



TÁMOP-4.1.1.C-12/1/KONV-2012-0010

Gépészeti mechatronikai hálózati kutatás és képzési együttműködés projekt Vállalati szolgáltatások alprojekt

5.3.1. Vállalkozási szolgáltatási igények és követelményjegyzék, illetve szolgáltatási kézikönyvek kidolgozása

Alprojektvezető: Dr. Törőcsik Mária PTE KTK egyetemi tanár

Férfiégészség

Szolgáltatási kézikönyv vállalatoknak

Készítette:

Lampek Kinga

Kivés Zsuzsanna

Törőcsik Mária

Pécs, 2014

ISBN 978-963-642-678-1

Tartalomjegyzék

1. Bevezetés.....	3
2. A férfiak egészségi állapota	4
2.1. Várható átlagos élettartam, az egészségben eltöltött évek száma	4
2.2. A férfiak egészségértelmezése	6
2.3. A halálozás és a megbetegedések jellemzői.....	7
2.3.1. Halálozási viszonyok.....	7
2.3.2. Megbetegedési viszonyok	9
2.4. Vélt egészségi állapot jellemzői	20
2.5. Az egészségügyi ellátás igénybevételének jellemzői az ELEF vizsgálat alapján	23
2.6. A betegségek kialakulását befolyásoló faktorok	25
2.7. Köztes rizikófaktorok	26
2.7.1. Magas vérnyomás	26
2.7.2. Cukorbetegség	28
3. Egészségmagatartás.....	30
3.1. Dohányzás	30
3.2. Fizikai aktivitás	34
3.3. Táplálkozás.....	37
3.3.1. Túlsúly, elhízás.....	37
3.3.2. Magas koleszterin (lipid) szint	38
3.4. Alkohol- és drogfogyasztás	40
3.5. Mentális problémák.....	42
4. Munkahelyi egészségfejlesztés, betegség megelőzés gyakorlata	44
4.1. Alapfogalmak	44
4.2. A pozitív magatartást támogató munkahelyi környezet kialakítása	44
4.3. A rendszeres fizikai aktivitás gyakorlatának elősegítése	47
4.4. Az egészséges táplálkozás támogatása.....	52
4.5. Dohányzásmentes munkahely	57
4.6. Az alkoholfogyasztás visszaszorítása.....	59
4.7. Másodlagos megelőzés - szűrővizsgálatok a betegségek korai felismerése.....	62
4.7.1. A szív- és érrendszeri betegségekhez kapcsolódó szűrővizsgálatok	63

4.7.2. Cukorbetegség szűrése	66
4.7.3. Vérnyomás ellenőrzése, magas vérnyomás korai felismerése.....	67
4.7.4. A koleszterinszint szűrése	68
4.7.5. Daganatos betegségekhez kapcsolódó szűrővizsgálatok.....	69
4.7.6. A tüdőrák szűrés	70
4.7.7. prosztatata daganatszűrés	71
4.7.8. Szájüregi daganatok szűrése.....	72
5. A férfiak egészségmagatartásának jövőbeni irányai	72
5.1. A férfiak egészségmagatartását befolyásoló trendek.....	73
5.2. A férfi trendcsoportok és az egészség	79
5.2.1. gyors modern trendférfiak	81
5.2.2. gyors tradicionális férfiak	81
5.2.3. lassú modern férfiak	82
5.2.4. lassú tradicionális férfiak.....	82
5.3. Trendpéldák a férfiegszéggel kapcsolatban	84
Hivatkozott irodalom.....	89
Mellékletek.....	95

1. Bevezetés

Tapasztaljuk, hogy a férfiak és a nők magatartása, helyzete számos területen mutat különbséget, szinte születésüktől kezdve más érdeklődési területeket, másféle társas viszonyt mutatnak, majd szocializációjuk és a társadalmi környezetük húzza alá különbözőségüket, alakítja különböző lehetőségeiket. Mára a gender studies (a nemek és társadalmi szerepeiket vizsgáló kutatások) külön tudományterületté vált, aminek képviselői számos vizsgálati eredménnyel - főképp az esélyegyenlőség témakörében - mutatnak ki különbségeket a társadalmi nemek között. Ugyan a nők problémáinak fókuszba helyezésével indultak a kutatások, de ma már egyre fontosabb a férfitanulmányok területe a már évtizedek óta tartó kedvezőtlenebb életesélyek és a megváltozott férfi státus miatt (lásd pl. Hadas, 2010).

Magyarországon a 2000-es évek második felétől erősödött fel az igény a férfiak egészségi állapotával kapcsolatos kutatások, valamint az egészségfejlesztő programok iránt. A legjelentősebb kutatások Kopp Mária, Törőcsik Mária valamint Ádány Róza és munkatársaik nevéhez fűződnek. Az egészségfejlesztő programok kialakítása, a nemzetközi szervezetek, konferenciák programjába való bekapcsolódás az Országos Egészségfejlesztési Intézet szerepvállalásával, Métneki György irányításával és munkatársai közreműködésével történtek. Magyarországon 2005 óta rendezik meg a világ több országában már rendszeresen tartott Férfiak Egészségének Hetét. Ez a program is a férfiak „sérülékenységére” hívja fel a figyelmet, mind az európai férfiakhoz, mind a magyar nőkhöz viszonyított rövidebb életesélyekre. Ezek a programok a megbetegedések mellett jelentős figyelmet fordítanak az egészséges életmód, az egészséges táplálkozás és a szűrőprogramokon való részvétel fontosságára.

A kézikönyvünk megírásának célja röviden összefoglalni a mára már szerteágazó kutatások és programok által elért eredményeket, melyek bemutatják a férfiak – különösen a középkorú férfiak – egészségi állapotának főbb jellemzőit, az erre ható környezeti tényezők szerepét. Áttekintést nyújtunk továbbá a férfiak egészségét károsító és támogató magatartási szokásokról, az egészségfejlesztés lehetőségeiről, valamint hozunk olyan példákat, jó gyakorlatokat, amelyek eredményesek lehetnek a férfiak egészségének megőrzésében. Külön fejezetben foglalkozunk a férfiakra jellemző egészségmagatartás jövőbeni irányjaival.

Célkitűzéseinket alapvetően meghatározta, hogy a járműiparban dolgozó munkaerő számára kívánjuk összeállítani azt a mindennapi használatra is ajánlott kézikönyvet, amely a munkahelyi egészségfejlesztést, egészségmegőrzést támogatja. Mivel a gépjárműiparban

foglalkoztatottak több, mint 75%-a férfi, ezért is indokoltnak tartjuk, hogy a férfiak egészségi állapotának jellemzőit egy külön kézikönyvbe foglaljuk össze.

