hulladékoktól, melléktermékektől.
3. Bízni kell az önkéntes kezdeményezésekben, a társadalom sejtjeinek, a kiscsoportoknak elszántságában, tenniakarásában. Minél sűrűbb szövetű az öntevékeny-önsegítő lakossági csoportok hálójá, annál sokszínűbb lehet az egészségmegőrzés palettája, eredményesebbek és célzottak a tömegkommunikációs kampányok.
4. A közművelődés, a tömegkommunikáció, az oktatás közvetítsen színvonalas, a műveltség szerint is rétegzett információkat, ismereteket az egészség megtartásával kapcsolatban, hiszen a jól tájékoztatott, helyesen motivált állampolgár kulcsfontosságú a program sikerében.
5. Indokolt az egészségügyi szervezetirendszer átalakítása, demokratizálása, hogy legyen fogékonyabb az egészséget fenyegető veszélyhelyzetekre, nyitottabb a lakosság életmódja iránt, hogy megbízható szakmai háttérrel nyújthasson a társadalmi szervezetek, helyi közösségek egészséget támogató kezdeményezéseihez.

A konferencia felhívja az Egészségügyi Világszervezetet és más nemzetközi szervezeteket, hogy propagálják az egészségmegőrzést valamennyi fórumon és támogassák az országokat egészségmegőrzési stratégiájuk és programjuk kialakításában (26).

1.1.3. Az "Egészséget Mindenkinnek 2000-re" globális stratégiája

A globális stratégia alapja az alapellátásra épülő, egész országot átfogó egészségügyi rendszer koncepciója. Ez egyaránt érvényes a fejlett és fejlődő országokra. Fő céljai az egészségügyi rendszer infrastruktúrájának fejlesztése, kezdve az alapellátástól.

Ezek a programok az egészség javítása, betegségek megelőzése, diagnózis, terápia és rehabilitáció érdekében hozott intézkedéseket tartalmazzák.

Biztosítani kell az országok közötti technikai és gazdasági együttműködést, hiszen egy ország sem képes stratégiáját egyedül megvalósítani.

A globális stratégia konkrét célkitűzései:

1. Mindegyik ország mindegyik lakosa számára hozzáférhető legyen legalább a leglényegesebb egészségügyi ellátás és az ezt követő második egészségügyi ellátási szint.
2. Mindegyik ember aktívan tevékenykedjék saját és családja egészségéért és a közösség bevonásáért.
3. A közösségek világszerte osszák meg a kormányokkal a lakosok egészségügyi ellátásáért vállalt felelősséget.
4. Minden kormány vállalja maga a fő felelősséget népe egészségéért.
5. Minden ember számára legyen adott a biztonságos ivóvíz és szanitáció.
6. Minden ember megfelelően táplálkozzék.
7. Minden gyerek védőoltásban részesüljön a gyermekkor leggyakoribb fertőző betegségeivel szemben.
8. A fejlődő országokban a fertőző betegségek ne jelentsenek nagyobb közegészségügyi problémát 2000-ben, mint a fejlett országokban 1980-ban.
9. Minden lehetőséget, módot meg kell ragadni a nem fertőző betegségek megelőzésére, az elmeegészségügy javítására, az életvitel befolyásolása és a fizikai, valamint a psychoszociális környezet ellenőrzése útján.
10. Mindenki számára legyenek hozzáférhetőek a szükséges gyógyszerek (23).

1.1.4. Az Európai Regionális Stratégia

A hat régió közül elsőnek az Európai Régió dolgozta ki saját stratégiáját, amelyet 1980-ban Fez-ben az Európai Regionális Bizottsági ülés megtárgyalt, jóváhagyott és elfogadott.

Az Európai Stratégia legszükségesebb feladatai:

1. A drága kórházi ellátás mind kevesebb és rövidebb ideig való igénybevétele, ugyanakkor a járóbetegellátás és az otthoni ápolás javítása.
2. A specializált ellátás szelektívebb használata, ugyanakkor az általános orvosi ellátás jobb kihasználtsága.
3. A gyógyszerek, diagnosztikus vizsgálatok, orvosi berendezések megtérülés-arányosabb hasznosítása.
4. A feladatok nagyobb mértékű átruházása.
5. Az önsegítés fokozottabb támogatása.

Az életstílussal összefüggő problémákat a viselkedés megváltoztatásával lehet csökkenteni. Bár ezek sokszor a mélyen gyökerező kulturális befolyás

csökkentését, a tömegtájékoztatási eszközökben az egészségtelen szokások reklámozásának felszámolását, a kereskedelem gyakorlatának megváltoztatását, vagyis az egészségre káros termékek (dohány, alkohol stb.) reklámozásának megszüntetését jelentik.

A Régióban nagyon elterjedt a dohányzás, amely egyenes összefüggésben áll a tüdőrákkal és a cardiovascularis betegségekkel. Komoly aggodalomra ad okot az alkoholizmus is, amely a közúti és a munkahelyi balesetek egyik fő kiváltó oka; összefüggésbe hozható az elemegészségügyi problémákkal, az öngyilkossággal. A gyógyszerekkel és kábítószerekkel való visszaélés egyre komolyabb probléma; az elhízás, a kiegyensúlyozatlan táplálkozás a Régió leggazdagabb országaiban is jelentkezik. Növekszik a szexuálisan terjesztett betegségek incidenciája; a testmozgás hiánya a betegségek egyik fontos faktora. Bár a Régió a környezet javítására koncentrálna tevékenységei jó részét, mégis óriási mértékű a környezetszennyeződés, különösen a folyókban és a tengerekben. A zajártalom felé csak az utóbbi időben fordult az érdeklődés. Az új kémiai anyagok bevezetése új problémákat jelentenek; az atomenergia egyre növekvő mértékű alkalmazása potenciális sugárveszélyt rejt magában.

Még mindig vannak a Régióknak olyan részei, ahol nincs biztonságos ivóvíz, szanitáció és nem kielégítőek a lakáskörülmények.

Az Európai Regionális Stratégia három fő cselekvési területe:

1. Egészséges életstílusok támogatása.
2. Megelőzhető feltételek csökkentése.
3. Az egészségügyi ellátási rendszer reorientálása oly módon, hogy az az egész lakosságra kiterjedjen (55).

1.1.5. Az egészségnevelők szerepe az "Egészséget Mindenkinek 2000-re!" cél elérésében

Az Egészségügyi Világszervezet által kitűzött cél elérése az egészségnevelőktől komoly, felelősségteljes munkát követel. Az Egészségnevelés Nemzetközi Uniójának (IUHE) Európai Irodája úgy véli, hogy alkotmányos céljainak és feladatainak megfelelően aktívan részt kell vennie a WHO stratégiájának végrehajtásában.

Az IUHE Európai Testületi Irodája három fő programcsoportban határozta meg a cél elérését:

- az egészséges életmód előmozdítása,
- a kórokok közül a megelőzhetőek csökkentése,

- az egészségügyi szolgálat átszervezése olyképpen, hogy az mindenki számára elérhető és megfelelő legyen (60).

1.2. Az Országos Társadalom Egészségmegőrzési Program

Az egészségmegőrzés hosszútávú társadalmi programját a kormány a gazdasági reformokkal, a gazdasági stabilizációs programmal egyidőben (1987) hirdette meg.

A gazdasági stabilizációs program és az egészségmegőrzési program - a társadalmi tapasztalat szerint - nincs minden mozzanatában szinkronban.

A fokozott takarékoság, a restriktív politika, az élelmiszerárak növekedése fékezőleg hat az egészségmegőrzési program kiteljesülésére.

A meghirdetett egészséges táplálkozást célzó felvilágosítással, neveléssel szemben működik pl. az alapvető élelmiszerek árának emelkedése; a nyugdíjasok egy részének létminimumot sem elérő nyugdíja; a népesedéspolitikai koncepció ellen hat a fiatalok elhelyezkedési, lakásvásárlási, családalapítási nehézsége; az időskorúak otthoni balesetének megelőzését akadályozza a háztartási gépek és eszközök javításának, karbantartásának, újjal történő kicserélésének megghiúsulása az alacsony jövedelmük miatt.

Ezek után felmerül a kérdés, van-e lehetősége és milyen határfoka lehet az egészségmegőrzésre való mozgósításnak, az egészségi ismeretterjesztésnek, az egészségnevelésnek?

Az egészségmegőrzés egyéni és társadalmi sikere három alapfeltételre épül:

1. az egyén örökletes (genetikai) tulajdonságára,
2. a gazdasági, szociális környezeti feltételekre (pl. élet- és munkakörülményekre, környezetvédelemre, sugárbiztonságra, árpolitikára, művelődési, egészségügyi ellátásra stb.)
3. az egyén felelősségteljes egészségvédő magatartására (az ismeretek átadása, átvétele, aktivizálása, készségek fejlesztése) (53).

E nagy komplexumból az egészségnevelés csupán az utóbbi - az egészségvédő magatartás - alakításából veheti ki teljes hatékonysággal a részét. Az egészségnevelés így szükséges, de nem elégséges feltétele az egészségmegőrzési programnak.

1.2.1. Az egészségnevelés és feladata az Országos Egészségmegőrzési Program megvalósításában

Mit vállalhat az egészségnevelés az egészségmegőrzési programból? Általánosságban azt mondhatjuk: az egészségmegőrzést, egészségfejlesztést szolgáló magatartásváltoztatásra irányuló akciókat, a kellő mennyiségű és minőségű információ közvetítését és az ezen alapuló készségfejlesztést. Természetesen ebből mást vállalhatnak az egészségügyi szakszolgálat tagjai, mást a szülők, a nevelők és a közművelődés szakemberei.

Az egészségügyi ellátásban a körzeti orvosok, védőnők, szociális- és beteggondozók, a humánszolgáltatás munkatársai állnak legközvetlenebb kapcsolatban az egészséges lakossággal (a primér prevencióval); a művelődési hálózatban pedig az iskolák, művelődési és sportintézmények lesznek az egészségmegőrzési program bázisai. A gyógyító szakszolgálat zömmel csak a szekunder és terciér prevencióban kapcsolódik a programhoz.

A leírtak feltételezik, hogy az új értelmezésű egészségmegőrzésnek vannak gazdasági-társadalmi feltételei és ugyanakkor egyéni (egyéntől függő) stratégiái is.

Az egyéntől függő tevékenységek legfőbb stratégiáit olyan tevékenységek szorgalmazása alkotja, amelyek nem egy meghatározott betegség, rossz közérzet vagy egészségi probléma visszaszorítására irányulnak. Ilyen stratégiának számítana a torna, sport, testedzés, kertészkedés, jóga, hobby tevékenység, az egyesületekben való közreműködés, a környezet szépítését, parkosítását szolgáló tevékenységek.

Ezek az egyéni illetékesség keretébe tartoznak, és csak közvetve - de alapvető jelentőséggel - szolgálják az egészségfejlesztést, a kiegyensúlyozottságot, a fittséget.

Az egyének aktivitásán alapul az egészségmegőrzés magasabb szintű stratégiája: az igénytámasztás, az előzetes felkészítés, a lelkesítés és biztatás, az ösztönzés, a rizikóérzékelés és rizikómegoldás megtanítása.

Ez a fajta stratégia kétféle funkciót tölt be:

- életfontos periódusokra, mozzanatokra készít elő (pl.: pályaválasztásra, életkezdésre, nyugdíjazásra, anyaságra, pihenésre, autogén tréningre), továbbá egészségnevelő önellenőrzésre (pl.: a mell önvizsgálatára, a vércukor, a vérnyomás, testsúly, az erőnlét ellenőrzésére, mérésére),

- felvilágosító, nevelő-segítő, visszavezető feladatot old meg (iskolai, oktatási programoktól a szociális gondozói tevékenységig, a főzési tanácsadástól a krízis prevencióig) (53).

Az egészségmegőrzés előző egyéni stratégiáival azonos súlyú, a gazdasági-társadalmi élet feltételeinek megteremtése az egészségmegőrzéshez. Olyan stratégiák tartoznak ide, amelyek nem függenek közvetlenül az egyéntől (nem tartoznak az egyéni kompetencia körébe), amilyenek az egészség, a lét feltételei, az élelmezés feltételei, a szabadidő egészséges eltöltésének feltételei, a balesetmentesség, a biztonságos élet-, munkavégzés-, közlekedésfeltételek.

Az állami-társadalmi feltételek rendszere a szociális gondolkodásban és a környezetvédelem szabályozásában, az élet- és munkafeltételek biztosításában ölt testet.

Az egyén és a társadalom (politikai hatalom) kettős felelősségéből, aktivitásából értelmezhető az egészségvédelemben; az egyén és a társadalom felelőssége.

A társadalom kötelessége az élet, az egészség, az egészségvédelem alapvető feltételeinek biztosítása, ugyanakkor az egyén - az adott feltételek között - saját egészségéért vállalt felelősségét nem háríthatja át a társadalomra, az egészségügyre (53).

Az egészségmegőrzés stratégiája lényegesen szélesebb körű, mint az egészségnevelés lehetősége. Az egészségnevelés a tárca közti keretben csak arra vállalkozhat, amit a nevelés (személyiségformálás) módszerével meg tud valósítani.

Az egészségnevelés új stratégiáinak kidolgozásához vezető út a hosszútávú egészségmegőrzés programjának újszerű koncepciójából vezethető le.

Az egészségmegőrzést és az egészségnevelést nem lehet az egészségügy belügyének tekinteni, az életmód alakítást medikalizálni: orvoslással, gyógyítással, gyógyszereléssel, gyógymódokkal behelyettesíteni.

Az egészségnevelés stratégiájában a hangsúlyt a betegségek megelőzéséből, a betegségek elleni "küzdelemből" az egészséges életmódra való képesség (ismeret, gyakorlás, tevékenység) megszerzésére szükséges átalakítani.

Az egészségnevelés új stratégiáját a politikai hatalom kész segíteni az adott gazdasági nehézségek között és igyekszik az egészségmegőrzés társadalmi programjának prioritását biztosítani. Emellett hangsúlyt kap a család egészségvédő-egészségnevelő szerepe, az öngondozó, önsegítő stratégia, "a humán szolgáltatások" (családsegítő központok, mentálhygiénés intézmények) rendszere.



Az egészségnevelés új stratégiáiban csökken a hivatásos (orvos-páciens) viszonyú kapcsolat, erősödik a természetes rendszerek támogató befolyása (család, rokonság, lakóközösség, egyesületek, vallási közösségek útján).

Az egészségnevelés hatékonysága feltételezi, hogy az egészségmegőrzés szervezéséért felelős személyek: orvosok, szociális gondozók, pedagógusok, egészségnevelők, népművelők konszenzusra jussanak a feladataikat illetően.

Nagy segítség lehet a megyei, helyi egészségvédelmi tanácsok szervező-koordináló munkája. Az új stratégia felismerése az első lépés a hosszútávú egészségmegőrzési program sikere felé (15).

2. Egészségnevelési nevelői feladatok

Mint már említettem, az egészségnevelés-egészségmegőrzés a lakosságtól is komoly erőfeszítést igényel, az egyénnek vissza kell adni a felelősségérzetet saját egészsége iránt.

Ezt a felelősségtudatot minél fiatalabb korban próbáljuk kialakítani, az eredmény annál hatásosabb, és megszerzésére legjobb hely az iskola. Milyen oktatói-nevelői formák és módszerek a leghasznosabbak és legalkalmasabbak ennek a célnak a megvalósításában?

Vizsgáljuk meg először a legkisebbek körében végezhető egészségügyi munkát, feladatokat.

2.1. Bölcsődében, óvodában végezhető egészségügyi feladatok

Az életkori sajátosságokat figyelembe véve a 2-6 éves kor a legalkalmasabb, hogy az alapvető egészségi szokásokat a gyerekek kialakítsák, begyakorolják.

A rendszeres, állandó ismétlés következtében a bölcsődei, óvodai napirendben szereplő egészségnevelési tennivalók már dinamikus sztereotípiákká válnak, a későbbi tudatos egészségvédő magatartás alapjává lesznek.

Legfontosabb tennivalók:

A növekedésnek és súlygyarapodásnak meg kell felelni az életkori kívánalmaknak, az egyéni alkatnak. A gyerekek legyenek alkalmazkodók, és ellenállóképesek. Rendelkezzenek önmaguk számára és a közösségi együttéléshez szükséges kulturált egészségügyi szokásokkal. A bölcsődei-óvodai nevelőmunka folyamatában gondozási feladatok között szerepel az egészséges életmód kialakítása (testápolás, táplálkozás, öltözködés, mozgás, pihenés, testedzés, levegőzés). Ide tartozik még a kisebb rendellenességek megelőzése és korrekciója is. Az egészségnevelési feladatok megvalósítása nemcsak gondozási feladatokhoz kötött, hanem szerves részét képezi valamennyi nevelési-oktatói feladatnak (közösségi nevelés, játék, munka, oktatás).

A játékok között, mint eszköz, mint módszer elsősorban a gyakorlójáték, szerepjáték, dramatizálás, bábozás, barkácsolás alkalmas egészségnevelési tartalmak közvetítésére, gyakorlására.

Fontos, hogy ebben a korban leküzdjük a gyermekek félelmét az egészségügyi személyzettel szemben.

Játékosan elsajátíthatók a helyes, egészséges táplálkozás alapszabályai, a megfelelő hygiénés követelmények, a testmozgás fontossága (54).

2.2. Általános iskolai egészségnevelési munka

Igen nagy problémát jelent, ha gyermekkorban kellően nem alakulnak ki a hygiénés és táplálkozási jószokások, ha a gyerekek fiziológiás mozgásigényének kiépítése gátolt, ha a káros szenvedélyek ellen nem kapnak kellő indítékú, tudományosan megalapozott ismereteket. Mindezt még rontja a felnőttek rossz példamutatása is. Az egészséges életmód kialakításában igen jelentős szerepe van a nevelőknek, akiknek a korszerű, általános műveltség alapjainak lerakásával egyidejűleg kell elérni, hogy a tanulók elsajátítsák egészségük megvédéséhez a legfontosabb egészségi ismereteket, ezen túl az egészséges életmód szabályai sajátukká váljanak.

Mindez náluk könnyebben érhető el, mint a felnőtteknél, hisz náluk még nem alakultak ki a rossz szokások, vagy ha ki is fejlődtek, még nem rögzültek erősen.

A különböző tantárgyak keretében speciális nevelőmunkára nyílik lehetőség: legalkalmasabb erre a testnevelés, osztályfőnöki óra, környezetismeret, biológia, technika óra. Fontos, hogy elsajátítsák az alapvető hygiénés követelményeket, elsősegélynyújtást, balesetvédelmi szabályokat, megkedveljék a mozgást, sportot, képet kapjanak a helyes táplálkozási szokásokról, a káros szenvedélyek hatásairól, s 7-8. osztályban fontos a szexuális felvilágosítás, családi életre nevelés is (52).

2.3. Középiskolában végzendő egészségnevelő munka

Az egészség érték voltának elismertetése, az egészség megőrzésének szabályai, ennek készségszinten való kialakítása, általános nevelési követelmény az iskolában.

Az iskola - amennyiben nem ismeretátadó -, hanem nevelő iskola, az egészségmagatartás formálását célul kell kitűzze.

E feladat alól egyetlen egy tantárgy sem húzhatja ki magát, nevelési céljai között mindenképpen egészségmegőrzési feladatokat is kell említenie.

A legtöbb egészségi ismeretet a biológia adja. A biológia tanítása során kell kialakítani a diákokban az egészség fogalmának képét, amint az

Egészségügyi Világszervezet 1948-as Alkotmánya leszögezi: az egészség nem csupán a betegség vagy nyomorékság hiánya, hanem a teljes testi, szellemi és szociális jólét egyensúlya.

Minden átadott ismeret egyik célja az legyen, hogy a a biológia tantárgy keretében tanultak, milyen mértékben hatnak az ember egészségére, illetve milyen mértékben vesznek részt az egészség fenntartásában, esetleg az egészség visszaállításában, illetve milyen veszélyt jelentenek az egészségre.

A másik legnagyobb egészségnevelési lehetőség: az osztályfőnöki óra.

A jelenlegi tantervekben is minden évben 3-4 osztályfőnöki óra az egészségüggyel kapcsolatos témájú. Fontos, hogy a tanulók ne csak passzív résztvevői legyenek ezeknek az óráknak. Feltétlenül említést kell tenni a személyi hygiénéről, a káros szenvedélyekről. Az említett két tantárgy a biológia és az osztályfőnöki óra sok olyan lehetőséget is elbír, amit ma nem biztos, hogy mindenhol feltárnak és kihasználnak.

Megemlítenék még néhány tantárgyat, melynek keretében szintén fel lehet dolgozni egészségügyi témákat.

A történelem tantárgy tanítása során a háborúk történetével is megismerkednek a tanulók, megemlíthetők itt a hadviseléssel együttjáró súlyos járványok, betegségek - pl. a nagy középkori pestisjárvány, vagy az első világháborút követő első influenzajárvány, vagy az un. spanyol nátha, - ugyanis ezek a nagy fertőző megbetegedések több pusztítást okoztak a lakosság sorai között, mint közvetlenül maga a háború.

Ki lehet térni a különböző korok hygiénés intézkedéseire kezdve a római vízvezetéktől, a visegrádi királyi palota berendezéséig.

Idegennyelv oktatáskor alapkövetelmény az egészséggel-betegséggel kapcsolatos szavak elsajátítása, az orvoshozfordulás és az egészségüghöz kapcsolódó kifejezések megtanítása.

Földrajz tantárgy keretében meg lehet említeni az egyes klímák és az egészség összefüggését; továbbá elmesélni, hogy a nagy földrajzi felfedezésekkel együttjárt a különböző fertőző betegségek "importja" is.

Kémia oktatása során lehet beszélni a környezetvédelemről, víz- és levegőszennyezésről, mezőgazdasági kemizációról, az utóbbiak egészségkárosító hatásairól.

Az egyes tantárgyakba integrálható egészségmagatartási, egészségmegőrzési ismeretek felsorolása mellett ne feledkezzünk meg arról sem, hogy az iskola éves tantervében beépíthetők az egészséggel kapcsolatos világnapok, hetek, hónapok: Egészségügyi Világnap április 7-én; Vöröskeresztes Világnap május

8-án; Dohányzás elleni világnap május 31-én; Fogászati Hónap novemberben; AIDS ellenes Világnap december 1-jén (37,56).

2.4. Egészségnevelés felsőoktatási intézményekben

Ma egyetlen tudomány, így az egészségnevelés tudománya sem hagyhatja figyelmen kívül a korunkban végbemenő tudományos és technikai haladás során létrejövő új helyzetet: minden képzési és oktatási rendszernek arra kell törekednie, hogy kevés statikus ismeret mellett a dinamikus gondolkodást, az új ismereteket megértő és befogadásra alkalmas gondolkodási rendszert kialakítva, az egyén permanens képzését tűzze ki célul.

Amennyiben elfogadjuk, hogy az egészségnevelésnek három egymással szorosan összefüggő feladatot kell megoldania:

1. széleskörűen fejleszteni kell a lakosság egészségi ismereteit, műveltségét,
2. egészséges életmódra, egészségének fokozására, az egészségre káros ártalmak elkerülésére, a betegség megelőzésére kell nevelni,
3. a társadalom mozgósításával a dolgozók tevékeny közreműködését kell biztosítani az egészségügyi feladatok megoldásában,

akkor világossá válik, hogy miért fontos az egészségnevelés szempontjából az 1-24 éves életkor.

Elfogadva azt az általános elvet, hogy az intézményes oktatási-nevelési rendszerünkön belül sem helyes, ha az egészségnevelés feladatát bizonyos tevékenységhez, tanórához, személyhez kötjük; akkor jó és eredményes az egészségnevelési munka, ha minden oktató-nevelő megtalálja a maga szakterületén belül az egészségnevelési lehetőségeket.

Az orvostudományi egyetemek, illetve egészségügyi főiskolák curriculumában általánosan szerepel az egészségnevelés oktatása, a preventív szemlélet kialakítása.

Az 1970/71-es tanévtől kezdődően megpróbálták minden pedagógusképző intézményben kötelező tantárgyként bevezetni az egészségtan oktatását. Az 1971/72-es tanév pedagógustovábbképzési tervben is számos egészségügyi téma szerepel. Ennek megvalósítása azonban nem teljesen realizálódott. Holott kiemelten fontos lenne a pedagógusképzésben résztvevők számára különböző egészségnevelési diszciplínákat biztosítani. Hiszen a következő generációk egészségmagatartásáért, életmódjuk kialakításáért ezek a jövőbeli pedagógusok a felelősek.

Mint már említettem, az egészségnevelés speciális és egyben ideális korosztálya az 1-24 éves korcsoportok, a szervezett oktató-nevelőintézmények tanulói, lakói. A munka javítása érdekében az új tantervekben szélesebb értelmezését kell megfogalmazni az egészségnevelésnek, s a módszereket jobban kell differenciálni az életkori sajátosságoknak megfelelően (38).

