

A Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek Országos Egyesületének III. Konferenciája

2009. szeptember 24–26.
Győr, Hotel Famulus

„A legjobb és legegészségesebb minden testedzés között, az, amelyben a fáradozás együtt jár az élvezettel és örömmel...”
(Maimonides 1133-1204)

A konferencia fővédnöke:
Borkai Zsolt Győr megyei jogú város polgármestere

A konferencia védnökei:
Prof. Dr. Faragó Sándor rektor
Dr. Cseh Sándor az Apáczai Csere János Kar dékánja

A rendezvény helyszíne: Hotel Famulus, 9027 Győr, Budai út 4-6. – Tel.: (96) 547 770 – Fax: (96) 547 779 – www.famulushotel.hu



2009. SZEPTEMBER 24. CSÜTÖRTÖK

16.00-17.00 Regisztráció, a szobák elfoglalása

17.00 **KÖZGYŰLÉS**

19.30 Vacsora – fogadás

2009. SZEPTEMBER 25. PÉNTEK

9.00 **KÖSZÖNTŐK**

Borkai Zsolt

Győr megyei jogú város polgármesterének
köszöntője

Dr. Cseh Sándor

Apáczai Csere János Kar dékánjának
köszöntője

PLENÁRIS ÜLÉS

ÜLÉSELNÖKÖK: **ÁDÁNY RÓZA, IHÁSZ FERENC**

9.15-9.45 **Dr. Medgyaszai Melinda** szakállamtitkár
Egészségügyi Minisztérium
A magyar népegészségügy: korlátok és
lehetőségek

9.45-10.05 **Prof. Dr. Mészáros János**
Semmelweis Egyetem
Testnevelési és Sporttudományi Kar
Növekedés, fejlődés, érés,
teljesítmény és fizikai aktivitás

10.05-10.25 **Prof. Dr. Radák Zsolt**
Semmelweis Egyetem
Testnevelési és Sporttudományi Kar
A tömeggyilkos fizikai inaktivitás

10.25-10.45 Kávészünet

10.45-12.05 I. SZEKCIÓ

SZEKCIÓELNÖKÖK: **BALÁZS PÉTER, BARABÁS KATALIN**

I/1.

Kevin J. Finn:

The role of the physical educator in the U.S. National Physical Activity Plan

I/2.

Tompa Anna:

Az egészségkommunikáció szerepe a betegségek megelőzésében

I/3.

Balázs Péter:

A képzés és a migráció kapcsolata az orvosi munkaerő-gazdálkodásban

I/4.

Sárközy Virág, Barabás Katalin:Új megközelítésű egészségfejlesztési projekt a Szegedi Tudományegyetem Orvostudományi Karán.
A MEDIWELL Kortárs Segítő Csoport létrehozása és működése

I/5.

Barabás Katalin, Radnai Andrea:

A tumor prevenciók munkára való felkészítés az orvostudományban

I/6.

Forrai Judit:Élvezet és öröm, szexuális kultúra
Maimonides egészségnevelési könyvei alapján

I/7.

Bánfalvi Attila:

Lelki trauma: a hiányzó értelem, mint betegségképző tényező

I/8.

Szabó Zsolt, Ihász Ferenc,**Michael Mavroudes:**

Kardiovaszkuláris jellemzők változása különböző életkorú (40–60 éves) férfiak és nők esetében

12.05-12.35 Vita, hozzászólások

12.35-14.00 Ebéd

14.00-15.10 II. SZEKCIÓ

SZEKCIÓELNÖKÖK: **NAGYMAJTÉNYI LÁSZLÓ, DOMJÁN GYULA**

II/1.

Ádány Róza:

A genomikai kutatások hasznosítása a népegészségügyben

II/2.

Fiatál Szilvia, Széles György, Szigethy Endre, Tóth Réka, Ádány Róza:

Az angiotenzin-konvertáz enzim ins/del polimorfizmusa növeli a metabolikus szindróma iránti fogékonyságot a magyar felnőtt lakosság körében

II/3.

Major Jenő:

A kémiai biztonság és a népegészségügy jelentősége

II/4.

Vezér Tünde:

A GLP biztonsági vizsgálatok jelentősége és lehetőségei a kémiai biztonság megteremtésében

II/5.

Pándics Tamás, Dura Gyula:

Nanoanyagok környezeti és egészségkockázata

II/6.

Domján Gyula:

Klinikum szerepe a prevencióban, különös tekintettel a tromboembolias megbetegedésekre

II/7.

Szigethy Endre, Széles György, Vokó Zoltán, Horváth Attila, Hidvégi Tibor, Jermendy György, Paragh György, Blaskó György, Ádány Róza:

A metabolikus szindróma epidemiológiája a felnőtt magyar lakosság körében

15.10-15.40 Vita, hozzászólások

15.40-16.00 Kávészünet

16.00-17.10 III. SZEKCIÓ

SZEKCIÓELNÖKÖK: **RETSÁGI ERZSÉBET, BUGÁN ANTAL**

III/1.

Balajti Ilona, Bíró Éva, Ádány Róza, Kósa Karolina:

A koherencia-érzés összefüggése a szubjektív és mentális egészséggel és az egészségmagatartással

III/2.

Bíró Éva, Faludi Eszter, Balajti Ilona, Ádány Róza, Kósa Karolina:

Egyetemi hallgatók mentális egészségének javítása

III/3.

Retságai Erzsébet, Tóth Ákos, Jeges Sára:

Sportrekreációs tevékenység és koherencia érzet egyetemisták körében

III/4.

Ihász Ferenc, Rikk János, Mészáros Zsófia, Halmy Eszter, Mészáros János:

Labdával végezhető gyakorlatok hatása 9–11 éves (fiúk-lányok) gyermekek testösszetételének és mozgáskészségének javítására

III/5.

Keresztes Noémi, Bak Judit, Tari Richárd, Guti János:

A dél-alföldi régió gyermekotthonaiban élő fiatalok életmódja sportolási gyakoriságuk tükrében

III/6.

Bognár József, Barthalos István, Ihász Ferenc, Kányai Róbert, Ráczné Németh Teodóra:

Mozgás intervenciók program hatásai szociális intézményben élő idős nők körében

- III/7. **Tóth Ákos, Jeges Sára, Rétsági Erzsébet:**
Fizikai aktivitás és egészség élsportolók körében
- 17.10-17.40 Vita, hozzászólások
- 18.00 Vacsora
- 19.00 A Győri Balett exkluzív előadásának megtekintése

2009. SZEPTEMBER 26. SZOMBAT

- 8.30-9.40 **IV. SZEKCIÓ**
SZEKCIÓELNÖKÖK: **TOMPA ANNA, VOKÓ ZOLTÁN**
- IV/1. **Lampek Kinga:**
Életben maradni – az életesélyek alakulása a társadalmi rendszerváltás után egy 15 éves követéses vizsgálat eredményei alapján
- IV/2. **Füzesi Zsuzsanna, Tistyán László, Busa Csilla:**
A gazdasági és társadalmi válság várható hatása az egészségi állapotra és az egészséggel kapcsolatos döntésekre
- IV/3. **Sárváry Attila, Kósa Zsigmond, Ádány Róza, EUGATE csoport:**
A bevándorlók számára nyújtott egészségügyi ellátás legjobb gyakorlatai az EU16 országában – a Delphi kutatás magyarországi eredményei
- IV/4. **Sándor János, Ács Richárd, Köles Dóra, Simonné Poór Márta, Szabó Ágnes:**
Regionális eltérések a ritka betegségek ellátásának igénybevételében
- IV/5. **Vokó Zoltán, Nagyjánosi László, Kaló Zoltán, Margitai Barnabás, Koós Tamás, Kövi Rita:**
A méhnyakrák szűrés egészség-gazdaságtani elemzése
- IV/6. **Gyulai Anikó, Nagy Attila, Ádány Róza, Vokó Zoltán:**
A házi orvosok szerepe a méhnyakrák szűrés hatékonyságának növelésében: mintaprojekt
- IV/7. **Szörényiné Ványi Gabriella, Moizs Mariann:**
Komplex szűréssel a Somogy megyében élő nők egészségéért
- 9.40-10.10 Vita, hozzászólások
- 10.10-10.30 Kávészünet

- 10.30-11.50 **V. SZEKCIÓ**
SZEKCIÓELNÖKÖK: **KÓSA KAROLINA, MAKARA PÉTER**
- V/1. **Paulik Edit Maróti, Nagy Ágnes:**
Az egészségi állapot és az életminőség összefüggései
- V/2. **Müller Anna:**
Táplálkozás és egészség
- V/3. **Bugán Antal, Molnár Péter:**
Az önkontroll szerepe az egészségmagatartás alakulásában
- V/4. **Ádám Balázs, Molnár Ágnes, Bárdos Helga, Ádány Róza:**
A hazai minőségi bortermelés egészséghatás vizsgálata
- V/5. **Gődény Sándor, Csepura Olga, Pék Győző, Balajti Ilona, Dihén Sándorné:**
Rizikótényezők szűrése túlsúlyos és kövér populációban foglalkozás-egészségügyi szakorvosok bevonásával, komplex gondozási program kialakítása keretében
- V/6. **Atlasz Tamás, Herlicska Károly, Krucsó József, Tékus Éva, Wilhelm Márta:**
45 év feletti nők életkori paraméterei egy közalkalmazottakból álló minta alapján
- V/7. **Kósa Zsigmond, Gyulai Anikó, Barabás Ágota:**
A telepszerű körülmények között élő iskoláskorúak egészségi állapota, egészségmagatartása
- V/8. **Molnár Ágnes, Kósa Karolina, Ádám Balázs, Temenujka Antova, Lubos Bosak, Plamen Dimitrov, Hristina Mileva, Jarmila Pekarcikova, Ingrida Zurlyte, Gabriel Gulis, Ádány Róza:**
A közép-kelet-európai roma lakhatási politikák egészséghatás vizsgálata
- 11.50-12.20 Vita, hozzászólások
- 12.20-12.40 A konferencia zárása
- 12.40 Ebéd

I. SZEKCIÓ

KEVIN J. FINN

I/1. The role of the physical educator in the U.S. National Physical Activity Plan

*UNI Youth Fitness and Obesity Institute, School of HPELS, University of Northern Iowa – Cedar Falls, Iowa, USA – Phone: (319) 273 5921
Email: kevin.finn@uni.edu*

In July 2009, the United States of America presented to the public an initiative to develop a national plan to promote physical activity. The plan will be created by experts from across the nation represented eight societal sectors including public health, healthcare, education, business and industry, mass media, nonprofits, transportation/community planning, and recreation/fitness/sports. In the educational sector, a working group is made up that will develop with educational agencies strategies to meet the 2008 Physical Activity Guidelines for Americans, particularly children and adolescents. The guidelines suggest 60 minutes (one hour) or more of daily moderate physical activity. One strategy is taking the opportunity of making inactive (sedentary) periods active such as walking and/or bicycling to school. In addition, the guidelines suggest including vigorous aerobic, muscle strengthening, and bone strengthening exercises at least three times per week. The role of the physical education teacher in

meeting these periods of vigorous physical activity is essential. With the secular reduction in time spent in actual physical education class throughout the school year, the activities that occur before school, during recess, and after school will be particularly important for the child. In addition, Physical Educators need to offer much more opportunities during the school day for adolescents. This teacher must become more of a physical activity promoter and oversee the school's environmental influence on enhancing the capacity of the school to enable their students to meet the daily and weekly requirements for physical activity. Interventional strategies will need to be adopted as to change culture in the schools particularly in adolescents. This paper will focus on interventional strategies that have produced evidence of physical activity promoting behavior in children and adolescents as part of their school day and the role of the physical education teacher.

TOMPA ANNA

I/2. Az egészségkommunikáció szerepe a betegségek megelőzésében

*Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Közegészségtani Intézet – 1089 Budapest, Nagyvárad tér 4. – Tel./Fax: (1) 210 2954
E-mail: tomann@net.sote.hu*

Az egészség, mint megtartandó érték az írott történelem kezdetei óta tudjuk, hogy az emberiség fejlődésének egyik közös mozgató rugója volt. Viszont nagyon nagy különbségek mutatkoztak, hogy a kulturálisan eltérő társadalmak, miként érték el az egészség megőrzését. A testedzés és a táplálkozás fontosságában a görög, római, kínai, egyiptomi kultúrák egyaránt meggyeztek. Abban viszont jelentős különbségek mutatkoztak, hogy a betegségek elkerülése a végzettől, Isteni akaratból, vagy netán a Gonosz szándékától függ. A betegség megelőzését a családi hagyományok az uralkodók betegségszemlélete, az orvosok, jószok és különböző álomfejtők nagyban befolyásolták. Az ókori egészségkommunikáció főleg a vallás révén szájhagyományok útján terjedt és ezzel meghatározta az emberek táplálkozási szokásait, életritmusát és a betegekhez való viszonyát. A középkori járványok idején a

beteg embert, ill. közösségeket tették felelőssé a betegségért és bűnbakot kerestek az okok tisztázása helyett. Majd a felvilágosodás során és a XIX–XX. században egyre nagyobb hangsúlyt kapott az okság kiderítése a betegségek eredetének kutatásában. A gyógyítás a középkorban csupán tüneti jellegű volt és azonnali hatást vártak, amennyiben ez nem következett be, az orvost megbüntették, sőt uralkodók esetén egy sikertelen beavatkozás a gyógyító életébe is kerülhetett. Ezért az orvosok soha nem mondták meg a diagnózist a betegnek, mert a terápiában nem bíztak kellő mértékben, így a sikertelenség láttán változtatni lehetett a kiinduló pontokon, esetleg a diagnózison is, amit csak később közöltek. Sokszor sajnos maga a kezelés vezetett a beteg halálához, gondoljunk csak a betegek véreztetésére, vagy a lábbal való felkötözésére. Az egészség–betegség közötti kritikus lélektani helyzetet hasz-

nálták ki a csalók és a szélhámosok, akik megalapozatlan gyógymódjaikkal mind a mai napig szédítik a lakosságot. Érdekes adalék, hogy az alkimisták, i.sz. 800 körül, amikor előállították az alkoholt, szintén a betegségek megelőzésére ajánlották és Aqua Vitae-nek az élet vizének nevezték. Ezzel az üzenettel legalizálták a szeszes italokat és tömegeket szoktattak rá az alkoholra azzal a felkiáltással, hogy „ne legyenek betegek”. Európában sajnos ez igen nagy sikert aratott, mind a mai napig az egyik legnagyobb egészségügyi probléma az alkoholizmus.

A korrekt egészségkommunikáció jó esetben segít abban, hogy az életvitel a fiziológiás igényekhez közelítsen, egyensúlyt teremtsen a szervezet igényei és az egészség fenntartása között. A jó egészségi állapot fenntartása állandó munkát követel az egyéntől, ezért nem mindig népszerű dolog az embereket mértékle-

tességre, higiéniaira, rendszeres testmozgásra és az élvezeti szerektől való távoltartásra biztatni. Ezért már gyermekként kell elsajátítani azokat a technikákat, amelyek természetes szokásként rögzítik az egészség megőrzését és garantálják a betegségmentes hosszú élettartamot. Ebben segítenek az evidenciákra alapuló egészség kommunikációban járatos szakemberek, akik az élet minden területén, az óvodákban, iskolákban, munkahelyeken és a médiában is kellő színvonalon képviselik a szakmailag megbízható ismeretek átadását. A gyógyszerek hihetetlen mértékű elterjedése, a terápia hatékonyságát jelentősen megnövelte ugyan, de a betegségek kialakulását továbbra is a primer prevenció aktivitás képes megfékezni. Ennek pedig egyik legfontosabb pillére a tényeken alapuló egészségnevelés és információ átadás a potenciális betegek számára.