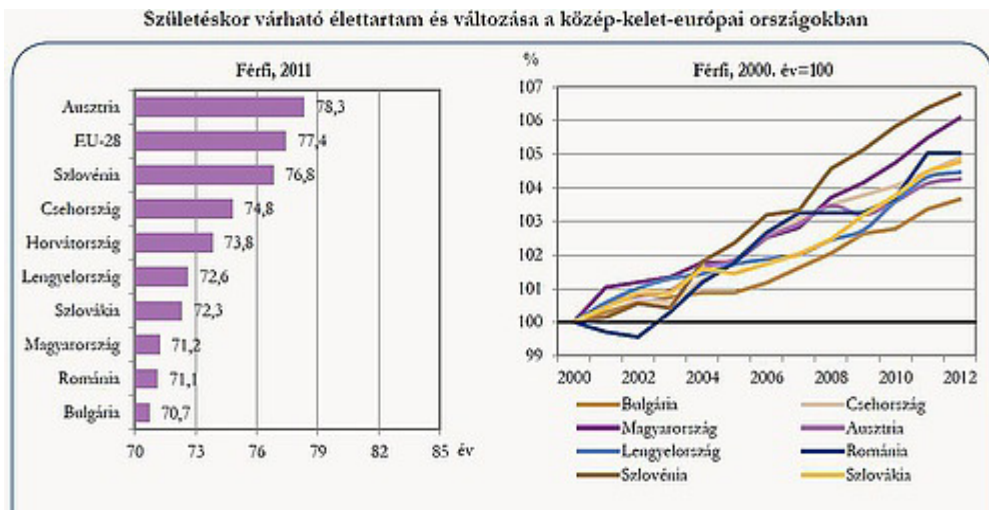
2. A férfiak egészségi állapota

Egy társadalom népességének vagy bizonyos csoportjainak egészségi állapotát bemutató, elemző kutatások alapvetően a születéskor várható átlagos élettartamot, a mortalitási (halálozási) és a morbiditási (megbetegedési) adatokat használják fel. Mi is ezeket a statisztikai mérőszámokat mutatjuk be elsőként.

2.1. Várható átlagos élettartam, az egészségben eltöltött évek száma

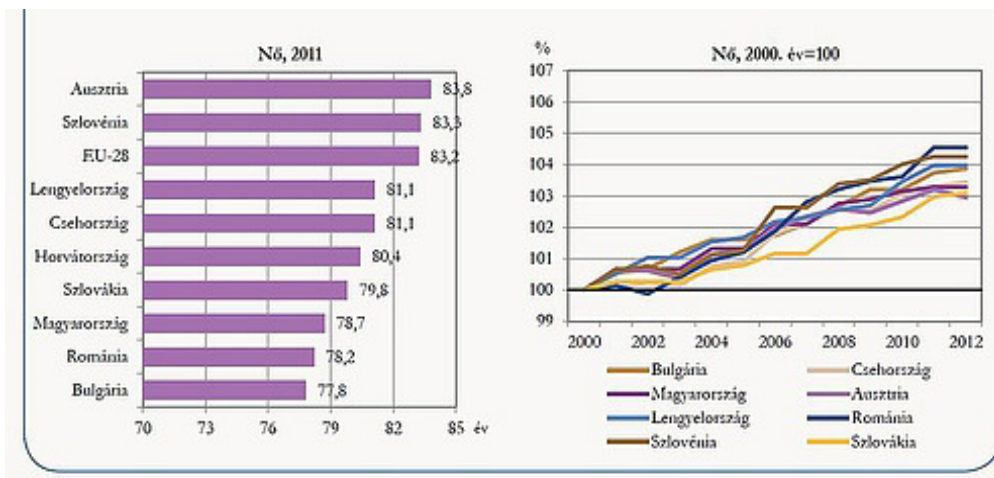
Magyarország lakosságának egészségi állapota az elmúlt évtizedekben tartósan kedvezőtlenül alakult, és nemzetközi összehasonlításban is problémás képet mutat. Az egészségi állapotot jól tükrözi a születéskor várható átlagos élettartam mérőszáma, vagyis az az életkor, amelyet átlagosan megélhet egy ma született nő vagy férfi. Az Európai Unió országainak átlagában a nők 81-82 év, a férfiak 75 év körüli élettartamra számíthatnak. Magyarországon ez az élettartam 2013-ban a nők körében átlagosan 79 év, a férfiaknál 72 év. A várható élettartam a nők esetében Franciaországban volt a legnagyobb (85 év), a férfiak esetében pedig Svédországban (79,4 év). A nők születéskor várható élettartama az Európai Unióban Bulgáriában és Romániában volt a legalacsonyabb (77,3 év), a férfiaké pedig Litvániában (67,3 év). Az Unió tagállamai között a születéskor várható legmagasabb és legalacsonyabb várható élettartam közötti eltérés nők esetében közel 8 év, férfiak esetében 12 év. Az adatok tehát azt mutatják, hogy egy magyar állampolgár átlagosan 6-7 évvel él kevesebbet nyugat-európai társainál.

1. ábra: A férfiak születéskor várható élettartama és ennek változása a közép-kelet-európai országokban



Forrás: Statisztikai Tükör KSH 2014/28

2. ábra: A nők születéskor várható élettartama és ennek változása a közép-kelet-európai országokban



Forrás: Statisztikai Tükör KSH 2014/28

A hazai viszonyokat elemezve azt tapasztaljuk, hogy míg a nők várható átlagos élettartama lassan ugyan, de emelkedett az elmúlt évtizedekben, addig a férfiak esetében az életesélyek bizonyos években nem hogy nőttek volna, hanem csökkentek. E jelenség meghatározó oka a férfiak szignifikánsan magasabb mortalitása 45-60 éves kor között, de általánosan is megfogalmazható, hogy a férfiak halálzási arányai minden korcsoportban meghaladják a nőkéét. (Ádány, 2008).