2.5. Honvédségi kiképzés alatt végezhető egészségnevelési munka

A fiúk, férfiak számára a 12 hónapra csökkentett katonai szolgálat speciális képzést nyújt, bentlakásos iskolának felel meg. A kiképzés alapvető célja, hogy a hadseregben szükséges ismeretekre tanítsák a katonákat, de a katonai kiképzés olyan elemeket is tartalmaz, melyeknek a leszerelt katona a civil életben is hasznát veheti. Emellett a kiképzés 12 hónapos "tananyagába" a katonafiatalok általános műveltségét gyarapító ismeretanyag is beletartozik. A polgári életben hasznosítható ismeretanyagba tartozik a sorkatonák egészségügyi kiképzése is. Ezen belül nemcsak olyan speciális katonaegészségügyi ismeretek oktatása folyik, hogy mi a teendője a katonának pl. vegyi harcanyaggal történő mérgezés esetén, hogyan kell alkalmaznia a személyi vegyvédelmi felszerelését, hanem megtanítják az elsősegélynyújtásra, traumás sérülések esetén az elsődleges sebellátásra, vérzés csillapítására. Az egészségügyi képzés keretében oktatják a személyi higiéné alapszabályait is. A leírtakból is kitűnik, hogy a katonák kötelezően előírt képzése lehetőséget nyújt az egészségvédelmi és egészségnevelési nevelőmunka megvalósítására (21).

3. Az egészségnevelés módszerei

Az egészségnevelés egyes személyek, csoportok átfogása az egész társadalom egészséges életmódra történő nevelésében, átformálásában feltétlenül szükséges és nélkülözhetetlen.

A gyakorlati egészségnevelésben a nevelők és a neveltek egymástól elválaszthatatlanok, mivel a nevelés legalább két személy egymással való együttműködését tételezi fel. E meghatározás alapján az egészségnevelés módszereit is a két szembenálló személy, vagy csoport határozza meg.

Eszerint az egészségnevelés módszerein mind a nevelést végző személy ismeretközlő, meggyőző, aktivizáló munkaeljárását, mind pedig a nevelt személyek ismeretszerző, alkalmazó tevékenységét értjük (39).

Az egészségnevelési módszerek alkalmazásának alapelvei:

- a) a legmodernebb tudományos eredmények felhasználása,
- b) a nevelésbe bevont személyek szellemi, kulturális és egészségügyi kulturáltságának felmérése,
- c) a hallgatóság számára érthető közlési mód megválasztása,
- d) a mondanivalónak a hallgatók értelmi szintjéhez való alkalmazása,
- e) a mindennapi életből vett és helyi példák felhasználása,
- f) érdeklődést lekötő ábrázolás, szemléltetés kiválasztása,
- g) az egészségügybe vetett bizalom növelése.

3.1. Az egészségnevelési feladatok megvalósítása

Az egészségnevelés feladatát különböző módszerekkel valósíthatjuk meg.

Megkülönböztetjük:

- a) a tudományos kutatás módszereit,
(az egészségnevelés elmélete)
- b) a gyakorlati egészségnevelés módszereit,
(az egészségnevelés gyakorlata).

3.1.1. A tudományos kutatás módszerei

- a) megfigyelés: a magatartás elemeire és a környezet egészségvédelmi tényezőire vonatkozik elsősorban;

b) kikérdezés: a vizsgált személy vagy csoport ismereteiről és állásfoglalásáról tájékoztat.

3.1.2. A gyakorlati egészségnevelés módszerei

- a) egyéni (közvetlen személyi kapcsolatú),
- b) kiscsoportos,
- c) nagycsoportos (tömeges nevelésben alkalmazható módszer).

A gyakorlati egészségnevelés módszereit alapvetően az határozza meg, hogy az egészségnevelő munka oktató, ismeretterjesztő, nevelő vagy mozgósító. Ezért e munka során felhasználhatók mindazok a módszerek, amelyek az oktatás, nevelés, általános ismeretterjesztés, illetve meghatározott célok elérésére történő mozgósítás gyakorlatában használatosak.

Az egészségügyi felvilágosítás módszereit az egyes szerzők különböző csoportosításban ismertetik (29).

3.2.1. Élőszó

Az élőszó módszere a leggyakrabban és legeredményesebben használt egészségnevelési módszer, melyet széles körben, gyorsan és minden körülmény között lehet alkalmazni.

Az élőszó módszerének formái:

1. célzott beszélgetés,
2. kiselőadás,
3. önálló egészségügyi előadás,
4. egészségügyi előadás-sorozat,
5. egészségügyi tanfolyam,
6. kérdés-felelet esték,
7. vitaest,
8. egészségügyi felolvasás stb.

E csoportba soroljuk valamilyen technikai eszköz segítségével történő élőszó átadást is, pl. hangosbemondó, rádió, magnetofon.

3.2.1.1. Célzott beszélgetés

A célzott beszélgetés lehet egyéni és csoportos elbeszélgetés.

A beszélgetés a leghatásosabb és egyben a legidőigényesebb egészségnevelési módszerek egyike.

a) Az egyéni beszélgetés a nyilvánosság kiküszöbölése a beszélgetés alkalmával lehetőséget nyújt az őszintébb, bátrabb kérdésre és annak nyíltabb megbeszélésére is. Az ilyen beszélgetések alkalmával egyéb, nem szakmabeli kérdések is felvetődhetnek, ezért az egészségnevelőknek megfelelő tudással, felkészültséggel kell rendelkezniük. Hátránya, hogy egy ilyen személyes egyéni beszélgetés csaknem annyi időt igényel, mint egy-egy kiselőadás, amit egyszerre tíz-húsz fő hallgat meg, s ezért ez a módszer tömegek nevelésére nem alkalmas hosszadalmassága miatt, bár a legtöbb ismeretet tudja átadni, mert az egyén egyéniségéhez, érdeklődéséhez, ismereteihez legjobban alkalmazkodik.

Ez a nevelésforma igen gyakori az egészségügyi ellátás színterein, jóval ritkább az oktatásban, közművelődésben.

b) A csoportos beszélgetés három-tizenöt fő részvételével folytatott egészségnevelés, melynek résztvevői a beszélgetés megfelelő irányítása mellett pozitívan tudnak hatni egymásra.

A beszélgetési időtartam rövideje miatt nem törekedhet a teljességre, de nagyon jó arra, hogy az egészségnevelés mondanivalói iránti érdeklődést felkeltse.

A beszélgetésforma eredményességét az határozza meg, hogy az egészségnevelő mennyire tudja a beszélgetést a felvetődött témakörben megtartani és a lényeges kérdésekre mennyiben tud a rendelkezésre álló - általában rövid - idő alatt kielégítő választ adni. A módszer előnye nagy határfoka, gazdaságossága és az a jellemzője, hogy valamennyi módszer közül a legközelebb van a természetes élethelyzetekhez, mindennapos viselkedésmódokhoz. Hátránya, hogy nem minden ember közelíthető meg csoporthelyzetben az egészségnevelő számára (47).

3.2.1.2. Kiselőadás

Az ilyen előadás más, hosszabb lélegzetű és időtartamú rendezvények programjába iktatható be, kb. tíz-tizenöt perces időtartammal. Témája általában a napi aktuális problémák ismertetése, megmagyarázása lehet (pl. téli

időszakban a megfázások, influenza megelőzése; új, egészséges élelmiszeripari termék ismertetése ételbemutatóval - kóstolóval egybekötve stb.)

Ezek a kiselőadások előkészítői lehetnek egy hosszabb előadássorozatnak is.

3.2.1.3. Előadás

Hosszabb időtartamú, nagyobb, bizonyos értelemben homogén csoport részére tartott, meghatározott témájú egészségnevelési módszer, mely nagyon sokáig, mint az egészségügyi felvilágosítás uralkodó formája volt ismert. Az előadó az előre megjelölt témából negyven-hatvan perces előadást tart, s a végén válaszol a hallgatók kérdéseire. Az előadás témájának megválasztásakor figyelembe kell venni a hallgatók életkorát, foglalkozását, érdeklődési körét, kulturális színvonalát.

A témaválasztás után fontos az előadás módja. Az előadások általában két előadói módszert alkalmaznak:

- felolvasás,
- szabad előadás.

A felolvasás nem tud olyan közvetlen kapcsolatot teremteni a hallgatósággal, mint a szabadelőadás, mert olvasás közben az előadó nem tud a közönségre figyelni, nincs meg az a szuggesztív erő, amivel a jó előadó a hallgatóit le tudja kötni.

A szabad előadások nem unalmasak, ezzel a módszerrel rá lehet vezetni a hallgatókat a helyes magatartásra, s az egészségnevelési munkában az egyik legfontosabb feladat a meggyőzés és a ránevelés.

Növeli az érdeklődést és a hallgatók aktivitását a helyileg ismert példák alkalmazása (48).

3.2.1.4. Egyéb verbális formák

Az egészségnevelés verbális formájának újabb módszerei a vitaestek, kérdés-felelet estek, vetélkedők.

Mindhárom forma komoly egészségnevelési kulturáltságot és nagy szervezőmunkát igényel.

3.2.2. Írásbeli anyag alkalmazása

Az élőlő módszerével szemben előnye, hogy rögzített, bármikor, bárhol felhasználható szélesebb körben és hosszabb ideig hat. Hátránya, hogy a helyi és pillanatnyi szükségletekhez nem mindig alakítható, nincs olyan agitatív hatása, mint a jól alkalmazott élőlőnek.

E módszer eszközei:

- emlékeztetők,
- jelmondatok, feliratok,
- falújság, plakát,
- újságok, folyóiratok,
- rölapok,
- egészségügyi tárgyú füzetek, könyvek.

Az írásos módszer követelménye a képszerűség és szabatoság a választott kérdés lényegének kifejtésében, mely nem mehet a tudományosság rovására, s a megfelelő differenciáltság, mely biztosítja a lakosság különböző csoportjai igényeihez való alkalmazkodást.

3.2.3. Szemléltető módszer

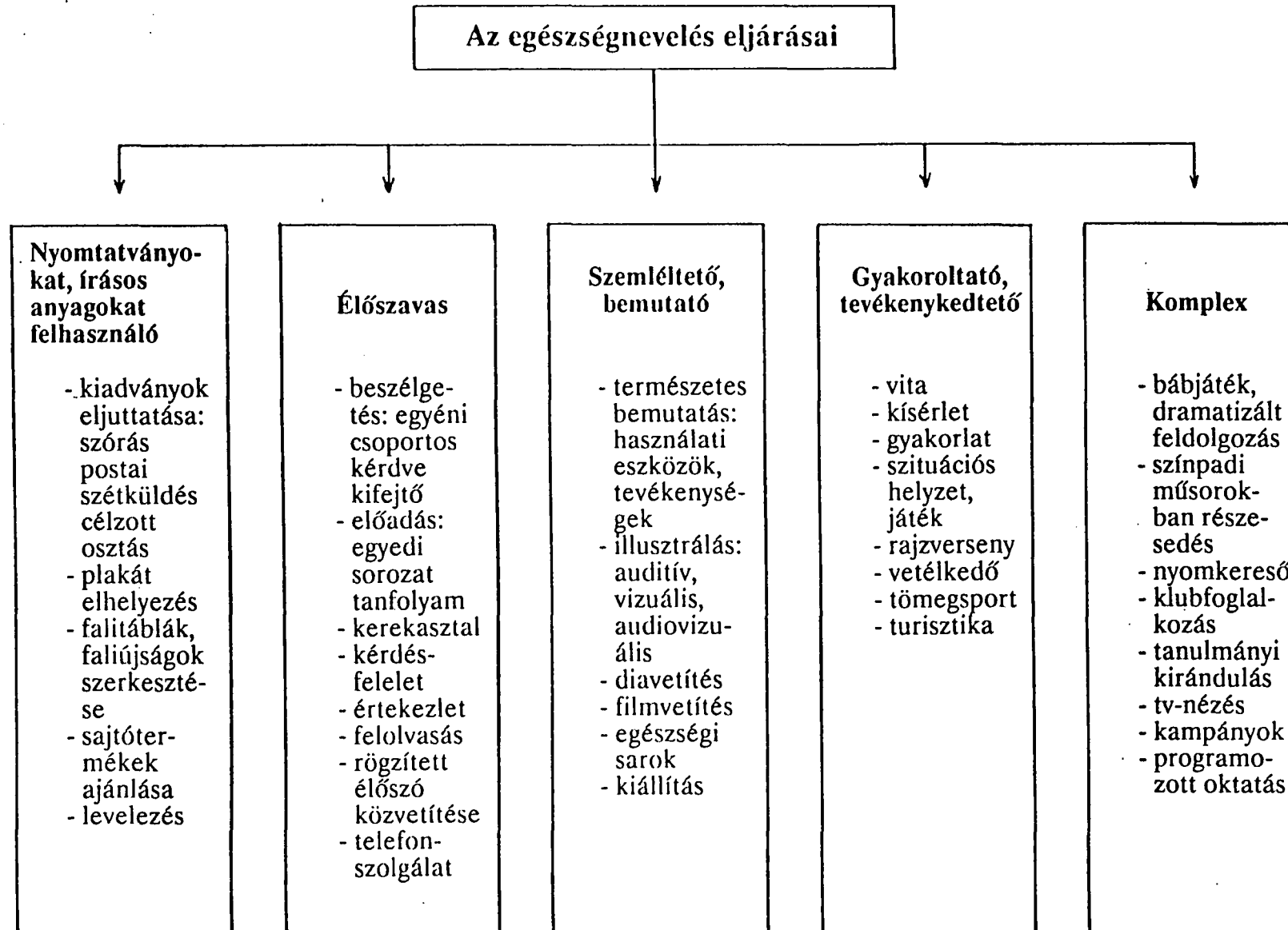
E módszer alkalmazásának előnye, hogy az emberek igen nagy része vizuális típusú, s így egy-egy jól megválasztott szemléltető eszköz alkalmazása igen mély és tartós hatást válthat ki.

A szemléltető módszer eszközei:

- természetes tárgyak,
- grafikus ábrázolás,
- plakát,
- fénykép,
- diafilm,
- film,
- videofelvétel,
- televízió.

Az egészségnevelő munka során a felsorolt módszerek, illetve azok formái, eszközei nem csak külön-külön, hanem gyakran összekapcsolva kerülnek alkalmazásra. Igen kedvező a szóbeli módszer összekapcsolása filmmel, videoszalaggal, diafilmmel, vagy az audio-vizuális eszközök valamelyikével. Egyéni, vagy kiscsoportos beszélgetések során eredményesen alkalmazhatjuk a

szakkönyvek szemléltető képeit, a kisebb grafikonokat, a fényképeket, sőt a szakkönyvek mellett az egészségügyi kiadványok bemutatására is sor kerülhet a módszerek kombinációjában (13) (1. sz. ábra).



4. Az egészségnevelés hatékonysága

4.1. A hatékonyság értelmezése és keretei

A hatékonyság nem egynemű jellemző. Különböző szintekre bontható:

- megkísérelt hatás,
- sikeresség,
- eredményesség.

Mindezt az egészségnevelésre vonatkoztatva a hatékonyság fogalmán az eredményességet kell érteni. Nem elegendő, ha tudományos alapon és pontosan meghatározzuk a tennivalóinkat, megtervezzük a módszereket és eszközöket (ez a megkísérelt hatás szintje).

A valóságos hatékonyság azt jelöli, hogy milyen fokú optimalizálódás következett be a neveltek egészségkultúráltságában.

Tárgyilagosan azt kell mondanunk, hogy az egészségnevelés önmagában igen kevésbé eredményes tényező az életmód megváltoztatásában. Ennek legfontosabb okai a következők:

- a) az egészséges életmód tárgyi, objektív feltételeknek is függvénye. Ezek hiánya vagy elmaradottsága esetén megfelelő szellemi kultúráltság (ismeret, érdekltség, szokás) birtokában sem valósulhat meg az optimális életvitel;
- b) az egyén úgynevezett egészségkultúráltsága színvonalában nem különbözhet lényegesen más tartalmú szellemi és tárgyi kultúráltságtól (pl. szakmai, társadalmi-ideológiai, interperszonális, esztétikai), hiszen ezek elemeivel sokrétűen és elszakíthatatlanul összefügg. Önmagában való fejlesztése tehát irreális törekvés;
- c) az egészség hasznosságára hivatkozó nevelő érvelés eredményességét csökkentheti az a tény, hogy az egészséges állapot az egyén számára többnyire nem cél, csupán eszköz más (az önfenntartást és a teljesítményt kifejező) célok eléréséhez.

A felsoroltak következtében az egészségnevelés eredményességére csak annyiban számíthatunk, amennyiben tervezése és megvalósítása kapcsolódik a gazdaság-, a művelődés- és az egészségpolitikai tevékenységek komplexumához (12).

4.2. A hatékonyság tervezése

A következőkben az egészségnevelés tervezésének és megvalósulásának modelljét mutatjuk be. E modell vázát a módszeres egészségnevelő tevékenység fázisai és meghatározói alkotják.

4.2.1. Fázisok

1. optimális tervezés,
2. zavartalan megvalósulás,
3. elért változások.

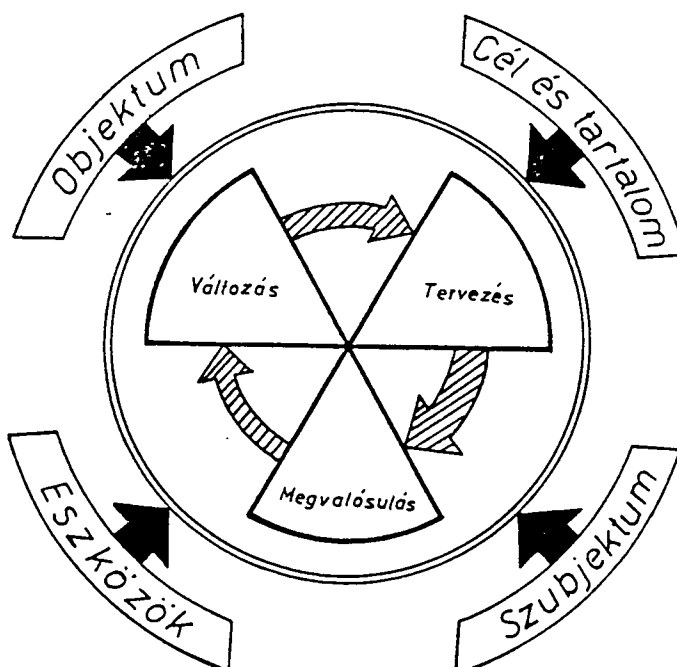
4.2.2. Meghatározók

- a) cél és tartalom (az egészségkultúráltság részterülete),
- b) objektum (akire vagy akikre a nevelés irányul),
- c) szubjektum (aki vagy akik a nevelést végzik),
- d) eszközök (amelyekkel a szubjektum rendelkezik).

E fázisok és meghatározók összefüggéseit a 2. sz. ábra mutatja.

2. sz. ábra

Az egészségnevelési folyamat fázisainak és meghatározóinak rendszere



A fázisok felcserélhetetlenek és ismétlődőek. Lényegében egységes információs rendszert képeznek, melyben a visszacsatolást a változás-tervezés kapcsolat jelenti.

Könnyű felismerni, hogy a visszacsatolásnak - vagyis a korábbi tevékenység nyomán történt változás vizsgálatának és figyelembevételének az új tevékenység tervezése során - döntő jelentősége van a hatékonyságot illetően.

A meghatározók mindegyike érvényesül valamennyi fázisban. Igaz viszont, hogy szerepük az egyes fázisokban nem egyforma jelentőségű, ezt a modell is ábrázolja.

A cél és tartalom elsősorban a tervezés döntéseit határozza meg. A szubjektum a tervek megvalósításakor kap elsődleges szerepet. Az eszközök lényegében a megvalósítást közvetítik, de mindennapos tapasztalat például az eszközhasználó nevelő személyiségvonásainak szerepét lebecsülő káros módszertani szemlélet. Végül az objektum, a nevelt sajátosságainak változás fázisát határozza meg, hiszen ő maga változik. De a nevelhetőség tagadását jelentené, ha az egyén egészségkultúráltságát csak saját spontaneitásából és nem a tudatos nevelő hatásából származtatnánk! (13)



II. RÉSZ

1. Témafelvetés

Egy adott lakosságcsoporthoz egészségi állapotát a demográfia, a szomatometria, a morbiditási és mortalitási viszonyok és a szociológia módszereinek együttes alkalmazásával lehet a legnagyobb pontossággal meghatározni. Mind az öt kérdéscsoportra döntő hatása van a mikro- és makrokörnyezeti tényezőknek, a természeti és társadalmi környezetnek. Az ember és környezete bioszociális egységet alkot.

A WHO álláspontja szerint az összes megbetegedések mintegy 80 %-át szociális tényezők okozzák. Ezek egy része közvetlenül érvényesül és vezet megbetegedéshez; más részük közvetett módon, a természeti (fizikai, kémiai, biológiai) és a társadalmi környezet útján realizálódik: nem megfelelő táplálkozás, mozgásszegény életmód, kedvezőtlen lakáskörülmények (23).

Az egészségnevelés célja: befolyást gyakorolni az élet- és munkakörülmények alakítására, hogy azok megfeleljenek az egészségi követelményeknek, továbbá az egyéni magatartásmódra azzal a céllal, hogy az egészség iránti felelősség fokozódjék.

Az egészségnevelés ösztársadalmi célfeladat, mely nem csupán az egészségügyre tartozik.

A falusi lakosság esetében nagy szerepet játszik a körzet, a mezőgazdaság fejlesztése, az oktatás, illetve művelődéspolitikai. A vidéki körzetekben a hagyományok erősebbek és a családi kötelékek szorosabbak, mint a városokban, s ezért a személyiség befolyásolási lehetőségei nagyobbak.

Az alapvető életmódkülönbségek az ember tárgyi, anyagi környezetének eltérő feltételeiből vezethetők le elsősorban. Tehát abból, hogy a környezet - ahol, amelyben az emberek élnek, amelyben életfeltételeiket megteremtik, szükségleteiket kielégítik, tevékenységüket kifejtik, családjukat létrehozzák és ellátják - milyen anyagi, technikai és civilizációs szinten van.

2. Algyő község jellemző adatainak rövid ismertetése

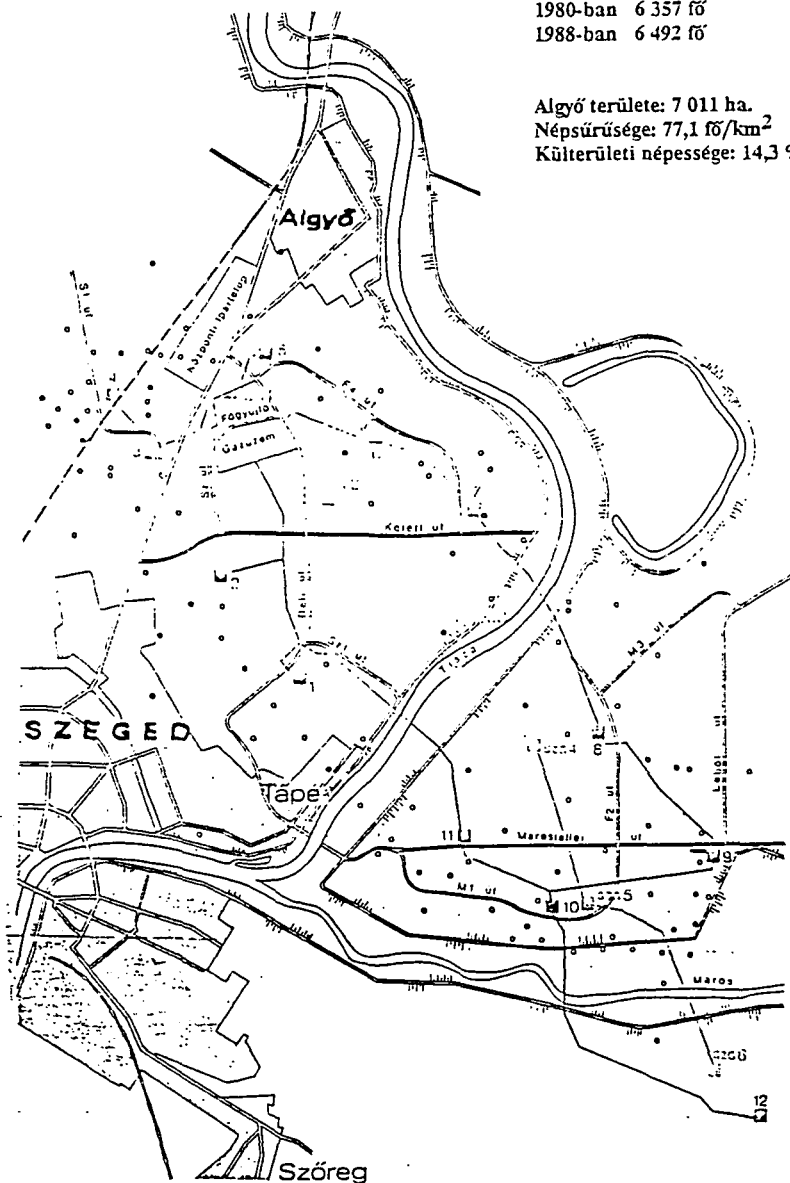
Az előbb említettek értelmében vizsgáljuk meg a község néhány fontosabb jellemzőjét, a vizsgált populáció néhány alapadatát.