BALÁZS PÉTER

I/3. A képzés és a migráció kapcsolata az orvosi munkaerő-gazdálkodásban

*Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Közegészségtani Intézet – 1089 Budapest, Nagyvárad tér 4.
Tel./Fax: (1) 459 1500/56188 – E-mail: balpet@net.sote.hu*

Az egészségügyi ellátás nemcsak általában a szolgáltatásokon belül, hanem a gazdaság teljes egészében is jelentős szerepet játszik a fejlettebb országokban. Munkaerő igénye is sajátos, ugyanis ez az egyik legnagyobb élők munkai igényű ágazat, és a magasan kvalifikált dolgozók között az orvosok jelentős számú részarányt képviselnek. A képzés és az utánpótlás tervezésének számos nehézsége miatt az Európai Unió (EU) tagállamai a munkaerő szabad áramlásának meghirdetése óta megkülönböztetett figyelemmel fordultak a nemzetközi orvos migráció felé, különösen az Unió belső migrációjának vonatkozásában. Minden országban gondot jelent ugyanis a hosszú képzési idő és az ellátásban felgyorsult változások munkaerő igényének összhangba hozása. A képzéssel kapcsolatos gondokat tovább fokozza az EU „tanulmányi piacának” belső nyitottsága, az orvosi diplomákat „exportáló és importáló” országok megjelenése. EU statisztikák szerint a külföldi munkavállaló orvosok legvonzóbb célországa az Egyesült Királyság, amelynek orvosi karát ennek következtében 1/3 részben bevándorlók alkotják. Magyarországon a 2009. év első negyedének adatai alapján, aktív orvosokat és fogorvosokat összesítve 38750 orvos dolgozik, és a bevándorlók aránya eléri a 8,0%-ot. Földrajzilag elsősorban a Kárpát-medence magyarlakta területeiről érkeztek, két nagy hullám-

ban, pontosan igazodva a közelmúlt két jelentős történelmi eseményéhez. Az első esemény az 1989-es rendszerváltozás volt, a második az EU-csatlakozás 2004. május 1-én. Magyarország a saját orvosainak tartós külföldi munkavállalásáról sajnálatos módon semmilyen idősoros adattal nem rendelkezik, pedig erre vonatkozó statisztikai tények és megalapozott becslések nélkül az orvosi munkaerő terén lehetetlen körütekintő humán erőforrás gazdálkodást folytatni. Amennyiben a tartós külföldi munkavállalásból eredő létszámcsökkenést a honosítások pótolni képesek, a képzési rendszernek nem kell reagálnia a jelenre. Másfelől, ha a honosítások tartósan meghaladják a létszámcsökkenés adatait, az orvosképzésben lehetőség nyílik a keretszámok csökkentésére, illetve a diploma-export rendszeresítésére. A rendszer finomhangolása azonban pontos és megbízható elemi statisztikai adatokat igényel. Ezek Magyarországon is rendelkezésre állnak az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal adattárában, de feldolgozás nélkül nem alkalmasak a folyamatok monitorozására és megbízható becslések készítésére.

Jelen tanulmány a feldolgozás technikáit és az így nyert eredményeket mutatja be, amelyek nélkül nem lehet felelős stratégiát kialakítani az orvosi munkaerő-gazdálkodásban.

SÁRKÖZY VIRÁG
BARABÁS KATALIN

I/4. Új megközelítésű egészségfejlesztési projekt a Szegedi Tudományegyetem Orvostudományi Karán. A MEDIWELL Kortárs Segítő Csoport létrehozása és működése

Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet – 6722 Szeged, Szentháromság u. 5.
Tel./Fax: (62) 420 530 – E-mail: sarkozyvirag@gmail.com

Bevezetés: A társadalom legegészségesebb rétegét a húszas éveiben járó fiatal felnőttek alkotják. A korosztályon belül ugyanakkor vannak vulnérabilisabb szubpopulációk, ilyen az orvostanhallgatók csoportja is. Ismert, hogy 35–40%-uk számára nehézséget okoz az egyetemi beilleszkedés. A képzés éve alatt átélt stresszes események hozzájárulnak az egészségi állapotukat jellemző szomorú képhez. Körükben gyakran fordulnak elő egészségkárosító és addiktív viselkedésmódok.

Célkitűzés: A Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karán kortárs segítő hálózat kiépítése. Az ifjúkori kortárs segítség hatékony színtere a felsőoktatás, az orvosképzés specifikumaira helyezve a hangsúlyt az intervenció fontos eszközévé válhat. A kortárs segítő program támogató rendszer hallgatóktól hallgatóknak. Munkájuk erőssége abban rejlik, hogy kapcsolataik révén elérik a hallgatókat, akik pedig

könnyebben fordulnak hozzájuk és veszik igénybe segítségüket.

Módszer és működés: Magyarországon már működő szervezetek képzési tematikáját alapul véve történt az önkéntes medikusok toborzása és kiképzése. Az orvostanhallgató-kortársak legfőbb feladata a segítő beszélgetés, továbbá életvezetési programok szervezése. Számukra szakmai szupervíziós háttér biztosít védelmet.

Eredmény: 2009 áprilisa óta működik a MEDIWELL Kortárs Segítő Csoport a karon. Hatékonyágát mutatja, hogy rövid fennállása ellenére szolgáltatásait már számos hallgató vette igénybe. Munkájuk értékelése önreflexión és a kérdőíves visszajelzéseken alapul.

Következtetés: A kortárs támogatás előnyei hosszú távon jelennek meg az adott populációban. Működése egyéni, társas és intézményi szinten hat. A fejlesztett készségek révén a hivatásra nevelés egyik lehetőségévé válhat.

BARABÁS KATALIN
RADNAI ANDREA*

I/5. A tumor prevenció munkára való felkészítés az orvosképzésben

Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet – 6722 Szeged, Szentháromság u. 5.
Tel./Fax: (62) 420 530 – E-mail: bar@nepsy.szote.u-szeged.hu
Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Családorvostani Intézet*

A daganatos betegségek epidemiológiai adatai jól ismertek, a súlyosbodó tendenciák még inkább indokolják az intervenció programok bevezetését.

Az orvosegyetemi oktatás felelőssége a fiatal szakemberek felkészítése a népegészségügyi kihívásokra, így a daganatos betegségek megelőzésének módszertanára. Olyan orvosok, szakorvosok kibocsátása a feladatunk, akik a tumoros betegségek patológiájának, diagnosztikájának, terápiájának ismeretén túl azokkal a készségekkel is rendelkeznek, amelyek segítségével képesek lesznek, hatékony megelőző programok tervezésére, kivitelezésére, munkájuk hatékonyságának mérésére.

Előadásunkban a SZTE ÁOK graduális képzésében megjelenő tumor prevenció felkészítő programról, illetve arról a mozgalmról számolunk be, amelyben a hallgatók immár 7 éve részt vesznek. Célpopulációjuk

a szegedi általános iskolás, középiskolás és az egyetemista fiatalok.

A megvalósult, főleg szemlélet alakító hallgatói aktivitás kiterjed primér és a szekunder prevenció szintre egyaránt.

A posztgraduális képzésben, nevezetesen a családorvosi rezidens oktatásban megjelenő onkológiai és tumor prevencióval kapcsolatos tananyag áttekintése és külföldi példákkal való összevetése után a témakör kurrikulumának fejlesztési lehetőségeit mutatjuk be. Ajánlásokat fogalmazunk meg, a leendő családorvosok számára a daganatos betegségek megelőzésével kapcsolatos ismereteiknek bővítése valamint képességeik fejlesztése érdekében.

Oktatásfejlesztő munkánkkal reményeink szerint hozzájárulhatunk a későbbi kedvezőbb epidemiológiai tendencia kialakításához.

FORRAI JUDIT

I/6. Élvezet és öröm, szexuális kultúra Maimonides egészségnevelési könyvei alapján

*Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Közegészségtani Intézet – 1089. Budapest, Nagyvárad tér 4. – Tel./Fax: (20) 960 3700
E-mail: forjud@net.sote.hu*

Az arab-zsidó kultúra európai aranykora Spanyolországban arra az időszakra tevődik, amikor Maimonides, korának híres filozófusa, rabbija, s egyben orvos is volt. 1168–78 között írta a Tóra magyarázatát (Mishneh Torach) 14 könyvben, melyben a tudás, a szeretet, az idő, a nők, a szentség, a fogadalmak, a magvak, a szolgálat, az áldozat, a tisztaság, a kár, a szerzés, az igazság, ítélet, ítélkezés témáiról fejt ki véleményét.

Értekezés a szeretkezésről című művét – melyet megrendelésre írt 10 fejezetben – az akkori szexuális élet problémáit tárja elénk. Korszerű azon nézete, mely szerint a szexus fontossága számára is evidencia, nem az ördögtől való, nem bűn, sőt olyan ünnepi együttlét, amelyre készülni kell. Bár vallási alapon, de nyomatékosan kifejti a nők jogát a szexuális élethez, s egyben a férfi kötelességét, hogy feleségének örömet szerezzen

szexuális együttlétük alatt, természetesen csak házasságon belül. Az örömszerzés feltétele a vágy felkeltése, a potenciál növelése, melyre megfelelő, leleményes előírásokat találunk. Az erekció nem csupán fiziológiai jelenség, hanem az érzelmek meghatározóan stimulálják.

Külön könyvben foglalkozik a nők szexuális egészségével, a házasság intézményével, a két nem szexuális kapcsolatának törvényes és törvénytelen és bűnös, elítélendő kapcsolataival, mint pl. a családon belül létesített, akár beleegyezéssel, akár erőszakkal történjen.

Maimonides munkásságát összehasonlítva a mai szexuális egészségfejlesztéssel és a szokásokkal, a törvényekkel érdekes eredményre jutunk. E jelenségek vizsgálatát tárjuk fel előadásunkban.

BÁNFALVI ÁRTILA

I/7. Lelki trauma: az hiányzó értelem mint betegségképző tényező

*Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Népegészségügyi Kar, Magatartástudományi Intézet
4032 Debrecen, Nagyerdei krt. 98. – Tel./Fax: (20) 496 2700 – E-mail: banfalvi@dote.hu*

Némelyek korunkat poszt-traumatikus kultúrának nevezik.

A posztmodern két sajátossága – a racionálisan (Isten nélküli) szervezett harmonikus világ projektuma kudarcba fullad, a rendszerszerű problémák közösségi megoldásai helyett az egyéniekre helyeződik a hangsúly – olyan „otthonalansághoz” vezet, amelynek elviselésére a medikalizáció körülményei között az orvosi interpretációk kerülnek előtérbe.

A lelki trauma e folyamatok egyik fő toposzává válik. A „traumám van, tehát vagyok” életprogramja azzal az előnnyel jár, hogy miközben felment a saját életért

viselt felelősség alól, egyben az életet traumatizáló mozzanatok „felismerésével” az újrakezdés lehetőségét is nyújtja. Ily módon a traumakultúrában egyszerre tükröződik mindenfajta szenvedés modern elutasítása, ugyanakkor a vágy annak a múltbeli szenvedésmozzannatnak a megtalálására, amely az értelemhiányos élet számára új értelem lehetőségét kínálja.

A lelki trauma kortárs karrierje egyben arra is rámutat, hogy az egészségnek integráns része az értelem aspektusa. A tömegesen megjelenő értelemhiányos életek pedig népegészségügyi méretű problémákhoz vezetnek.

SZABÓ ZSOLT
IHÁSZ FERENC*
MICHAEL MAVROUDES**

I/8. Kardiovaszkuláris jellemzők változása különböző életkorú férfiak és nők esetében

Sonotherápia Centrum – Győr, Munkácsy M. u. 6. – Tel.: (96) 338 522 – E-mail: szabozs@kabelnet.hu
Nyugat-magyarországi Egyetem, Apáczai Csere János Kar, Egészségtudományi Laboratórium, Győr*
Semmelweis Egyetem, Testnevelési és Sporttudományi Kar**

Előzmények: Számos vizsgálatban kimutatták, hogy a kardiovaszkuláris kockázattal rendelkezők aránya igen magas a magyar populációban. Azt is tudjuk, hogy a jól ismert szív-érrendszeri indikátorok önállóan is (magas vérnyomás, magas pulzusnyomás) veszélyes hatással lehetnek a keringési rendszer működésére. Ezen rizikófaktorok értékelése, elemzése nagymértékben segít abban, hogy célzott prevenció programokat indítsunk el a lakosság körében. Hasonló céllal történt a most bemutatott vizsgálat is, amely Ajka város népességéből került véletlenszerű kiválasztásra.

Módszerek: Kardiovaszkuláris jellemzőket mértünk (CardioVision2000 típusú oscillometrikus vérnyomásmérővel) nyugalmi (fekvő) helyzetben (pulzust (ütés \cdot perc $^{-1}$), szisztolés, diasztolés vérnyomást (Hgmm) felkaron háromszor ennek alapján a program minősítette nagyartéria rugalmasságát (ASI). Elvégeztük ezeket a méréseket a bokán is, ezek alapján számoltuk a boka és a felkar hányadosával jellemezhető nagyartériák (ABI) aktuális állapotát.

Vizsgált személyek: Véletlenszerűen kiválasztott (n=360), férfi és (n=510), nő 40–60 év között.

Eredmények: A vizsgált 40–60 évesek kardiovaszkulá-

ris jellemzői egybeesnek az országos eredményekkel. A megvizsgáltak közel 50%-a érintett a nagyartériák rugalmassága tekintetében. A vérnyomás értékek tekintetében emelkedett szisztolés átlagokról beszélhetünk, amelyek a különböző korcsoportokban fokozatosan emelkednek. A két nem szisztolés vérnyomás átlagai között több, mint 10 Hgmm különbség figyelhető meg a nők javára. A diasztolés értékek a fiziológiai határokon belül vannak, de az említett emelkedett szisztolés értékek jelentősen magas pulzusnyomást eredményeznek. Ez pedig komoly rizikófaktor a nagy artériák rugalmasságát tekintve. A felkaron és a bokán mért szisztolés átlagok között a különbség, jelentős, illetve minden esetben magasabb (a férfiak esetében jelentősebben) a nyomás a periférián, mint a centrumban. A pulzusnyomás átlagok tekintetében is hasonló eredményekről számolhatunk be.

Következtetések: Az emelkedett szisztolés vérnyomás önállóan is jelentős szív-érrendszeri rizikófaktor, amely egyértelműen jelen van a vizsgált férfiak körében. Nemcsak jelen vannak, de az artéria rugalmassága (ASI) szempontjából érintettségről árulkodik. Ez az érintettség már 40 év fölött megjelenik, mind a két nem esetében.

II. SZEKCIÓ

ÁDÁNY RÓZA

II/1. A genomikai kutatások eredményeinek népegészségügyi hasznosítása

Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Népegészségügyi Kar, Megelőző Orvostani Intézet
4028 Debrecen, Kassai út 26. – Tel./Fax: (52) 417 267 – E-mail: adany@dote.hu

A népegészségügyi genomika napjaink egyik legdinamikusabban fejlődő határterületi tudománya, melynek célja a genomikai kutatások eredményeinek hasznosítása az egészségfejlesztés és a betegség-megelőzés területén. Az EU tagállamokban zajló népegészségügyi genomikai kutatások és törekvések összehangolására 2006 februárjában került megalapításra az Európai Népegészségügyi Genomikai Hálózat, mely nemzeti munkabizottságokon keresztül működve kívánja a kutatási eredmények széleskörű hasznosulásának fel-

tételrendszerét az EU tagállamokban megteremteni. Az Egészségügyi Tudományos Tanács koordinációjával 2008 áprilisában alakult meg, s vált az Európai Népegészségügyi Genomikai Hálózat tagjává a magyar Népegészségügyi Genomikai Munkabizottság, mely a releváns népegészségügyi, orvostudományi, jogi, politikai, társadalomtudományi és technológia-elemző kutatások legjobb hazai szakembereit tömöríti. A munkabizottság feladatait az MTA Népegészségügyi kutatócsoportjával együttműködésben kívánja teljesíteni,

melyet az MTA és a Miniszterelnöki Hivatal kiemelt egészségügyi stratégiai projektként támogat. A projekt célja epidemiológiai elemzések és vizsgálatok keretében annak feltárása, hogy (a) a magyar népegészségügy mely genomikai eredmények értékesítésére képes; (b) ezt milyen szakmai, jogi, etikai normák betartásával teheti meg; (c) a genomikai kutatások eredményeinek hasznosítására képes népegészségügyi szakembergárda képzése miként valósítható meg; és (d) a magyar lakosság egészségi állapotának javítása érdekében milyen konkrét, genomikai tudás-alapú intervenciók kezdeményezhetők és ezek szakszerű kommunikációja hogyan biztosítható. A projekt megvalósítása kapcsán kiemelt feladatok (1) a magyar populációban a

legnagyobb népegészségügyi súlyú betegségekkel ill. azok kockázati tényezőivel (kiemelten a környezeti expozíciókkal) kapcsolatban álló genetikai mutációk eloszlásának tisztázása a magyar populációban ill. annak halmozottan veszélyeztetett csoportjaiban kor és nemi eloszlás szempontjából reprezentatív mintákon (2) a népegészségügyi genomika tantárgyi megjelenítése a népegészségügyi szakemberképzésben, a releváns multidiszciplináris tananyag, illetve kézikönyv összeállítása és megjelentetése, valamint (3) az EU népegészségügyi genomikai hálózatához csatlakozva a genomikai tudás népegészségügyi alkalmazásának hasznosítását célzó gyakorlat szakmai, etikai és jogi irányelveinek kidolgozása.