A várható élettartam továbbra is nagyon egyenlőtlenül oszlik meg az egyes társadalmi-gazdasági csoportok között. A magasan képzett személyek nemüktől függetlenül valószínűleg tovább élnek; Magyarországon például a felsőfokú iskolai végzettségű férfiak 16 évvel hosszabb élettartamra számíthatnak, mint az azonos születési évű alacsonyán képzett férfiak. (Klinger, 2007)

Az életévek megnövekedése a lakosság körében pozitív társadalmi jelenségként értelmezhető, ugyanakkor fontos kérdéssé vált az is, hogy a megélt élettartamból várhatóan hány évet fogunk krónikus (tartósan fennálló) betegségtől mentesen eltölteni. Ezt nevezik az *egészségben eltöltött életéveknek*. Az Európai Unióban a születéskor várható, egészségben eltöltött életévek, azaz az aktivitás korlátozása nélkül leélt évek száma 2008 és 2010 között nők esetében 62,2, férfiak esetében 61 év volt. A nemek közötti eltérés itt sokkal kisebb, mint a várható élettartam esetében, ami azt mutatja, hogy a nők életének nagyobb hányada telik aktivitásuk valamiféle korlátozása mellett. A születéskor várható, egészségben eltöltött életévek száma a nők esetében Máltán, a férfiak esetében pedig Svédországban volt a legtöbb, és a Szlovák Köztársaságban volt a legkevesebb mind a nők, mind a férfiak esetében. Magyarországon az egészségben eltöltött életévek száma az európai átlagértékeknél 3-4 évvel rövidebb. (Health at a Glance Europe: 2012).

2.2. A férfiak egészségértelmezése

Az egészség-betegség fogalom pár a mindennapi élet gyakran használt kifejezései, mégis jelentésükben, és főleg a hozzájuk kötődő tevékenységeinkben, jelentős különbségek tapasztalhatók. Ennek részletes tárgyalására nem térünk ki, de érdemes a férfiakra jellemző főbb vonásokat kiemelniük:

- az egészségi problémákat, a tartós betegségeket az élet természetes velejáróinak tartják, így a protektív, megelőzést célzó beavatkozásokat sokan elutasítják, nem bíznak ezek jelentőségében;
- a jelentkező egészségi panaszokat, tüneteket hosszú időn keresztül elutasítják, rendszerint addig, míg alapvető hétköznapi tevékenységeikben ez nem hátráltatja őket súlyosan;
- csak a komolyabb egészségi problémákkal és rendszerint megkésve fordulnak orvoshoz;
- az orvosi tevékenységgel való együttműködés alapvetően a panaszok megszűntéig tartanak, jelentős életmód-változtatás még a súlyosabb esetekben is ritka;

- a férfiszerepekből általában is magasabb kockázatvállalási szint következik, ez az egészséggel szemben vállalt kockázatok terén különösen kiemelkedő (rendszeres dohányzás, nagymértékű alkoholfogyasztás, elhízás, önkiszákmányoló életformák, túlhajszoltság, stb.);
- jellemző az egészségi ismeretek és az egészségtudatosság alacsony szintje.

Mindezeket a jellemzőket azért tartjuk fontosnak kiemelni, mert a munkahelyi környezetben a közösségi egészségfejlesztés hatékony módszereivel lényeges szemléletbeli változások érhetők el a fenti területeken, és eközben a munkavállalók tartósan jobb egészségi állapota fokozhatja a munkaerő hatékonyságát.

2.3. A halálozás és a megbetegedések jellemzői

Mielőtt a tartós egészségi problémák - különösen a középkorú férfiakat érintő krónikus betegségek - részletesebb bemutatására kerülne sor, tekintsük át röviden a magyarországi halálozási viszonyokat. Ezt azért tartjuk indokoltnak, mert a halált okozó betegségek mindegyike olyan egészségi problémát jelent, melyek kialakulásában egyrészt óriási szerepe van az életmódnak, az egészségtudatosság hiányának, másrészt a betegségek korai stádiumban való felismerése jelentős mértékben csökkenthetné a halálozást. Ezeken a területeken pedig jelentős szerepet vállalhat a munkahely is.

2.3.1. Halálozási viszonyok

A halálozások száma 1993 óta - ebben az évben 150 ezret meghaladó haláleset történt - többször is ingadozó volt, de alapvetően ereszkedő trendet követ. A 2011. év jelentette az első fordulatot, mivel a halálozások száma 130 ezer alá esett, majd 2013-ban újabb csökkenés következett be, és 126 800 fő lett a meghaltak száma.

2012-ben a legfőbb halálokok között a keringési rendszerek (50,6%), a daganatos megbetegedések (25,7%), és az emésztőrendszer megbetegedései szerepelnek (7%), ugyanakkor öngyilkosság okozta az összes haláleset két százalékát (pontosan 2 742 fő). A meghaltak 52%-a volt férfi, átlagéletkoruk 67 év volt, a nőké 75 év.

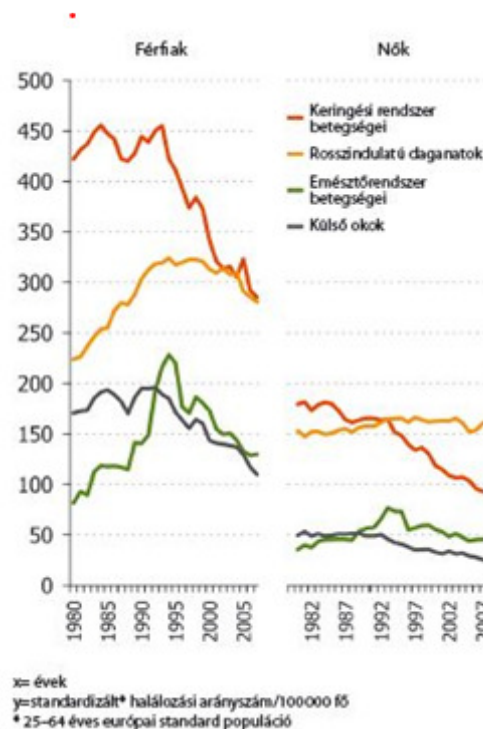
Magyarország mind az összes, mind a keringési rendszer betegségei okozta százezer lakosra jutó halálozást vizsgálva, az uniós rangsor utolsó negyedének elején áll, a rosszindulatú daganatok terén azonban helyzete a legrosszabb az unióban.

A korcsoportonkénti halálozás elemzéséből kiderül, hogy 2012-ben a férfi elhunytak több mint ötöde vesztette életét 40-59 éves kora között, míg a nőknél minden tizedik tatózott ehhez a csoporthoz. A nemzetközi összehasonlítás jelzi, hogy hazánkban a 40-59 kor közöttiek halandósági viszonyai továbbra is kritikusak. A 40 éves magyar férfiak várható élettartama (32,6 év) Közép-Kelet-Európában a legalacsonyabb.