Algyő Csongrád megyében, a megyeközponttól - Szegedtől - 10 km távolságra fekszik. Az 1973-as csatlakozásig önálló nagyközség volt, azóta Szeged városrésze. Városi rangot kapott a község, de az ellátás színvonala, a tömegközlekedés, a belvízhelyzet a régi maradt.

Lakónépessége az utóbbi népszámlálások alkalmával a következőképpen alakult (3. sz. ábra):

1960-ban	5 560 fő
1970-ben	6 402 fő
1980-ban	6 357 fő
1988-ban	6 492 fő

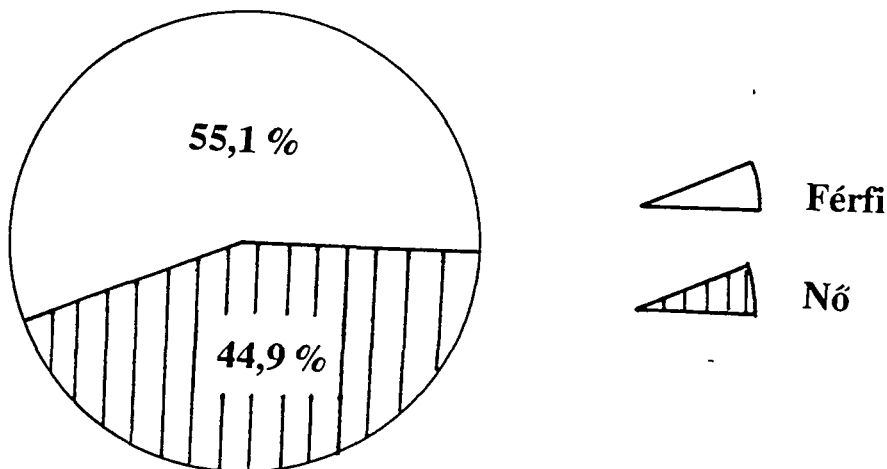
Algyő területe: 7 011 ha.
Népsűrűsége: 77,1 fő/km²
Külterületi népessége: 14,3 %



Algyőn lényegesen több férfi él, mint nő. Az 1000 férfire jutó nők száma 1980-ban 816 volt (4. sz. ábra).

4. sz. ábra

Szeged-Algyő népességének nemek szerinti megoszlása (1988)



A külterületi népesség aránya csökkenő tendenciát mutat: 1960-ban 20 % volt, 1970-re 14,3 %-ra esett vissza.

A népesség korstruktúrája kedvező: a 26 évesnél fiatalabb népesség aránya 24 % (15 éven aluli 21 %, 60 éven felüli 13 %).

Az utolsó népszámlálásnál érettségivel 180, felsőfokú oklevéllel mindössze 39 fő rendelkezett. Azóta kedvezőbbé vált a lakosság iskolázottsági színvonala.

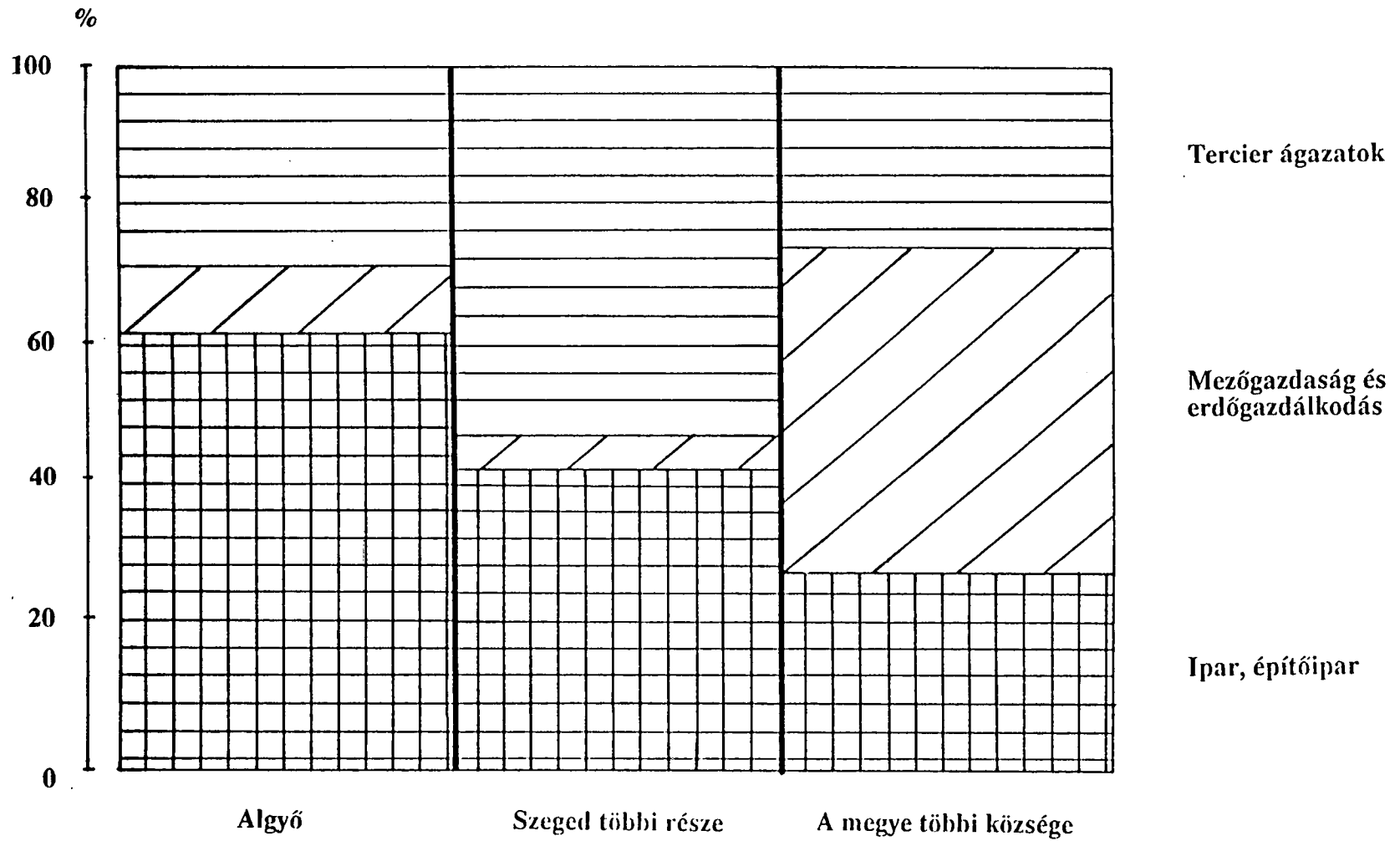
A népesség 54,7 %-a volt 1980-ban aktív kereső.

A térség sokáig mezőgazdasági község típusába tartozott; legfontosabb szerepet a szántóföldi növénytermesztés és állattenyésztés játszott. Azóta az iparban, építőiparban, valamint a terciér ágazatokban foglalkoztatottak hányada nőtt, a mező- és erdőgazdálkodás pedig csökkent (5. sz. ábra).

Algyőnek számos ipari létesítménye van. Legjelentősebb iparvállalata az országos viszonylatban ismert Kőolaj- és Földgáztermelő Vállalat Ipartelepe, továbbá a Gázgyártó és Szolgáltató Vállalat, a GANZ-MÁVAG Kirendeltsége és a Szegedi Háziipari Szövetkezet Telepe. A felsorolt termelőegységek nagyobb hányadában férfiakat foglalkoztatnak, az aktív keresők fennmaradó hányada Szeged üzemeiben, intézményeiben, szolgáltató egységeiben dolgozik (51).

Az aktív keresők megoszlása népgazdasági ágak szerint (1988)

5. sz. ábra



3. Algyő községben végzett egészségnevelő munka ismertetése

1. Információszerzés a lakosság egészségkulturális szintjéről kérdőív segítségével.
2. A kapott adatok alapján az egészségnevelés főbb mozzanatainak meghatározása, munkaterv kialakítása.
3. Intenzív egészségnevelő munka.
4. Az elvégzett munka értékelése, ellenőrzés ismételt kérdőíves felméréssel.
5. A kapott adatok egybevetése a korábbi eredményekkel, a munka hatékonyságának kiértékelése.

3.1. Információszerzés

A felvilágosító-nevelő munka tartalmát az adott terület egészségügyi helyzetének elemzése alapján kell meghatározni, támaszkodva az egészségügyi kulturáltság elért színvonalára, a konkrét gyakorlati szükségletekre és lehetőségekre.

A későbbiekben ismertetett adatokat 1988-ban gyűjtöttük Algyő községben. 1150 db kérdőívet osztottunk ki (lásd a Mellékletben) - véletlenszerű mintakiválasztással - az Orvosi Rendelőbe járók, az óvodások és általános iskolások szülei között.

1000 db értékelhető kérdőív érkezett vissza (86,9 %).

Az általános iskolások körében 143 db kérdőívet osztottunk szét - ebből 142 volt értékelhető (99,3 %). Ezeket a kérdőíveket 12-14 éves tanulókkal töltöttük ki.

Elmondható, hogy a község lakosságának közel egyötödét meginterjúváltuk kérdőívek segítségével.

A kérdőívek kiosztásánál segítséget nyújtottak az Orvosi Rendelő dolgozói, az óvoda és az iskola pedagógusai.

A kérdőívek összeállítása, feldolgozása a Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem Társadalomorvostani Intézetében történt.

3.1.1. A kérdőív összeállítása

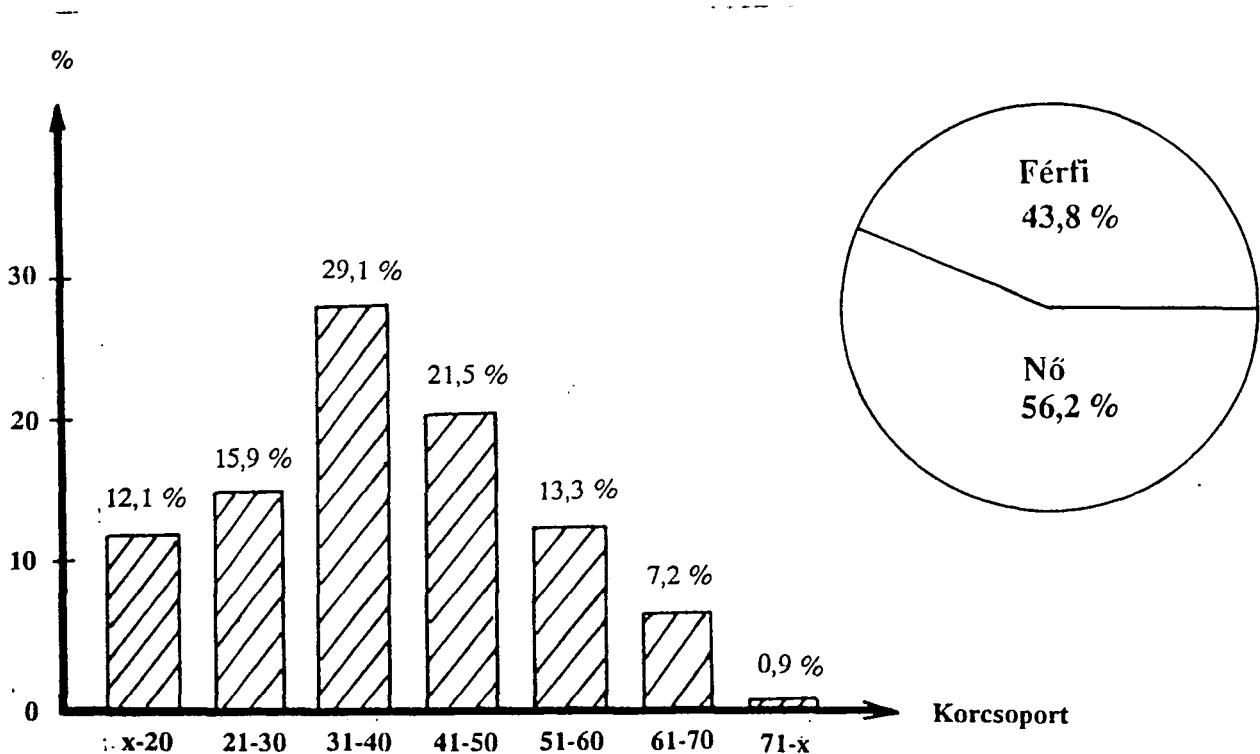
Kérdőívünk tartalma alapján két fő csoportra osztható:

1. demográfiai adatok,
2. életmódra és tudásszintre vonatkozó kérdések.

Az első kérdéscsoport a következő adatokra kérdezett rá: a kitöltő életkora, neme (6. sz. ábra), családi állapota: nőtlen/hajadon 17,1%; házas/élettársi kapcsolatban élő 72,4%; elvált/különváltan élő 4,6%; özvegy 5,9%. Iskolai végzettsége: befejezetlen általános iskola 8,9%; befejezett általános iskola 42,5%; szakmunkásképző 24,4%; gimnázium, szakközépiskola 18,8%; főiskola, egyetem 5,4%. Foglalkozása: fizikai 54,1%; nem fizikai (szellemi) 20,0; egyéb (htb., nyugdíjas stb.) 25,9%.

6. sz. ábra

A vizsgálatban részt vett felnőtt lakosok korcsoport és nem szerinti megoszlása



A második kérdéscsoport a lakosság egészségügyi kulturáltsági szintjét mérte fel elsősorban, de életmódra vonatkozó kérdéseket is tartalmazott:

- orvoshozfordulási, gyógyszereszedési szokások,
- daganatos megbetegedésekkel kapcsolatos tudásszint,
- káros szenvedélyek és hatásuk,
- táplálkozás.

Az iskolások körében szétosztott kérdőívek részben eltértek a felnőttek körében használatostól. A gyermekek kérdéseit a testmozgáshoz- sporthoz való viszonytal bővítettük, valamint a szexuális úton terjedő betegségekről való ismereteikre kérdeztünk rá, különös tekintettel az AIDS-re.

Természetesen a sport - testmozgás fontos a felnőttek körében is, de az országos tapasztalatok alapján tudjuk, hogy a felnőttek körében az aktív testmozgást végzők száma elenyészően kevés, különösen a falusi lakosság körében. Természetesen az utóbbi lakosságcsoporthoz körében a sporttevékenységek hiánya kompenzálódik a szinte minden családi ház mögött megtalálható kisebb-nagyobb kertek művelésével. Az itt végzett aktív tevékenység közel azonos értékű a rendszeres testmozgással - tornával.

A gyermekek körében azonban különösen fontosnak tartjuk a sport megkedveltetését és gyakorlását.

A másik bővítésre - szexuális úton terjedő betegségek - azért volt szükség, mert sajnos napjaink iszonyú betegsége az AIDS Magyarországon is megjelent, s terjedőben van: azonban helyes magatartással, preventív tevékenységgel, kellő ismerettel megelőzhető.

3.1.2. A kérdőívek értékelése

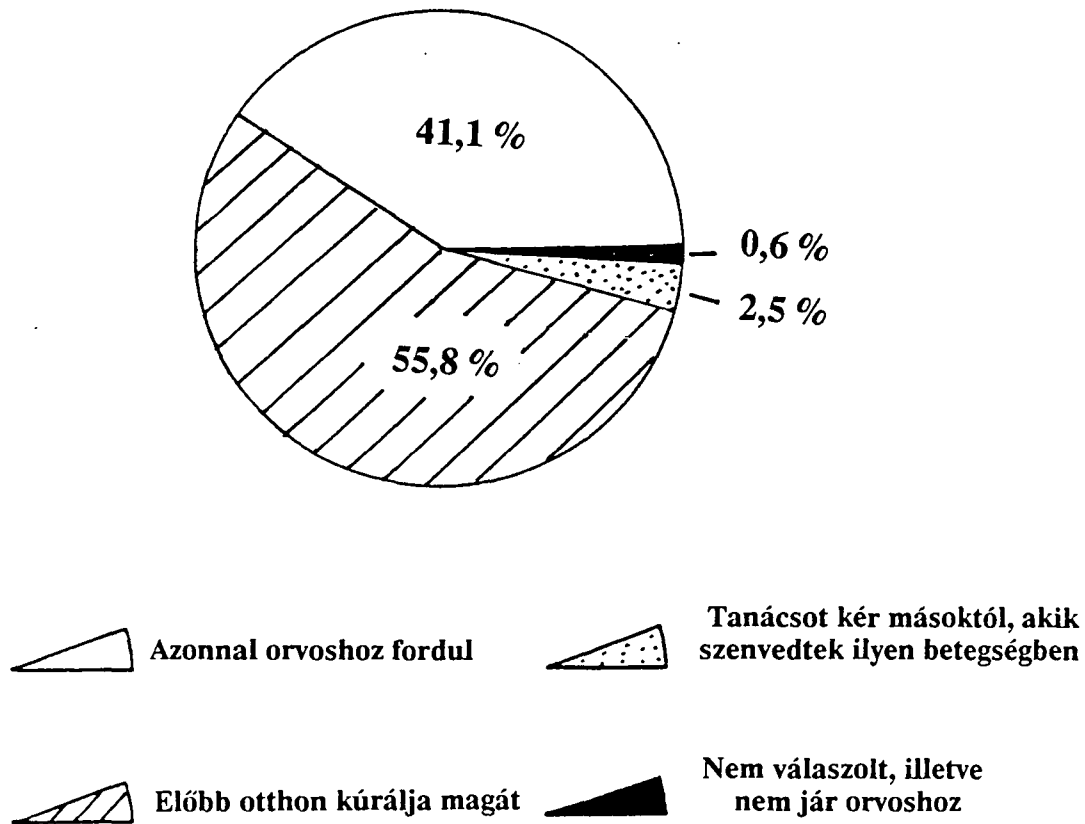
A falu lakosságának körében kiosztott 1150 db kérdőívből 1000 db értékelhető kaptunk vissza.

Vizsgáljuk meg a következőkben témák szerint a kapott eredményeket, amelyek alapján a következő fázis - az intenzív egészségnevelési tevékenység - munkatervét felállítottuk.

3.1.2.1. Orvoshoz fordulási szokások

A második kérdéscsoportunk első kérdése a betegség esetén történő orvoshozfordulásra vonatkozott (7.sz. ábra).

A vizsgálatban részt vett lakosok orvoshoz fordulási szokásai



A vizsgált populációnak csak 41,1 %-a jelölte az általunk helyesnek tartott "azonnal orvoshoz fordul" választ.

55,8 %-uk "előbb otthon kúrálja magát", s csak később megy el az orvoshoz. E magatartás gyökerei valószínűleg a falusi életmódban, szokásokban keresendők.

A válaszadók 2,5 %-a a "tanácsot kér másoktól, akik már szenvedtek ilyen betegségben" választ jelölte. A fennmaradó 0,6 % nem adott választ, illetve nem jár orvoshoz.

Azok a válaszadók, akik előbb otthon kúrálják magukat, zömmel a munkaképes korú lakosság körébe tartoznak (83,5 %), károsítják ezzel saját egészségüket (szövődmények kialakulása stb.).

Iskolai végzettség tekintetében a legtöbb öngyógyító az általános iskolát, illetve szakmunkásképző intézetet végzetek közül került ki (59,3 %).

Megdöbbenő azonban, hogy a 242 középiskolát, illetve felsőoktatási intézményt végzett közül 62,8 %-uk nem fordul azonnal orvoshoz betegség esetén. Relatív legjobb eredményt az iskolai végzettséggel nem rendelkezők körében találtunk, ugyanis 53,7 %-uk azonnal orvoshoz fordul (25).

3.1.2.2. Gyógyszerszedési szokások

A vizsgált populáció 63,3 %-a úgy nyilatkozott, hogy addig szedi a gyógyszert, amíg az orvos előírta. Viszont meglehetősen sokan, 32,6 %-uk válaszolta azt, hogy amíg betegnek érzi magát. 3,5 %-uk addig szedi, amíg a gyógyszer kitart. Tulajdonképpen az új gyógyszerrendelet megjelenése után ez is helyes döntésnek tekinthető, hiszen az orvos nem írhat fel több gyógyszert, mint ami a gyógyuláshoz szükséges.

A megkérdezettek 0,6 %-a nem szed gyógyszert (8. sz. ábra).

A nők 67,9 %-a, míg a férfiaknak csak 55 %-a adott helyes választ erre a kérdésünkre. A gyógyszerszedési szokások tekintetében a legtöbb helytelen választ a nyugdíjasok adták.

Ennél a kérdésnél is megfigyelhető, hogy a felsőoktatási intézményt végzettek 42,5 %-a nem a helyes választ jelölte. Ennek oka talán a magas iskolázottsági szint, s az ezzel járó magabiztosság az öngyógyítást, öngyógyszerelést illetően.

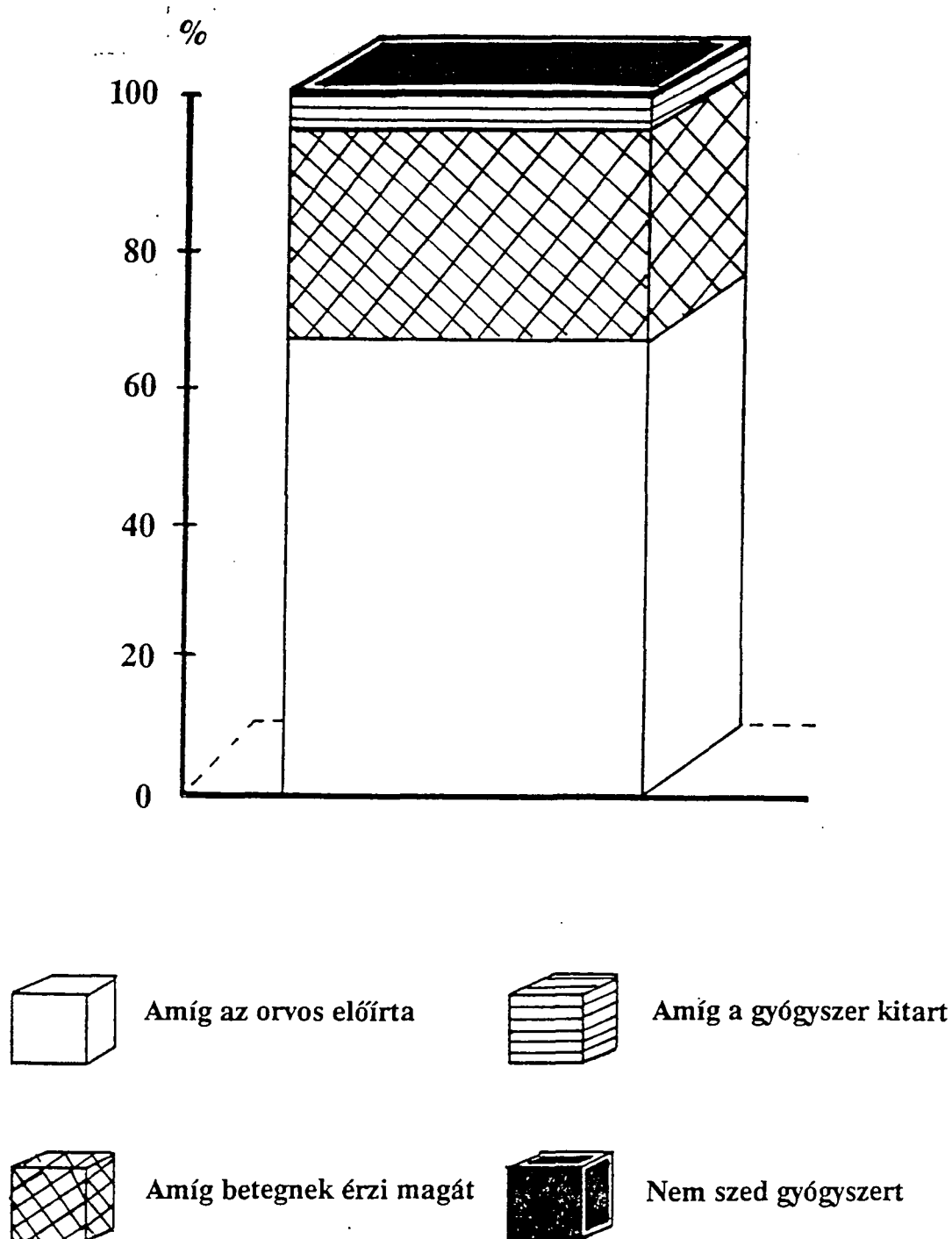
3.1.2.3. Daganatos megbetegedésekkel kapcsolatos tudásszint; részvétel szűrővizsgálatokon

Következő kérdéscsoportunk a daganatos megbetegedésekre, a rákkal kapcsolatos tudásszintre vonatkozott.