FIATAL SZILVIA*
SZÉLES GYÖRGY**
SZIGETHY ENDRE*
TÓTH RÉKA*
ÁDÁNY RÓZA*/**

II/2. Az angiotenzin-konvertáz enzim ins/del polimorfizmusa növeli a metabolikus szindróma iránti fogékonyt a magyar populációban

Magyar Tudományos Akadémia Népegészségügyi Kutatócsoportja, Debreceni Egyetem* – E-mail: fszilvia@med.unideb.hu
Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Népegészségügyi Kar, Megelőző Orvostani Intézet – 4028 Debrecen, Kassai u. 26.
Tel./Fax: (52) 417 267**

A metabolikus szindróma (MS) patogenezisében bizonyítottan mind genetikai mind környezeti tényezők szerepet játszanak. Az angiotenzin konvertáz enzim (ACE) és angiotenzinogén (AGT) gének termékei a renin-angiotenzin rendszer részeként fontos szerepet játszanak a szervezet só-, víz háztartásának és az érpálya állapotának szabályozásán keresztül a vérnyomás beállításában. Irodalmi adatok alapján az ACE gén ins/del és az AGT gén M235T polimorfizmusa kapcsolatba hozható a MS-ra való fogékonyt kialakulásával.

Célunk volt, hogy meghatározzuk a fenti génváltozatok magyar felnőtt (20–69 éves) lakosságra jellemző genotípusmegoszlását és allélfrekvenciáját, valamint azt, hogy a metabolikus szindrómára való fogékonyt kialakulásával milyen kapcsolatba hozhatók.

A célpopulációt a Házi Orvosi Morbiditási Adatgyűjtési Programban résztvevő 8 megye (Baranya, Bács-Kiskun, Hajdú-Bihar, Heves, Győr-Moson-Sopron, Komárom-Esztergom, Szabolcs-Szatmár-Bereg, Zala) házi orvosi praxisainak felnőtt férfi és női lakossága képezte. A vizsgálatba került egyének nem és kor szerinti eloszlása jól közelítette a teljes magyar felnőtt lakosság nem- és koreloszlását. A vizsgálatban önkén-

tesen résztvevők közül 1762 vizsgálati személy genotípus analízise volt technikailag megvalósítható. A DNS minták genotípuszálását LightCycler™ real time PCR készülékkel végeztük. A genotípusok és betegség közötti kapcsolat elemzéséhez a beteg csoportba az International Diabetes Federation kritériumrendszere alapján metabolikus szindrómásnak tekinthető egyének tartoztak. A betegcsoportban a klinikai fenotípusoknak megfelelően további alcsoportokat képeztünk.

Az AGT esetében a vad genotípus (M235M) 26%-ban, a heterozigóta (M235T) 50,7%-ban, a mutáns (T235T) pedig 23,3%-ban fordult elő. Az ACE genotípusok relatív gyakorisága: vad (II) 21,8%, heterozigóta (ID) 50,8%, mutáns (DD) 27,4% volt. A számított allélfrekvencia azt AGT gén esetében: vad M235 allél: 0,51, mutáns 235T allél: 0,49; míg ACE gén esetében: vad I allél 0,47, mutáns D allél 0,53 volt. Az AGT gén esetében nem volt szignifikáns különbség a genotípusmegoszlást illetően a beteg és nem beteg csoport között még az ACE gén DD genotípusa és a D allél szignifikánsan gyakrabban fordult elő a betegcsoportban, mint a nem beteg csoportban ($p=0,006$). Az ACE DD genotípust hordozóknál 46 %-kal nagyobb az esélye a metabolikus szindróma kialakulásának a II (vad)

genotípushoz tartozókhöz képest ($p=0,007$). Bizonyítékot találtunk arra, hogy az ACE I/D génpolimorfizmus hatással van a metabolikus szindróma komponenseinek társulásában (dislipidaemias csoportokban

szignifikánsan gyakrabban fordul elő, $p=0,022$) így feltételezhető, hogy a renin-angiotensin rendszer szerepet játszik a lipid metabolizmusban is, melynek tisztázása további vizsgálatokat igényel.

MAJOR JENŐ

II/3. A kémiai biztonság és a népegészségügy jelentősége

Országos Kémiai Biztonsági Intézet – 1096 Budapest, Nagyvárad tér 2. – Tel./Fax: (1) 476 1195, 476 1227
E-mail: major.jeno@okbi.antsz.hu

Az a tény, hogy Magyarország az 1980-as évek közepe óta vezeti az ENSZ, rosszindulatú daganatos halálra vonatkozó világstatisztikáját, és hasonlóan rossz az egyéb, legfontosabb nem-fertőző megbetegedésekre vonatkozó adatok is ad magyarázatot arra, hogy ma az egyik legfeszítőbb népegészségügyi probléma, az ezen betegségek gyakoriságának folyamatos emelkedése. Az okok számosak, de a kórokok között kiemelkedő jelentőségű a káros vegyi anyagokkal történt expozíció. A legfontosabb káros vegyi hatások ebben a tekintetben nem a determinisztikus akut toxikus, hanem a többségében sztochasztikus késői toxikus hatások (az örökítő állomány, a sejtfelszíni receptorok, a jelátvitel, illetve a saját-idegen felismerés károsítása, megzavarása). A kemizáció káros mellékhatásaként az expozíciók gyakorisága emelkedik. A kialakult helyzet kezelésének leghatékonyabb módja az elsődleges megelőzés, azaz a kóroki tényezők felszámolása. Minthogy a kemizáció világjelenség, hatásai az egész Földre kiterjednek, ezért a védekezés is csak globális keretek között képzelhető el. Ezt a célt szolgálja a kémiai biztonság, amely a kemizációból, a vegyi anyagok életciklusából származó, a környezetet és az ember egészségét károsító kockázatok kezelését – csökkentését vagy elkerülhetővé tételét – célul kitűző, illetőleg megvalósító intézmények, tevékenységek olyan összessége, amely egyidejűleg tekintetbe veszi a fejlő-

dés fenntarthatóságának szükségességét. Az 1998-ban létrejött Országos Kémiai Biztonsági Intézet, mint a kémiai biztonság területén illetékes nemzeti kompetens hatóság, szakhatósági, információs, oktató és kutató tevékenységével ennek a hazai intézményi bázisa. Tevékenységét olyan összehangolt alapvető stratégiai-jogszabályi környezet biztosítja, mint az ENSZ globális kémiai biztonsági stratégiái: a veszély helyes kezelésére vonatkozó SAICM és a megfelelő tájékoztatást szolgáló GHS; továbbá az Európai Közösség átfogó kémiai biztonsági jogszabályai, a REACH (1907/2006/EK) és a CLP (1272/2008/EK) rendeletek, illetve a világon az elsők között létrejött magyar kémiai biztonsági törvény (a 2000. évi XXV. törvény). Mindezekre támaszkodva, a magyar kormány, az egészségügyi és környezetvédelmi főhatóságok, a közegészségügyi és egyéb érintett hatóságok, intézmények és szervezetek összehangolt munkájával érhető csak el a kóroki tényezők minimalizálásával a nem-fertőző krónikus megbetegedéseknek, mint súlyos, sürgető népegészségügyi problémának a megoldása. Ebben a kompetens hatóság elsődleges feladata a kockázat kezelés érdekében végzett koordináció. Emellett fontos a kutatási-monitorozási tevékenység is, amely a kockázatbecslés egyik alapvető eleme. Az összehangolt tevékenység eredményeként remélhető a romló tendenciák megállítása, illetve idővel, visszafordítása.

VEZÉR TÜNDE

II/4. A GLP biztonsági vizsgálatok jelentősége és lehetőségei a kémiai biztonság megteremtésében

Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Népegészségtani Intézet – 6720 Szeged, Dóm tér 10.
Tel.: (62) 545 119 – Fax: (62) 545 120 – E-mail: vezer@puhe.szote.u-szeged.hu

Hazánk a Gazdasági Fejlesztési és Együttműködési Szervezet (OECD) és az EU GLP (Good Laboratory Practice) munkacsoportokkal való együttműködés, információ- és tapasztalatcsere révén az EU tagállamokkal karöltve közel 10 éve alakította ki a globalizá-

ció gazdasági és szociális kérdéseire vonatkozó helyes minőségügyi gyakorlat nemzeti programját.

A Magyarországon 2001-ben elfogadott és hatályba lépő – a helyes laboratóriumi gyakorlat alkalmazásáról és ellenőrzéséről szóló – GLP rendeletben megfo-

galmazott minőségbiztosítási rendszer kellő alapot nyújt valamennyi GLP vizsgálóhely szabályozott területén végzett, a GLP alapelveinek és követelményeinek megfelelő – az anyagok biztonságos alkalmazhatóságát célzó – nem-klinikai egészségügyi és környezetbiztonsági vizsgálat megszervezésére és lefolytatására, továbbá a – legújabb tudományos kutatások eredményeire támaszkodó és a vizsgálóhely GLP management által jóváhagyott szabványműveleti előírásokban – részletesen dokumentált követelmények megalkotására. A direktíva és a vizsgálóhelyek minőségbiztosítási programja mindezek által garantálja a készítmények biztonságosságát és az engedélyezendő új anyagok (gyógyszerek, peszticidek, ipari/háztartási „kemikáliák”) vizsgálata során keletkezett adatok integritását.

A GLP szabályait értelmező OECD (N^o1–N^o15) konszenzus dokumentumok a GLP vizsgálatok nemzetközi egységességének alapját képezik, az OECD szakmai módszertani irányelvek – a kísérleti anyag azonosítására, a vizsgálati rendszerekre és környezetükre kiterjedően – a tagállamokban lefolytatandó vizsgálatok uniformitását és reprodukálhatóságát biztosítják. Az EU GLP Inspektori Munkacsoport tevékenysége pedig a tagországokban és azok között lefolytatott ellenőrzések kölcsönös elismerését garantálja.

Hazánkban a 2000. évi XX. törvény, a 1999. évi LXXIV.

törvény vonatkozó fejezetei és a 2007. óta hatályos REACH rendelet szabályozza az – egységes kockázatbecslés és kezelés gyakorlatával megvalósuló – EU-konform kémiai biztonságot a munkahelyeken és a környezetben. Az új vegyi anyagok biztonságos kezeléséhez, engedélyeztetéséhez azonban elengedhetetlen a nemzetközi állatvédelmi előírásoknak és a hu-mánus állatkezelés szabályainak megfelelő, valamint az EC, az OECD guideline-k, a WHO, az EPA módszertani leírásai szerint végzett és a GLP által ellenőrzött (pl. fiziko-kémiai, toxicitási, mutagenitási, ökotoxikológiai, bioanalitikai) biztonsági vizsgálatok, vagy ajánlott alternatív módszerek adatainak ismerete.

Az EU által kitűzött célok maradéktalan teljesítése esetén várhatóan 2018-ra az európai piacon lévő több mint 100.000 vegyi anyaggal kapcsolatosan egységes tartalmú, harmonizált és szigorú európai közösségi törvényi szabályozású adatbázisok fognak rendelkezésre állni, ez pedig kellő alapot nyújt majd az emberi egészség és a környezet tudatos megóvására. Ebben a komplex, magas szintű felkészültséget igénylő tevékenységben – a Magyarország számára kijelölt anyagokkal elvégzendő vizsgálatok kivitelezésében – a toxikológiai profilú GLP minősítéssel rendelkező vizsgálóhelyeknek az elkövetkezendő években fontos szerepe lesz.

PÁNDICS TAMÁS
DURA GYULA

II/5. Nanoanyagok környezeti és egészségkockázata

*Országos Környezetegészségügyi Intézet – 1097 Budapest, Gyáli u. 2-6. – Tel./Fax: (1) 476 1100
E-mail: pandics.tamas@oki.antsz.hu*

A gyakran a jövő technológiájaként említett nanotechnológiai eljárások során előállított anyagok számos előnyös és technológiai szempontból jelentős tulajdonságai mellett kedvezőtlen környezetre és emberi egészségre gyakorolt hatással is számolni kell. A kedvezőtlen tulajdonságok és a kockázat meghatározásához, azok rendszerbe foglalásához számos vizsgálati eredmény hiányzik, így lényeges a nanoanyagokkal kapcsolatos környezeti és egészségkockázatok megítélésének jelenlegi helyzetét felmérni, azonosítani azokat a területeket, ahol kiáltóan hiányosak ismereteink és javaslatot tenni az információcsere valamint az érintettek, a felelős intézmények közti együttműködés elősegítésére. Elengedhetetlen a már hétköznapivá vált, a gyógyszerészattól az energetikáig terjedő nanotechnoló-

giai termékeket a környezet-egészség-biztonság aspektusából vizsgálni, a nanoanyagok fizikai-kémia, metrológiai jellemzésének, biológiai-toxikológiai tesztrendszerekben és a környezetben való viselkedésének, az expozíció értékelésének kérdéseit és az életciklus elemzés eddigi eredményeit áttekinteni. A kockázat gyors megítéléséhez szemikvantitatív nanoanyag kockázatbecslés elengedhetetlen. Mielőbb meg kell határozni a szabályozási/kockázatelemzési sajátos igényeket, hogy nemzetközileg egyeztetett protokollok szerint lehessen az expozíciós hatásvizsgálatokat, az adatgyűjtést végezni. A nanotermékek újabb és újabb generációi jelennek meg és még komplexebb termékek várhatóak, amelyek közegészségügyi felügyeletére késedelem nélkül fel kell készülni.

DOMJÁN GYULA

II/6. Klinikum szerepe a prevencióban, különös tekintettel a tromboembolias megbetegedésekre

*Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Népegészségtani Intézet – 1088 Budapest, Vas u. 17. – Tel.: (1) 486 4850 – Fax: (1) 486 4860
E-mail: domjangy@se-etk.hu*

A legjelentősebb egészségügyi kihívás a lakosság előregedéséből, a világválság indukálta szociális átstrukturálódásából, a létbizonytalanságból és elszegényedésből adódó életmódi változások miatt bekövetkező egészségi problémák megelőzése. Az egészségügyi ellátás iránti növekvő társadalmi és szakmai igény, valamint az egészségügyi és szociális kiadások megszorítására irányuló gazdasági törekvések közötti diszkrépancia kezelésére az egészségpolitikusok a prevenció csodafegyverét ajánlják, mintegy feltételezve, hogy sokkal olcsóbb, mint a kuratív ellátás, és ezzel elkerülhető, de legalábbis kompenzálható az ellátás alulf finanszírozásának hatására bekövetkező esélyegyenlőtlenség.

A prevenció a jövő egészségi és egészségügyi problémáinak politikai, társadalmi és szakmai kezelésére alkalmas eszköznek tűnik. Egy ma bevezetésre kerülő átfogó prevenció program húsz év múlva fogja csökkenteni az egészségügyi ellátásra nehezedő nyomást, a betegségek terhét (burden of diseases).

A kórházi adatok a HBCS finanszírozás bevezetése óta nem adnak megbízható adatokat a kórházi morbiditás megítélésére. Az egészségi állapotra vonatkozó objektív és szubjektív reprezentatív felmérések igen költségesek és általában a lakosságnak csak egy adott rétege-re, vagy területre, illetve betegségecsoportra vonatkoznak.