A magyar felnőtt lakosság korai halálozásának (25-60 év közötti halálozás) struktúráját a nők esetében a rosszindulatú daganatos betegségek erős dominanciája (42,2%) jellemzi, míg férfiak esetében a keringési rendszer betegségei (31,9%) és a rosszindulatú daganatok (31,0%) közel azonos mértékben szerepelnek halálókként. E két fő halálóki kategória mellett igen jelentős az emésztőrendszeri betegségek (férfiak esetében 13,8%, nők esetében 11,9%) és a külső okok (férfiak esetében 12,6%, nők esetében 7,0%) súlya.

A 90-es évek eleje óta a fő halálóki kategóriákban jellemzően, mindkét nem esetében, csökkenő trend észlelhető, kivételt képez a daganatos betegségek okozta halálozás alakulása, mely 2004-ig érdemi csökkenést nem mutatott, az elmúlt három esztendőben észlelt csökkenés a férfiak esetében, illetve átmeneti csökkenés majd emelkedés a nők esetében bizonyossággal ma még nem minősíthető. (3. ábra)

3. ábra: A 25-64 éves magyar férfiak és nők halálozásának időbeli alakulása halálóki főcsoportok szerint 1980-2007



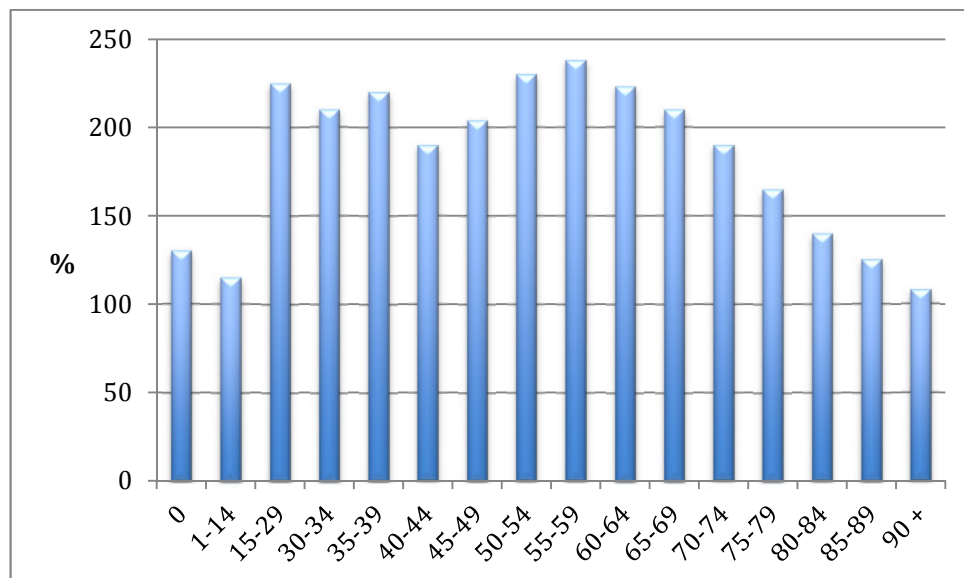
Forrás: WHO/Európa, HFA adatbázis, 2008. július

A férfiak daganatos betegségek okozta haláleseteinek mintegy fele három daganattípus (a légcső-, a hörgő-, a tüdő rosszindulatú daganata; a vastagbél- és végbél daganatok; valamint az ajak-, a szájüreg- és a garat rosszindulatú daganatai) miatt következik be.

Az ajak-, szájüreg- és a garat rosszindulatú daganatai okozta halálozás az 1980-as évek elején megindult meredek emelkedése az ezredfordulót követően is folytatódott, 2004-ben megindult a csökkenés, de okai egyelőre még nehezen azonosíthatóak. (Ádány, 2008)

A férfiak halálozási mutatóinak kedvezőbbé válása ellenére valamennyi korcsoportban még mindig számottevő a férfi halandósági többlet, de annak mértéke szűkül. A legjelentősebb különbség a 15 és 69 év közötti életkoroknál van, ahol a férfi mortalitás valamennyi korcsoportban megközelíti vagy meghaladja a női halandóság kétszeresét. (4. ábra)

4. ábra: Férfi halandósági többlet korcsoportok szerint, 2013 (női halandóság 100%)



Forrás: Saját szerkesztés

Nyilvánvaló tehát, hogy a halandósági viszonyok kedvezőtlen helyzete a férfiak korai halálozásának magas aránya miatt áll fenn elsődlegesen.

A szakemberek a halandósági viszonyok javításának legnagyobb tartalékait hangsúlyozottan a középkorú népességben vélik megtalálni, melyben jelentős szerephez juthat a munkahelyi egészségvédelem és egészségfejlesztés.

2.3.2. Megbetegedési viszonyok

A megbetegedési viszonyok áttekintése előtt ajánlatos tisztáznunk négy fogalmat, melyek a helyzet bemutatásához elengedhetetlenek.

Incidencia - egy adott időtartam alatt (általában egy év alatt) újonnan keletkező, felismert esetek gyakorisága.

Prevalencia - meghatározott betegségben szenvedő egyének aránya (előfordulási gyakorisága) a teljes népességben egy adott időpontban.

Betegségteher - egy betegség terhét az adott populációban (globális, regionális, vagy országos szinten) adott időpontban előforduló esetek által okozott egészségkárosodás határozza meg, amely mind az életév-veszteséget, mind az életminőség-romlást magában foglalja.

Epidemiológia - a megbetegedések elterjedtségének vizsgálata és ez a szokásos területi elemzéseken kívül kiterjed a szocio-kulturális kiterjedtség bemutatására is.

A főbb alapfogalmak után tekintsük át, milyen adatforrások állnak rendelkezésre, ha az élő népesség megbetegedési viszonyairól szeretnénk képet kapni.

A megbetegedési adatok alapvetően az egészségügyi ellátás adatszolgáltatásaiból érhetők el. Ezek között a háziorvosi praxisokban képződő morbiditási adatbázisok azok, amelyek a folyamatos morbiditási adatgyűjtés szempontjából igen fontosak, gazdag és több szempontból is kontrollálható forrásoknak tekinthetők, és a világ számos országában alkalmazzák.

A morbiditási helyzet másik gyakori vizsgálati módszere a lakosság körében végzett egészségfelmérések adatainak elemzése. Jelenleg (2014) a legismertebb ilyen jellegű kutatás az Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF), mely 2009-ben zajlott az Európa Unió országainak részvételével. Kézikönyvünkben mi is elsődlegesen ezekből az adatbázisokból vett adatok alapján mutatjuk be a magyarországi morbiditási helyzetet.