Köztudott, hogy ma a rákos megbetegedés miatti halálozás a második helyen áll a halálokok között Magyarországon és mégis a legtöbb téves elképzelés a rákkal kapcsolatban terjedt el.

A népesség jelentős része a rákot félelmetes, titokzatos és gyógyíthatatlan betegségnek tartja, ez pedig megnehezíti a megelőzést, a betegség korai felismerését. Az orvostudomány művelői között köztudott, hogy a rákos megbetegedések fele gyógyítható és ennek aránya egyenes arányban nő a rák korai felismerésével. Az is közzismert, hogy az összes rákos megbetegedések egy része igen egyszerű szabályok megtartásával (nem dohányzás, kevesebb alkoholfogyasztás, rostos táplálék vagy diéta) elkerülhető. Ennek ellenére a lakosság nemcsak Magyarországon, hanem szerte a világon

A vizsgálatban részt vett lakosok gyógyszereszedési szokásai



ezeket az eredményeket még nem ismeri olyan mértékben, hogy ezek birtokában egészségesebben éljen, elkerülje a rákot, illetve idejében forduljon orvoshoz.

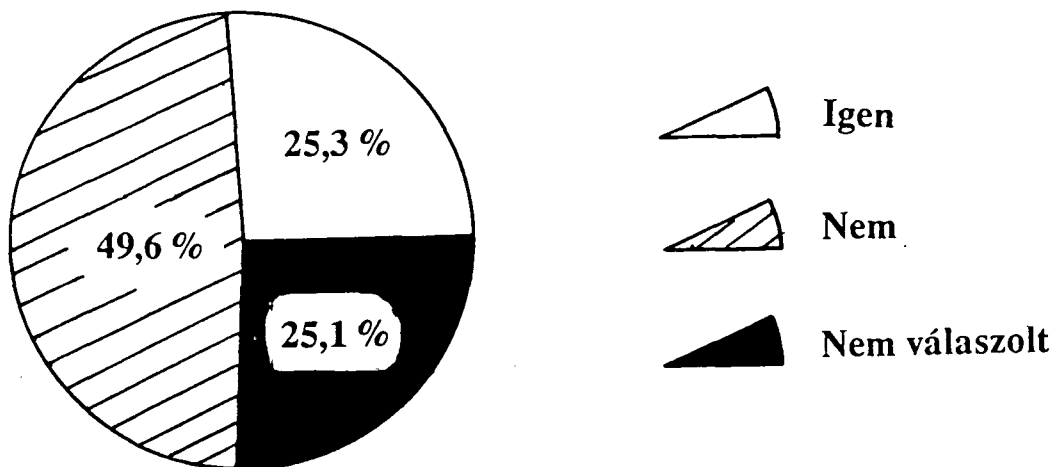
A fentebb említettek vizsgálatára azért volt szükség, hogy megmagyarázzuk, miért kell ismernünk a populáció ezen életet fenyegető betegségről való tudásszintjét. Hiszen enélkül nem tudunk kellő stratégiát, taktikát alkalmazni a ráktól való szorongás csökkentésére, a betegség egyértelmű pesszimiztikus megítélésének megváltoztatására.

Első kérdésünk arra vonatkozott, hogy "örökölhető-e" a rák, vannak-e rákos családok (9.sz. ábra)

9. sz. ábra

A vizsgálatban részt vett lakosok rákos megbetegedésekkel kapcsolatos véleménye

Örökölhető-e?



Erre a kérdésre a megkérdezetteknek csak közel fele, 49,6 %-a adott helyes választ, vagyis, hogy nem örökölhető. A nők és a fiatalabb korcsoportok tagjai adták a legtöbb helyes választ. (A férfiak 47,9 %-a, a nők 50,8 %-a adott helyes választ; korcsoport tekintetében a 21-30 éves korosztály jelölte a legtöbb helyes választ: 54,1 %-uk felelt "nem"-mel.)

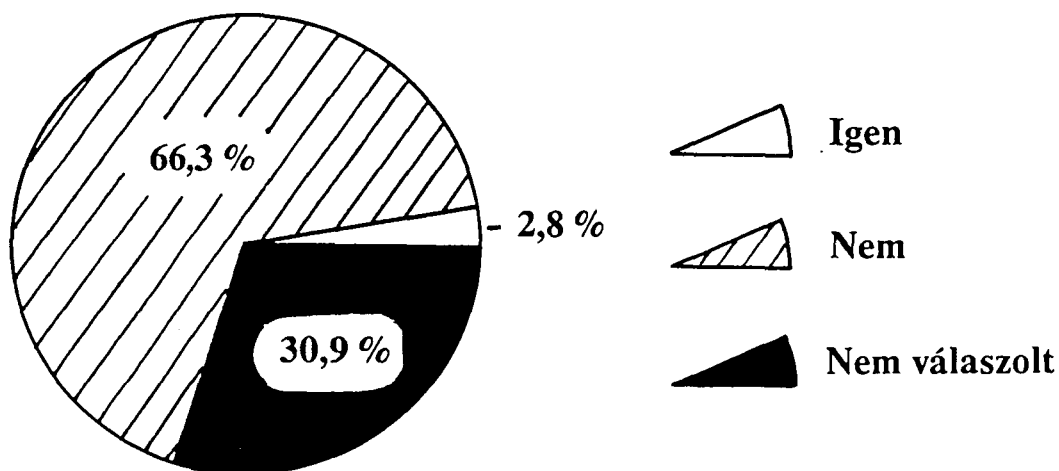
Második kérdésünkre "fertőzőbetegség-e" a rák sokkal nagyobb arányban válaszoltak helyesen a megkérdezettek. 66,3 %-uk választotta a helyes "nem

fertőző” feleletet. Csak 28 fő válaszolt ”igen”-nel, azonban igen magas a nem válaszoltak aránya: 30,9 % (10. sz. ábra).

10. sz. ábra

**A vizsgálatban részt vett lakosok rákos megbetegedésekkel
kapcsolatos véleménye**

Fertőzőbetegség-e?

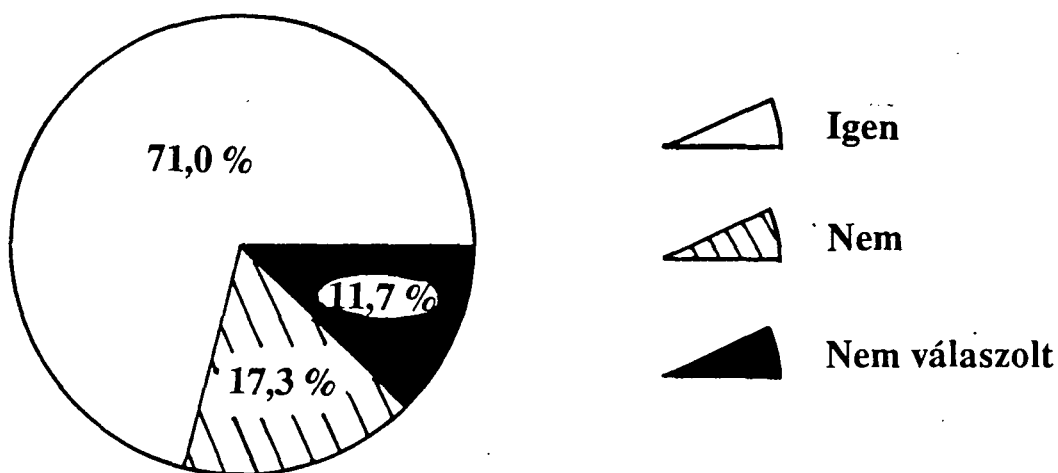


Harmadik kérdésünkre ”megelőzhető-e” a rák kaptuk a legtöbb helyes választ: 71,0 %-uk tartja megelőzhetőnek (11. sz. ábra).

11. sz. ábra

**A vizsgálatban részt vett lakosok rákos megbetegedésekkel
kapcsolatos véleménye**

Megelőzhető-e?



Összegezve a három kérdésre adott válaszokat, megállapíthatjuk, hogy a megkérdezettek 62,3 % helyes válaszokat adott, - ezen belül a férfi - nő arány nagyjából megegyezik. Korcsoport tekintetében a legtöbb jó választ a 30 év alatti lakosság jelölte. Legkevesebb ismerettel a 60 év feletti lakosság rendelkezik.

Az iskolai végzettség tekintetében az egészségügyi tudásszint az iskolázottsági fokkal egyenes arányban nő - érdekes megjegyezni azonban, hogy a felsőoktatási intézményt végzetek több mint 1/5-e nem tartja megelőzhetőnek a rákot.

Foglalkozási tekintetben a tanulók tudásszintje a legmagasabb, ugyanis 79,7 %-ban adtak helyes választ. A leggyengébb eredményeket a fizikai dolgozók és a nyugdíjasok körében találtuk - 60,5 % illetve 58,1 %-os arányban feleltek helyesen a feltett kérdéseinkre.

Következő kérdésünk az volt, hogy "mi okozhat rákot". Ennél a kérdésnél a megkérdezettek több mint fele 57,4 % jelölte a dohányzást, mint elsődleges rákkeltő okot. (Itt jegyzendő meg, hogy közülük 42,6 % aktív dohányos!)

Második helyen az alkoholfogyasztást említik, majd a különböző vegyszerek, égetett ételek, radioaktív anyagok ilyen természetét (25).

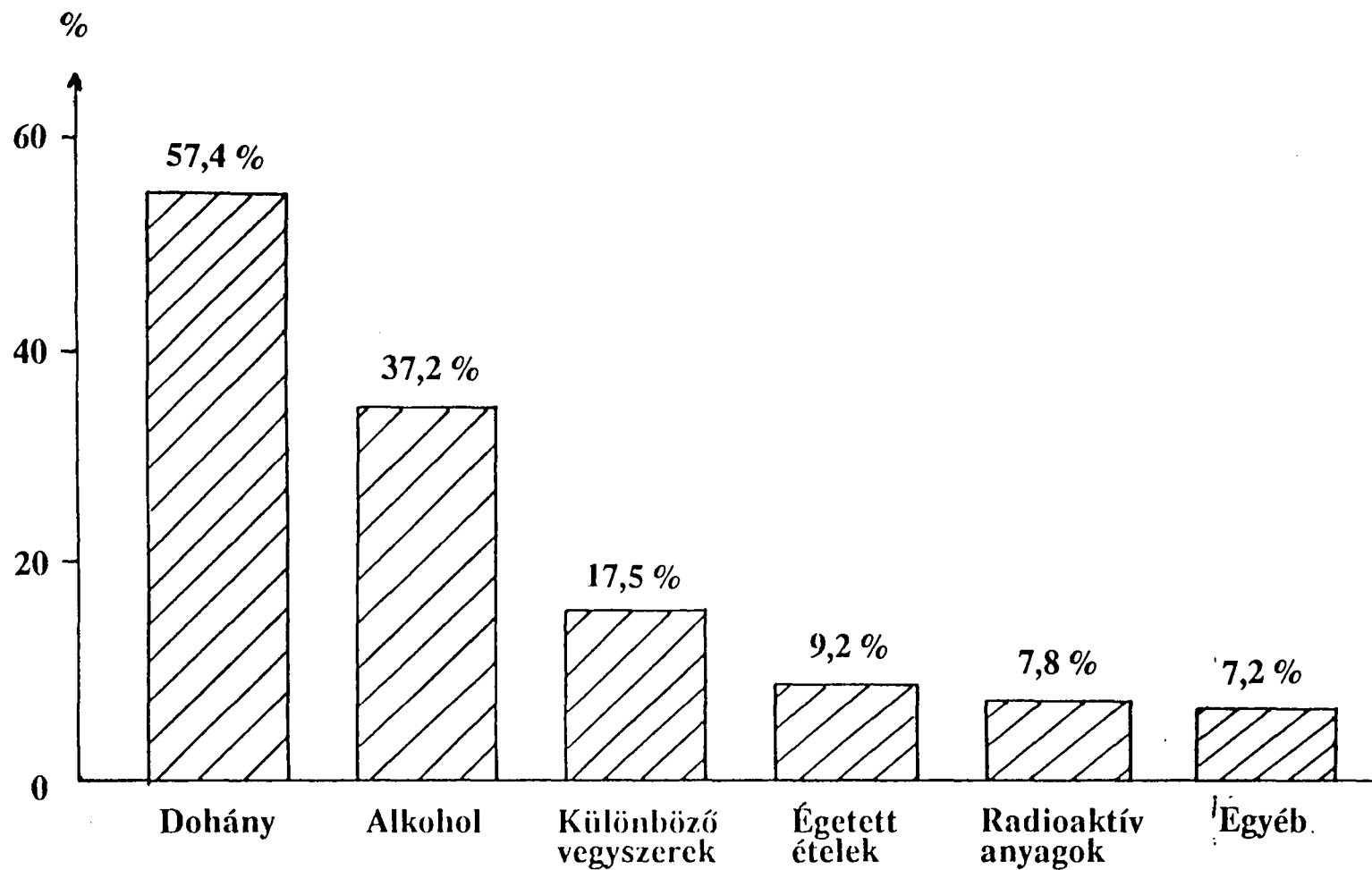
Egyéb okokat is említettek, mint pl. az ütés-sérülés, rossz táplálkozási szokások, környezetszennyezés (12. sz. ábra).

A következőkben arra igyekeztünk választ kapni, hogy a lakosság milyen arányban vesz részt tüdő- és rákszűrésen.

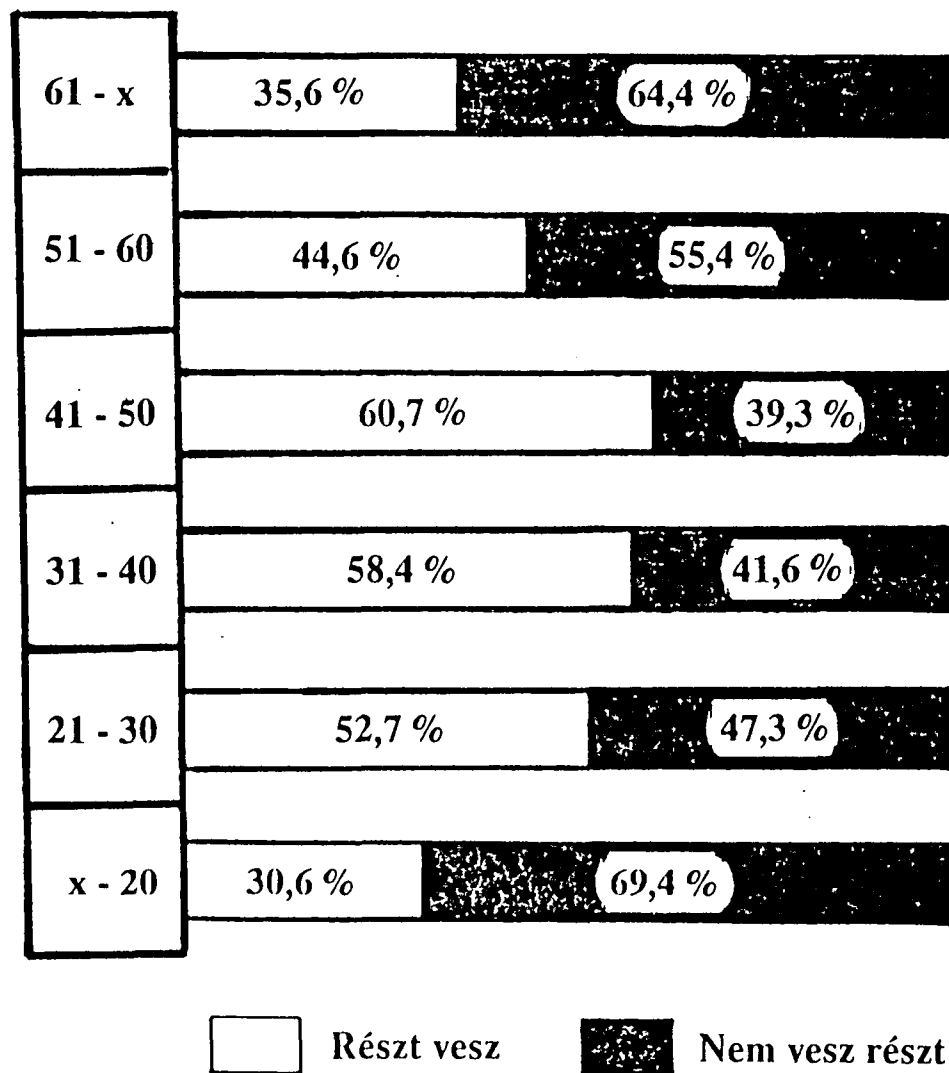
Tüdőszűrésen a megkérdezettek 95,9 %-a vesz rendszeresen részt, feltehetően a szűrés kötelező mivolta miatt. Akik nem, azok időhiányra hivatkoztak (4,1 %).

Sajnos nem ilyen jók az eredmények a rákszűrés területén a nők körében. A megkérdezett 562 nő 50,7 %-a jár rendszeresen rákszűrésre. Sokan úgy nyilatkoztak, hogy voltak már ilyen szűrésen, de az orvosok magatartása, a hosszú várakozási idő miatt nem szívesen vesznek részt ilyen vizsgálaton. Akik még soha nem voltak ilyen szűrésen, főként a vizsgálatról való félelemre hivatkoztak, illetve arra, hogy nem kötelező a szűrés, sőt nem is tudnak ilyen vizsgálatról, vagy pedig nincs rá szükségük.

A legnagyobb arányban a 41-50 év közötti nők vesznek részt rendszeresen a vizsgálaton. A kapott adatok is alátámasztják, hogy a rákszűrés formáit, lehetőségeit különösen fontos lenne ismertetni a lakossággal (13. sz. ábra).

A vizsgálatban részt vett felnőtt lakosok által ismert rákkeltő hatású anyagok

A vizsgálatban megkérdezett nők rákszűrésen való részvétele, korcsoportonként



3.1.2.4. Dohányzás

Európában és így hazánkban is a férfiak dohányzása az 50-es évek elején volt a legmagasabb, a felnőtt férfiaknak mintegy 70 %-a dohányzott. Ezzel szemben az 1950-es évektől a nők dohányzása mutat rohamos növekedést, ez a "fellendülés" a 70-es évek közepén kulminálódott.

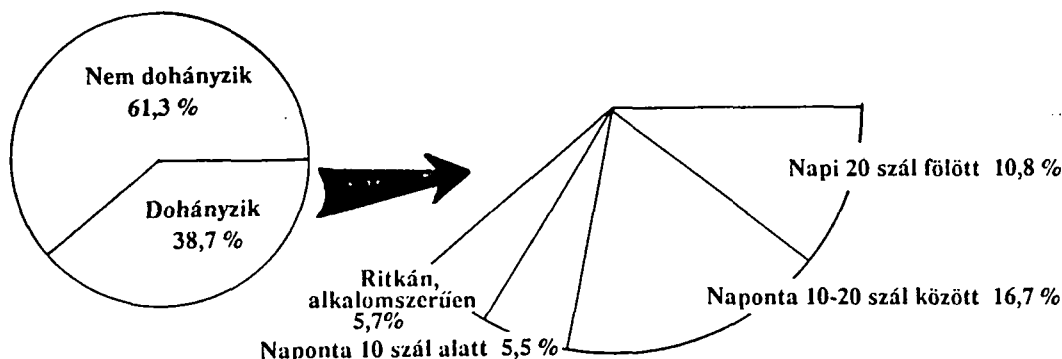
Magyarországon a haláloki statisztikák első helyén a szív- és érrendszeri betegségek, második helyen pedig a daganatos megbetegedések állnak. Köztudott, hogy mindkét betegségcsoportnál jelentős szerepe van a dohányzás ártalmainak. Hazánk lakosságának közel 40 %-a dohányzik és ez az arány egyre inkább a fiatal korosztályra tolódik át. Ma a lakosság összjővedelmének 2,9 %-át fordítja dohányárukra: ez évi fogyasztásban 2 kg-ot jelent fejenként.

Ha világviszonylatban vizsgáljuk ezt a jelenséget, akkor még elszomorítőbbak az adatok: hazánk a világranglistán fejenkénti cigarettafogyasztásban a 8. helyet foglalja el. A fejlett ipari államokban a dohányzók száma egyre csökken; az Egyesült Királyságban átlagosan a dohányzók 4 %-a adja fel évente a káros szokását; az Egyesült Államokban különböző szigorító rendszabályokat hoztak a dohányosokkal szemben, Japánban pedig külön fizetnek azon alkalmazottaknak, akik abbahagyják a dohányzást.

Dohányfogyasztással kapcsolatos kérdéseinkkel először azt mértük fel, hogy a megkérdezettek közül hányan dohányoznak. Az eredmények az országos adatokhoz hasonlóan a következők voltak: 1000 főből 387 fő, azaz 38,7 % dohányzik. Ebből 57 fő csak ritkán, alkalmanként gyújt rá, 55 fő naponta 10 db-nál kevesebbet szív el, 167 fő napi 10 és 20 db között, és sajnos 108 fő adta azt a választ, hogy naponta több mint 20 db cigarettát szív el. (Pipázást, szivarozást senki sem jelölt, így a dohányfogyasztás kizárólag cigarettára korlátozódik a vizsgált településen.) (14. sz. ábra)

14. sz. ábra

A vizsgálatban részt vett felnőtt lakosok dohányzási szokásai



Most nézzük meg közelebbről azt a 387 főt, aki dohányzik. A 438 kikérdezett férfi közül több mint a fele (228 fő) dohányzik: 93-an napi 10-20 db-ot, illetve kevesebb mint 10 db-ot szív.

Ezután korcsoporti megoszlásban vizsgáltuk a dohányosokat: relatíve legtöbb a dohányos a 31-40 és a 21-30 éves korú lakosok körében (51,5 %, illetve 49,7 %-uk aktívan dohányzik), és ezek többsége napi 10, illetve ennél több cigarettát szív. Sajnos a megkérdezett 20 év alatti lakosság közel 1/4-e aktív dohányos.

A vizsgált tanulók 23,9 %-a vallotta be, hogy dohányzik.

Ez a szám jóval magasabb a fiúk körében (31 %), a leányoknál "csak" 16,5 %. (Országos adatok szerint a 20 év alatti fiatalok 38 %-a dohányzott a 80-as évek közepén.)

Itt jegyzendő meg, hogy sajnos a tanárok több mint fele aktív dohányos, naponta 10-20 db cigarettát szív el.

Ilyen rossz arányokat csak Spanyolországban és Japánban (60 %-a a tanároknak aktív dohányos) találunk (1).

Ha ezeket az adatokat nyugati országok statisztikáival vetjük egybe, akkor a kép még elszomorítóbb: ott a fiatalok körében is jelentősen csökkent a dohányzás (pl. Finnországban 16 %-ra esett vissza). Hazánk inkább a fejlődő országok csoportjába sorolható ebben a vonatkozásban, hiszen ott ilyen magas a dohányzók, dohányzó fiatalok aránya (a nyugati dohány gyárak ide adják el készleteiket). Érdekes megfigyelni, hogy a vizsgált lakosság körében 50. év felett egyre csökken a dohányosok száma.

Megvizsgáltuk a dohányzó egyéneket családi állapotuk szerint is, és megállapíthatjuk, hogy a legtöbb dohányos az elváltak, illetve különélők között van (43,5 %), de igen magas ez az arány a házasok körében is (40,6 %). Legkevesebbet az özvegyek dohányoznak (22,0 %), de ez az életkorukkal is magyarázható.

Végezetül azt néztük meg, hogy a dohányosok milyen iskolai végzettségűek. A legtöbb dohányos a szakmunkásképzőt végzett lakosok köréből került ki (47,2 %-uk szív napi 10 szálnál többet, sőt 13,5 %-uk több mint napi 20 szálát). Ezután következnek az általános iskolát (39,8 %), illetve szakközépiskolát végzettek (39,4 %). Sajnos a diplomások közül is mintegy 28 % dohányzik, ezzel szemben nyugaton egyre csökken a dohányzó diplomások és főleg orvosok, pedagógusok száma.

Ezután a kérdőíven fel kellett sorolniuk, hogy milyen ártalmait ismerik a dohányzásnak. A megkérdezettek közül 30,4 % jelölte a dohányzást, mint szív- és érrendszeri megbetegedés előidézőjét, 61,6 % gondolt összefüggést a

tüdőrák és dohányzás közöt és 26,1 % jelölte légúti megbetegedés előidézőjeként. (17,3 % egyéb betegségeket is jelölt.) Érdekes külön megnézni, mit tudnak maguk a dohányzók ezekről az ártalmakról. A dohányzó nők ismeretei sokkal jobbak voltak, mint a férfiaké, ugyanis közel 40 %-uk tudta, hogy a dohányzás ártalmas a szív- és érrendszerre, 63 %-uk ismerte a tüdőrák, 32 %-uk a légúti betegségek kialakulásában játszott szerepét.