Az egészség megőrzésére és a korszerű betegség-megelőzésre vonatkozó stratégiák elsősorban az életmódbeli tényezőkre irányulnak. A krónikus nem-fertőző (pl. a tromboembolias, szív- és érrendszeri, daganatos, mentális, mozgásszervi) betegségek vonatkozásában az orvosi ellátás ritkán képes végleges gyógyulást elér-

ni, vagy az egészséget teljesen helyreállítani. Ugyanakkor az évekig, esetleg élethossziglan elhúzódó gyógyszeres kezelés vagy gondozás jelentős költség kihatású. A primer prevenció az egészség megőrzését, annak promótálását szolgálja, az életmód megválasztása, a környezetvédelem gazdasági, társadalmi, politikai meghatározottságú, és alig függ az egészségügytől. Vitatott a hovatartozása de a teljesség igénye nélkül biztosan ide sorolhatók a sport, a táplálkozás, az építészet, a település-tervezés, az ökológia, a környezetvédelem, a közlekedés, a szociológia, a pszichológia, valamint a politológiának az egészség megőrzésével foglalkozó részei. A tromboembolias megbetegedések vonatkozásában is jelentősek az előzőekben is felsorolt tényezők, de különösen hangsúlyos a szekunder és terciér prevenció. Természetesen naivság volna azt hinni, hogy az egészséget elősegítő életmód nem költséges. Az életmódválasztás alapvetően függ az iskolai végzettségtől, valamint az ezzel általában összefüggő gazdasági-szociális helyzettől, és jelentős szerepet játszik a családi nevelés, a minta nyújtása is. A világválság tovább növeli a társadalmi rétegek leszakadását, a családi élet további lazulását, a munkanélküliséget, amely az egészségi állapot romlását okozza, amely további terhet jelent az egészségügyre.

Az egészségügyi ellátást a gyógyító-megelőző ellátás dominálja, hiszen mindkét tevékenység – a gyógyítás és a prevenció is – a betegségekre vagy a betegek-re vonatkozik. Ebből a szempontból irreleváns, hogy a betegségek gyógyítása vagy megelőzése individuálisan vagy populációs (szervezett szűrés) szinten történik. A szekunder és terciér prevenció egyértelműen az orvostudomány kompetenciája.

SZIGETHY ENDRE**
 SZÉLES GYÖRGY*
 VOKÓ ZOLTÁN*
 HORVÁTH ATTILA***
 HIDVÉGI TIBOR****
 JERMENDY GYÖRGY*****
 PARAGH GYÖRGY*****
 BLASKÓ GYÖRGY*****
 ÁDÁNY RÓZA*/**

II/7. A metabolikus szindróma epidemiológiája felnőtt magyar lakosság körében

Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Népegészségügyi Kar, Megelőző Orvostani Intézet – 4028 Debrecen, Kassai út 26.
 Tel./Fax: (52) 460 190/77153 – E-mail: szigethy@dote.hu*

Magyar Tudományos Akadémia Debreceni Egyetem Népegészségügyi Kutatócsoportja**
 Sanofi-Aventis Zrt, Budapest***

Petz Aladár Városi Oktató Kórház, IV. Belgyógyászati Osztály, Győr****

Bajcsy-Zsilinszky Kórház, III. Belgyógyászati Osztály, Budapest*****

Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Általános Orvostudományi Kar, I. sz. Belgyógyászati Klinika*****

Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Gyógyszerésztudományi Kar*****

Célkitűzés: A metabolikus szindróma, illetve egyes komponensei (centrális elhízás, magasvérnyomás, szénhidrát-anyagcsere zavar, lipid-anyagcsere zavar) előfordulásának, klinikai jellegzetességeinek meghatározása a 20–69 éves felnőtt magyar lakosság körében.

Módszer: A keresztmetszeti vizsgálat során 2006 fő került kiválasztásra. Az adatgyűjtés a házi orvosok, illetve asszisztenseik közreműködésével, fizikális és laboratóriumi vizsgálat, adatlap és önkitöltős kérdőív segítségével történt.

Eredmények: Az összesített válaszadási hajlandóság aránya 91% volt. A metabolikus szindróma súlyozott prevalenciája a 20–69 évesek körében az Adult Treatment Panel III kritériumrendszer szerint férfiaknál 26% (95% megbízhatósági tartomány (MT) 23–29), nőknél 24% (95% MT 22–27), az International Diabetes Federation definíciója szerint a férfiaknál 36% (95% MT 33–39), nőknél 30% (95% MT 27–33). Az orvosok által már korábban ismert esetek aránya 6,7% (95% MT 5,3–8,3) a férfiaknál, illetve 5,4% (95% MT

4,2–6,9) a nőknél. A lakosság 69%-a (95% MT 67–71) volt centrálisan elhízott, 15%-a (95% MT 14–17) emelkedett éhomi vércukorértékkel bírt, 54% (95% MT 52–56) hipertóniás volt, 33%-nál (95% MT 31–36) emelkedett triglicerid szint, 29%-nál (95% MT 27–31) csökkent HDL-koleszterin szint volt tapasztalható. Az 55–69 évesek körében a szénhidrát-anyagcsere zavar prevalenciája igen magas (30%) volt, a centrális elhízás gyakorisága a legfiatalabb korcsoportban (20–24 évesek) meghaladta a 40%-ot. A metabolikus szindróma prevalenciája ötször magasabb volt a 65–69 évesek körében, mint a 20–24 éveseknél. A fiatalabb korcsoportban (20–39 évesek) a férfiaknál a szindróma elterjedtsége közel kétszerese a nők körében tapasztaltnak.

Következtetések: A metabolikus szindróma magas prevalenciája jelentős népegészségügyi probléma s a kardiovaszkuláris és anyagcsere betegségek megelőzése szempontjából is azonosítandó és kezelendő állapotot jelent.

III. SZEKCIÓ

BALAJTI ILONA*
 BÍRÓ ÉVA
 ÁDÁNY RÓZA
 KÓSA KAROLINA

III/1. A koherencia-érzés összefüggése a szubjektív és mentális egészséggel és az egészségmagatartással

*Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Népegészségügyi Kar, Megelőző Orvostani Intézet, Egészségfejlesztési Tanszék
 4028 Debrecen, Kassai u. 26. – Tel./Fax: (52) 460 190 – E-mail: k.kosa@sph.dote.hu
 Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Népegészségügyi Kar, Gyógytornász szak**

A leendő tanárok az egészségfejlesztés fontos célcsoportját képezik, mert nemcsak pedagógusként, hanem szerepmodellként is jelentős hatást gyakorolnak a jövő generációkra. Egészségük és egészségmagatartásuk ismerete azért fontos, hogy szükség esetén hatékony beavatkozásokkal segíteni lehessen őket abban, hogy az egészség jelentősége tudatosodjon bennük, és kockázati magatartásformáik kedvező irányban változzanak. A jelen vizsgálat célja az volt, hogy tanárképzési szakok hallgatóinak egészségi állapotát és egészségmagatartását felmérjük.

Hat magyarországi felsőoktatási intézmény 27, tanárképzési szakokat kínáló karain tanulók képezték a mintavételi keretet (n=30901 hallgató), akiknek 5%-a került véletlen kiválasztással a mintába (n=1545). A vizsgálat adminisztrációja az intézmények oktatási igazgatóságainak közreműködésével, az adatvédelmi jogszabályok tiszteletben tartásával történt. A mintába került hallgatók mindegyikéhez eljuttattuk a vizsgálat eszközeül szolgáló kérdőívet postai úton, illetve az egyetemek elektronikus hallgatói rendszerén keresztül villámpostába csatolva ugyanezen kérdőív interneten elérhető változatát is, amelyet a hallgatók önkéntesen és névtelenül tölthettek ki 2007. június 10–július 31. közt. A válaszadási hajlandóságot motivációs ajándé-

kokkal növeltük. A kérdőív demográfiai és családi adatokat, valamint az egészségre, mentális állapotra, táplálkozásra, pszichoaktív szerek fogyasztására, testmozgási szokásokra, és antropometriai paraméterekre vonatkozó kérdéseket tartalmazott. Az adatokat Access adatbázisban rögzítettük, és Stata 9.0 programcsomaggal elemeztük.

A vizsgálat során 68,6%-os válaszadási arányt értünk el; a megkérdezett minta 65,5%-a küldött vissza értékelhető kérdőíveket. A hallgatók átlagéletkora 23,63 év volt, 67%-uk nő; 78%-uk hallgatott pedagógiai tárgyakat, és 70%-uk gondol a tanári pálya választására. A válaszadók 65,3%-a értékelte egészségét jónak vagy nagyon jónak; a válaszadók 23,6%-a azonban figyelmet érdemlő mértékű pszichés stresszel jellemezhető. Az Antonovsky-féle koherencia-érzés átlagpontszáma 61,52 volt, és szoros összefüggést mutatott mind a szubjektív egészséggel, mind a pszichés stresszt jellemző pontszámmal, de nem függött össze a testtömegindexszel, a testmozgás mértékével, a táplálkozással vagy a pszichoaktív szerek fogyasztásával.

Eredményeink szerint a koherencia-érzés megfelelően jósolja a szubjektív egészséget és a mentális állapotot leendő tanárok esetében is; nem mutat azonban összefüggést az egészségmagatartást jellemző változókkal.

BÍRÓ ÉVA
 FALUDI ÉSZTER*
 BALAJTI ILONA**
 ÁDÁNY RÓZA
 KÓSA KAROLINA

III/2. Egyetemi hallgatók mentális egészségének javítása

*Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Népegészségügyi Kar, Megelőző Orvostani Intézet, Egészségfejlesztési Tanszék
 4028 Debrecen, Kassai út 26. – Tel.: (52) 460 190/77418 – Fax: 460 195 – E-mail: biroe@dote.hu
 ÁNTSZ Észak-alföldi Regionális Intézetének Hajdú-Bihar Megyei Kirendeltsége*
 Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Népegészségügyi Kar, Gyógytornász szak***

Bevezetés: A Debreceni Egyetem OEC Népegészségügyi Kar 2007-ben felsőoktatásban tanuló tanársza-

kos hallgatók körében folytatott egészségfelméréséből kiderült, hogy e hallgatók között magas a mentá-

lis problémákkal jellemezhető aránya. A helyzet javítása érdekében intervenciót dolgoztunk ki és valósítottunk meg, amely a társas támogatás növelésén, az információátadáson és a megküzdési készségek fejlesztésén keresztül célozta meg javítani a lelki egészséget.

Módszer: Az intervenció 15 hetes, 30 órás kiscsoportos kreditkurzus formájában került lebonyolításra, melyet ugyanazokban a felsőoktatási intézményekben hirdettünk meg, amelyek az egészségfelmérésben is részt vettek. A kurzusokat egységes módszertan alapján, de minden intézmény a saját szakemberei bevonásával tartotta meg. A kurzus hatékonyságának mérésére egységesen alkalmazott kérdőívet dolgoztunk ki, amelyet a résztvevők a kurzus elején és végén is kitöltöttek. Ez a szubjektív egészségre, a lelki egészséget jellemző pszichés stresszre, valamint a koherencia-érzésre, és demográfiai adatokra vonatkozóan tartalmazott kérdéseket. A hallgatók a kurzus végén vizs-

gatesztet is írtak, és egy, az intervenció szervezethez tartozó vizsgáló kérdőívet is kitöltöttek.

Eredmények: A kurzusra négy intézményben összesen 276 hallgató jelentkezett. A válaszadási arány a kurzus elején 46, a végén 54%-os volt. A szubjektív egészség megítélése nem változott szignifikánsan a 15 hetes kurzus során. A lelki egészséget jellemző két paraméter közül a koherencia érzés nem szignifikáns növekedése és a pszichés stressz mértékét jellemző pontszám szignifikáns csökkenése emelhető ki.

Következtetések: Az elért szignifikáns javulás a kóros mértékű pszichés stresszre utaló GHQ pontszámában populációs szinten bizonyított, mivel adatvédelmi okokból nem volt lehetséges a hallgatók egyéni követése. A kurzusértékelő kérdőíven a hallgatók kiemelték, hogy gyakorlatias útmutatást kaptak az életükben felmerülő problémák megoldásában. A továbbiakban tervezzük a kurzus hatékonyságának és az elért eredmények tartósságának vizsgálatát egyénenként is.

RÉTSÁGI ERZSÉBET
TÓTH ÁKOS
JEGES SÁRA*

III/3. Sportrekreációs tevékenység és koherencia érzet egyetemisták körében

*Pécsi Tudományegyetem, Természettudományi Kar, Testnevelés- és Sporttudományi Intézet – 7624. Pécs, Ifjúság útja 6.
Tel./Fax: (72) 501 519 – E-mail: bobe@gamma.ttk.pte.hu
Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Népegészségtani, Rekreációs és Egészségfejlesztési Intézet**

Az Antonovsky nyomán kibontakozó kutatási irányzat az egészség „titkát” az egyén erős koherenciaérzetében vélte megtalálni. A szerzők egyetemisták körében vizsgálják a koherenciaérzet általános egészségi állapottal való összefüggéseit. Kulcskérdésük, hogy milyen tényezőknek köszönhetően válik valaki erős koherenciaérzettel rendelkező felnőtté, befolyásolható-e még ez a személyi habitus a fiatal felnőttkorban. 2007-ben 610, a Pécsi Tudományegyetemen tanuló, véletlenszerűen kiválasztott fiatalall készítették kérdőíves interjút. A kérdőívvel felmérték az egyén általános (észlelt) egészségi és wellness állapotát (fizikai, szellemi, környezeti, érzelmi, spirituális és szociális egészség dimenziókban), koherenciaérzetét az Antonovsky-féle kérdőív rövidített változatával, valamint részletesen kitértek életmódjának, életminőségének elemeire. Adataikat többváltozós matematikai modellek alkalmazásával elemezték. Egy modellen belül szerepeltették valamennyi, a kétváltozós elemzésekben szignifikánsnak bizonyuló tényezőt, így a rekreatív célú fizikai aktivitás és a koherenciaérzet mértékét is. E két válto-

zó szignifikanciája valamennyi kontrollváltozó (nem, életkor és egyéb életmódi elemek, mint táplálkozás, élvezeti szerek, alvás stb. kombinációi) modellbe való bevitele esetén sem tűnt el.

Eredményeik szerint a hallgatók körében is beigazodott, hogy a koherenciaérzet mindhárom összetevője (manageability, meaningfulness, comprehensibility) mentén az általános egészségi állapot szubjektív mutatói (önértékelés, vegetatív labilitás indexek) szignifikánsan eltérő értékeket vesznek fel. A koherenciaérzet mutatóit függő változónak tekintve, ezeket legerősebben az egészség, illetve wellness státusz fizikai dimenziói befolyásolták. Az oksági modellekben a rekreatív célú fizikai aktivitás döntő jelentőségűnek bizonyult. Mindezek megerősítik azt a hipotézist, hogy a fiatal felnőttkorban végzett rendszeres sportrekreációs tevékenység nemcsak közvetlenül, fiziológiai hatásain keresztül, hanem komplex módon, az egészség minden más dimenziójának kedvező befolyásolásával erősíti a koherenciaérzetet is, amely bizonyítottan jó hatású az általános egészségi állapotra és a teljesítőképessegre.

IHÁSZ FERENC
RIKK JÁNOS
MÉSZÁROS ZSÓFIA*
HALMY ESZTER**
MÉSZÁROS JÁNOS*

III/4. Labdával végezhető gyakorlatok hatása 9–11 éves (fiúk-lányok) gyermekek testösszetételének és mozgáskészségének javítására

*Nyugat-magyarországi Egyetem, Apáczai Csere János, Kar, Testnevelési Intézeti Tanszék – 9022 Győr, Liszt Ferenc utca 42.
Tel.: (96) 503686 – E-mail: ihasz@atif.hu
Simmelweis Egyetem, Testnevelési és Sporttudományi Kar, Budapest*
Magyar Elhízástudományi Társaság, Budapest***

Bevezetés: Az elhízás gyermekkori előfordulása járványszerű formát mutat Magyarországon. Az elhízás jelentős rizikófaktor számos betegség szempontjából, tehát a fellépés rendkívül sürgető feladat. Erre a leghatásosabb szintér az iskolai testnevelés. A rendszeres testnevelési órákon a labda használata kiváló eszköz a terhelés „észrevétlen” adagolására. A fent vázolt tények motiváltak bennünket, amikor elindítottuk ezt a követező kutatási programot.