Ebben a fejezetben a tárgyalt betegségek esetében mindenkor a betegség rövid jellemzését, epidemiológiai sajátosságait a fent jelzett adatforrások alapján adjuk meg, majd a kapcsolódó kockázati és védő tényezőket mutatjuk be.

2.3.2.1. Szív- és érrendszeri betegségek

Szív- és érrendszeri betegség: gyűjtőnév, amely a szív koszorúereinek, az agyi ereknek és a perifériás artériák érelmeszesedési folyamatának következtében kialakult betegségeket foglalja össze.

Az *érelmeszesedés* lényege, hogy a vérplazmából alacsony sűrűségű zsírokból (főleg koleszterinből) és fehérjéből álló vegyületek az artériák belhártyáján keresztül az érfalba jutnak, ott párnaszerűen lerakódnak, megvastagodnak és az érbelseje felé bedomborodva annak szűkületét, elzáródását okozzák. Az erekben a zsírlerakódásnak 4 fő oka van, melyből

három megszüntethető: dohányzás, egészségtelen étrend, mozgásszegény életmód és a genetikai tényezők. Az érlelmeszedés talaján kialakuló érszűkület végül koszorúér betegséghez (szívinfarktus), stroke-hoz (szélütés) vagy perifériás érszűkülethez vezet.

Koszorúér betegség: A szívizom saját vérellátását a koszorúerek biztosítják. A főütőéren keresztül az oxigén dús vérnek a lehető legkisebb ellenállással szemben kell eljutni a szervekhez, szövetekhez, biztosítva ezzel a szervek működéséhez szükséges tápanyag- és oxigén ellátást. Az érlelmeszedési folyamatok merevebbé teszik az érrendszert, nehezítve a vér kiáramlását a szervek felé, mely az egyes szervek vérellátási zavarát és ez által működésük romlását okozhatja. (Döbrössy, 2004)

A szív- és érrendszeri betegségek epidemiológiája

A fentiekben bemutatásra került, hogy a halálokok között a szív- és érrendszeri betegségek vezetnek a teljes népességben, és azonos a halálozási arány a daganatos betegségekkel a fiatal és középkorosztályban.

A népességben belül a szív- és érrendszeri betegségek előfordulási gyakorisága a háziiorvosi adatok alapján 13,8%, de lényeges azt is hangsúlyoznunk, hogy a rokkantsági esetek közel 30%-a a szív- és érrendszeri betegségek miatt történik. A betegség súlyosságát jelzi, hogy a 25 és 34 év közötti férfi lakosság körében a koszorúér betegség előfordulása kb. 1/10000, az 55 és 64 év közötti korcsoportban ugyanez az arány 1%. 35 és 44 év között a férfiak koszorúsér halálozása hatszorosa, mint az azonos korú nőké. A szívinfarktust átélt férfiak aránya a 35-64 éves korosztályban 5,5%, a nők körében ez az arány 3,9%.

Az ELEF kutatás adatai alapján a szív- és érrendszeri betegségek közül szívritmuszavarról (a leggyakrabban megjelölt szívbetegség), egyéb szívbetegségről és szívrohamról összesen a férfiak 25, a nők 35%-a számolt be. A szívbetegségekről is nagyobb arányban nyilatkoztak a nők, mint a férfiak, kivéve a szívinfarktust. Az európai lakossági egészségfelmérés szerint 2009-ben a 15 éven felüli magyar népesség 30%-a szív- és érrendszeri betegségben szenvedett. A háziiorvosi ellátásból származó adatok ennél jelentősen alacsonyabbak, így valószínű, hogy jelentős mértékű rejtett morbiditással kell számolni. Ugyanakkor a gyógyszeresedés okaként a szívbetegséget megnevezők aránya a lakosságon belül 16%, amely adat már megegyezik az orvosi kezelés alatt álló krónikus szívbeteg arányával.

Bár a szív- és érrendszeri betegségek jelentős arányban fordulnak elő, de egyértelműen állítható, hogy a szív- és érrendszeri betegségek megelőzhetőek. Előfordulásuk gyakoriságát a vérnyomás, az elhízás, a koleszterinszint, valamint a dohányzás mérsékelt és együttes csökkentésével - a WHO becslései szerint - kevesebb, mint felére lehetne csökkenteni.

Ezekben az egészségmagatartást érintő változásokban a munkahelyek is részt vállalhatnak szűrővizsgálatok bevezetésével, egészséges munkahelyi étkezési lehetőségek kialakításával, csoportos dohányzás leszoktató programok szervezésével, amelyek hozzájárulhatnak az életmód-változtatás sikeréhez.

A szív- és érrendszeri betegségek kockázati tényezői

- *Életkor* – az életkor előre haladtával az betegség előfordulásának valószínűsége növekszik.
- *A férfi nem* – minden életkorban súlyosabban érinti a betegség a férfiakat, mint a nőket, melyet elsősorban az ösztrogén hormon zsírsavcsere gyakorolt hatásával magyaráznak.
- *Dohányzás* – kétszer gyakoribb a betegség előfordulása dohányosok körében, különösen azok körében, akik fiatal korban kezdték a dohányzást.
- *Magas vérnyomás* – minél magasabb a vérnyomás, annál nagyobb a kockázat.
- *Mozgásszegény életmód* – fokozza a koszorúér betegségek kialakulásának kockázatát.
- *Túlsúly vagy elhízás* – nem tisztázott, hogy önmagában, vagy más tényezőkkel együtt hatva fokozza-e a kockázatot.
- *Nagymértékű alkoholfogyasztás* – a mérsékelt alkoholfogyasztás, különösen idősebbek körében védőfaktornak tekinthető.
- *Családi halmozódás* – a közeli családtagok körében férfiaknál 55 év, nőknél 65 év alatt bekövetkezett „hirtelen szívhalál”.
- *Cukorbetegség* - az ereken okozott károsodás következményeként a cukorbetegség körében kétszer gyakoribb a betegség kialakulásának kockázata.
- *Pszichoszociális tényezők* – a stresszes környezetben, különösen a stresszes munkakörnyezetben, valamint az alacsony társadalmi-gazdasági helyzetben élők veszélyeztetettek. (Döbrössy, 2004)