A dohányzó férfiak ismeretei ennél lényegesen hiányosabbak: 60 % jelölte a tüdőrákot, 26 % a szív- és érrendszeri megbetegedéseket, s 25 % a légúti megbetegedéseket.

3.1.2.5. Alkoholfogyasztás

A nemzetközi statisztikai adatok tanulsága szerint az alkohol világszerte a legnagyobb mértékben fogyasztott élvezeti cikk. Fogyasztásának hagyománya szinte évezredekre nyúlik vissza, mellyel a történelem folyamán mindvégig találkozunk.

A társadalmi érintkezésben, a társasági életben az alkoholfogyasztás megszokott és mindennapos. A közvélemény a világon mindenütt - kivéve a mohamedán területeket - elfogadja és természetesnek tartja a szeszesital-fogyasztást, olyan állampolgári jognak tekinti, amely történelmileg kialakult évszázados szokásokon alapszik.

A bor, sör s az égetett szeszesitalok előállítás, termelése a világon igen széles körben folyik, emellett igen számottevő az export-import forgalmuk, a világkereskedelemben jelentős arányt képviselnek. Ebből következik, hogy egy-egy ország, a külső és belső piac nyíltságára való tekintettel az alkoholfogyasztást kizárólag tiltó rendelkezésekkel, szesztilalommal nem lenne képes érdemlegesen befolyásolni, megszüntetni.

Az alkoholizmus elleni küzdelem során ezért voltaképpen nem általában a szeszesital-fogyasztás ellen, hanem csak a túlzott és mértéktelen alkoholfogyasztás ellen lehet hadakozni. Az alkoholfogyasztás mérséklése és az alkoholizmus elleni küzdelem elősegíthető azzal is, hogy a társadalmi környezet keltsen kulturális igényeket és gondoskodik annak kielégítéséről, különben fennáll az a veszély - különösen falun -, hogy a társasági szórakozás egyetlen célja az ivászat. A fogyasztás kulturája többek között azon múlik, hogy a vendéglátóipar a szeszesitalt kulturált körülmények között, lehetőleg étkezési lehetőséggel együtt kínálja.

A fiatalok szeszital fogyasztására igen nagy hatást gyakorol a környezet: a családi, baráti minta. A túlzott alkoholfogyasztásnak lehetnek pszichológiai okai is, az ilyen magatartásformáknak különösen nagy a társadalmi veszélyessége, mert könnyen öngyilkosságba vezethetnek.

Általános megállapításként fogalmazható meg, hogy a mértéktelen alkoholfogyasztás, az alkoholizmus ma egyike a világ legsúlyosabb társadalmi és egyéni problémáinak.

A népesség egészségi állapotának romlásában jelentős tényező a magas alkoholfogyasztás.

Magyarországon jelenleg az 1 főre jutó évi fogyasztás tiszta szeszben kifejezve 10,5 liter, s ezzel hazánk a világranglista 5. helyén áll. A lakosság összkiadásának 9,3 %-át teszi ki az alkoholtartalmú italokra költött összeg.

Az égetett szeszital-fogyasztás évi 8,9 liter fejenként (50 fokos töménységű) - ezzel a kétes értékű világranglista harmadik helyére sorakoztunk fel. Hazánkban az alkoholbetegek száma több mint félmillióra becsülhető.

Az alkohol gyakran felelős az üzemi és közúti baleseteknél, az öngyilkosságokban, bűnözésben. Az alkohol jelentősen hozzájárul a hátrányos helyzetek halmozódásához (59).

A WHO "Egészséget Mindenkinnek 2000-re" programjának egyik célkitűzése, hogy "1995-re valamennyi tagállamban jelentős mértékben csökkennie kell az egészséget károsító magatartásnak, mint pl. az alkohol használatának".

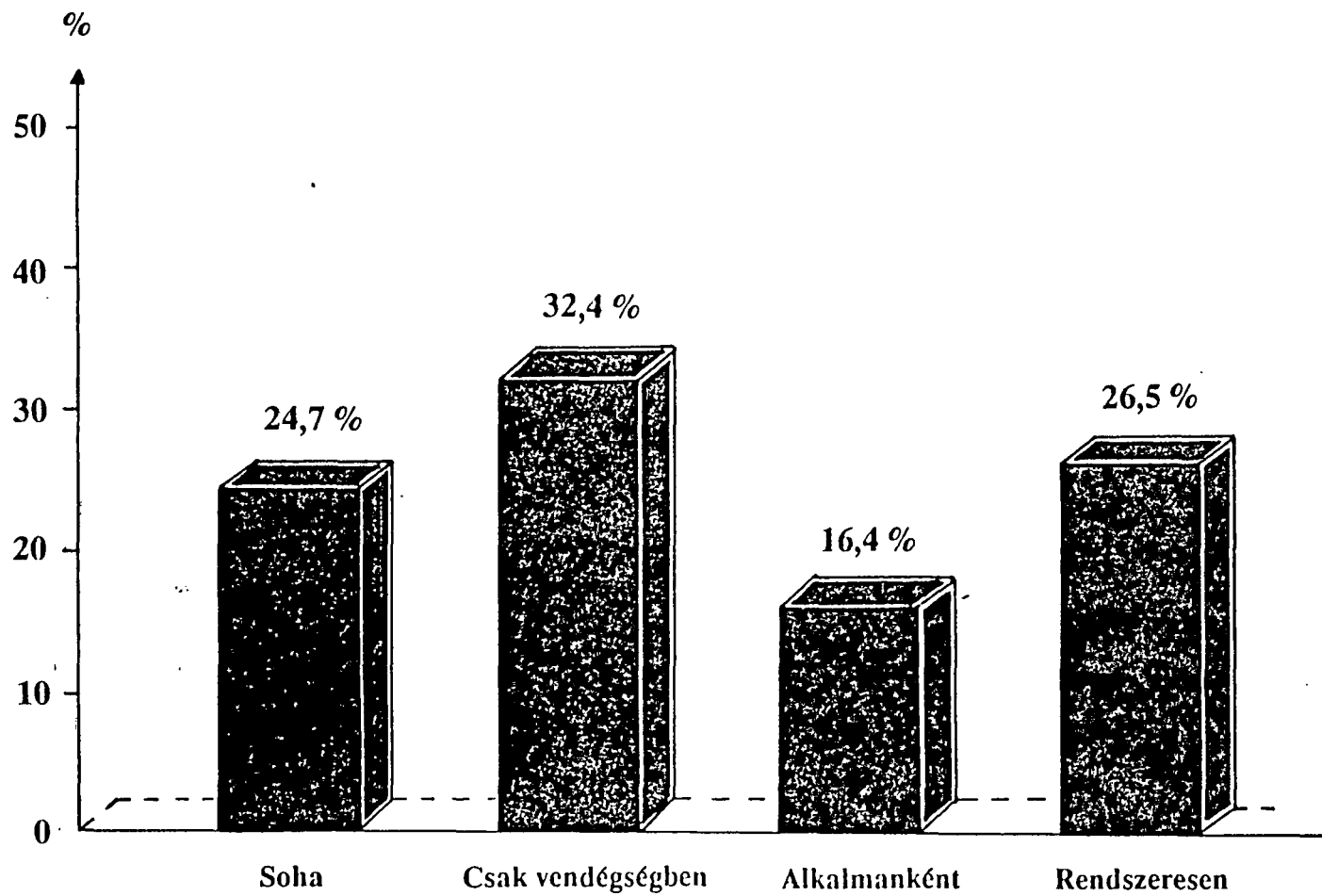
Vizsgáljuk meg, hogy az adott falusi település lakossága milyen mértékben, s milyen alkoholt fogyaszt. A megkérdezettek - saját bevallása szerint - 75,3 %-a fogyaszt alkoholt. Közülük is 32,4 %-uk csak vendégségben (havonta egyszer-kétszer), 16,4 %-uk alkalmanként (heti egyszer-kétszer), s sajnos 26,5 %-uk iszik rendszeresen (naponta) (15.sz. ábra).

Most nézzük meg milyen az arány a férfiak és nők tekintetében az alkoholfogyasztás területén. A férfiaknak csak 9,4 %-a, a nők 36,7 %-a vallotta magát absztinensnek.

Azokat, akik naponta, rendszeresen isznak alkoholt, megkérdeztük, milyen típusú szeszt fogyasztanak?

Közülük legtöbben sört isznak: 206 fő jelölte ezt, napi 1-2 üveggel (volt aki naponta 5 üveg, vagy ennél több sört is megiszik - 9 fő).

A következő a bor-fogyasztók száma volt: 97 fő. Közülük naponta 1-2 dl-t iszik 68 fő, heten azonban napi 0,5 l-nél is többet isznak.

A vizsgálatban részt vett felnőttek alkoholfogyasztási szokásai

Sajnos töményszeszt is igen sokan jelöltek - 88 fő - napi 1/2 dl-t isznak, de itt is volt kiugróan magas eredmény - 5 fő jelölte, hogy napi 3 dl tömény égetett szeszt fogyaszt.

Megvizsgáltuk az általános iskolások köréből gyűjtött adatokat is az alkoholfogyasztásra kivetítve.

Azt a sajnálatos tényt tapasztaltuk, hogy a fiatalok 71,1 %-a ivott már alkohol tartalmú italt, legtöbbjük pezsgőt - szilveszterkor, ünnepkor - 52,1 %, havonta kétszer-háromszor 18,3 %-uk, és sajnos 1 gyerek azt jelölte, hogy naponta rendszeresen iszik valamilyen alkoholtartalmú italt (16. sz. ábra)

Mind a fiúk, mind a lányok főként bort, pezsgőt isznak, a fiúk sört és tömény szeszt is említettek. Mindösszesen a fiúk 70,3 %-a és a lányok 47,6 %-a iszik bizonyos alkalmakkor valamilyen alkoholt saját bevallása szerint. Ezek a számok elszomorítóan magasak, különösen, ha figyelembe vesszük, hogy az egészségügyi szokások, éppen ebben a korban (10-14 év) alakulnak ki, rögződnek. S a fejlődő szervezeteket még sokkal inkább károsítja az egyébként is veszélyes alkohol. Az alkoholfogyasztási mintát ezeknek a gyerekeknek a szülők, rokonok, barátok példája adja. Így változást csak az egész társadalom alkoholfogyasztási szokásainak megváltoztatásával lehet elérni.

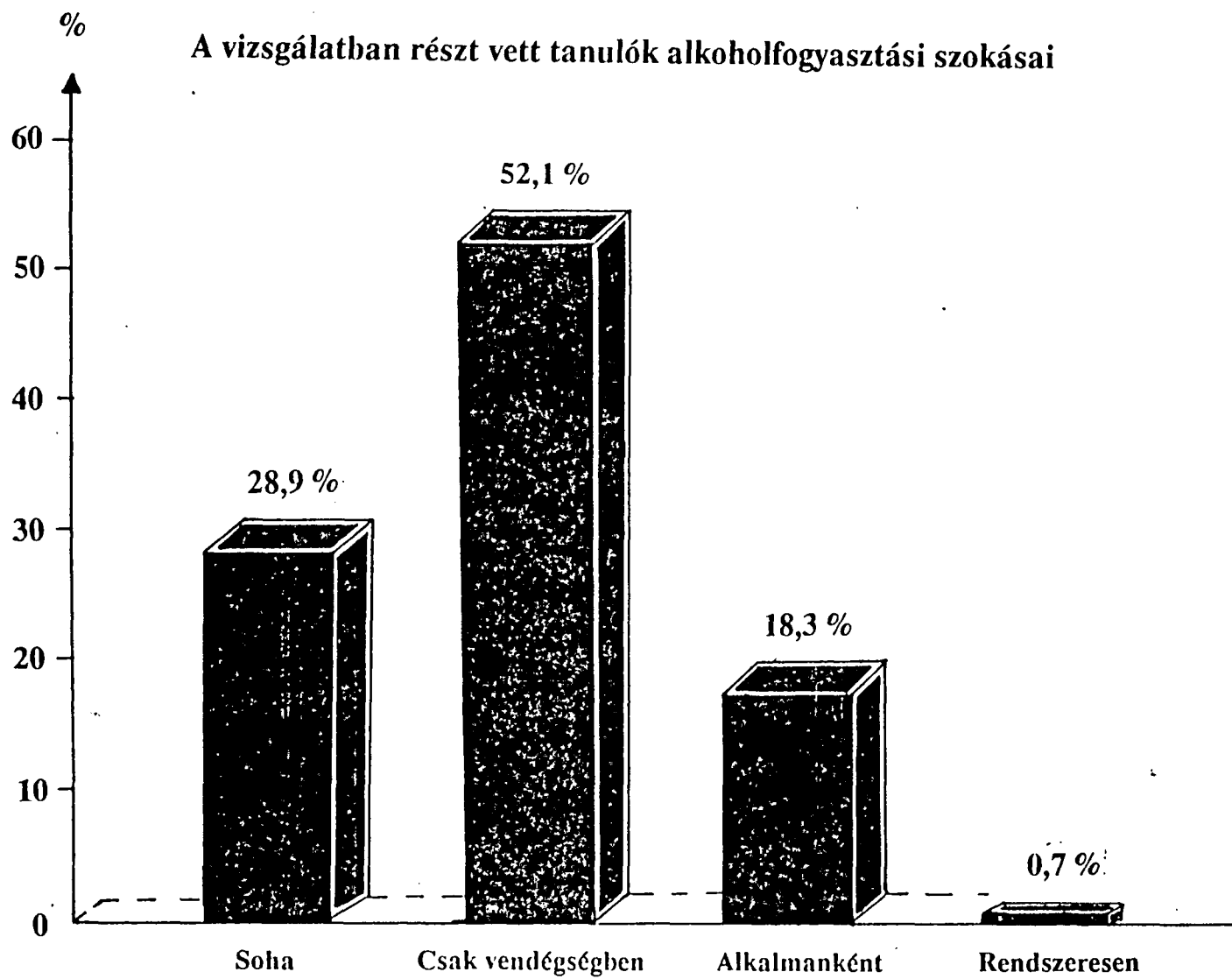
3.1.2.6. Táplálkozás

Az egészségmegőrzésnek egyik alapfeltétele a korszerű, egészséges táplálkozás, ezért a lakosság táplálkozásának alakulása sem a népgazdaság, sem az egyén számára nem lehet közömbös.

Az egészséges, korszerű táplálkozásnak vannak tárgyi (jövedelem, élelmiszer-termelés, áru kínálat) és személyi feltételei (táplálkozási szokás, ismeret, ízlés). A lakosság táplálkozási szokásai, igényei sokkal lassabban változnak, mint az életkörülményeik.

Hazánkban országos jellegű lett az energiadús túltápláltság, valamint a helytelen táplálkozási szokások konzerválódása.

Bár a korszerű és egészséges táplálkozás tárgyi feltételeinek biztosítása terén is van bőven tennivaló, azonban sokkal égetőbb a személyi feltételeket képező táplálkozási szokásoknak, igényeknek, ízlésnek a kívánt irányba való fejlesztése. Ennek eredményes megvalósítása csak országos programmal lehetséges. Fel kell használni a szervezett étkeztetés táplálkozásnevelő, ízlésformáló hatását. Ugyanis, amennyiben a gyermekintézményekben, munkahelyi étkezdékben, üdülőkben az étrendet a korszerű táplálkozás követelményeinek



figyelembevételével alakítják ki, ez hatással van, illetve a korszerűség irányába tereli a háztartásokon belüli étrendet is (27).

Összhangba kell hozni a táplálkozási nevelést és a kereskedelmi kínálatot; a reklámot és a propagandát is a táplálkozási nevelés szolgálatába szükséges állítani.

A jól vezetett közétkeztetés, a helyes élelmiszerkínálat és reklám, ha lassan is, de fokozatosan átalakítja a táplálkozási szokásokat, igényeket.

Jelentős változás azonban csak az új körülmények között nevelkedett generációban várható. Éppen ezért fontos, hogy a gyermekek és ifjak táplálkozási nevelése valamennyi területen (óvoda, iskolai oktatás, tömegkommunikáció, közétkeztetés) összehangolt és szakszerű legyen (30).

A táplálkozás és az egészségi állapot, illetve az egyes betegségek között összefüggés van, amely objektív eszközökkel, epidemiológiai megfigyelésekkel, klinikai, laboratóriumi vizsgálatokkal analizálható, bizonyítható. A hazai és nemzetközi kutatások eredményei igazolják, hogy a korszerű, egészséges táplálkozással a szív- és érrendszeri betegségek, a rosszindulatú daganatok, az emésztőszervi betegségek, a felnőttkori cukorbetegség, a fogszuvasodás, a csontritkulás alakulása kedvező irányba befolyásolható. A szív- és érrendszeri betegségek, valamint a rosszindulatú daganatok magyarországi előfordulásának a mértéke jelentős szerepet játszik abban, hogy a WHO 1985. és 1986. évi statisztikai adatai szerint a magyar férfiak várható élettartama Európában a legrövidebb, a magyar nőké a második legrövidebb Románia után. Különösen aggasztó, hogy a 35-54 év közötti korosztály halálozása Magyarországon a legmagasabb Európában, ezért feltétlenül szükséges, hogy ezen a tragikus állapoton a táplálkozás eszközeivel is változtassunk.

Mivel e feladatmeghatározás helyzetelemzés nélkül nem valósítható meg, ezért feltétlenül szükséges megvizsgálni, milyen a táplálkozás jelenlegi helyzete és ez milyen hatást gyakorol a lakosság egészségi állapotára.

A táplálkozással kapcsolatos kérdéscsoport első részében az iránt érdeklődtünk, hogy naponta hányszor étkeznek.

Mind a felnőttek, mind a gyermekek többsége naponta 3x étkezik, sajnos a felnőttek 16,4 %-a rendszertelenül, s csak 14,7 %-a a megkérdezett felnőtteknek, illetve 29,5 %-a a gyermekeknek eszik naponta 4-5 alkalommal. Kíváncsi lenne, ez utóbbi táplálkozási stílus elterjesztése - különösen gyermekek körében. Egyik étkezés se legyen túlságosan bő vagy nagyon kevés: minél egyenletesebben kell elosztani a napi táplálék mennyiségét. A kényelmes és nyugodt evés alapkövetelmény az egészséges táplálkozásnál, s fontos a napi

”menetrend” kialakítása, az étkezések mindig azonos időpontra történő tervezése (15. sz. ábra).

Következő kérdésünk arra vonatkozott, hogy mivel főznek otthon. A megkérdezettek közel 70 %-a sertézsírt használ az ételek elkészítéséhez. Ez jóval magasabb arány, mint az országos átlag, de az eltérés a falusi életmóddal - sertéshízalás - magyarázható. Fontos a falusi lakosság körében is elterjeszteni a növényi olajok, margarin használatát.

Utolsó kérdésünkkel a táplálék összetételéről érdeklődtünk. Húsok közül a legtöbben sertéshúst esznek - ez megegyezik az országos listával, arányai azonban eltérőek.

	Országos adatok (1988)	Algyői adatok (1988-as felmérés)
sertéshús:	56,8 %	72,2 %
marhahús:	10,4 %	3,1 %
baromfi:	29,7 %	22,5 %
hal:	2,7 %	2,0 %
egyéb:	0,4 %	0,2 %
összes húsfogyasztás:	100,0 %	100,0 %

Köretként a többség (59,8 %) burgonyát fogyaszt, 20,2 % főzeléket, 13,4 % tésztaféléket és 6,6 % eszik rizst. Amíg rendszeresen eszik édességet a megkérdezettek 48,4 %-a, gyümölcsöt csak 24,5 % jelölt.

A sertéshús, zsíros ételek fogyasztását a falusi életmóddal lehet megmagyarázni, de ugyanakkor érthetetlen az alacsony gyümölcs-zöldség fogyasztás, különös tekintettel arra, hogy az adatgyűjtés kora ősszel történt.

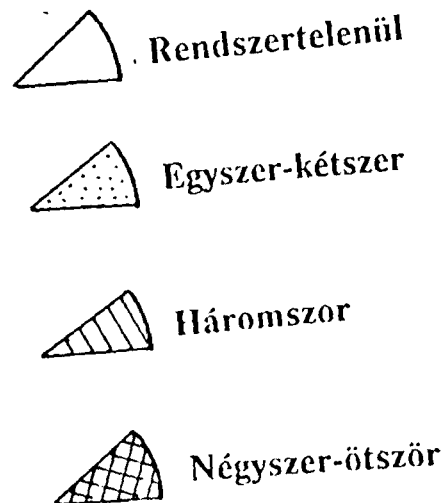
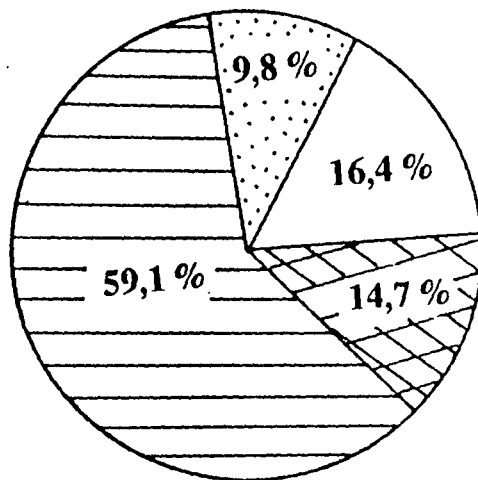
3.1.2.7. Testmozgás, sport

Mint már a 3.1.1. pontban említettem, ezt a kérdést csak az iskolások körében tettük fel. Megvizsgáltuk a gyerekek sporthoz, testmozgáshoz való viszonyát. Hiszen a rendszeres mozgás, a sportolás naponta szükséges a gyermekeknek a genetikailag meghatározott biológiai lehetőségeik eléréséhez. Segíti a gyermekek pszichológiai és szociális fejlődését is növekedésük, testi érésük mellett. Karbantartja a testmozgás az emberi testet, formálja, fejleszti a személyiséget, fokozza a teljesítőképességet a szellemi és fizikai munkavégzésben. Mindemellett könnyíti a feszültségek feloldását, csökkenti a dohányzási alkalmakat, esetenként hozzájárul a leszokáshoz. Formálja az életmódot, rendszerezi a napokat, heteket. Elvben minden fejlődő szervezetnek

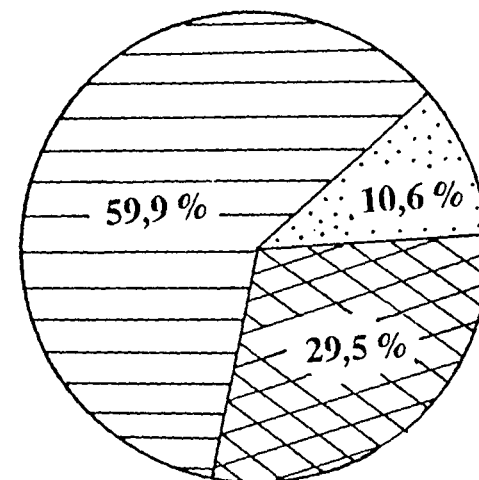


A vizsgálatban megkérdezett felnőttek és tanulók táplálkozási szokásai

Felnőttek



Tanulók



naponta 40-60 percnyi kellő intenzitású mozgásra, sportolásra lenne szükség (31).

Az itt kapott eredmények kedvezőek voltak, a megkérdezett tanulók 95 %-a pozitívan viszonyult a testnevelési órákhoz, azokat "nagyon szereti" illetve "szereti".

Az iskolai órákon kívül 88 %-uk sportol heti 2-4 alkalommal. A sportok közül első helyen a kerékpározást jelölték (22,2 %), utána közvetlenül a vízi sportokat (19,0 %), majd a kosárlabdát (15,8 %). (Említettek még futást, labdarugást, kézilabdát.)

Ezek az eredmények kissé eltértek az országos átlagtól, mely szerint a fiataloknak csak kb. 65 %-a sportol rendszeresen, s főként a labdarugást részesítik előnyben, valamint a többi labdajátékot.

A kerékpározás és vízisportok preferenciája a falu földrajzi fekvésével magyarázható (alföldi, folyóparti település). A mozgáskultúrával kapcsolatos jó eredmény minden valószínűséggel a helyi testnevelőtanárok lelkesedésének és értékes munkájának köszönhető. Sajnálatos tény azonban, hogy az oktatási intézményekből kikerülő gyermekek döntő többsége a továbbiakban nem folytat semmiféle sportot, testmozgást az iskolapad elhagyása után.

Más felmérések bizonyítják, hogy a felnőtt lakosság mozgásszegény életmódot folytat (a férfiaknak nem egészen 8 %-a, a nőknek pedig mindössze 3 %-a sportol hetenként, vagy gyakrabban). A családi és munkahelyi környezet mintaadó személyeinek többsége mozgásszegény életmódot folytat, testedzés iránti igényeik, és lehetőségeik igen alacsonyak (40).