Módszerek: A program Magyarország hat településén indult 2008. november 1-től és 2009. április végén zárult. A programban (Győr és környéke, Székesfehérvár, Tatabánya, Törökbálint, Sopron, Nagykanizsa és Szentgotthárd) városok egy-egy általános iskolájának 3–4. osztályos tanulói vettek részt, n=744, (343 lány 401 fiú) 12 testnevelő tanár (testnevelést tanító pedagógus), és 23 (rekreáció-szervező és egészségfejlesztő) főiskolai hallgató közreműködésével. Antropometriai adatokat mértünk (testmagasság, testtömeg, vállszélesség, mellkas szélesség, mellkas mélység, felkarkerület, alkarkerület, kézkerület, mellkas kerület, has kerület, combkerület, lábszárkerület, valamint biceps-, triceps-, lapocka-, csípő-, has-, comb- és mediális lábszár redőket). Conrad-féle növekedési típust határoztunk meg (metrikus és plasztikus index). A testtömegre vonatkoztatott összes zsírt (F%) Parízkova és

Drinkwater módszerével becsültük. Ezzel párhuzamosan testösszetételt becsültünk (TTS, PBF, FFM, BFM, SMM, TBW) InBody 720 típusú multifrekvenciás bioimpedancia analizátorral. Az adatok felvétele után a gyermekek fizikai aktivitási programban vettek részt, testnevelési órák keretében. Követelményként jelöltük meg, hogy alkalmanként a gyakorlatok mozgásideje érje el a 15 percet. Ilyen értelemben a program nem veszélyeztette a kötelező anyag megtanítását.

Eredmények: Viszonylag tiszta képet kaptunk a régióban élő 9–11 éves gyermekek testösszetételéről. A résztvevő gyermekek testösszetétele előnyösen változott (izom- és zsírtömeg aránya).

Elsajátítottak egy gyakorlat anyagot, amely jelentősen fejlesztette a motorikus képességeket.

A szerzett képességek pedig jó eséllyel transzferálhatók az egyéb – a testnevelési órákon – megtanult mozgásformákhoz.

Megismerték saját terhelhetőségük mértékét, a mindennapi élet részévé válhat a fizikai aktivitás, mely jó eszköz az egészség megőrzésére.

Következtetések: Úgy tűnik, hogy a jól tervezett, (jól motivált) és rendszeresen végzett fizikai aktivitás (esetünkben a labda, mint játékszer) jó eséllyel alkalmazható az általános iskolai (normál és elhízott) gyermekek körében.

KERESZTES NOÉMI
BAK JUDIT
TARI RICHÁRD
GUTI JÁNOS

III/5. A dél-alföldi régió gyermekotthonaiban élő fiatalok életmódja sportolási gyakoriságuk tükrében

*Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet – 6722 Szeged, Szentháromság u. 5.
Tel./Fax: (62) 420 530 – E-mail: noisyka1980@gmail.com*

A serdülők életmódjának vizsgálata kiemelt kutatási területet jelent, hiszen szabadidő-struktúrájuk jelentősen megváltozott, megjelent életükben egy új életszakasz és mindezek mellett a modern társadalomban

a krónikus betegségek száma rohamosan nőni kezdett, melyben az életmódnak kitüntetett szerepe van. Az állami gondoskodásban élő fiatalokat ebből a szempontból különösen veszélyeztetettnek tekinthetjük.

Jelen tanulmányunkat a dél-alföldi régió gyermekotthonaiban (n=86; átlagéletkor:16,2) végeztük, NCA pályázat segítségével, a DARE Egyesület keretein belül. Az adatgyűjtéshez kérdőíves módszert használtunk. A kérdőív itemei vizsgálták a szociodemográfiai változókat, a fiatalok egészségi állapotát, étkezési szokását, jövőképét, egészségmagatartását, sportolását, az ezt akadályozó tényezőket, szabadidős tevékenységét, társas kapcsolati hálóját, pszichoszociális egészségét, né-hány egészségpszichológiai jellemzőjét (verbális és fizikai agresszió, agressziókontroll hiánya), és a fiatalkori bűnözést is. Átfogó vizsgálatunk célja az volt, hogy megismerjük az állami gondoskodásban élő fiatalok életmódját és ezeket az adatokat egyesületünk gyakorlati munkájában fel tudjuk használni.

Eredményeink azt mutatják, hogy a dohányzás életprevalenciája 72,6% volt, az alkoholfogyasztásé 72,1%, és a gyakoriságot a nemi hovatartozás nem befolyásolja. A sportolás kapcsán azt tapasztaltuk, hogy a megkérdezettek többsége az elmúlt hónapban csupán né-hányszor vett részt szabadidős sportban, és a többség

úgy gondolja, hogy kevesebbet sportol, mint kortársai. Ennek ellenére többen vélik elegendőnek sportolási gyakoriságukat. Akik nem, azok kimagasló többsége a motiváció hiányt jelöli meg akadályozó tényezőnek. Emellett a pénzhiány, a szabadidő hiánya emelkedett ki. Szabadidős tevékenységeik közül a zenehallgatás, tévézés, barátokkal való beszélgetés, házimunka, sport, számítógépezés és a csavargás emelkedett ki. A legtöbben különféle sporttevékenységeket, rekreációs és társas tevékenységeket valamint a számítógépezést, vásárlást emelték ki, mint olyan szabadidős tevékenységek, amit szeretnének végezni, de jelenleg különböző okok miatt nem tehetik. Azt is megállapítottuk, hogy a sportolási gyakoriság a rizikómagatartások gyakoriságára nem fejt ki szignifikáns hatást, azonban a táplálkozási szokások bizonyos elemeire igen. Emellett a sport növeli az étellel való elégedettséget is, melynek az életminőség szempontjából kiemelt szerepe van.

Eredményeinket úgy gondoljuk, hogy egyesületünk gyakorlati egészségfejlesztő munkájában hatékonyan fel tudjuk használni.

BOGNÁR JÓZSEF

BARTHALOS ISTVÁN

IHÁSZ FERENC*

KÁNYAI RÓBERT**

RÁCZNÉ NÉMETH TEODÓRA**

III/6. Mozgásos intervenciók hatásai szociális intézményben élő idős nők körében

Semmelweis Egyetem, Testnevelési és Sporttudományi Kar – 1123 Budapest, Alkotás u. 44. – Tel./Fax: (1) 487 9219

E-mail: bognar@mail.hupe.hu

Nyugat-magyarországi Egyetem, Apáczai Csere János Kar, Testnevelési Intézeti Tanszék, Győr*

Győr Megyei Jogú Város Önkormányzata Egysített Egészségügyi és Szociális Intézménye, Győr**

Előadásunk célja, hogy egy idősek számára összeállított 15 hetes mozgásos intervenció hatásait elemezzük a testösszetételre, motoros képességekre, illetve néhány pszichés képességre vonatkoztatva. Kutatásunkban szociális otthonban élő idős nők vettek részt (Mkor=79,46±7,80). Az intervenció három csoportja közül kettő kísérleti, egy kontroll volt.

1. csoport: heti 2x45 perces tornatermi mozgásos tevékenység (n=8)

2. csoport: heti 2x45 perces mozgásos tevékenység és heti 1x életminőséggel, egészséggel és fizikai aktivitással kapcsolatos csoportos előadás, beszélgetés (n=8)

3. csoport: kontroll csoport (n=10)

Eredményeink alapján elmondható, hogy a szociális otthonban élő idős nők motoros képességei általánosságban gyengék és a testösszetételi mutatói alapján

túlsúlyosaknak nyilváníthatók. Az asszertivitás és önérvényesítési képesség a mintánkban nagyon gyenge, míg a koncentráció és emlékezőképesség értékei többnyire a státuszuknak megfelelő volt.

A Fullerton teszttel mért motoros képességek a kísérleti csoportokban a tesztek mintegy felében eredményeztek értékelhető pozitív különbséget: székről felállás, 6 perces séta és dinamikus egyensúly. Várakozásainkkal ellentétben az InBody720 nem mutatott lényeges különbséget a testösszetétel elő-és utómérései között. A Ratus teszttel mért asszertivitás és szociális interakciók értékei csak a bizonytalanság és önértékelési zavar tekintetében mutattak pozitív változást a kísérleti csoportokban. A Minimentál teszt által mért pszichés eredmények nem eredményeztek különbséget a koncentráció és emlékező képesség tekintetében.

A heti 1x életminőséggel kapcsolatos előadások és beszélgetések lényeges pozitív megkülönböztető hatást mutattak a programban.

Mindezek alapján összességében elmondhatjuk, hogy kevésnek tűnik a 15 hetes mozgásos program az intézményben lakó idősök komplex és erőteljes életminőség változások eléréséhez, ezért az intézményben élő idősöknél hosszabb mozgásos programmal érdemes a továbbiakban próbálkozni. Ugyanakkor népegészségügyi szempontból lényeges kiemelni, hogy az intéz-

ményben lakó idősök már a 15 hetes mozgásprogram is jelentős pozitív változásokat mutattak a fizikai teljesítőképesség területein és a pszichés képesség egy szűk területén.

Lényeges még kiemelni, hogy az életminőséggel kapcsolatos előadás és beszélgetés jelentős hatással van a program eredményére, érdemes ezt a következő intervenciókban is alkalmazni. A nem intézményben élő idősök esetében érdemes lenne ugyanezt a programot kipróbálni és a változásokat összevetni.

TÓTH ÁKOS

JEGES SÁRA*

RÉTSÁGI ERZSÉBET

III/7. Fizikai aktivitás és egészség élsportolók körében

Pécsi Tudományegyetem, Természettudományi Kar, Testnevelés- és Sporttudományi Intézet – 7624. Pécs, Ifjúság útja 6.

Tel./Fax: (72) 501 519 – E-mail: totha@gamma.ttk.pte.hu

*Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Népegészségügyi, Rekreációs és Egészségfejlesztési Intézet**

A leendő testnevelő tanárok, edzők és sportmenedzserek képzésében rendkívül fontos, hogy a hallgatók a jelenlegi „élsportolók” életmódját, életvitelét, általános egészségi állapotát, wellness szintjét megismerjék. A szerzők 2007-ben, a Pécsi Tudományegyetem hallgatói körében megkezdett követéses vizsgálati során egyértelműen bebizonyosodott, hogy a nem élsportoló hallgatók sportrekreációs tevékenységének, illetve rekreációs célból végzett fizikai aktivitásának növekedésével minden egészségi és wellness jellemzője kedvezőbb képet mutat.

Felmerül a kérdés, hogy van-e olyan határ, amelyen túl a fizikai aktivitás mennyiségének növekedése már nem kedvez az általános egészségi állapotnak. Az átlagosnál jelentősen több és intenzívebb fizikai terhelésben részesülnek az élsportolók, ezért kutatásaikat az élsportolók körére is kiterjesztették. Céljuk egyrészt annak a felmérése volt, hogy az aerobik élsportolók, elsősorban nők, mennyire tartják fontosnak, érzik sajátjuknak, és mennyiben követik az egészséges életmód különböző tényezőit, másrészt, hogy az egészségi állapotuk mennyire függ össze ún. észlelt „egészség szintjükkel”. Előadásuk tárgya az e téren megkezdett kutatásaik első eredményei.

A kutatás módszere: anonim kérdőíves interjú. Fő témakörök: az egyén általános egészségi állapota (az egészség négyfokozatú skálán mért önértékelésével, és a Hennenhofer-Heil-féle vegetatív labilitás teszttel) és wellness állapota (fizikai, szellemi, környezeti, érzelmi, spirituális és szociális egészség dimenziókban),

amelyet az ún. „optimális élet profil” teszttel mérték; valamint az Antonovsky-féle „sense of coherence” kérdőív magyar mintára adaptált rövidített változata. A vizsgált minta: 18–27 év közötti élsportoló nők (n=26), a kontrollcsoport: nem sportoló nők véletlen mintája (n=272), ugyanebben a korosztályban. Az adatgyűjtést Makón, Budapesten, Debrecenben és Pécsen végezték, 2008, 2009-ben.

Eredményeik szerint az élsportoló aerobikozók szignifikánsan jobb fizikai és érzelmi egészségi állapotban vannak, mint a kontrollcsoportba tartozók. Egészségi állapotuk megítélése az egészség önértékelése alapján kedvezőbb, mint a kontrollcsoporté, és a vegetatív labilitás megítélésében is, csaknem 20%-os eltérés mutatkozik a megkérdezett aerobikos sportoló nők javára.

A koherencia érzet szoros összefüggésben áll az egészségi állapot megítélésével, ezért nem meglepő, hogy a felmérés csaknem azonos eredményre vezetett, mint az egészségi állapot megítélésénél találtak.

Azon feltételezés, amely szerint a vizsgált élsportolók egészségesebben táplálkoznak, mint a kortársaik, nem igazolódott be.

A wellness dimenziók megítélése kettősséget mutat, mert az egyes faktoraiban (környezeti, szellemi, lelki, szociális) az aerobikosok magasabb szintet értek el, míg (az egészséges táplálkozás, a pozitív jövőkép, a preventív magatartás) a kontrollcsoport – kevés különbséggel ugyan, de – pozitívabb értékeket mutatott.

Eredményeik az aerobik sportot magas szinten űző nők körére általánosítható, más sportágakra, illetve

férfiakra további vizsgálatok szükségesek. Ez irányban a PTE-en jelenleg folynak hasonló, további vizsgálatok.

IV. SZEKCIÓ

LAMPEK KINGA

IV/1. Életben maradni – az életesélyek alakulása a társadalmi rendszerváltás után egy 15 éves követéses vizsgálat eredményei alapján

*Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Népegészségtani, Rekreációs és Egészségfejlesztési Intézet, Egészségfejlesztési Tanszék
7623 Pécs, Rét u. 4. – Tel.: (72) 535 981 – Fax: (72) 535982 – E-mail: kinga.lampek@etk.pte.hu*

Bevezetés: A PTE ÁOK és ETK szociológiai munkacsoportjai 1989 óta széleskörű egészség-szociológiai felmérést végeznek a Baranya megyei városokban és falvakban. A felmérés kiindulási célja volt az adott régió 20–59 éves lakossága körében vizsgálni – többek közt – az egészségi állapotot, az egészségmagatartás jellemzőit, az egészségügyi ellátás iránti igényeket és ezek társadalmi, életmódbeli meghatározottságát. Az 1988–89-es vizsgálat azóta egy hosszabb távú követéses vizsgálatnak kiinduló adatbázisává vált, így az eredmények alapján nyomon követhető a társadalmi változások hatása az egészségi állapotra és a túlélési esélyekre.

A követés az elmúlt 15 évben hozzávetőleg 5 évenként történt meg: 1988/89-ben 3408 főt számláló, 20–59 éves, a régiót reprezentáló mintára terjedt ki az alap-kutatás, közülük 1994-ben 3076, 1998-ban 2357, 2004-ben 2078 embert értünk utol, vagyis a követés aránya 15 év után is 61%-os volt.

Módszer: A kutatás fő módszere kérdőíves interjú volt, valamint az elhalálozottakkal kapcsolatban a családtagok egyikével készítettünk interjút, adatfelvételt. Az adatelemzésben az egydimenziós adatfeldolgozás mellett a többváltozós módszerek közül faktoranalízist, regresszióanalízist végeztünk az egészségi állapot és a szocio-demográfiai jellemzők közti összefüggések felderítésére. A túlélési esélyeket a Cox-féle többszörös regresszióanalízis módszerével vizsgáltuk.

Eredmények: Az 1997–98-ban végzett utánvizsgálatkor megfigyelt jelenség, hogy a társadalmi és vele pár-

huzamosan az egészségi egyenlőtlenségek a vizsgált periódus alatt nőttek, a 2003–2004-ben megismételt vizsgálatkor (1997–98-hoz képest) is megfigyelhető volt.

Az egészségi állapotot az életkor után legerősebben az iskolai végzettség, a foglalkoztatottság, az életirányítási képesség, a szociális támogatottság, az életminőség és az anyagi gondok determinálták, és nem és korcsoportonként más-más pszichoszociális tényezők domináltak.