Agyi erek károsodása: Az agy vérellátását négy nagy ér biztosítja, amelyek a nyak két oldalán futnak. Ha az agy vérellátása valamilyen oknál fogva romlik, akkor az idegsejtek nem jutnak elegendő oxigénhez és tápanyaghoz. A vérellátási zavar lehet átmeneti vagy tartós. Ennek megfelelően az események három fő formáját különítjük el. Az *agyininfarktus* az agyszövet elégtelen vérellátása miatt az agyszövet károsodásával járó állapot, hátterében az artériák elzáródása vagy szűkülete áll. Az esetek 80%-ban ez a forma alakul ki. *Agyvérzés* során az agyi artéria fala megreped, vér áramlik a szövetek közé, a vérömleny folyamatosan növeli a nyomást a koponyán belül, mely tovább súlyosbíthatja az agykárosodást. Hátterében

leggyakrabban magas vérnyomás áll. *Átmeneti vagy rövid ideig tartó agyi vérellátási zavar (TIA)* – percekig vagy akár 24 óráig tartó jelenség, beszédzavarral, látászavarral, átmeneti eszméletvesztéssel, bénulással járó állapot. előjele lehet súlyosabb agyi keringési zavarok kialakulásának. (Döbrössy, 2010)

Az agyi érbetegségek epidemiológiája

Az egészségügyi ellátás adatai alapján a 20 évnél idősebb lakosság körében az agyi ér betegségek előfordulási aránya 6,5%. Ezen belül a férfiak esetében az agyi érinfarktust elszenvedettek aránya 3,5%. A 35 év alattiak körében gyakorlatilag nem fordul elő a betegség, a 35-64 évesek között 3,2% az érintettek aránya, az idősebbeknél viszont közel 13%.

Az ELEF felmérés szerint a lakosság 2,8%-a már átélte agyi ér katasztrófát (a férfiak 0,3 százalékponttal nagyobb arányban, mint a nők). A betegség nem tipikusan a középkorostályt érinti, a 65–74 éves korcsoportban fordult elő a leggyakrabban, 8-10% az aránya. A 35 év alatti nők egyáltalán nem jeleztek agyi érbetegséget, és a fiatal férfiaknál is csak kis hányadban jelentkezett. 35 és 44 év között az ilyen típusú betegségről a férfiak és nők kevesebb, mint 1%-a számolt be, 44 és 64 éves kor között pedig mindkét nemben 3-4% az előfordulási arány.

Az agyi ér betegségek kockázati tényezői: a magas vérnyomás, magas koleszterinérték, cukorbetegség, túlzott alkoholfogyasztás, előrehaladt érelmeszesedés, különösen idős korban, mértéktelen dohányzás és a stressz. (Döbrössy, 2010)

2.3.2.2. Daganatos betegségek

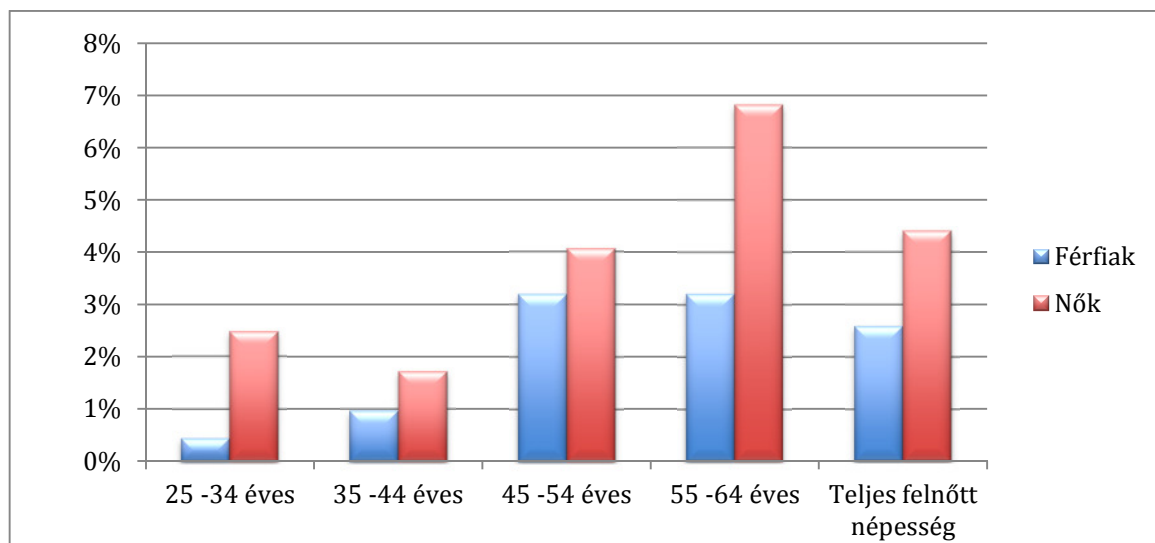
Ahogy fentebb is láttuk, a halálokok között a szív- és érrendszeri betegségek vezetnek, de messze az európai átlag felett halnak meg Magyarországon rosszindulatú daganatos betegségekben. Hazánkban 2013-ban több mint 32 ezer ember halt meg rákos megbetegedés következtében, de hangsúlyoznunk kell, hogy a 40-59 éves férfiak körében 2000-2013 között csökkent a daganatos halálozások száma.

A daganatos megbetegedések prevalenciája a házi orvosoknál nyilvántartott adatok szerint a felnőtt lakosság körében 3,5%, ezen belül a férfiaknál 2,7%, a nőknél 3,8%.

Az ELEF vizsgálat adatai szerint 15 éves és idősebb férfi lakosság 2,6, a nők 4,5%-a számolt be arról, hogy a felmérés ideje alatt vagy azt megelőzően is szenvedett rosszindulatú daganatos betegségben. Az adatok igazolják, hogy a nők körében több daganatos betegség fordul elő, ahogy ezt az egészségügyi adatok is jelzik. (5. ábra) A nagyobb gyakoriság

genetikai, biológiai, kórélettani okai tudományosan még nem igazolódtak, de a magyarázatok közt az is szerepelhet, hogy a nők korábban észreveszik tüneteiket és reagálnak a panaszaikra, így korábban kerülnek az orvosi ellátásba, melynek köszönhetően a továbbélés és/vagy túlélés esélye is nagyobb, mint a férfiaknál. Ha igaz ez a feltételezés, akkor újra azt kell rögzítenünk, hogy *a férfiak szűrőprogramokon való részvételét erősíteni kell, melyre a munkahelyi egészségfejlesztés során is van lehetőség.*

5. ábra: A rosszindulatú daganatos betegségek előfordulása a 25-64 éves korosztályban az ELEF 2009 vizsgálatban