3.1.2.8. Nemibetegségekkel kapcsolatos tudásszint, AIDS

A legfőbb halálokok listáján a fertőzőbetegségek a hetedik helyen állnak. Napjainkban e betegségek új és fenyegető előretörésével kell szembenéznünk. Különösen igaz ez a szexuálisan terjedő betegségek (SZTB-k) esetében. Újabban a korábbi nemi betegségek (első generáció) legfontosabb képviselőinek, a gonorrhoeának és a korai fertőző syphilisnek a gyakorisága újra emelkedni kezdett. Megjelentek azonban az SZTB II. és a III. generációi is. Korunkban az SZTB-k tehát a fertőző betegségek legfontosabb csoportját képezik: egyrészt gyakoriságuk, másrészt súlyosságuk miatt (7).

Korunk pestise az AIDS! A legújabb jelentések szerint 5-10 millió HIV-vírussal fertőzött személy van a világon, és fél- egy évenként megkétszereződik az AIDS-betegek száma.

Ha minden nemi érintkezés gumi óvszerrel történnék, és a kábítószeresek nem használnának közös tűt, akkor a fertőzés terjedése gyakorlatilag nullára csökkenne. A fentiek pontosan rámutatnak arra, hogy a HIV-vírus rohamos terjedése megfékezésére egyetlen út létezik - a megelőzés, az emberek magatartásának gyökeres megváltoztatása. A prevenciónak talán soha nem volt ilyen nagy szerepe - és felelőssége - egy betegség legyőzése érdekében, mint manapság.

A prevenció és felvilágosító munka funkciói:

- a) megszüntetni a HIV-fertőzéssel, az AIDS-szel kapcsolatos bizonytalanságot, a téves elképzeléseket, a félreértéseket,
- b) kifejleszteni egy kockázati öntudatot, amely állandó felelősségérzetet alakít ki önmagunk és környezetünk védelme érdekében,
- c) megszüntetni a tabukat, félelmet, pánikot.

Rátérve kérdőíves felmérésünk tapasztalataira, azt az eredményt kaptuk, hogy a megkérdezettek 55,7 %-a ismeri az AIDS-et, mint SZTB-t. (Azonban más nemibetegségekről szinte semmit sem tudnak, csak 15,6 % jelölt gonorrhoeát, illetve szifiliszt.)

A következő kérdésünk az volt, hogy hogyan kerülhető el az AIDS. A tanulók 50,8 %-a írta a gumi óvszert, mint a megelőzés egyetlen formáját, mindössze 12,0 %-uk említette a partnercsere kerülését, a szexuális hűséget, viszont elég sokan írtak helytelen válaszokat, illetve nem feleltek a kérdésre. Tapasztalataink azt bizonyítják, hogy az óvszer mellett a tartós párkapcsolatok és a hűség propagálására legalább olyan mértékben szükség lenne. A jövőben ez utóbbi tevékenységre kell erősebb hangsúlyt fektetni.

3.2. A kapott adatok összegezése

A kérdőíves felmérés eredményeinek kiértékelésekor láthattuk, hogy a legrosszabb eredményeket az életmódra vonatkozó kérdések körében kaptuk. A megvizsgált lakosság 38,7 %-a dohányzik - napi 20 db-nál többet szív el a megkérdezettek 10 %-a; az alkoholfogyasztás igen magas: 26,5 % iszik rendszeresen.

Sajnálatos módon a megkérdezett általános iskolások is magas arányban hódolnak ezeknek a káros szenvedélyeknek: dohányzik 24 %-uk, saját bevallása szerint alkoholt fogyaszt 18,4 %-uk.

3.2.1. Teendők

Magyarországon a halandósági mutatók a 30 év feletti népesség körében az utolsó két évtizedben folyamatosan romlottak. Az 1985-ben regisztrált 13,9 %-os halálozási arányszám Európa-szerte a legmagasabb. Ezzel párhuzamosan a születéskor várható élettartam is egyike a legalacsonyabbaknak Európában. A népesség egészségi állapotának romlásában jelentős tényező a magas alkohol és dohányfogyasztás.

E két élvezeti szer káros hatása - főként a fiatal szervezetre - egyértelmű.

Ezért a következő időszak - intenzív egészségnevelés - egyik sarkalatos pontjaként ezt a két témát jelöltük meg.

Mi a teendőnk e két szenvedélybetegség elleni harcban?

Általános feladatok:

Az alkoholtartalmú italok és a dohányféleségek olyan speciális árucikkek, amelyek esetében az ellátás nem igazodhat kizárólag a lakossági igényekhez. A forgalmazás során ezért egészségügyi szempontból folyamatossá kell tenni az ellenőrzésüket, egyúttal csökkenteni szükséges ezen cikkek igényfelkeltő, szuggesztív hatását. Alkohol- és dohánymentes környezetek kialakítására, számuk fokozatos növelésére van szükség. Ennek kapcsán szorgalmazni kell a már érvényben levő, a dohányzást, az alkohol árusítását és fogyasztását korlátozó intézkedések betartását az iskolában, közlekedési eszközön, munkahelyen, vendéglátóipari egységekben, kereskedelemben.

Fontos az alkoholt és dohányzási cikkeket propagáló reklámok korlátozása, illetve a burkolt reklámok tiltása.

Rendkívül fontos része a környezeti feltételek megteremtésének az alkoholt árusító vendéglátóipari egységek árukínálatának strukturális változása. Ez azt jelenti, hogy a szűk, főleg égetett szeszesitalokból, nehéz borokból és sörből álló választék helyett ennél sokkal szélesebb áruskálának kell megjelennie a vendéglátóiparban, növelve az alacsonyabb alkoholtartalmú vagy szeszesmentes italféleségek arányát. Jelentős környezeti feltétel az árpolitika is. A hazai kimutatások jelzik, hogy míg a bor árának emelése nem befolyásolja a borfogyasztást, addig az égetett szeszesitalok árának időzített emelése jelentős eredményeket hozhat.

Hosszabb távú, tartós eredményt csak a hatékony megelőzés hozhat. Elsősorban különböző szintű iskolai oktatási programok megvalósítására van szükség. Fontos célkitűzés a szülők alkohol- és dohányfogyasztó, ezzel mintát

nyújtó viselkedésének direkt és indirekt befolyásolása, illetve a tanárok, az iskolai környezet mintáinak szabályozása, konzultatív segítése (3).

Fiatal pályakezdők esetében a munkahely megelőző funkciója megnyilvánulhat abban is, hogy előnyben részesíti az alkoholt nem fogyasztó, nem dohányzó jelentkezőt.

A második terület, amivel feltétlenül foglalkoznunk kell: a táplálkozás. A táplálkozási szokások megváltoztatására irányuló elképzelések kidolgozásakor abból kell kiindulni, hogy a táplálkozás az életmód egészébe ágyazódik, történetileg, gazdaságilag, társadalmilag, kulturálisan sokszálúan meghatározott.

Szorosan összefügg a differenciált lakossági igényekkel, a táplálkozást meghatározó anyagi, szervezeti feltételek (mezőgazdasági termelés, forgalmazás) történeti kialakulásával, a táplálkozást befolyásoló minták, modellek jellegével.

A táplálkozási szokások változásának üteme általában lassabb a főbb gazdasági-társadalmi változásoknál, de azokkal szorosan összefügg. A lakosság táplálkozási szokásainak korszerűsödése az elmúlt két évtizedben lassú és féloldalas volt, s az utóbbi években a kedvező irányú változások - elsősorban gazdasági okokból - lefékeződtek. Különösen igaz ez a falusi lakosságra, ahol a kedvezőtlen árváltozások a hagyományos falusi táplálkozásnak kedveznek, illetve efelé szorítják vissza az egészségesebb táplálkozási törekvéseket.

Általános célkitűzések:

Hazai táplálkozástudományi szakértők a 2 éven felüli lakosság számára tápanyagösszetételben a következő célok elérését tűzték ki:

1. A telített zsír fogyasztásának általános csökkenése ezzel együtt alacsonyabb zsírtartalmú húsok és húskészítmények fogyasztásának növelése.
2. Vissza kell szorítani a zsír használatát főzésnél, s elősegíteni a növényi olajok fogyasztását.
3. Növelni kell a zöldség és gyümölcsök, valamint a teljesértékű gabonafélék fogyasztását.
4. Csökkenteni kell a cukor és sörfogyasztást.

Az itt említett célkitűzések közül elképzelésünk szerint főként a 3. és 4. célkitűzés valósítható meg hagyományos falusi környezetben. A húsfogyasztás jelentős része saját gazdaságból származik - sertéshízalás, baromfitartás. Tudatosítani kell a lakosság körében, mely húsfajták, s milyen elkészítési móddal ajánlatosak egészségi szempontból.

Sajnos a bolti vásárlások alkalmával elsősorban az árak szabják meg a lakosság vásárlását, s az egészségi szempont csak másodlagos tényezőként jelentkezik.

Ezért javasolt a kereskedelmi egységekben az olcsóbb árfekvésű sovány húsok, sajtok, egyéb tejtermékek forgalmazása, s ezek reklámozása.

Falun a zöldség- és gyümölcsellátás döntő többsége saját termelésből - kiskertekből - származik, így ezek növelt fogyasztására való felhívás eredményesebb lehet.

Összegezve a táplálkozási célkitűzések megvalósításának fő elemeit:

1. a korszerű, egészséges táplálkozáshoz szükséges termelési, forgalmazási, kínálati feltételek javítása;
2. az egészséges táplálkozás lehetőségeiről, elveiről, gyakorlati tudnivalóiról adott információk, felvilágosítás, propaganda;
3. a táplálkozással összefüggő kockázati tényezők szűrése;
4. célzott megelőző tevékenység a veszélyeztetettek körében (58).

3.2.2. Munkaterv meghatározása

Munkatervünket a következő témák alapján határoztuk meg:

1. szenvedélybetegségek: dohányzás, alkoholfogyasztás
2. egészséges táplálkozás
3. életvitel, testmozgás
4. személyi és környezet hygiéne
5. gyógyszerfogyasztás
6. nemi betegségek, AIDS
7. daganatos betegségek
8. szűrés (tüdő-, rák-, általános)

3.2.3. Módszerek kiválasztása

Mint tudjuk leghatékonyabb módszer az egészségnevelés területén az egyéni beszélgetés: ez a nevelő és nevelt közvetlen személyes kapcsolata. Leküzdhetetlen hátrányt jelent azonban időigényessége, s az így nevelt egyének korlátozott száma. Azonban míg az egyéni beszélgetést háttérbe szorítottuk, addig magát a beszélgetést nem. Ugyanis munkánk döntő többségét szóban végeztük: kiscsoportos beszélgetések, előadások, vitakörök formájában.

Nem hanyagoltuk el azonban az írásos módszerek nyújtotta lehetőséget sem: szóróanyagokat, plakátokat, faliújságokat készítettünk, illetve terjesztettünk.

Véleményünk szerint azonban a legnagyobb sikert és hatékonyságot a komplex egészségnevelési módszerekkel értük el: kiállítás, bemutató, vetélkedők, kirándulás-túra, sportnap.

3.3. Intenzív egészségnevelő munka

Egészségnevelő munkánkat egészségügyi dolgozókkal, pedagógusokkal, művelődésügyben dolgozókkal együttműködve végeztük.

Az egészségügyi dolgozók közül részt vettek munkánkban a SZOTE Társadalomorvostani Intézet munkatársai, a Csongrád Megyei KÖJÁL Egészségnevelési Osztályának dolgozói, az algyői Orvosi Rendelő orvosai és szakdolgozói, az algyői Gyógyszertár dolgozói, valamint a rákszűrő vizsgálatot végző szakorvosok.

Mindvégig lelkesen támogatták munkánkat, és abban aktívan részt vettek az algyői Általános Iskola tanárai, valamint az Óvoda dolgozói. Sikerült bevonnunk munkánkba a Kultúrotthon, valamint a Könyvtár munkatársait is.

Segítségünkre volt még egy élelmiszerbolt vezetője is.

Ezúton is hálásan köszönjük segítségüket.

Munkánkat 1989-90-es évben végeztük, láthatóan széles társadalmi-lakossági támogatást élvezve.

3.3.1. Az egészségnevelés menetrendje

1989. októberétől:

az általános iskolában osztályfőnöki órákon történő egészségnevelés:

1. személyi- és környezet hygiéne,
2. öltözködés,
3. táplálkozás,
4. dohányzás,
5. alkoholfogyasztás,
6. családtervezés - szexuális nevelés,
7. AIDS.

1989. november 20. Előadás a természetgyógyászatról, Béres-cseppek.

1990. januárjától: szűrővizsgálatok az Orvosi Rendelőben:

- testsúlymérés táplálkozási tanácsadással,
- vérnyomásmérés életmódra vonatkozó tanácsokkal.
- egészségügyi tartalmú füzetek, brossúrák kiemelt terjesztése a gyógyszer-tár-ban.

1990. február 15. Előadás a daganatos megbetegedésekről.

1990. április 2. Iskolai egészségügyi vetélkedő.

1990. április 19. Alkohol- és dohányzás ellenes kiállítás megnyitója, eligazítás az osztályfőnököknek.

1990. április 20. - május 3-ig Kiállítás.

1990. április 25. Óvodai vetélkedő.

1990. április 26. Filmvetítés az Ifjúsági Klubban az AIDS-ről, vitaest.

1990. április 28. Előadás a helyes gyógyszereszedési szokásokról.

1990. április 29. Kerékpártúra.

1990. május 3. Előadás az egészséges táplálkozás jegyében.

Ételbemutató - ételkóstoló.

1990. május 12. Sportnap.

1990. május 22. Rákszűrés

3.3.2. Az egészségnevelésbe bevontak köre

Egészségnevelési munkánkat három fő csoport körében végeztük:

- óvodások,
- iskolások,
- felnőttek.

3.3.2.1. Óvodások

Életkori sajátosságait figyelembe véve már ebben az időszakban el kell kezdeni az alapvető egészségi szokások kialakítását.

Kidolgozott programmal fordultunk az óvoda dolgozóihoz, s az óvónők több héten át külön - a kötelező anyagon kívül is - foglalkoztak a kicsik testápolási, tisztálkodási, táplálkozási, öltözködési, testedzési ismereteknek bővítésével, ezek gyakoroltatásával - tornagyakorlatok, mosakodás, körömtisztítás, fogmosás, asztalterítés, ismerkedés különböző rostos üdítőitalokkal stb.

A KÖJÁL Egészségnevelési Osztályán kidolgozott, s már jól bevált tanulóprogram végén vetélkedő keretében, játékosan adtak számot a kicsinyek tudásuk bővüléséről, formálódásáról.

A rendezvényt két szempontból is igen fontosnak tartjuk:

- a gyerekeknek örömet okozott, hogy bemutathatták képességeiket, "tudásukat", ez mintegy pozitív megerősítés volt,
- mi pedig örömmel láttuk a program eredményességét: a tudásszint növekedését az óvodások körében.

3.3.2.2. Iskolások

Az iskolások körében jóval összetettebb egészségnevelési módszerek alkalmazására nyílt lehetőség. Itt is rendeztünk vetélkedőt, ezt azonban megelőzte több hónapon át az osztályfőnöki órákon tartott csoportos beszélgetés.

A szexuális felviágosítás, családi életre nevelés, nemibetegségek, illetve az AIDS témakörén kívül - ezeket egészségügyi dolgozók tartották - a többi témáról az osztályfőnökök beszéltek a tanulókkal.

3.3.2.3. Felnőttek egészségnevelése

Mint már említettem az egészségnevelés gyerekkorban a leghatékonyabb. Felnőttkorra - sőt már serdülőkorra - kialakulnak azok az egészségügyi szokások, magatartásmód, életmód, melyek az ember későbbi életvitelét meghatározzák. Ezért a változtatás felnőttkorban már sokkal nehezebb, mint gyermekkorban.

Ezért egyrészt meg kellett keresnünk azokat a témákat, melyek majdnem mindenki számára érdekesnek bizonyulhattak, másrészt úgy kellett szervezni a különböző egészségnevelési rendezvényeket, hogy oda azok jussanak el elsősorban, akik az adott témában érdekeltek.

Így például az AIDS-ről szóló filmvetítést az Ifjúsági Klubban tartottuk meg, hiszen főként a fiatalok körében tarthat számot érdeklődésre a téma, másrészt főként ezt a réteget akartuk célba venni ezirányú egészségnevelésünkkel.

Az ételbemutatóra és az egészséges táplálkozásról szóló előadásra az általános iskolások szüleit hívtuk meg, hiszen voltaképpen ők alakítják ki gyermekeik táplálkozási szokásait.

A Természetgyógyászatról és a Béres-cseppekről szóló előadást viszont az egész lakosság körében propagáltuk, hiszen e témák az általános érdeklődés középpontjában állnak; a rákszűrést az egész nőlakosság körében hirdettük.

3.3.3. Egészségnevelésünk során használt módszerek

3.3.3.1. Élőszó

Az élőszó nyújtotta lehetőségek közül figyelmünket az előadásokra, vitaestekre, csoportos beszélgetésekre összpontosítottuk. Ezeknek a beszélgetéseknek - a témától függően - igen nagy sikerük volt, a részvételi arányok 25-60 fő között mozogtak.

3.3.3.2. Írásbeli anyag

Az egészségügyi intézményekben különböző plakátokat, faliújságokat helyeztünk el. Az Orvosi Rendelőben alkohol- és dohányzásellenes plakátokat, daganatos és szívérrendszeri betegségekről szóló faliújságot függesztettünk ki. A gyógyszerértárban felmértük a meglevő egészségügyi brossúrákat és azokat szám, illetve téma szerint bővítettük. A kijelölt kereskedelmi egységben a helyes táplálkozást ismertető plakátok kifüggesztését szorgalmaztuk. Az iskolában a gyerekek körében egészségügyi ismeretterjesztő füzeteket, röplapokat terjesztettünk.

3.3.3.3. Szemléltető módszer

Mivel egy-egy jól megválasztott szemléltető eszköz alkalmazása igen mély és tartós hatást válthat ki, ezért ezt a módszert is alkalmaztuk.

Filmvetítést rendeztünk - videofilm az AIDS-ről, valamint előadásainkat diaképek vetítésével színesítettük.

Kiállítást szerveztünk a szenvedélybetegségek - alkohol és dohányzás - okozta károsodásokról, betegségekről, balesetekről.

3.3.3.4. Komplex módszer

A komplex módszerrel végrehajtott egészségnevelés megszervezése kívánja a legtöbb erőfeszítést az egészségnevelést végzőktől, de talán egyben ez is a leghatékonyabb módszer. Hiszen ez már nemcsak "passzív szemlélődést" kíván a nevelendő egyénektől, hanem aktív cselekvést, részvételt is.

Ilyen rendezvényünk volt az óvodai- és iskolai vetélkedő, a kerékpártúra, a sportnap, rákszűrő vizsgálat önvizsgálati tanácsadással.

3.4. Egészségnevelő munkánk értékelése

Az iskolai - osztályfőnöki órán történt - egészségnevelésben részesült az összes felsős osztály (5-8. osztály), így ez az iskola több mint 180 tanulóját érintette. A nemibetegségekről, az AIDS-ről szóló videofilm azonban életkori sajátosságok miatt csak a 7. és 8. osztályosok körében került levetítésre.

Röplapokat, tanácsokat tartalmazó egészségügyi füzeteket minden osztályban osztottunk szét (kb. 350 db-ot), ezek olvasásához a szülők is hozzáférhettek.

A tanulók iskolai egészségügyi vetélkedőn adtak számot tudásukról, ezt a KÖJÁL Egészségnevelési Osztályának dolgozói segítségével szerveztük és hajtottuk végre. A díjakat is az Egészségnevelési Osztály finanszírozta.

A vetélkedőn hármas csoportokban összesen 30 tanuló vett részt, igen jó eredményeket mutattak fel egészségkulturáltságuk területén.

Szenvedélybetegségekről szóló kiállításunkat az általános iskola minden osztálya (1-8. osztály) megtekintette osztályfőnöki óra keretében, utána megbeszélték a látottakat. Így a kiállítást kb. 440 tanuló látta, s utána elbeszélgettek a dohányzás és alkoholfogyasztás káros hatásairól.

A kiállítás mindenképpen sikeresnek tekinthető, hiszen a gyerekeken kívül két hét alatt 416-an nézték meg a kiállított anyagot.

Kirándulást - kerékpártúrát szerveztünk a gyerekeknek, melyen az egész család részvételére számítottunk. Az idő kedvezőtlensége miatt ezt egy héttel el kellett halasztani, azonban így is 12 család jelentkezett az induláskor (42 fő), s igen jól sikerült a közös családi túra.

Hasonlóan jól sikerült a családi sportszombat, 28 felnőtt - főként apukák és 33 gyerek vett részt a kispályás labdarúgó mérkőzéseken és a teniszversenyeken. Itt is jutalmaztuk az első három helyezést elért családot, de igazi eredménynek a közös testmozgást, a családok ismerkedését, a sportban lelt örömet kell tekinteni.

36 felnőtt nő jelent meg a rákszűrő vizsgálaton, melyet az Orvosi Rendelőben, illetve rákszűrő buszon végeztek el orvoskollégáink. A vizsgálat után szóróanyagot osztottunk szét, mely a mell önvizsgálatát írta le.

Végezetül ételbemutató-kóstolót szerveztünk az általános iskola alsó tagozatába járó (1-4. osztályos) gyermekek szülei számára. Először egy rövid előadást-ismertetést tartottunk az egészséges táplálkozásról: hangsúlyoztuk a reggelizés fontosságát a gyermekek körében, helyesen elosztott mennyiségű, napi négyzseri-ötszöri étkezést; a modern, egészséges táplálékok fogyasztását: rostos, szénhidrátszegény táplálékok; az édességek kerülését; a zöldség-gyümölcs, sovány tejtermékek fogyasztásának növelését.

Ezután a szülők megtekintették, sőt meg is kóstolták a kiállított élelmiszereket: sovány tej, gyümölcsös-joghurtok, Abonett-, és Korpovit keksz, Müzli készítmények, Cerbona-szeletek, korpás és szójas kenyér, sovány sajtok, vajkrémek, elkészített szójaételek. Ez utóbbiak elkészítésében egy algyői lelkes vegetáriánus volt a segítségünkre.

A felnőttek körében tartott előadások is sikeresnek könyvelhetők el. A természetgyógyászatról tartott előadáson 62 fő jelent meg - különböző életkorúak - érdeklődéssel hallgatták a témát, a végén több kérdés is elhangzott az előadó felé.

A daganatos megbetegedésekről tartott előadásunkon 49 fő jelent meg, főként 50 év felettiek.

A nyugdíjas klubban tartott előadást a helyes gyógyszereszedési szokásokról 31 fő hallgatta meg, mindkét előadás végén beszélgetés, eszmecsere alakult ki az előadó és a hallgatók között.

Az óvodai vetélkedőn 20 gyerek vett részt a nagycsoportból. Igen jól sikerült ennek szervezése, jutalmul a gyerekek játékot kaptak közös használatra; Makk Marci szóróanyagot osztottunk ki közöttük. Az óvónők a

vetélkedő után az egészséges táplálkozás jegyében miniszendvicsekkel, rostos italokkal kínálták mind a zsűri tagjait, mind a gyerekeket.

Az Ifjúsági Klubban videofilm vetítést rendeztünk az AIDS-ről, ezen 24 fiatal vett részt, utána vitaestet-beszélgetést indítványoztunk a témáról, válaszoltunk a felmerült kérdésekre.

Az egyetlen tevékenységünk, mely nem bizonyult igazán hatékornak a gyógyszerárban terjesztett rölapok, ismeretterjesztő füzetek voltak. A térítésmentesen kaphatók elfogytak, de azok közül, amelyek térítési díj fejében vásárolhatók meg - Diabetikus tanácsok, Vesebetegségekről, Csecsemőgondozás stb. - csak néhány darab kelt el.

Összességében elmondható, hogy sikerrel járt egészségnevelési tevékenységünk. A község lakói szívesen részt vettek az általunk szervezett programokon, aktív támogatást nyújtottak több területen is. Így ezek a tevékenységek a jövőben is folytathatóak, leginkább önerős szerveződések alapján (pl. közös családi kirándulások, sportversenyek, vetélkedők stb.).

3.4.1. Ellenőrzés ismételt kérdőíves felméréssel

A fentiekben már ismertettük, hogy milyen egészségnevelési tevékenységeket végeztünk az egészségkulturális hiányok pótlására, illetve a tudásszint bővítésére.

Ezek az "akciók" igen jól sikerültek, a lakosság tevékenyen részt vállalt belőlük, illetve részt vett bennük. Ezután annak felmérése következett, hogy ezek a szervezések: előadások, írásbeli anyagok, kiállítás stb. mennyire voltak hatékonyak, hogyan változott a község lakóinak egészségkulturális tudásszintje.