A vizsgált mintában 1998-ig az alapsokaságból 183 fő, 2004-ig 358 fő halt meg. A mintát jellemző halálozási adatok igazolják a „halál előtti egyenlőtlenség” tényét. A halálozás kockázatát legmarkánsabban az életkoron túl az egészség, mint érték fontossága, az egészségről-betegségről való ismeretek szintjének megítélése valamint e tényezőket is magába foglaló, ún. „egészség-tudatosság” mértéke jelezték előre.

Az egészség értékhez kapcsolódó „egészség-tudatosság” viszonylagosan alacsony szintje 15 évre előre többszörösére növelte a halálozás kockázatát!

Következtetés: A kutatás olyan nem várt erejű összefüggést mutatott ki az egészség-tudatosság és a túlélési esélyek közt, amely a kutatást az értékrendszer-életminőség-egészségi állapot összefüggésrendszer irányába terelte és egyben arra kötelezi a kutatókat, hogy minden módon szorgalmazzák a lakosság és főleg a jövő generáció egészségi ismeret-szintjének és egészség-tudatosságának növelését, ilyen irányú képzettségük szintjének emelését.

FÜZESI ZSUZSANNA
TISTYÁN LÁSZLÓ*
BUSA CSILLA*

IV/2. A gazdasági és társadalmi válság várható hatása az egészségi állapotra és az egészséggel kapcsolatos döntésekre

Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet – 7624 Pécs, Szigeti út 12.
Tel./Fax: (72) 536 256, 536 257 – E-mail: zsuzsa.fuzesi@aok.pte.hu
Fact Alkalmazott Társadalomtudományi Kutatások Intézete*

A kutatás célja: A gazdasági és társadalmi válság várható hatásainak mérése az egészségi állapotra és az egészséggel kapcsolatos döntésekre a felnőtt népesség körében. Konkrétan:

- a gazdasági recesszió várhatóan „egészségrecesszióval” is együtt jár-e?
- az egészség, mint fontos cél- és eszközérték hogyan változik a népesség értékrendszerében?
- milyen tevékenységeket tartanak célszerűnek, hatékonyak és megvalósíthatónak a recesszió egészségre gyakorolt hatásainak kivédésére (egyéni és közösségi szinten)?

A kutatás módszere: 2009 márciusában személyes megkérdezéssel megvalósuló adatfelvétel a 18–65 év közötti hazai felnőtt népesség reprezentatív mintáján.

A kutatás legfontosabb előzetes eredményei:

- az egészség a relatíve legnagyobb arányban vágyott érték a „három kívánság” között, de nem sokkal marad el ettől a valamilyen formában megfogalmazott, az anyagi javak és az ezek által megélt biztonság utáni vágyódás sem. (A „három kívánságot” összességében tekintve az egészség már csak a második helyen szerepel, jelentősen

leszakadva az anyagi javak mögött.)

- a lakosság egészségképe a szavak és a gyakorlat szintjén is inkonzisztens,
- az egészségkép a szomatikus elemek túlsúlyával jellemezhető, az egészség mentális és szociális összetevői háttérbe szorulnak,
- az egészség fontosság és elégedettség értéke között jelentős szakadék van, de a jó életkörülményekkel való elégedetlenség még jelentősebb a felnőtt népességben, mint azt az egészségi állapotnál regisztrálhatjuk,
- a saját egészségi állapottal kapcsolatos jövőbeni várakozások pozitívak, miközben a gazdasági válság hatásait „általában” az emberek egészségi állapotára vonatkozóan negatívan ítélik meg,
- az egyéni egészségvédő erőfeszítések „közhelyesek”, és elsősorban a szomatikus egészség védelmére irányulnak, tényleges aktivitásokat kevésbé tartalmaznak,
- a közösségekhez való tartozást, a társadalomba való integráltságot nem tekintik egészséget védő tényezőnek, ezért a jövőben sem számolnak e lehetőséggel protektív faktorként.

SÁRVÁRY ATTILA
KÓSA ZSIGMOND
ÁDÁNY RÓZA*
EUGATE CSOPORT

IV/3. A bevándorlók számára nyújtott egészségügyi ellátás legjobb gyakorlatai az EU 16 országában – a Delphi kutatás magyarországi eredményei

Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Egészségügyi Kar, Védőnői Módszertani és Népegészségtani Tanszék
4400 Nyíregyháza, Sóstói u. 2-4. – Tel./Fax: (42) 404 411 – E-mail: asarvary@de-efk.hu
Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Népegészségügyi Kar, Megelőző Orvostani Intézet*

Bevezetés: Az Európai Unió országai számára a bevándorlás az egyik legfontosabb probléma. 2002 óta évente 1,5–2 millió bevándorló érkezik az EU-ba. A bevándorlók egészségügyi és szociális ellátása így egyre nagyobb terhet jelent az egyes országok ellátórendszerei számára. Mivel a bevándorlók egészségügyi ellátására vonatkozó szabályozás az egyes tagországokban különbözik, ezért a bevándorlók egészségügyi ellátásához való hozzáférése, az ellátás színvonala, az egészség-

ségügyi szolgáltatók felkészültsége a bevándorlók ellátása során felmerülő problémák kezelésére jelentősen eltérhet.

Az Európa Tanács ezért egy olyan kutatást indított az EU 16 országában (European Best Practices in Access, Quality and Appropriateness of Health Services for Immigrants in Europe – EUGATE), melynek célja, hogy az ezen a területen meglévő jelenlegi részleges tudásunkat rendszerezze és meghatározza a különböző imig-

ráns csoportok számára megújított egészségügyi ellátás legjobb gyakorlatát.

Anyag és módszer: A kutatás 3 fő részből áll.

I.: Az egyes bevándorló csoportok egészségügyi ellátására vonatkozó nemzeti és helyi jogi szabályozás és politikák összegyűjtése.

II.: interjúk készítése 3 sürgősségi osztályon, 3 krónikus ellátást is nyújtó pszichiátriai osztályon, illetve 6 családorvosnál zárt és nyitott kérdéseket, illetve 3 konkrét esetet tartalmazó kérdőív segítségével.

III.: Delphi kutatás, melynek során 8, a bevándorlással foglalkozó szakember konszenzussal határozta meg a legjobb egészségügyi ellátás nyújtásának 10 legfontosabb feltételét. A Delphi kutatásba Magyarországon 2-2 fő civil szervezetnél dolgozó, kutató, jogalkotásban dolgozó és gyakorló orvos került beválasztásra. A résztvevők számára feltett kérdés az első körben az volt, hogy „Melyek azok a tényezők/feltételek, amelyek lehetővé tennék, hogy a szolgáltatók a legjobb egészségügyi ellátást nyújtsák a bevándorlók számára?” A szakértők ezután 2 körben pontozással kialakított konszenzussal határozták meg az általuk legfontosabbnak tartott 10 tényezőt.

Eredmények: Összesen 65 tényezőt soroltak fel a résztvevők, melyekből 16 feltétel került azonosításra az összesítés után. A tíz legfontosabb feltétel első három helyén szerepel „A menekültek komplex tájékoztatása a Magyarországon folyó egészségügyi ellátásról, az adott szolgáltató „szokásairól”, ellátásának módjáról”, „Az előítélet-mentes fogadás” és a „Különös figyelem fordítása a menekültek mentális egészségére”. A szakértők szerint többek között fontos még az egyenlő bánásmód elvének betartása a bevándorlókkal szemben, az intézményekben dolgozók idegen nyelvi képzése és a kulturális különbségekre való felkészítése, az empátikus, türelmes bánásmód, a kulturális különbségek figyelembe vétele a bevándorlók kezelése során, illetve a menekültek részére prevenciós foglalkozások szervezése is.

Konklúzió: A szakértők által konszenzussal meghatározott 10 legfontosabb tényező, amelyek a bevándorlók legjobb egészségügyi ellátására vonatkoznak, kijelölik azokat a területeket, amelyekre a magyar egészségügyi szolgáltatóknak is fokozott figyelmet kell fordítani.

SÁNDOR JÁNOS

ÁCS RICHÁRD*

KÖLES DÓRA*

SIMONNÉ POÓR MÁRTA*

SZABÓ ÁGNES*

IV/4. Regionális eltérések a ritka betegségek ellátásának igénybevételében

Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Népegészségügyi Kar, Megelőző Orvostani Intézet, Biostatistikai és Epidemiológiai Tanszék – 4028 Debrecen, Kassai u. 26. – Tel./Fax: (52) 417 267 – E-mail: janos.sandor@med.unideb.hu
*Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Népegészségügyi és Epidemiológiai Tanszék**

Az EU ritka betegségekre vonatkozó ajánlása, amely meghatározza a ritka betegségekkel élők életminőségét javító egészségpolitikai eszközöket, a szakértői központokra alapuló ellátórendszer kialakítását kiemelt feladatnak tartja. A magyarországi szakellátással kapcsolatos betegutakat nem ismerjük jól. Ennek hiányában nem tudjuk, hogy a betegek hányad része jut az állapotának megfelelő ellátáshoz, és az ajánlás adaptálása révén elérhető egészségnyereség sem becsülhető meg.

Vizsgálatunk rutinszerűen gyűjtött adatok segítségével próbálta meghatározni az ellátás jelenlegi koncentrációjának mértékét, az átlagosnál rosszabb hozzáférést biztosító régiókat és a rosszabb hozzáférés ellátás minőségére kifejtett hatását indikátor betegségek esetében.

A 2005-ben Magyarországon keletkezett járóbetegszakellátási teljesítmény-elszámolás jelentette az elemzés alapadatbázisát. Myasthenia gravis, cisztás fibrózis, epidermolysis bullosa, Marfan szindróma, von Recklinghausen betegség, sclerosis, tuberosa, Down szindróma, agydaganatok és limfoid leukémiák voltak az elemzett betegségek. Prevalenciát számítottuk, leírtuk az ellátási események számát, illetve a betegek lakhelyének átlagos távolságát az ellátóhelyektől országosan és régióként is. A prevalenciákra vonatkozó nemzetközi referencia adatbázisok segítségével értékeltük, hogy a vizsgált adatbázis alkalmas-e a hazai ellátási viszonyok elemzésére.

A regionális eltéréseket a 95%-os megbízhatósági tartományok segítségével elemeztük. A régiókénti átlagos utazási távolság és egy betegre jutó ellátási esemé-

nyek száma közti kapcsolatot lineáris regresszió segítségével írtuk le.

A vizsgált adatbázis segítségével meghatározott prevalenciák szerint myasthenia gravis (1,37/10000), cisztás fibrózis (1,28/10000), epidermolysis bullosa (0,14/10000), Down szindróma (4,11/10000), agydaganatok (0,40/10000) és limfoid leukémiák (0,64/10000) esetében tűnik kellően teljesnek az esetek regisztrálása. Myasthenia gravis esetében a betegeknek átlagosan 31 km-et kellett egy-egy ellátás igénybevételekor utazni; a régiónkénti minimum és maximum átlagtávolság pedig 6 km, illetve 54 km volt. Az átlagtávolságok hasonlóan meghatározott regionális szóródása cisztás fibrózis (42 km [11–86]), epidermolysis bullosa (55 km [16–101]), Down szindróma (27 km [11–47]), agydaganatok (64 km [17–132]) és limfoid leukémiák (50 km [13–111]) esetében is jelentős volt. Mindegyik kórképnél azonosítani lehetett a hazai átlagtól lényegesen nagyobb távolságok megtételét igénylő régiókat. Lineáris regressziós elemzés alapján a régiónkénti

átlagos utazási távolság a myasthenia gravis ($b=-0,71$ epizód/10 km; $p=0,049$) és limfoid leukémiák ($b=-0,91$ epizód/10 km; $p=0,055$) esetében volt szoros kapcsolatban azzal, hogy a betegek hány alkalommal vették igénybe a járóbeteg-szakellátást.

Eredményeink alapján vannak olyan ritka betegségek, melyek esetében a járóbeteg-szakellátás teljesítmény-elszámolási rekordjai alkalmasak arra, hogy segítségével az ellátás szervezésével kapcsolatos kellően megbízható indikátorokat állítsunk elő. Az ellátás igény-bevételéhez szükséges utazási távolságok szempontjából lényeges régiók közti különbségeket demonstrálnunk. Találtunk olyan ritka betegségeket is, melyek esetében kimutatható volt, hogy a nagyobb távolságok alacsonyabb gondozási frekvenciával járnak együtt.

Összességében megállapítható, hogy a szakértői központok szervezésének megalapozását segítő adatokhoz juthatunk a rutinszerűen gyűjtött adatok feldolgozása révén.

VOKÓ ZOLTÁN^{*/**}

NAGYJÁNOSI LÁSZLÓ^{**}

KALÓ ZOLTÁN^{*/**}

MARGITAI BARNABÁS^{***}

KOÓS TAMÁS^{***}

KÖVI RITA^{****}

IV/5. A méhnyakrák szűrés egészség-gazdaságtani elemzése

Eötvös Loránd Tudományegyetem, Társadalomtudományi Kar, Egészségpolitika és Egészség-gazdaságtan Szakcsoport
1117 Budapest, Pázmány Péter sétány 1/a – Tel./Fax: (1) 3722 500/6865, 372 2997 – E-mail: voko@elte.hu*

Syreon Kutató Intézet^{**}

Egészségügyi Minőségfejlesztési és Kórháztechnikai Intézet^{***}

Országos Egészségbiztosítási Pénztár^{****}

Háttér: Magyarországon a női lakosság jelentős hányada semmilyen formában nem vesz részt rendszeresen méhnyakrák szűrésen. A szervezett méhnyakrák szűrési program a lefedettséget csak kismértékben volt képes növelni körükben.

Cél: Költséghatékonysági modell létrehozása, amelynek segítségével vizsgálható a szűrési program eltérő fejlesztési stratégiáinak költséghatékonysága.

Módszerek: Betegség progresszió modellezésén alapuló Markov-modellt fejlesztettünk. A modellben a betegség progresszióra, a szűrési teszt karakterisztikáira, a méhnyakrák kezelés hatásosságára, valamint a méhnyakrákban szenvedők életminőségére vonatkozó adatok a nemzetközi irodalomból származnak, a szűrés és a kezelés költségére vonatkozó adatokat az OEP biztosí-

totta. Mind a költségek, mind a hasznossági értékek esetén 5%-os diszkont rátát alkalmaztunk. A modell 10, illetve 20 éves időtávra képes hasznossági és költségadatokat becsülni a szűrési program (nőgyógyász vs. védőnő; a településen vs. szakrendelőben; intenzív kommunikáció vs. nem; stb.) és a szűrési célpopuláció (kormegoszlás, elérendő lefedettség) jellemzőitől függően.

Eredmények: A legtöbb vizsgált szcenárió költséghatékonynak mondható, ha „küszöbértéknek” az egy főre jutó GDP 4-szeresét (kb. 10 millió Ft) vesszük alapul, azaz, ha elfogadhatónak tartjuk, hogy a program keretében 1 QALY-t ennyi pénzért „vásárolunk”. A jelenlegi szűrőprogram inkrementális költséghatékonysági hányadosa (IKHH) a semmilyen formában nem történő szűrővizsgálathoz viszonyítva 9,7 millió Ft/

QALY. A szűrővizsgálat helyben (pl. háziiorvosi rendelőkben) történő elvégzése és a kolposzkópia mellőzése esetén az IKHH 2,5 millió forint/QALY-ra csökken. Feltételezve, hogy a jelenlegi módszerrel az egyébként nőgyógyászhoz nem járó lakosság 10%-os átszűrtségét lehet elérni, 20 év alatt az egészségnyereség közel 830 QALY, melynek többletköltsége mintegy 8 milliárd forint. A lokális, csak kenetvételeken alapuló szűrővizsgálat esetén, amennyiben intenzív, hatékony kommu-

nikációval a rész-vétel 70%-ra növelhető, az egészségnyereség majd 5200 QALY, a többletköltség mintegy 13 milliárd forint.

Következtetés: A méhnyakrák szűrési program hatékonysága és költséghatékonysága jelentős mértékben javítható, ha olyan programelemek kerülnek bevezetésre, amelyek segítségével a nőgyógyászati szolgáltatásokat egyébként igénybe nem vevők nagyobb mértékű elérése biztosítható.