Forrás: Saját szerkesztés

Tüdőrák

A hörgő- és tüdőrák epidemiológiája

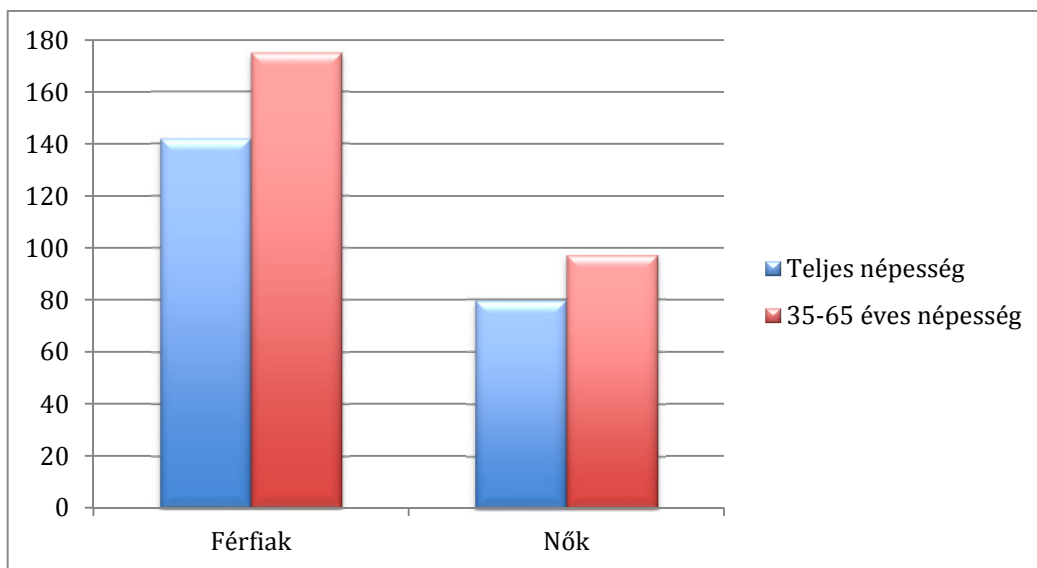
Már számos közleményben olvasható, de nem lehet eleget hangsúlyozni, hogy 2003 óta - csak úgy, mint világszerte - hazánkban is a tüdőrák vezeti a rákhalálozási statisztikát mindkét nem esetében. Magyarországon a nőknél korábban a mellrák állt az első helyen, ám 2003 óta a tüdőrák vezeti rangsort.

Ennek oka egyrészt a dohányzás - a tüdőrákos betegek 90%-a valaha dohányzott -, másrészt a környezetszennyezés, de természetesen a fokozott stressz is közrejátszik a betegség kialakulásában. A statisztikai adatok szerint 1945 óta a tüdőrákos megbetegedések száma tízszeresére nőtt hazánkban.

A Nemzeti Rákregiszter 2011. évi adatai alapján az újonnan felfedezett és bejelentett rosszindulatú tüdődaganatos betegek száma a férfiak körében 6734 fő, a nők körében 4175 fő.

Ez a teljes népesség esetében 109 esetet jelent 100 000 főre vetítve, míg a 30-65 éves korosztályban ez az esetszám 134. Az adat világosan jelzi, hogy ez a súlyos betegség a középkorosztályt érint legnagyobb eséllyel, melynek hátterében gyakran a rendszeres dohányzás áll. A nemek között további látványos különbségeket kapunk, mivel a 35-65 éves férfiak esetében a mutatószám 175, a nők esetében 97. Mindkét érték jelentősen - 22-23%-kal - magasabb az adott nem egészére jellemző adatoknál. (6. ábra)

6. ábra: A hörgő- és tüdő felfedezett és bejelentett rosszindulatú daganatos megbetegedéseinek aránya 2011-ben



Forrás: Saját szerkesztés Nemzeti Rákregiszter adatai alapján

A tüdődaganat kockázati tényezői

A tüdőrák kialakulásában a legfontosabb kockázati tényező a dohányzás, melyet követéses vizsgálatok egyértelműen bizonyítottak. A dohányzásról való leszokás akkor javította leghatékonyabban a halálozási mutatókat, ha a leszokás még 25-34 éves korban történt meg. A dohányfüstben több száz olyan daganatkeltő vegyület van, melyek 20-30 év távlatában fejtik ki hatásukat. Kiemelt kockázatot jelent a minél fiatalabb korban elkezdett dohányzás, illetve ha a dohányzás mellett más kockázati tényezők is fennállnak. A tüdőrákos betegek 85%-a a dohányosok közül kerül ki. A megbetegedések kb. 1,6%-áért a passzív dohányzás felelős.

A *megelőző hatása* van a táplálkozásnak, azon belül is elsősorban az antioxidánsok, zöldség- és gyümölcsfogyasztásnak. Utóbbiakban a daganatellenes hatású fitokemikáliák révén hatásosak. (Ember, 2013)

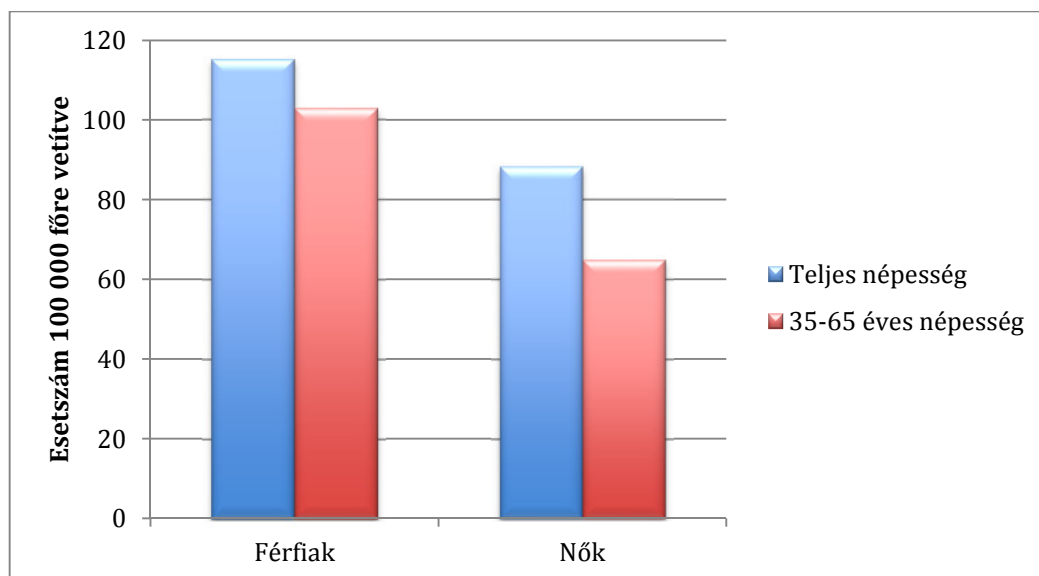
Vastag- és végbél daganat

A vastag- és végbél daganat epidemiológiája

A vastagbélrák a teljes - mindkét nemet érintő - rákhalálozásban a második helyet foglalja el az utóbbi évtizedben. Körülbelül 4900 fő halálát okozza évente: nemenkénti bontásban ez körülbelül 2600 férfit és 2300 nőt jelent. A magas halálozási arány egyrészt annak a következménye, hogy a vastagbélrák sokáig nem okoz semmilyen panaszt, így gyakran csak akkor derül rá fény, amikor már csekély a gyógyulás esélye.