Az ellenőrzést ismételt kérdőíves felméréssel végeztük el. Ugyanolyan kérdőíveket osztottunk szét - ismét 1150 db-ot - mint az előző felmérés során. Bár az első alkalommal már tapasztaltuk a kérdőív néhány hiányosságát, mégis fontosnak tartottuk az összemérhetőség szempontjából, hogy ugyanazokat a kérdéseket ugyanúgy tegyük fel.

3.5. A kapott adatok egybevetése a korábbi eredményekkel

Az 1. és 2. számú táblázatok azt mutatják, hogyan változtak meg az orvoshozfordulási-, illetve gyógyszereszedési szokások 1988. és 1990. között. Mint az adatok mutatják, mindkét esetben a helyes válaszok száma növekedett. Az azonnali orvoshozfordulás azonban még így is csak 43,4 %-os, s sokan előbb otthon próbálják gyógykezelní magukat.

Gyógyszereszedéskor azonban a megkérdezettek 71,0 %-a helyesen jár el.

1. sz. táblázat

A vizsgálatban részt vett felnőtt lakosok orvoshoz fordulási szokásai

Mit tesz betegség esetén?	1988-as felmérés		1990-es felmérés		Változás(%)
	Fő	%	Fő	%	
Azonnal orvoshoz fordul	411	41,1	404	43,4	+2,3
Előbb otthon kúrálja magát	558	55,8	504	54,2	-1,6
Tanácsot kér másoktól, akik szenvedtek ilyen betegségben	25	2,5	22	2,4	-0,1
Nem válaszolt	6	0,6	-	-	-0,6
Összesen	1000	100,0	930	100,0	

A vizsgálatban részt vett felnőtt lakosok gyógyszereszedési szokásai

Meddig szedi az orvos által előírt gyógyszert?	1988-as felmérés		1990-es felmérés		Változás(%)
	Fő	%	Fő	%	
Amíg betegnek érzi magát	326	32,6	270	29,0	-3,6
Amíg a gyógyszer kitart	35	3,5	42	4,5	+1,0
Amíg az orvos előírta	633	63,3	618	66,5	+3,2
Nem válaszolt, ill. nem szed gyógyszert	6	0,6	-	-	-0,6
Összesen	1000	100,0	930	100,0	

A 3. sz. táblázatból jól kitűnik a lakosság ismeretei növekedtek a daganatos megbetegedésekkel kapcsolatban; helytelen válaszokat átlagosan csak 14,0 %-ban kaptunk az első felméréshez képest lényegesen csökkent a nem válaszolók száma 22,5 %-ról 6,7 %-ra esett vissza!

**A vizsgálatban részt vett felnőtt lakosok véleménye a daganatos megbetegedésekről
Mit tud Ön a rákról?**

Örökölhető-e?	1988-as felmérés		1990-es felmérés		Változás(%)
	Fő	%	Fő	%	
Igen	253	25,3	235	25,3	-
Nem	496	49,6	630	67,7	+ 18,1
Nem válaszolt	251	25,1	65	7,0	-18,1
Összesen	1000	100,0	930	100,0	

Fertőzőbetegség-e?	1988-as felmérés		1990-es felmérés		Változás(%)
	Fő	%	Fő	%	
Igen	28	2,8	20	2,1	-0,7
Nem	663	66,3	819	88,1	+ 21,8
Nem válaszolt	309	30,9	91	9,8	-21,1
Összesen	1000	100,0	930	100,0	

Megelőzhető-e?	1988-as felmérés		1990-es felmérés		Változás(%)
	Fő	%	Fő	%	
Igen	710	71,0	764	82,1	+ 11,1
Nem	173	17,3	136	14,6	-2,7
Nem válaszolt	117	11,7	30	3,3	-8,4
Összesen	1000	100,0	930	100,0	

A rákkeltő hatású anyagok ismerete növekedett a lakosság körében. A dohányzás rákkeltő hatását mintegy 20,0 %-kal többen említették a második felmérés alkalmával. Láthatóan csökkent a téves elképzelések száma. Mindez valószínűleg előadásainknak, füzetecskéinknek is köszönhető (4. sz. táblázat).

4. sz. táblázat

A vizsgálatban részt vett felnőtt lakosok ismerete a rákkeltő hatású anyagokról

Rákkeltő hatású anyagok	1988-as felmérés		1990-es felmérés		Változás(%)
	Fő	%	Fő	%	
Dohány	574	57,4	713	76,7	+ 19,3
Vegyszer	175	17,5	237	25,5	+ 8,0
Égetett ételek	92	9,2	124	13,3	+ 4,1
Radioaktív anyagok	78	7,8	158	17,0	+ 9,2
Egyéb	444	44,4	275	29,6	-14,8

Mivel a lakosság több ismerettel rendelkezik ezen életet fenyegető betegségről, így a megelőzés, preventív munka hatékonyabb lehet. Természetesen a 2 év alatt történt változások még nem annyira jelentősek, hiszen az egészségnevelés hosszú évek alatt fejti ki látványosan a hatását, de némi változás már tapasztalható a mortalitási arányokban is (5. sz. táblázat).

5. sz. táblázat

Algyő község mortalitási arányai halottvizsgálati bizonyítvány alapján

Betegségcsoportok	1988		1989		1990	
	Fő	%	Fő	%	Fő	%
Cardiovascularis megbetegedések	16	57,1	13	62,0	17	65,4
Daganatos megbetegedések	7	25,0	5	23,8	4	15,4
Légzőszervi megbetegedések	2	7,2	1	4,7	1	3,8
Egyéb	3	10,7	2	9,5	4	15,4
Összesen	28	100,0	21	100,0	26	100,0

A tüdőszűrésen való részvétel aránya nem változott, holott ma már nem kötelező, s elmulasztása nem büntetendő (6. sz. táblázat).

6. sz. táblázat

A vizsgálatban részt vett felnőtt lakosok tüdőszűrésen való megjelenése

Tüdőszűrésen részt vesz-e évente?	1988-as felmérés		1990-es felmérés		Változás(%)
	Fő	%	Fő	%	
Igen	958	95,8	891	95,8	-
Nem	42	4,2	39	4,2	-
Összesen	1000	100,0	930	100,0	

A nők rákszűrésen való megjelenése pozitívan változott, közel 10,0 %-kal többen vettek részt 1990-ben ilyen vizsgálaton, mint 1988-ban. Ehhez hozzájárult az általunk szervezett szűrőbuszos vizsgálat is (7. sz. táblázat).

7. sz. táblázat

A vizsgálatban részt vett felnőtt női lakosok rákszűrésen való megjelenése

Szokott-e rendszeresen rákszűrésen részt venni?	1988-as felmérés		1990-es felmérés		Változás(%)
	Fő	%	Fő	%	
Igen	285	50,7	326	59,4	+8,7
Nem	277	49,3	223	40,6	-8,7
Összesen	562	100,0	549	100,0	

A dohányzásról való leszokás igen nehéz feladat, kemény önfegyelmet igényel a már hosszabb ideje dohányzó egyénektől. Így igen jó eredménynek tekinthető ez a kicsi százalékos arány (1,8 %) is, mellyel a nemdohányzók száma növekedett. Megfigyelhetjük, hogy főként a napi 1 doboznál és többet elszívó dohányosok száma csökkent, az adatokból úgy tűnik sokan nem tudnak teljesen lemondani a dohányzásról, de a napi mennyiséget már csökkentették (8. sz. táblázat).

8. sz. táblázat

A vizsgálatban részt vett felnőtt lakosok dohányzási szokásai

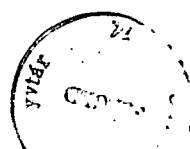
Dohányzik-e?	1988-as felmérés		1990-es felmérés		Változás(%)
	Fő	%	Fő	%	
Nem	613	61,3	587	63,1	+ 1,8
Naponta 20 szál fölött	108	10,8	83	8,9	-1,9
Naponta 10-20 szál között	167	16,7	159	17,1	+0,4
Naponta 10 szál alatt	55	5,5	44	4,8	-0,7
Ritkán, alkalmasszerűen	57	5,7	57	6,1	+0,4
Összesen	1000	100,0	930	100,0	

Mint azt az előző táblázatból is láttuk, a dohányzók száma átlagosan - ha minimálissal is, de csökkent. Szomorú azonban ha nemek szerinti bontásban vizsgáljuk a kapott adatokat: míg a férfiak 7,2 %-a felhagyott a dohányzással, addig a nők közül 3,0 % ez idő alatt szokott rá! Így a két nem dohányzási arányai jócskán megváltoztak. A nők dohányzásának terjedése világjelenség, s főként a fejlődő országokra jellemző (9. sz. táblázat).

9. sz. táblázat

A vizsgálatban részt vett felnőtt lakosok dohányzási szokásai nemenként

Dohányzik-e?		1988-as felmérés		1990-es felmérés		Változás(%)
		Fő	%	Fő	%	
Férfi	Igen	228	52,1	171	44,9	-7,2
	Nem	210	47,9	210	55,1	+7,2
	Összesen	438	100,0	381	100,0	
Nő	Igen	159	28,3	172	31,3	+3,0
	Nem	403	71,7	377	68,7	-3,0
	Összesen	562	100,0	549	100,0	
Összesen	Igen	387	38,7	343	36,9	-1,8
	Nem	613	61,3	587	63,1	+1,8
	Összesen	1000	100,0	930	100,0	



Az alkoholfogyasztás átlagosan csak minimálisan csökkent, azonban, ha a rendszerességet vizsgáljuk, igen jó eredményeket kapunk: mintegy 16,0 %-kal csökkent az alkoholt rendszeresen fogyasztók száma. Hasonlóan a dohányzáshoz erről a szenvedélyükről is csak igen kevesen tudtak teljesen lemondani, azonban csökkentették a fogyasztott mennyiséget, illetve ritkábban fogyasztanak alkoholt - hetente vagy csak havonta egyszer (10. sz. táblázat)

10. sz. táblázat

A vizsgálatban részt vett felnőtt lakosok alkoholfogyasztási szokásai

Fogyaszt-e alkoholt?	1988-as felmérés		1990-es felmérés		Változás(%)
	Fő	%	Fő	%	
Soha	247	24,7	237	25,5	+0,8
Csak vendégségben (havonta vagy ritkábban)	324	32,4	339	36,4	+4,0
Alkalmanként (heti egyszer-kétszer)	164	16,4	262	28,2	+11,8
Rendszeresen (naponta)	265	26,5	92	9,9	-16,6
Összesen	1000	100,0	930	100,0	

A dohányzási adatokhoz hasonlóan a nemek szerinti vizsgálatkor alkoholfogyasztás területén is az állapítható meg, hogy míg a férfiak alkoholfogyasztása 7,1 %-kal visszaesett, addig a nők körében mintegy 5,0 %-kal nőtt. Ezen munkánk keretei nem adnak lehetőséget e jelenség bővebb értelmezésére, azonban érdemes lenne megvizsgálni e jelenség pszichés, szociális, egyéb hátterét (11. sz. táblázat)

11. sz. táblázat

A vizsgálatban részt vett felnőtt lakosok alkoholfogyasztási szokásai nemenként

Fogyaszt-e alkoholt?		1988-as felmérés		1990-es felmérés		Változás(%)
		Fő	%	Fő	%	
Igen	Férfit	397	90,6	318	83,5	-7,1
	Nő	356	63,3	375	68,3	+5,0
	Összesen	753	75,3	693	74,5	-0,8
Nem	Férfi	41	9,4	63	16,5	+7,1
	Nő	206	36,7	174	31,7	-5,0
	Összesen	247	24,7	237	25,5	+0,8
Összesen	Férfi	438	100,0	381	100,0	
	Nő	562	100,0	549	100,0	
	Összesen	1000	100,0	930	100,0	

Az alkoholfogyasztás szerkezete némiképp átalakult: relatíve megnövekedett a sör-, csökkent azonban a borfogyasztás, s a tömény szeszesitalok rendszeres fogyasztása is valamelyest kevesebb lett.

Az életmódban történt változásokat leginkább a táplálkozás területén figyelhetjük meg. A lakosság táplálkozása elmozdult az egészségtelen, túl zsíros-fűszeres ételek felől az egészségesebb, kalóriaszegényebb, gyümölcs és zöldség alapanyagú ételek felé.

A zsírfogyasztás 1990-ben 10,4 %-kal csökkent az 1988-as adatokhoz képest.

A húsfogyasztás összetételében tapasztaltuk a legnagyobb változást - ezt nyilván a húsarak növekedése magyarázza. Erőteljesen megnövekedett a baromfi fogyasztás - zömmel saját tenyésztésből; a marhahús fogyasztás több mint háromszorosára nőtt, az egyéb húsfajták - birka, vadfélék - fogyasztása is jelentősen megemelkedett.

Az 1990-es felmérés adatai szerint köretként 52,6 %-a a megkérdezett lakoságnak jelölt burgonyát, ez az előző felméréshez képest 7,2 %-os csökkenést mutat, növekedett azonban a zöldséget - főzeléket fogyasztók aránya.

A gyümölcsfogyasztás az előző felméréshez képest 6,0 %-kal növekedett, de még mindig csak a megkérdezettek egyharmada jelölte, hogy rendszeresen fogyaszt gyümölcsöt.

A napi táplálkozás rendszerességében is változást találtunk: megnövekedett azoknak a száma, akik naponta négyszer-ötször esznek, s a rendszertelenül táplálkozók száma lecsökkent 16,1 %-ra (12. sz. táblázat).

12. sz. táblázat

A vizsgálatban részt vett felnőtt lakosok táplálkozási szokásai

Rendszerint hányszor étkezik naponta?	1988-as felmérés		1990-es felmérés		Változás(%)
	Fő	%	Fő	%	
Rendszertelenül	164	16,4	150	16,1	-0,3
Egyszer-kétszer	98	9,8	94	10,1	+0,3
Háromszor	591	59,1	505	54,3	-4,8
Négyszer-ötször	147	14,7	181	19,5	+4,8
Összesen	1000	100,0	930	100,0	

Sok szó esik manapság arról, hogy testileg milyen fejletlenek az iskolások, nincs állóképességük, kitartásuk, mozgásszegény életmódot folytatnak.

Míg 1988-ban az országos átlagot jóval meghaladó, igen kedvező adatokat kaptunk a gyerekek sportolásával kapcsolatban, az aktív sportolók aránya sajnos 24,1 %-kal csökkent 1990-re. Persze a sportolók abszolút aránya 64,6 % még így is elég magas - közel azonos az országos átlaggal, mégis elkésztető, hogy munkánk ellenére ennyivel csökkent az érdeklődés a testmozgás, a torna, a különböző sportok iránt (13. sz. táblázat).

13. sz. táblázat

A vizsgálatban részt vett tanulók sportolási szokásai

Testnevelési órán kívül sportol-e?	1988-as felmérés		1990-es felmérés		Változás(%)
	Fő	%	Fő	%	
Igen	126	88,7	73	64,6	-24,1
Nem	16	11,3	40	35,4	+24,1
Összesen	142	100,0	113	100,0	

Az iskolások körében végzett előadásaink, vetítésünk a nemi betegségekről igen eredményesnek mondható. 1990-ben már a megkérdezettek 91,2 %-a hallott már az AIDS-ről, tudja, hogy milyen veszélyes főként nemi érintkezés útján terjedő betegség. Míg 1988-ban csak a tanulók 15,6 %-a ismert más nemi betegségeket is, addig ez a szám most 58,4 %-ra emelkedett. Téves választ egyáltalán nem adtak a nem válaszoltak száma is egyharmadára csökkent (14.sz. táblázat).

14. sz. táblázat

A vizsgálatban részt vett tanulók nemi betegségekről való ismeretei

Milyen nemi betegségeket ismer?	1988-as felmérés		1990-es felmérés		Változás(%)
	Fő	%	Fő	%	
AIDS	63	44,4	37	32,8	-11,6
AIDS és más nemi betegségek	16	11,3	66	58,4	+47,1
Más nemi betegségek	6	4,3	-	-	-4,3
Téves ismeretek	15	10,5	-	-	-10,5
Nem válaszolt	42	29,5	10	8,8	-20,7
Összesen	142	100,0	113	100,0	

Az AIDS megelőzésével kapcsolatban is jelentősen bővült a tanulók tudása: a válaszadók 97,3 %-a jelölte a gumióvszer használatát, ezeknek a tanulóknak a fele azonban mást is említett: szexuális hűség, kábítószer élvezők körében egyszer használatos injekcióstűk használata. Mindössze 1 fő nem adott választ a kérdésünkre, tévesen pedig senki sem válaszolt (15. sz. táblázat).

15. sz. táblázat

A vizsgálatban részt vett tanulók ismeretei az AIDS megelőzéséről

Hogyan kerülhető el az AIDS?	1988-as felmérés		1990-es felmérés		Változás(%)
	Fő	%	Fő	%	
Gumi óvszer használatával	60	42,3	57	50,4	+8,1
Gyakori partnercsere elkerülésével	5	3,5	2	1,8	-1,7
Többfélét is jelölt	12	8,5	53	46,9	+38,4
Téves ismeret	10	7,0	-	-	-7,0
Nem válaszolt	55	38,7	1	0,9	-37,8
Összesen	142	100,0	113	100,0	

3.6. Élelmiszerforgalom alakulása Algyón 1988. és 1990. között

Megvizsgáltuk egy nagyforgalmú élelmiszerbolt - 401-es ABC - 1988-as és 1990-es kimutatásait. Kíváncsiak voltunk, hogyan változott meg a forgalmazott áruk összetétele. Általánosságban elmondhatjuk, kevesebb szeszesital fogyott 1990-ben, mint 1988-ban; az alkoholforgalomból befolyt összeg növekedett ugyan, hiszen az árak jócskán emelkedtek, de ha az eladott mennyiséget vesszük figyelembe, akkor csökkenés tapasztalható.

Összetételében a sörforgalom növekedett, a bor fogyasztás tetemesen visszaesett, a tömény szesz eladási mennyisége némileg csökkent.

A dohányárak területén a fogyasztás a filteres áruk irányába tolódott el, a mennyiségi változás nem jelentős (pl. a havi 8500 doboz Sopianae-fogyasztás havi 8000 dobozra csökkent).

Jóval kevesebb kávé és édesség kel el havonta, a húsfogyasztás a felére csökkent, a tejtermékek vásárlása 20,0 %-kal kevesebb.

A zsírfogyasztás némileg visszaesett, olajból változatlan mennyiség fogy, megnövekedett az érdeklődés a margarin iránt (háromszorosára nőtt).

Az egészséges táplálkozás alapanyagai iránt megnőtt a kereslet: míg 1988-ban senki sem vásárolta pl. a szójakockát, müzli féléket, Abonett kenyeret, Korpovit kekszet, addig 1990-ben pl. müzliből havonta 40 csomag, Abonett kenyérből havi 120 csomag fogy el átlagosan. Sokan vásárolják az alacsony zsírtartalmú tejtermékeket: 1,5 %-os tejet; hat féle joghurtot kínálnak (havi 100 dobozt adnak el).

A hentesárak iránti kereslet megnőtt, főleg a felvágottak pl. sajtos Párizsi forgalma jelentős - 80 kg/hó.

Összefoglalás

A medicina tudományos és emberi oldalát nem lehet szembeállítani egymással. Ezt annál is inkább el kell kerülni, mert az ember egészségét legfőképpen addig kell óvni míg megvan. Az a nézet, mely szerint minden ember potenciálisan beteg, csak elméletileg igaz. Az egészség állapota - még a viszonylagos egészségé is - az egyén és a közösség számára létfontosságú, s annyit mindenképpen kell tenni érte, mint a már bekövetkezett betegség gyógyításáért. Az egészség-betegség olyan összefüggéseire gondolok (életmód, szokások, káros szenvedélyek), amelyekről ugyan mindenki tud valamit, de amit nagyon kevesen vesznek komolyan.

Az egészségügy eredményei, sikere vagy kudarca függvénye a társadalom, s benne az egyének szemléletének, magatartásának, együttműködési készségének, kulturáltságának. Ebben a vonatkozásban sajnálatos, hogy egy igen fontos dolog mindig háttérbe szorul: a lakosság egészségi tudásszintjének szokásainak, magatartásának pontos megismerése és annak alapján az egészséges életre nevelése (5).

A különböző szintű egészségügyi intézményeknek, az ott dolgozóknak ugyanis gyakorlatilag semmiféle információ nem áll rendelkezésére az emberek egészségi magatartásairól, szokásairól. A statisztikát, a jelentések csaknem kizárólag morbiditási-mortalitási viszonyokról, gyógyszerfogyasztásról és betegforgalomról és egyéb hasonlóan mérhető és megszámálható eseményről, változásról adnak tájékoztatást. S bár valamennyi nélkülözhetetlen nem tükrözik és nem is tükrözhetik a teljes képet a lakosság egészségi szokásairól, életmódjáról.

Minden egészségügyi törekvés alapvető célja az ember egészségének, megfelelő élet- és munkakörülményeinek, jólétének előmozdítása. Az egészségnevelés elsőrendű szerepe az, hogy e feladat megvalósításában az embert nemcsak érdekeltté tegye, hanem ellátása azzal az ismeretekkel amelyek lehetővé teszik számára, hogy egészsége megóvásában és annak fokozásában aktívan részt vegyen.

Egészségügyi kultúra nélkül nem beszélhetünk kiegyensúlyozott életről. Az egészségnevelésnek a csecsemő születésével egyidőben kell elkezdődnie, hiszen a feltételes reflexek kialakulása már a csecsemő korban megindul.

A lakosság kulturáltságának az is fokmérője, hogy milyen az emberek egészségügyi kultúrája, vagyis mennyiben tudják és alkalmazzák azokat az ismereteket amelyek lehetővé teszik saját egészségük megvédését, a szervezetüket érő ártalmak elhárítását és környezetüknek a harmonikus élet követelményei szerint történő kialakítását.

A magatartás formálásában, a helyes életmód kialakításában fontos feladat hárul az egészségügyi dolgozókon kívül a pedagógusokra, a közművelődésben dolgozókra és mindazokra akik felelősséget éreznek a lakosság egészségi állapotának javításáért.

A dolgozat foglalkozik azokkal a főbb szervezési feladatokkal, módszerekkel, amelyek ismerete és alkalmazása nélkül csupán ösztönös a felvilágosító munka. Ismerteti egy község lakosságának egészségkulturális színvonalát - kérdőíves felmérés alapján. A felmérés alapján elvégzett intenzív egészségnevelő munkát. Leírja a munka hatékonyságát - újabb kérdőíves felmérés segítségével.

A felmérés eredményeinek ismeretében a szerző a következő javaslatokat a megyei egészségneveléssel foglalkozóknak:

- a) a község rétegspecifikus egészségének kidolgozása;
- b) az egészségnevelésbe bevontak körének bővítése;
- c) az egészségnevelők körének bővítése;
- d) megkülönböztetett figyelem az iskolás korú lakosság egészségnevelésére;
- e) általános érvényű javaslat: a jelenleg megyei felügyelet alá rendelt Egészségügyi Osztályok átszervezése, mintegy fiókintézményekként, közvetlenül a Nemzeti Egészségvédelmi Intézet alá.

Köztudomású, hogy az egészségnevelési kultúrának szerves része a helyes életmód és táplálkozás, a káros szokások elhagyása. Azt tapasztaljuk, hogy az anyagi jólét növekedésével nem jár együtt az életmód megfelelő változása.

Mindnyájunkban felmerülhet a kérdés: eleget tettünk-e azért, hogy a problémák megoldódjanak, egészségnevelő munkánk tervszerű hatékony és meggyőző volt-e.

A szemlélet és magatartás megváltozását a család, az iskola, illetve később a munkahely együttes munkájával lehet csak elérni. Egészségnevelő feladatunk célja egy egészségesebb, kulturáltabb ember kialakítása aki aktívan közreműködik saját egészségének megőrzésében, javításában.

IRODALOMJEGYZÉK

1. **Adriaanse, Hans-van Reek, Jan:** Teachers' smoking worldwide: A review of nineteen countries (1966-1983)
Quarterly of Community Health Education, Vol. 7. 1.p. 1986-87.
2. **Dr. Angelus Tamás - Kecskeméti Mártonné:** A dohányárak gyártásának és forgalmazásának egyes adatai
Egészségnevelés, 5. 196-200.p. 1986.
3. **Bácskai Erika - Gerevich József - Lóska Szilárd:** Tervezet a szenvedélybetegségek megelőzésének átfogó programjára
in: Egészséget Mindenkinek 2000-re
Háttér tanulmányok az egészségmegőrzés nemzeti programjához
4. **Boór Károly - Franka Tibor - Nagy György:** Alkohol, társadalom, munkahely 4
Medicina Könyvkiadó, 1982.
5. **Bozsik József:** Az egészségnevelés helyzete a siófoki járásban
Gyógyszerészdoktori értekezés, 1983.
6. **Burik János:** A falusi gyógyszerész egészségnevelő munkája
Gyógyszerészdoktori értekezés
Szeged, 1972.
7. **Czeizel Endre:** "A csókok átka"
Népszava, 1989.
8. **Dr. Csenke László - Dr. Takács Imre:** Tanítva nevelni!
Egészségnevelés, 26. 193-195.p. 1985.
9. **Dr. Csenke László - Dr. Takács Imre - Dr. Zalányi Sámuel - Dr. Kanyó Mária:** Falusi lakosság morbiditási vizsgálatának néhány tapasztalata
Medicus Universalis, 21. 263-267.p. 1988.
10. **Csóka Mária:** Az egészségnevelés új stratégiái
Egészségnevelés, 4. 159-163.p. 1989.
11. **Daube, Mike:** Gazdasági szempontok a dohányzás elleni küzdelemhez
Egészségnevelés, 3. 97.p. 1982.