GYULAI ANIKÓ
NAGY ATTILA*
ÁDÁNY RÓZA*
VOKÓ ZOLTÁN**

IV/6. A háziiorvosok szerepe a méhnyakrák szűrés hatékonyságának növelésében: mintaprojekt

Debreceni Egyetem, Orvos és Egészségtudományi Centrum, Egészségügyi Kar – 4400 Nyíregyháza, Sóstói u. 2-4. – Tel.: (30) 681 3936
E-mail: gyulaia@gmail.com

Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Népegészségügyi Kar, Megelőző Orvostani Intézet*
Eötvös Loránd Tudományegyetem, Társadalomtudományi Kar, Egészségpolitika és Egészség-gazdaságtan Szakcsoport**

Háttér: A méhnyakrák okozta halálozás az elkerülhető halálozások közé tartozik. Magyarországon e daganat miatti halálozás kiemelkedően magas, évente mintegy 500 nő hal meg ebben a betegségben.

A vizsgálat célja: A Háziiorvosi Morbiditási Adatgyűjtés Program (HMAP) keretei között 2007–2008-ban a méhnyakrák szűrés célcsoportjába tartozó lakosság (25–65 éves nők) körében a méhnyakrákkal, a megelőzésével kapcsolatos ismeretek, valamint a rákszűréssel kapcsolatos attitűd és gyakorlati ismeretek felmérése és a méhnyakrákok jelentős hányadát megelőző HPV oltással kapcsolatos attitűd feltárása volt. A kutatás további célját képezte annak vizsgálata, hogy a méhnyakrák szűrésen való részvétel mennyiben javítható a háziiorvosok bevonásával.

Módszerek:

A kutatási projekt két vizsgálatból állt:

1. Kérdőíves egészségfelmérés a résztvevő háziiorvosi praxisokba tartozó 25–65 éves nők reprezentatív mintáján.
2. Szűrési modellprogram, amelynek keretében háziiorvosok vesznek részt a méhnyakrák szűréssel kapcsolatos lakossági tájékoztatásban és a szűrésre történő behívásban.

A vizsgálat mintavételi keretét 11 megyéből a vizsgálatban résztvevő háziiorvosok praxisához tartozó, 25–65 éves korú női lakossága alkotta. A kérdőíves egé-

ségfelméréshez 1306 fő, az intervenció modellprogram mintájához 2000 fő került kiválasztásra.

A kérdőívek a HMAP-ban résztvevő háziiorvosokon keresztül jutottak el a vizsgálati populációhoz.

A leíró elemzések elkészítése során a 11 megye női lakosságának korcsoportos megoszlására súlyozott populációs becsléseket számítottunk.

Eredmények: A részvételi arány 47% volt, összesen 1539 db értékelhetően kitöltött kérdőív érkezett vissza. Megvizsgáltuk a 11 megye női lakosságának általános átszűrtségét a méhnyakrák szempontjából, és azt találtuk, hogy a vizsgált populáció 74%-ától vettek kenet citológiai vizsgálatra a WHO által ajánlott 3 éves időtartamon belül. A szervezett méhnyakrák szűrésre a 11 megye 25–65 éves korú női lakosságának csupán a 35,3%-a (32,9–37,7) kapott meghívót, akiknek 53,6%-a (49,4–57,8) vette igénybe az ingyenes szűrővizsgálatot. A szűrésen részt vettek 76,9%-a (71,66–81,41) egyébként is igénybe vette a nőgyógyászati ellátást a vizsgálatot megelőző két éven belül. A nőgyógyászhoz rendszeresen nem járó, meghívót kapó nőknek csak 32,8% (26,7–39,6) vett részt a szűrésen. Abban az esetben, ha a citológiai kenetvételezt erre a feladatra speciálisan képzett védőnő végezné, a célpopuláció 39%-a (35,5–42,7) venné igénybe a szűrővizsgálatot ebben a formában. A nők 85%-a elvileg beoltná magát és 18 éven aluli leányát a Humán Papilloma Vírus elleni védőoltással, azonban többségük a saját oltására legfeljebb 1-5 ezer, lányára legfeljebb 5-10 ezer forintot szánna.

A Zala megyében megvalósított intervenciós modellprogram eredményei egyértelműen azt bizonyítják, hogy a méh-nyakrák szűrésen való részvételt növeli, ha bevonják a háziorvost is a program kommunikációjába. A modellprogram eredményei alapján azon nők negyede, akik a felmérést megelőző három évben nem

vettek részt méhnyakrák szűrésen, a háziorvosuk megkeresésének hatására elmentek a szűrésre.

Következtetés: Összességében a célpopuláció átszűrtsége nem alacsony, azonban a szervezett szűréssel nem sikerült az egyébként nőgyógyászhoz rendszeresen nem járó nőket kellő mértékben bevonni a szűrőprogramba.

SZÖRÉNYINÉ VÁNYI GABRIELLA IV/1. **Komplex szűréssel a Somogy megyében élő nők egészségéért**
MOIZS MARIANN

Kaposi Mór Oktató Kórház – 7400 Kaposvár, Tallián Gyula u. 20-32. – Tel./Fax: (82) 501 367 – Fax: (82) 413 122
E-mail: szorenyine@kmmk.hu

Az ország gazdasági helyzete és az egészségügy állapota miatt egyre nagyobb figyelem fordul a megelőzés és egészségfejlesztés irányába. Ma már nem elég csak beszélni a prevenció fontosságáról, hanem konkrétan cselekedni kell, mindezt úgy, hogy megalapozott, követhető, jól kontrollálható és értékelhető legyen minden egészségfejlesztési program.

Intézményünkben 2008 decemberében kezdte meg működését a Prevenció és Egészségfejlesztési Iroda, melynek egyik fő feladata a lakosság részvételének fokozása a kórház által szervezett szűréseken, prevenció és egészségfejlesztési programokon. A megyei intézmény által készített egészségtervben a főbb halálokokkal és a megelőzhető betegségekkel kapcsolatos szűréseket céloztuk meg.

Az egészségterv I. programjaként 2009 áprilisában bevezettük a komplex szűrési napokat. A program során a mammográfiás szűrővizsgálatra érkező 45 és 65 év közötti nők részére – szakmai indokoltság alap-

ján – lehetőséget teremtünk és megszervezzük a tüdőszűrésen és méhnyakrák szűrésen való részvételt.

Az egészségterv kidolgozása során szoros együttműködés alakult ki az ÁNTSZ-szel, a megvalósításban pedig a háziorvosi és a védőnői hálózattal.

Az eddigi eredmények alapján a program rendkívül népszerű a szűréseken résztvevő nők körében. Egy hónap leforgása alatt 15 településről 498 nő vett részt rajta, 50%-uk a mammográfiás vizsgálat mellett részt vett a tüdőszűrésen is, egyharmaduk pedig a nőgyógyászati rákszűrésen is.

A program várható eredménye, hogy Somogy megye valamennyi településén élő 45 és 65 év közötti nők körében nő a részvétel a mellrák szűrésen, a tüdőszűrésen és a méhnyakrák szűrésen. A betegek korai időszakban kiemelésre kerülnek, így az időben megkezdett terápiával életek menthetők meg. Olyan nők, anyák, feleségek élete, akik egyébként nem vettek volna részt a szűrővizsgálatokon.

V. SZEKCIÓ

PAULIK EDIT
MARÓTI-NAGY ÁGNES

V/1. **Az egészségi állapot és az életminőség összefüggései**

Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Népegészségtani Intézet – 6720 Szeged, Dóm tér 10. – Tel.: (62) 545 119
Fax: (62) 545 120 – E-mail: paulik@puhe.szote.u-szeged.hu

Az utóbbi évtizedekben az egészségügyi tevékenységek egyre eredményesebben irányulnak a krónikus betegségekben szenvedők kezelésére; e beavatkozások számos esetben az élettartamot meghosszabbítják ugyan, de kérdéses, hogy milyen minőségű életet biztosítanak.

A válasz megadását hasznos adatokkal segítheti elő az életminőség vizsgálata. Az életminőség – a WHO

meghatározása szerint – az egyén észlelete az életben elfoglalt helyzetéről, ahogyan azt életterének kultúrája, értékrendszerei, valamint saját céljai, elvárásai, mintái és kapcsolatai befolyásolják; magába foglalja az egyén fizikai egészségét, pszichés állapotát, függetlenségének fokát, társadalmi kapcsolatait, személyes hitét, valamint a környezet lényeges jelenségeihez fűződő viszonyát.

Az életminőség mérésére különféle módszerek – vizuális analóg skála, kérdőívek – alkalmazhatók; s általános (SF-36, EuroQol, WHOQOL stb.) és specifikus (pl. asztmás betegek körében alkalmazható) mérőeszközök egyaránt ismeretesek. A kérdőívek lehetnek indexek (EuroQol), illetve profilok; életminőség profil a WHO életminőség (Quality Of Life, QOL) vizsgáló módszere, melynek alapváltozata a 100 kérdésből álló WHOQOL-100, rövidített formája pedig a 26 kérdéses WHOQOL-BREF. A WHO említett életminőség vizsgáló módszereinek hazai adaptációja megtörtént, s jelenleg zajlik a WHOQOL nemzetközi és hazai validálása fizikai és intellektuális fogyatékoságban szenvedő emberek körében.

A WHOQOL-BREF hazai alkalmazhatósága saját felméréseink során is bizonyítást nyert. A kérdőív mind az általános – magyarországi falvakban élő – lakosság, mind pedig egyes betegségekben (osteoporosis, nőgyógyászati daganatok) szenvedők körében alkalmazhatónak bizonyult a különböző demográfiai és szociális helyzetű, valamint egészségi állapotú egyének életminőségének megítélésére.

A WHOQOL egészséges populációk, krónikus betegek vagy fogyatékoságban szenvedők életminőségének vizsgálatára egyaránt használható. Az önkitöltős formában alkalmazott kérdőív egyszerűen, gyorsan kitölthető, könnyen értékelhető, s mind klinikai, mind pedig epidemiológiai szempontból hasznos adatokat nyújt.

MÜLLER ANNA

V/2. Táplálkozás és egészség

Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Népegészségtani Intézet – 6720 Szeged, Dóm tér 10.
Tel.: (62) 545 119 – Fax: (62) 545 120 – E-mail: muller@puhe.szote.u-szeged.hu

Az utóbbi évtizedekben a megbetegedési és a halálhatalmi statisztikákban hazánkban is a krónikus, nem fertőző betegségek szerepeltek vezető helyen. Kutatási eredmények bebizonyították, hogy a nem megfelelő életmód, ezen belül is a helytelen táplálkozás meghatározó szereppel bír számos, nagy gyakoriságú, népegészségügyi jelentőségű kórforma kialakulásában, mely betegségek jelentős része megfelelő táplálkozással megelőzhető lenne.

Hazai felmérések szerint a gyermekek többsége sem minőségileg, sem mennyiségileg nem táplálkozik optimálisan. Az étkezési szokások, ízlésvilág kialakulása nagyrészt a gyermekkorra tehető, amikor – szemben a felnőttkorra már rögzültekkel – a táplálkozási szokások még rugalmasan alakíthatók, ezáltal megelőzhetőekké válhatnak egyes felnőttkori, a nem megfelelő táplálkozás talaján kifejlődő megbetegedések.

2006-ban Csongrád megye 36 népességnagyság szerint kiválasztott településén végzett keresztmetszeti epidemiológiai vizsgálat célja a gyermekek táplálkozás-egészségi állapotának megismerése volt, melyet a „táplálkozási környezet” valamint a táplálkozással kapcsolatos aktuális ismeretek felmérésén keresztül elemeztünk.

Az eredmények alapján ismertté vált, hogy a vizsgált gyermekpopulációban milyen mértékben vannak jelen a táplálkozás kockázati tényezői, mi a háttere az egészségre veszélyt jelentő táplálkozási szokásaiknak. Problémalapú, célzott és adekvát információtartalommal bíró intervenciós programokkal elkerülhetővé válhat számos, a nem megfelelő táplálkozás talaján kifejlődő megbetegedés, amely jelentős többlet terhétől szabadíthatná meg az egészségügyi ellátórendszert és a társadalmat egyaránt.

BUGÁN ANTAL
MOLNÁR PÉTER

V/3. Az önkontroll szerepe az egészségmagatartás alakulásában

Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Népegészségügyi Kar, Magatartástudományi Intézet
4032 Debrecen, Nagyerdei krt. 98. – Tel.: (52) 411 600/56370, 323 379 – Fax: (52) 320 723 – E-mail: abugan@dote.hu

Az emberi viselkedés egyik alapvető jellemzője, hogy folyamatos kontrollt tart fenn saját és a vele kapcsolatban álló(k) viselkedésére vonatkozóan. A saját viselkedéskontrolljának (önkontroll) viszont számos nehézség merül fel (pl. a túlzott evésről, dohányzásról

való leszokás). Relatív keveset tudunk arról, hogy az emberek szándékos önkontrollja hogyan befolyásolja a testi folyamatok alakulását. Ismerünk azonban olyan tényezőket, amelyek növelik vagy csökkentik önszabályozó képességünket. Amikor stressz hatása alatt va-

gyunk, vagy kifáradunk önszabályozási kudarcaink fokozódhatnak.

Az önkontroll fenntartásában nagy egyéni különbségek is fennállnak. A hatékony önkontroll az egészség megőrzésének is eszköze. A kultúra erőteljesen befo-

lyásolja az embereket olyan körülmények kialakításával, amelyek elősegítik az önkontroll gyengülését (pl. fogyasztásra ösztönző működések, reklámok, stb.). Az önkontroll széleskörű gyengülése összefügghet a népbetegségek alakulásával.

ÁDÁM BALÁZS
MOLNÁR ÁGNES
BÁRDOS HELGA
ÁDÁNY RÓZA

V/4. A hazai minőségi bortermelés egészséghatás vizsgálata

Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Népegészségügyi Kar, Megelőző Orvostani Intézet – 4028 Debrecen, Kassai út 26. Tel./Fax: (52) 417 267 – E-mail: adamb@dote.hu

Az alkoholfogyasztással összefüggő megbetegedések és halálozások incidenciája kiemelkedően magas Magyarországon. Az alkoholos italok fogyasztásának egészséghatásait a mennyiségen túl azok minősége is befolyásolja, ezért a bortermelés jelentős hatást gyakorolhat a népegészségügyi mutatókra. A magyar borágazat számos problémával küzd és kihívással néz szembe, melyeket az ország Európai Unióhoz történt csatlakozása és a szerkezetátalakítási kényszer határoznak meg.

A borágazat tevékenységéhez kapcsolódó magyar joganyag elemzésén alapuló átfogó egészséghatás vizsgálat (EHV) elvégzésére került sor azzal a céllal, hogy a minőségi borok termelésének hatásait vizsgáljuk az asztali borok termeléséhez képest népegészségügyi és epidemiológiai adatok, módszerek és EHV irányelvek széles skálájának felhasználásával.

A vizsgálat eredményei azt mutatják, hogy az alkoholfogyasztás toxikus hatásai mérsékelhetők a minőségi borok kínálatának növelése és a következményesen emelkedő árak okozta csökkenő fogyasztás révén. Ugyanakkor a folyamat egyeseket illegális beszerzési források felé terelhet. A minőségi bortermelés térhódítása javítja a területhasználatot, munkahelyeket terem

és növeli a termelők és a helyi közösségek bevételeit, a szerkezetátalakításra képtelen forráshiányos termelők viszont elveszíthetik megélhetési forrásukat. A minőségi borok kínálatának növekedése fejlesztheti a társas kapcsolatokat, hozzájárul egy egészségesebb életmód kialakulásához, valamint az alkoholos befolyásoltsághoz és hamisításhoz kapcsolódó bűncselekmények számának csökkenéséhez.

A minőségi borok termelése és kínálata összességében pozitív hatást fejt ki az egészségre, mindazonáltal számos potenciális negatív hatás feltételezhető átgondolt szerkezetváltás hiányában. A kedvező hatások maximalizálását célzó tevékenység fontos elemei az átalakulás anyagi támogatása, a termelés és marketing koordinálása, a területhasználatnak, a borok és alapanyagaik minőségének szigorú felügyelete, valamint a minőségi alkoholos italok mérsékelt fogyasztását támogató egészségfejlesztési programok indítása. Az egészséghatás vizsgálatban tárgyalt hatásbecslések helyénvalóságának értékelése a termelési, kereskedelmi és fogyasztási adatoknak, valamint az alkoholfogyasztás egészséghatásait jellemző népegészségügyi mutatóknak a folyamatos gyűjtésével és elemzésével biztosítható.