12. **Elekes Attila:** Az egészségnevelés módszereinek pszichológiai kérdései
in: Előadások az egészségnevelés kérdéseiről
Budapest, 1972.
13. **Elekes Attila:** Egészségnevelési Módszertan
Medicina Könyvkiadó, 1985.
14. **Fébbő Éva:** Egészségneveléssel az AIDS ellen
Egészségnevelés, 3. 97-100.p. 1989.
15. **Dr. Forgács Iván:** Az ottawai egészségmegőrzési nyilatkozat
in: Egészséget Mindenkinnek 2000-re
Háttér tanulmányok az egészségmegőrzés nemzeti programjához
16. **Dr. Forrai Judit:** A serdülők és az AIDS
Egészségnevelés, 6. 257-260.p. 1988.
17. **Gerebich József:** Iskolai mentál higiéné
Alkohológia, 1. 9-17.p. 1985.
18. **Dr. Gothar Ferenc - Schultz Lászlóné - Koós Miklósné -
Sebestyén Istvánné:** Hatodikosok küzdelme a szülők dohányzása ellen
Egészségnevelés, 1. 34.p. 1988.
19. **Dr. Halldan Mahler:** Dohányzás vagy egészség: válasszon!
Egészségnevelés, 21. 49.p. 1980.
20. **Dr. Hollói István - Dr. Gergely István - Dr. Boross Mária:** Dohányzás és
osteoporosis
Orvosi Hetilap, 120. 641-643.p. 1979.
21. **Dr. Horváth István:** Egészségvédelem-egészségnevelés a Magyar
Néphadsereg munkájában
Egészségnevelés, 3. 103-105.p. 1986.
22. **Incze László:** Az egészségnevelő munka szervezése falusi gyógyszerértékesítőben
Gyógyszerészdoktori értekezés, 1975.
23. **John M. Last:** Public Health and Human Ecology
Canada, 1987.

24. **Dr. Kaposvári Júlia:** Egészségnevelés az oktató-nevelő intézetekben
in: Előadások az egészségnevelés kérdéseiről
Budapest, 1972.
25. **Keresztes Csilla - Dr. Zalányi Sámuel:** Városhoz csatolt község
egészségkultúrájának elemző vizsgálata
Társadalomtudományi Társaság VIII. Kongresszusa
Szeged, 214.p. 1989.
26. **Lalonde M.:** A New Perspective on the Health of Canadians: A Working
Document
Ottawa: Health and Welfare Canada, 1974.
27. **Makara Péter:** Az egészségmegőrzési program táplálkozási tervezete
in: Egészséget Mindenkinek 2000-re
Háttér tanulmányok az egészségmegőrzés nemzeti programjához
28. **Dr. Mándoki Rózsa:** Testedzés és sportolás a 11-16 éves tanulók körében
Egészségnevelés, 29. 201.p. 1988.
29. **Dr. Métneki János - Dr. Zalányi Sámuel:** A gyakorló orvos egészségügyi
felvilágosítási tevékenysége
Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1963.
30. **Dr. Miklósi Miklós:** Adalékok az étel- és táplálékfogyasztás és a táplálkozás ala-
kulásához Magyarországon
Egészségnevelés, 4. 145-153.p. 1986.
31. **Monspart Sarolta:** Program a fizikai aktivitás növelésére
in: Egészséget Mindenkinek 2000-re
Háttér tanulmányok az egészségmegőrzés nemzeti programjához
32. **Dr. Pákozdi Lajos:** A dohányzás, mint egészségkárosító tényező
Egészségnevelés, 5. 193-196.p. 1986.
33. **Dr. Pető Éva - Dr. Zalányi Sámuel:** Betegségek - élethelyzetek (Szegedi ipari
munkások körében végzett vizsgálatok tapasztalatai)
Társadalomtudományi Társaság VIII. Kongresszusa
Szeged, 204.p. 1989.

34. **Dr. Péter Árpád:** Célzott egészségnevelés falusi körzetben
Egészségnevelés, 6. 267-269.p. 1986.
35. **Dr. Simon Tamás:** A tanári testület és az iskolaiegeszségügyi szolgálat
együttműködése a primer prevenció területén
in: A primer prevenció iskolai feladatai
Nemzeti Egészségvédelmi Intézet
Budapest, 63-64.p. 1990.
36. **Dr. Simon Tamás:** A pedagógusok életvitele
in: A primer prevenció iskolai feladatai
Nemzeti Egészségvédelmi Intézet
Budapest, 65-67.p. 1990.
37. **Dr. Simon Tamás:** Tantárgyorientált egészségmegőrzés az általános iskolák
felső tagozatában
in: A primer prevenció iskolai feladatai
Nemzeti Egészségvédelmi Intézet
Budapest, 45-62.p. 1990.
38. **Dr. Székely Lajos:** Egészségmegőrzés a nevelési-oktatási programokban
Egészségnevelés, 2. 60-65.p. 1988.
39. **Dr. Székely Lajos:** Egészségmegőrzés-egészségnevelés
Egészségnevelés, 1. 21-26.p. 1989.
40. **Dr. Szilas Anna:** A fizikai aktivitás és egészségi állapot összefüggései
tömeges lakosságvizsgálatok adatai alapján
Egészségnevelés, 2. 67-71.p. 1990.
41. **Tóthné Dr. Lovász Mária - Pereiné Borsos Gizella:** A dohányzás visszaszo-
rításának egyes lehetőségei
Egészségnevelés, 29. 104.p. 1988.
42. **Dr. Veres Judit - Sáhó Erzsébet:** Idős korúak dohányzása
Egészségnevelés, 27. 200.p. 1986.
43. **Dr. Veress Sándor:** Válaszadások alkoholfogyasztásra és dohányzásra
Egészségnevelés, 4. 155-159.p. 1989.

44. Dr. Zalányi Sámuel: A körzeti orvos egészségügyi felvilágosítási tennivalói
Népegészségügy, 4. 120-121.p. 1961.
45. Dr. Zalányi Sámuel: Alkohol, nikotin, drogen
Der Praktische Arzt 42. 1122.p. 1988.
46. Dr. Zalányi Sámuel: Az egészségügyi felvilágosítás általános módszerei
(Jegyzet)
Budapest, 1965.
47. Dr. Zalányi Sámuel: Az egészségügyi ismeretterjesztés lehetőségei és
módszerei falun
A Magyar Hygiénikusok Társasága
Hygiénikus Konferenciájának kivonatos előadásai
Budapest, 73.p. 1962.
48. Dr. Zalányi Sámuel: Egészségügyi felvilágosítás szétszórt településeken
Egészségügyi Felvilágosítás, 1. 12-18.p. 1962.
49. Dr. Zalányi Sámuel: Rendezzünk egészségügyi kiállítást!
Természettudományi Közlöny, 3. 142-143.p. 1963.
50. Dr. Zalányi Sámuel: Az egészségügyi ismeretterjesztő és nevelő munka
Szegeden és Csongrád megyében
Szeged M. Városi Tanács Egészségügyi Intézményeinek tudományos
munkásságának összefoglalója
Szeged, 257.p. 1967.
51. Algyő és népe, tanulmányok (Szerkesztette: Hegyi András)
Szeged, 1987.
52. Alsótagozatos tantárgyak egészségnevelési lehetőségei
Vas megyei KÖJÁL Egészségnevelési Osztálya, 1984.
53. Az egészségmegőrzés hosszútávra szóló társadalmi programja (tervezet)
54. Az óvodai nevelés egészségnevelési lehetőségei
Vas megyei KÖJÁL Egészségnevelési Osztálya, 1985.
55. Egészséget Mindenkinek 2000-re
Háttér tanulmányok az egészségmegőrzés nemzeti programjához
Alkoholizmus Elleni Állami Bizottság Titkársága

56. Felsőtagozatos tantárgyak egészségnevelési lehetőségei
Vas megyei KÖJÁL Egészségnevelési Osztálya, 1984.
57. From Alma-Ata to the Year 2000
WHO Geneva, 1988.
58. Korszerű és egészséges táplálkozás (Szerkesztette: Dr. Marton Tibor)
Medicina Könyvkiadó, 1988.
59. Statisztikai Évkönyv
Központi Statisztikai Hivatal, 1988.
60. Targets for Health for All
WHO Regional Office for Health
Copenhagen, 1985.

Melléklet

A mellékletben szereplő képek jegyzéke

1., 2. sz. kép

Szenvedélybetegségekről rendezett kiállítás

3., 4. sz. kép

Iskolai vetélkedő

5., 6. sz. kép

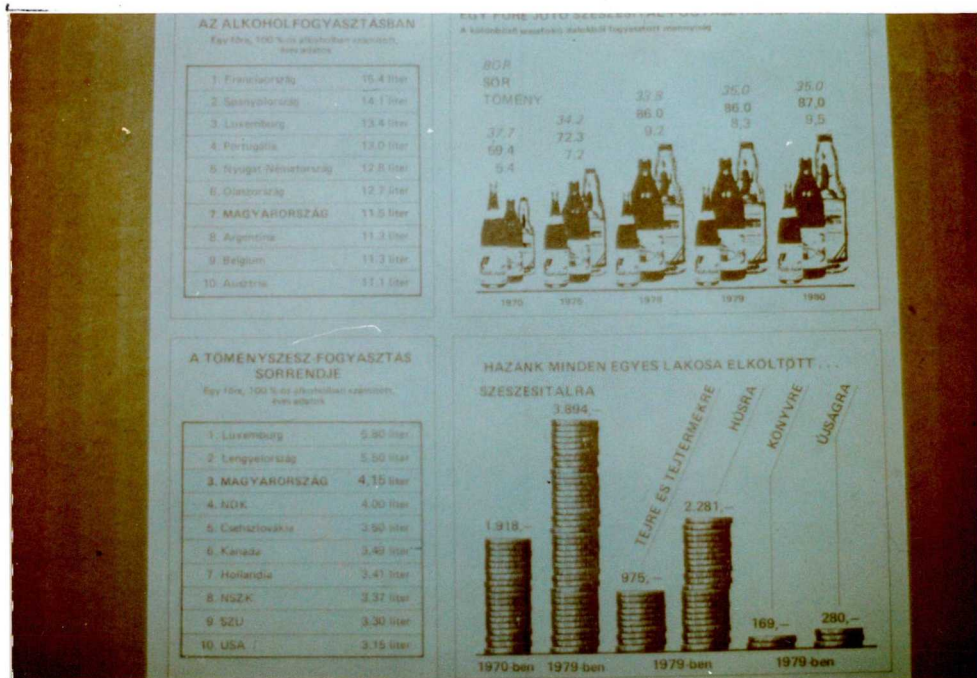
Egészségnevelési szóróanyagok

7., 8. sz. kép

Ételbemutató

9. sz. kép

Gyógyszertári plakát



1. sz. kép



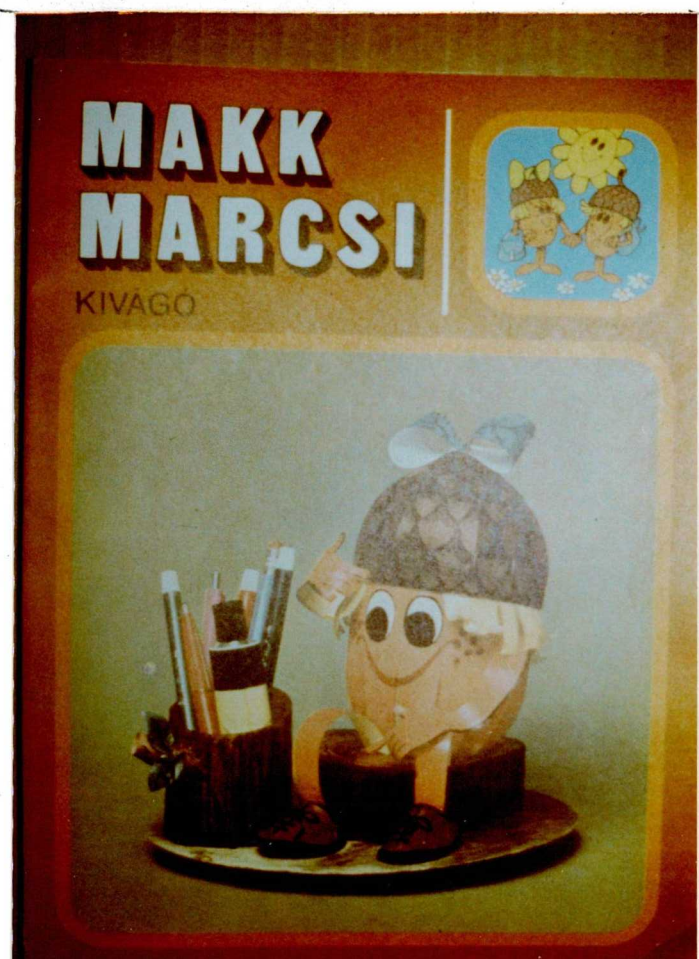
2. sz. kép



3. sz. kép



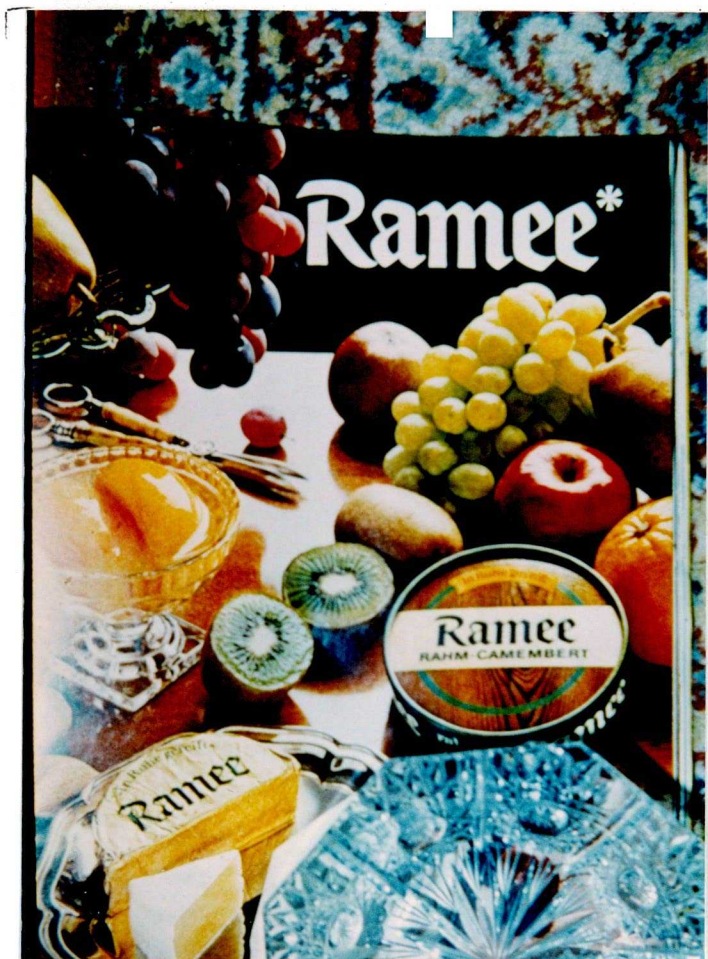
4 sz. kép



5. sz. kép



6. sz. kép



7. sz. kép



8. sz. kép

SZENT-GYÖRGYI ALBERT ORVOSTUDOMÁNYI EGYETEM TÁRSADALOMORVOSTANI INTÉZET
Életmód és egészségi állapot vizsgálata

Kérdések és válaszok szövege	Kód
NEME: 1. férfi 2. nő	☐
ÉLETKORA:.....éves	☐
CSALÁDI ÁLLAPOTA: 1. nőtlen/hajadon 2. házassági kapcsolatban élő 3. elvált/különváltan élő 4. özvegy	☐
FOGLALKOZÁSA:.....	☐ ☐ ☐
ISKOLAI VÉGZETTSÉGE:.....	☐
MIT TESZ BETEGSÉG ESETÉN? 1. azonnal orvoshoz fordul 2. előbb otthon kúrálja magát 3. tanácsot kér másoktól, akik szenvedtek ilyen betegségben	☐
MEDDIG SZEDI AZ ORVOS ÁLTAL ELŐÍRT GYÓGYSZERT? 1. amíg betegnek érzi magát 2. amíg a gyógyszer kitart 3. amíg az orvos előírta	☐
MIT TUD ÖN A RÁKRÓL? ÖRÖKÖLHETŐ-E? 1. igen 2. nem FERTŐZŐBETEGSÉG-E? 1. igen 2. nem MEGELŐZHETŐ-E? 1. igen 2. nem	☐ ☐ ☐
SOROLJA FEL AZ ÖN ÁLTAL ISMERT RÁKKELTŐ HATÁSÚ ANYAGOKAT?	☐
TÜDŐSZŰRÉSEN RÉSZTVEZ-E ÉVENTE? 1. igen 2. nem HA NEM, MIÉRT NEM?	☐ ☐
MIKOR VOLT UTOLJÁRA TÜDŐSZŰRÉSEN?.....	☐
SZOKOTT-E RENDSZERES RÁKSZŰRÉSEN RÉSZTVENNI? 1. igen 2. nem HA NEM, MIÉRT NEM?	☐ ☐

Észak	Kérdések és válaszok szövege	Kód																				
	DOHÁNYZIK-E? 1. nem 2. napi 20 szál fölött 3. naponta 10-20 szál között 4. naponta 10 szál alatt 5. ritkán, alkalmászerűen	☐																				
	A DOHÁNYZÁS MILYEN ÁRTALMAIT ISMERI? 	☐																				
	FOGYASZT-E ALKOHOLT? 1. soha 2. csak vendégségben (havonta v. ritkábban) 3. alkalmanként (heti 1-2-szer) 4. rendszeresen (naponta)	☐																				
	MIT ÉS MENNYIT ISZIK NAPONTA? Bor: 1. napi 1-2 dl 2. napi 3-4 dl Sör: 1. napi 1-2 üveg 2. napi 3-4 üveg Tömény: 1. napi 1/2-1 dl 2. napi 1 1/2-2 dl 3. ennél több	☐ ☐ ☐																				
	RENDSZERINT HÁNYSZOR ÉTKEZIK NAPONTA? 1. négyszer-ötször 2. háromszor 3. egyszer-kétszer 4. rendszertelenül	☐																				
	OTTHON RENDSZERINT MIVEL FŐZNEK? <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>soha</th> <th>ritkán</th> <th>gyakran</th> <th>mindig</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>sertészsírral</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>olajjal</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>margarinnal</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		soha	ritkán	gyakran	mindig	sertészsírral					olajjal					margarinnal					☐ ☐ ☐
	soha	ritkán	gyakran	mindig																		
sertészsírral																						
olajjal																						
margarinnal																						
	FŐKÉNT MILYEN TÁPLÁLÉKOT FOGYASZT? 1. zsíros húsok, ételek 2. kenyér, tésztafélék 3. zöldség, gyümölcs 4. száraz húsok, sajtfélék 5. egyéb tejtermékek	☐																				
	ÍRJA LE EGY SZOKÁSOS ÜNNEPI EBÉD ÉTLAPJÁT! 	☐																				

dések ima	Kérdések és válaszok szövege	Kód						
	MELYIK OSZTÁLYBA JÁR?.....	☐						
	NEME: 1. férfi 2. nő	☐						
	MIKOR SZÜLETETT?.....év	☐						
	MIK A SZÜLEI? 1. édesanyja foglalkozása:..... 2. édesapja foglalkozása:.....	<table><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>						
	MI A LEGMAGASABB ISKOLAI VÉGZETTSÉGE? 1. édesanyjának:..... 2. édesapjának:.....	<table><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr></table>						
	DOHÁNYZIK-E? 1. igen, 1-5 cigarettát naponta 2. 6-10 cigarettát naponta 3. csak alkalomszerűen 4. nem HA DOHÁNYZIK, MIÉRT KEZDTE EL? 1. kíváncsi volt milyen 2. otthon is dohányoznak 3. felnőttes dolog 4. barátai kínálták 5. nem ártalmas a dohányzás 6. tudja, hogy árt, de majd később abbahagyja	<table><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr></table>						
	A DOHÁNYZÁS MILYEN ÁRTALMAIT ISMERI?	☐						
	FOGYASZT-E ALKOHOLOT? 1. nem 3. alkalmanként (heti 1-2-szer) 2. igen, vendégségben 4. naponta HA IGEN, MIÉRT? 1. otthon megkínálják 4. szereti a hatását 2. barátai megkínálják 5. egyéb:..... 3. szereti az ital ízét	<table><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr></table>						
	MILYEN SZESZESITALT FOGYASZT? 1. sör 3. tömény (pálinka, likőr, konyak) 2. bor/pezsgő 4. többfélét	☐						

dések ma	Kérdések és válaszok szövege	Kód																								
1.	RENDSZERINT HÁNYSZOR ÉTKEZIK NAPONTA? 1. egyszer 2. kétszer 3. háromszor 4. négyszer vagy ennél többször	☐																								
2.	MIVEL FŐZNEK OTTHON? 1. sertészsír 2. olaj 3. margarin	☐																								
3.	FŐKÉNT MILYEN TÁPLÁLÉKOT FOGYASZT? <table><thead><tr><th></th><th>soha</th><th>ritkán</th><th>rendszeresen</th></tr></thead><tbody><tr><td>zsíros húsok, ételek</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>kenyér, tésztafélék</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>zöldség, gyümölcs</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>száraz húsok, sajtfélék</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>egyéb tejtermékek</td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>		soha	ritkán	rendszeresen	zsíros húsok, ételek				kenyér, tésztafélék				zöldség, gyümölcs				száraz húsok, sajtfélék				egyéb tejtermékek				☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	soha	ritkán	rendszeresen																							
zsíros húsok, ételek																										
kenyér, tésztafélék																										
zöldség, gyümölcs																										
száraz húsok, sajtfélék																										
egyéb tejtermékek																										
4.	ÍRJA LE EGY ÜNNEPNAPI EBÉDJÉT!	☐																								
5.	SZERETI-E A TESTNEVELÉSI ÓRÁKAT? 1. igen 2. nem	☐																								
6.	TESTNEVELÉSI ÓRÁN KÍVÜL SPORTOL-E? 1. igen, alkalomszerűen, mit?..... 2. igen, szervezetten, mit?..... 3. nem, mert nem érdekli a sportolás 4. nem, mert nincs rá lehetősége, de szeretne sportolni, mit?.....	☐ ☐																								
7.	MILYEN NEMI BETEGSÉGEKET ISMER?	☐																								
8.	HOGYAN KERÜLHETŐ EL AZ <u>AIDS</u> /MEGELŐZÉS FORMÁI/?	☐																								

Ezúton fejezem ki köszönetemet **Dr. Telegdy Gyula** tanszékvezető egyetemi tanár úrnak, az MTA levelező tagjának, a Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem Orvostudományi dékánjának, hogy fakultásán disszertációm megírását engedélyezte.

Hálásan köszönöm **Dr. Zalányi Sámuel** tanszékvezető egyetemi tanár úrnak, a Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem Társadalomorvostani Intézet igazgatójának, hogy a téma jelentőségére felhívta figyelmemet, munkámat mindvégig figyelemmel kísérte, értékes tanácsaival segítette, irányította.

Köszönet illeti kollégámat, **Dr. Keszthelyi Béla** tudományos főmunkatársat, aki munkámat gyakorlati tanácsaival segítette.

E helyen mondok köszönetet az algyői Orvosi Rendelő dolgozóinak, az Óvoda és Iskola pedagógusainak, a Művelődési Otthon, a Könyvtár és a 401-es számú Élelmiszerbolt vezetőinek, hogy segítséget nyújtottak értekezésem elkészítéséhez, a szükséges adatokat készségesen rendelkezésemre bocsátották.

Külön köszönetet mondok a Csongrád megyei KÖJÁL Egészségnevelési Osztály dolgozóinak segítőkész munkájukért és értékes tanácsaikért.

Köszönetemet fejezem ki munkatársaimnak a Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem Társadalomorvostani Intézete dolgozóinak disszertációm elkészítése során nyújtott minden segítségükért.

2968
1992