GÓDÉNY SÁNDOR
 CSE PURA OLGA*
 PÉK GYŐZŐ**
 BALAJTI ILONA***
 DIHEN SÁNDORNÉ****

V/5. Rizikótényezők szűrése túlsúlyos és kövér populációban foglalkozás-egészségügyi szakorvosok bevonásával, komplex gondozási program kialakítása keretében

Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Népegészségügyi Kar, Megelőző Orvostani Intézet – 4028 Debrecen, Kassai u. 26. Tel./Fax: (52) 417 267 – E-mail: s.godeny@sph.dote.hu

*Debrecen Foglalkozás-egészségügyi Szakhely**

*Debreceni Egyetem, Bölcsészettudományi Kar, Pszichológiai Intézet***

*Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Népegészségügyi Kar, Gyógytornász szak****

*Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Dietetikai Szolgálat*****

A kövérség növekvő prevalenciája és szövődményei miatt fontos az elhízott betegekkel kapcsolatos gyógyító-megelőző tevékenységek javítása, a különböző szakmák együttműködése. Ennek megvalósításának egyik lehetősége a foglalkozás-egészségügyi szakorvosok bevonása a népegészségügyi szempontból fontos állapot, illetve a társuló betegségek szűrésébe, a dolgozók munkába lépése előtt és az időszakos alkalmassági vizsgálatok alkalmával.

Vizsgálat céljai: 1) A foglalkozás-egészségügyi szakorvosok bevonásával javítható-e túlsúlyos és kövér betegek szűrése? 2) Komplex gondozás keretében milyen mértékű eredmény érhető el a testtömeg csökkentésére és az életmódra vonatkozóan?

Vizsgált populáció: 17 debreceni foglalkozás-egészségügyi szakrendelésén megjelent 18–62 év közötti dolgozó (26852) dolgozó közül 1138 dolgozónál történt BMI és RR, illetve 1130 esetben haskörfogat, 901 alkalommal zsírtömeg mérése. 969 dolgozónál vércukor, 964 főnél koleszterin és 857 alkalommal triglicerid meghatározás az időszakos felülvizsgálatok alatt.

Vizsgálat eredmények: Az 1138 dolgozó közül 423 (37,17%) volt túlsúlyos és 361 (31,72%) volt kövér. A BMI növekedésével a kóros laboratóriumi eredmények aránya nőtt. BMI<25: magas vérnyomás(>140/90): 58 (16,38 mmol/l); vércukor>=7 mmol/l: 5 (1,62%);

koleszterin>=5,2 mmol/l: 131 (42,53%). BMI >30: magas vérnyomás (>140/90): 163 (45,15%); vércukor>=7 mmol/l: 24 (8,21%); koleszterin>=5,2 mmol/l: 178 (61,59%). Fisher próba: p<0,001. A kóros értékek háttérében korábban fel nem ismert, illetve nem megfelelően kezelt betegségek álltak. Az írásos tájékoztató ellenére csak 35 nő fogadta el a komplex testtömegcsökkentő programban való részvételt, mely diétás tanácsadást, tornát és pszichológiai foglalkozásokat tartalmazott. Férfiak feleslegesnek tartották ezt a lehetőséget. A túlsúlyosak átlag 3,1 kg-os (4,4%-os), az elhízottak átlagban 5,9 kg-os (6,7%-os) testtömegcsökkenést értek el a 6 hónapi program során.

Következtetések: Eredményeink felhívják a figyelmet olyan komplex gondozási programok kialakításának szükségességére, melyben a foglalkozás-egészségügyi szakorvosok és a családorvosok együttműködnek. Ennek megvalósításához jogi, finanszírozási, informatikai és szemléletmódbeli változások szükségesek. Az elhízás és a szövődmények korai felismerése érdekében lényeges a BMI és a haskörfogat mérése, a magasvérnyomás betegség, a cukorbetegség és a dyslipidaemia szűrése, a kezelések minőségének javítása, továbbá a betegek tájékoztatásának fejlesztése. Ennek gyakorlati megvalósulása és eredményessége a szakfelügyeleti klinikai audit rendszerszerű alkalmazásával mérhető és fejleszthető.

ATLASZ TAMÁS
HERLICSKA KÁROLY
KRUCSÓ JÓZSEF
TÉKUS ÉVA
WILHELM MÁRTA

V/6. 45 év feletti hölgyek élettani paramétereit egy közalkalmazottakból álló minta alapján

Pécsi Tudományegyetem, Természettudományi Kar, Testnevelés- és Sporttudományi Intézet – 7624. Pécs, Ifjúság útja 6.
Tel./Fax: (72) 501 519 – E-mail: bobe@gamma.ttk.pte.hu

Az egészség- és környezettudatos életre nevelésben fontos szerep jut az oktatás különböző szintjein dolgozó tanároknak és asszisztenseknek. A téma részben a tanítás-oktatás során jelenik meg, részben pedig a személyes példaadás okán. Egy személy fittségének ismeretében becsülhető a várható egészségben eltöltött élettartama (szignifikánsan összefüggenek) is. Tudjuk, hogy egy adott populációban a nők várható élettartama átlagosan több évvel magasabb, mint a férfiaké, s hazánkban is jobb a felnőtt nők egészségi állapota, mint a másik nemé. Emiatt vizsgálatainkban nők egészségi és fittségi állapotának felmérésére vállalkoztunk. Különböző szintű oktatási intézményekben dolgozó közalkalmazott hölgyeket vizsgáltunk (n=20). Önkéntes 45–60 év közötti (decimális életkor $52,77 \pm 5,05$ év). A kísérleti személyek alapadatai mellett (életkor, születési idő, testtömeg, testmagasság, nyugalmi vérnyomás) (1) megmértük a test zsírtartalmát bio-impedancia mérővel (OMRON BF300), 7 bőrredőt rugós kaliper segítségével, vitálkapacitást (FVC) Spirodoc-típusú spirométerrel, ezen kívül alapvető légzésfunkciós paramétereiket. (2) 6 perces gyaloglótesztet végeztünk (6MWT; Enright, 2003). (3) Valódi terheléses vizsgálatot alkalmaztunk, SCHILLER-típusú rendszerrel (AT 60) egy USA-ból vett obese gyerekekre kidolgozott protokollt használva.

Mintánk egyedei a hazai átlagnál lényegesen jobb egészségi és fittségi állapotban vannak. Testtömeg indexük $24,84 \pm 4,19$, átlagos testzsírtartalmuk $30,55 \pm 4,47\%$. Bőrredők átlaga $126,95 \pm 43,47$ mm. Nyugalmi vérnyomásuk $116,3 \pm 11,73$ Hgmm (systoles érték) és $71,95 \pm 14,10$ Hgmm (diastoles érték), míg nyugalmi pulzusuk átlaga $75,8 \pm 10,86$ bpm. A 6 perces gyaloglóteszt eredményeit két korcsoportban adjuk meg, mivel korábbi vizsgálataink során szignifikáns összefüggést tapasztaltunk a terheléses vizsgálatok során mért rel-VO₂max értékek és a 6MWT során megtett távolsá-

gok között. A 45-50 éves korosztály (n=7) relVO₂max értéke $46,79$ ml/kg/min, ami a superior kategóriába tartozik ($s > 36,9$ ml/kg/min). A 6MWT eredménye $622,05$ m. Az 51-60 éves korosztálynál (n=13) a maximális oxigénfelvevő képesség $44,43$ ml/kg/min (a korosztályra vonatkozó superior kategória határa $35,7$ ml/kg/min), a gyaloglóteszt eredménye pedig $642,61$ m. Egy Europidokat vizsgáló 6MW tesztben (Chetta és mtsai, 2006) 20 és 50 év közötti hölgyeket vizsgálva azt találták, hogy az átlagosan megtett távolság 593 ± 57 m. Az átlagéletkort tekintve idősebb populációnk lényegesen jobban teljesített, mint az említett minta egyedei. A terhelés során mért maximális systoles vérnyomások átlaga $165,78 \pm 15,32$ Hgmm, a diastoles értékek átlaga $68,42 \pm 8,11$ Hgmm. Mivel a diastoles érték inkább csökkent (nem változott) terhelés hatására, a systoles érték sem emelkedett drasztikusan, a vizsgált személyek vérkeringése mindenképpen jó állapotúnak mondható. Ezt igazolják a terheléses EKG eredmények is. A terhelés során mért maximális pulzusok átlaga $174,2 \pm 17,24$ bpm, ami figyelembe véve a vizsgált minta életkorát, szintén jó fittségi mutató. A terhelés során mért maximális légzési perctérfogatok átlaga $50,1 \pm 9,4$ l/min, a felhasznált maximális respirációs volumenek átlaga $1777,3 \pm 284,01$ ml. Erőltetett vitálkapacitásuk átlagosan a korosztályos átlag $110,42 \pm 21\%$ -a.

Összességében elmondhatjuk, hogy az önkéntesek a különböző oktatási intézményekben valóban személyes példaadással is segítik az egészséges életmódra nevelést. Nyilatkozataik alapján többségük rekreációs szinten sportol, a mérések pedig igen jó fittségi és egészségi állapotról tanúskodnak. Bár a minta túl kicsi, hogy messzemenő következtetéseket vonjunk le belőle, az mindenképpen megállapítható, hogy önkéntes egészségi és fittségi vizsgálatokra azok jelentkeznek, akiknek valóban fontos az egészségük.

KÓSA ZSIGMOND
GYULAI ANIKÓ
BARABÁS ÁGOTA

V/7. A telepszerű körülmények között élő iskoláskorúak egészségi állapota, egészségmagatartása

*Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Egészségügyi Kar, Védőnői Módszertani és Népegészségtani Tanszék
4400 Nyíregyháza, Sóstói u. 2-4. – Tel./Fax: (42) 404 411 – E-mail: kosasz@de-efk.hu*

A fiatalok egészségi állapotára és egészségét befolyásoló magatartására vonatkozó kutatások eredményeinek ismerete és felhasználása alapvető a hazai egészségfejlesztő programok hatékonyságának méréséhez. A HBSC nemzetközi kutatás egy olyan keresztmetszeti vizsgálat, amelyre négyévenként kerül sor az európai országok nagy részében, valamint Kanadában, az Amerikai Egyesült Államokban és Izraelben. Magyarországon 1985 óta vesz részt a HBSC az Iskoláskorú Gyermekek Egészségmagatartása című nemzetközi kutatásban. Ez a kutatás kivételes lehetőségeket biztosít arra, hogy egyfelől az egészség szempontjából kulcsfontosságú, meghatározó jelentőségű környezeti tényezők (iskolai környezet, személyközi viszonyok, családi körülmények stb.) szubjektív megítélését felmérje, valamint, hogy képet kapjunk a későbbi egészségi állapot szempontjából meghatározó magatartások mintázatáról az 5., 7., és a 11. évfolyamokat látogató ifjúsági csoportok körében.

A kutatás célja az Iskoláskorú Gyermekek Egészségmagatartása (Health Behaviour in School-aged Study; HBSC) 2006. évi kérdőív használatával az adatfelvétel lehetőségének tesztelése és Szabolcs-Szatmár-Bereg

megyében, a Kisvárdai Kistérség három településén telepszerű körülmények között élő iskoláskorú lakosságának körében hasonló módszerrel történt adatfelvétel adatainak elemzése. A kutatás jellege lehetőséget teremt szociokulturális összehasonlításra, mivel a magyar átlagos 11 és 13 éves populáció és a roma telepeken élő 11 és 13 éves fiatalok egészségi állapotának és egészségmagatartásának azonos módszerekkel történő összehasonlítására ad módot.

A vizsgálat legfontosabb megállapításai:

- az egészség, mint érték nem szerepel az értékrendben kiemelt helyen.
- a káros szenvedélyeket (dohányzás, alkohol) nagyon korán megismerik, kipróbálják és ezek gyakorisága igen magas
- étkezési szokásaik egészen eltérők a hazai HBSC – kutatásban résztvevő tanulóktól
- gyakran előfordul, hogy éhesen fekszenek le, vagy éhesen mennek iskolába
- gyakrabban, és nagyobb valószínűséggel szenvednek egészségkárosodást, ugyanakkor sokszor kimaradnak az egészségügyi ellátásból, vagy csak előrehaladott állapotban veszik igénybe.

MOLNÁR ÁGNES
 KÓSA KAROLINA
 ÁDÁM BALÁZS
 TEMENUJKA ANTOVA*
 LUBOS BOSAK**
 PLAMEN DIMITROV*
 HRISTINA MILEVA***
 JARMILA PEKARCIKOVA**
 INGRIDA ZURLYTE****
 GABRIEL GULIS*****
 ÁDÁNY RÓZA

V/8. A közép-kelet-európai roma lakhatási politikák egészséghatás vizsgálata

*Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Népegészségügyi Kar, Megelőző Orvostani Intézet – 4028 Debrecen, Kassai u. 26.
 Tel./Fax: (52) 460 190/77167 – E-mail: magnes@dote.hu
 National Center of Public Health Protection, Sofia, Bulgária*
 Trnava University, Faculty of Health Care and Social Work, Trnava, Szlovákia**
 Ministry of Health, Sofia, Bulgária***
 State Environmental Health Centre, Vilnius, Litvánia****
 University of Southern Denmark, Unit for Health Promotion Research, Esbjerg, Dánia******

A romák képezik az Európai Unió legnépesebb etnikai kisebbségét, többségük – 4-5 millió roma – az újonnan csatlakozott közép-kelet-európai tagállamokban él. Számos uniós politika és nemzetközi összefogás eredményeképp létrejött program foglalkozik a romák társadalmi-gazdasági integrációját késleltető problémákkal, különösen kedvezőtlen egészségi állapotukkal, melynek kialakításában a rossz lakáskörülményeknek jelentős szerep jut. Az egészséghatás vizsgálatok (EHV) célja a különböző intézkedések populációs egészséghatásainak feltárása és optimalizálása, valamint a meglévő esélyegyenlőtlenségek csökkentése, mely utóbbi alapvető fontosságú a hátrányos helyzetű lakosságot célzó politikák esetében. A roma lakhatási problémák enyhítését szolgáló tervezetek, programok kialakításakor azonban jellemzően nem kerül sor az egészséghatások elemzésére sem a döntéshozatali folyamat részeként, sem utólagos értékelés formájában.

Jelen kutatás célja a közép-kelet-európai roma lakhatási politikák, programok egészséghatásainak vizsgálata, melyet a Debreceni Egyetem Népegészségügyi Karának EHV munkacsoportja koordinált a HIA NMAC európai uniós program keretében. Ennek során két országos (Bulgária, Szlovákia) és két helyi szintű program (Litvánia, Magyarország) egészséghatás vizsgálatát végeztük el, ez utóbbit retrospektív időzít-

tésben, ami összevetést tett lehetővé az implementáció fázisában lévő programok egészséghatásainak előrejelzése és egy már bevezetett projekt következményeinek kvalitatív értékelése között.

Az eredmények azt mutatják, hogy a lakhatási programok kedvező irányban befolyásolják a roma lakosság egészségi állapotát, potenciálisan negatív hatások a lakástulajdon megtartásával kapcsolatos terhek, a környező lakosság elégedettsége, a közösségi kapcsolatok és a lakásbiztonság tényezőin keresztül léphetnek fel, melyeket a program tervezése és implementációja során kezelni szükséges. A folyamatos közösségfejlesztési tevékenység, valamint az érintett közösség lehető legteljesebb bevonása a program megvalósításába segíti a jótékony hatások maximalizálását és a negatív hatások kiküszöbölését.

A lakhatási programokkal kapcsolatos egészséghatás vizsgálatok prediktív érvényességének javításához elengedhetetlenül szükséges a projektet megelőző állapotfelmérés, a koordinációval párhuzamos teljes körű dokumentáció, valamint az eredmények monitorozása és értékelése az implementációt követően. A helyi szintű projektek megfelelő értékelése nélkülözhetetlen tapasztalatokkal szolgálhat a nemzeti roma stratégiák, cselekvési tervek kialakítása során, s a sikeres és hatékony megvalósítás a romákkal kapcsolatos többségi véleményt is kedvezően formálhatja.