A vastag- és végbél rosszindulatú daganatos megbetegedés a Nemzeti Rákregiszter 2011 évi adatai alapján is relatíve gyakran előforduló újonnan felfedezett betegség. Az adott évben több mint 10 000 új esetet fedeztek fel és regisztráltak, nagyobb arányban a férfiaknál (115/100 000 fő), ennél kisebb arányban a nőknél (88/100 000 fő). A 35-65 éves korosztályban a tüdőrákkal ellentétben kisebb volt a kockázat, mert körükben az előfordulási arány 10-15%-kal alacsonyabb. (7. ábra)

7. ábra: A vastag- és végbél felfedezett és bejelentett rosszindulatú daganatos megbetegedéseinek aránya 2011-ben



Forrás: Saját szerkesztés Nemzeti Rákregiszter adatai alapján

A vastag- és végbéldaganat kockázati tényezői

A genetikai háttér (a daganatos betegek egyes ági rokonainak kockázata két-háromszorosa az átlagos kockázatnak, különösen a férfiak körében dominánsan öröklődő vastagbél polipok megléte esetén), 50 év feletti életkor, táplálkozás (alacsony rost bevitel akár 40%-al növeli a

kockázatot, vörös hús és húskészítmények fogyasztása), elhízás, cukorbetegség fennállása, hosszan tartó inzulin terápia, dohányzás.

Megelőző hatású a vastag- és végbél daganatok esetében: a D-vitamin és kalcium bevitel, a magas zöldség- és gyümölcsfogyasztás, fizikai aktivitás (akár 39-50%-al csökkentheti a kialakulás kockázatát – napi 1 óra aktivitás még a II. és III. stádiumban lévő betegek túlélési esélyeit is javította).

A rosszindulatú átalakulás az esetek többségében akár 5-15 évig is eltarthat. Ezért különösen lényeges a még panaszmentes időszakban elvégzett szűrővizsgálat, különösen a magasabb kockázatú személyek körében. (Ember, 2013)

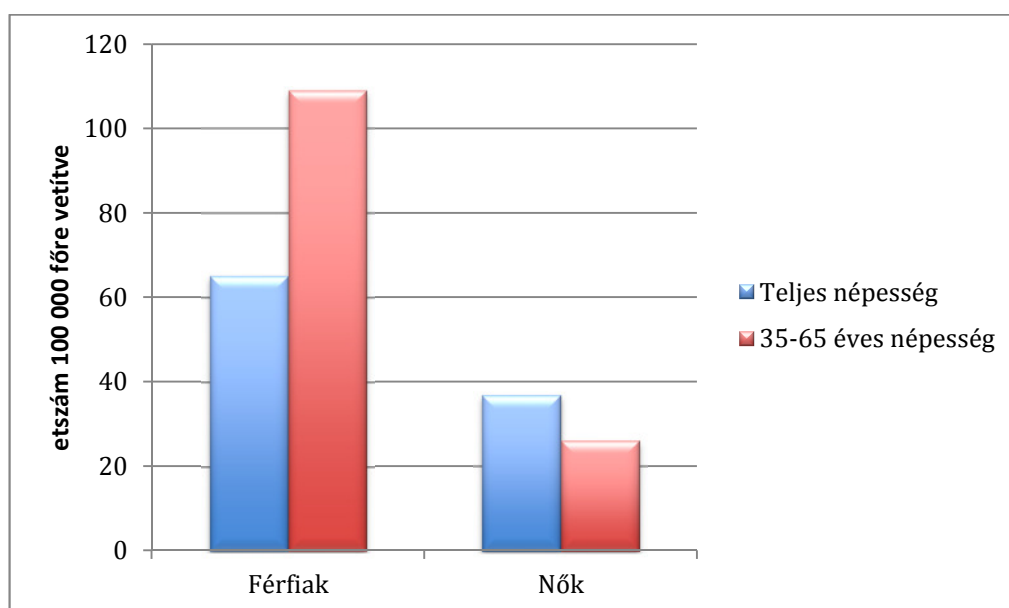
Szájüregi daganatok

A szájüregi daganatok epidemiológiája

Ahogy azt az előzőekben is láttuk, a Nemzeti Rákregiszter a betegségek incidenciáját, a Központi Statisztikai Hivatal pedig a mortalitás adatait rögzíti. A két adatbázis szerint a 2000-es évek végén 1200-1300 szájüregi daganatos férfi és 300 körüli nő halálát regisztrálták.

2011-ben 4050 volt az újonnan diagnosztizált szájüregi daganatos beteg, 75%-uk férfi volt. A betegség előfordulása a 35-65 éves korosztályban a férfiak körében különösen magas, a nőknél ez a túlzott veszélyeztetettség nem jelentkezik. (8. ábra)

8. ábra: A szájüreg felfedezett és bejelentett rosszindulatú daganatos megbetegedéseinek aránya
2011-ben



Forrás: Saját szerkesztés Nemzeti Rákregiszter adatai alapján

Ha figyelembe vesszük, hogy Magyarországon a férfiak 40%-a dohányzik rendszeresen, és magas a nagymértékű alkoholfogyasztás aránya is, akkor könnyű belátni, hogy ezen szokásokon való változtatás népegészségügyi jelentőségű lehet.

A szájüregi daganatok kockázati tényezői

Az epidemiológiai vizsgálatok szoros összefüggést tártak fel a dohányzás mértéke és időtartama, illetve a rákkockázat alakulása között. Az összes szájüregi daganatos megbetegedések kétharmadában a két klasszikus rizikótényezőt, a dohányzást és az alkoholfogyasztást jelölik meg kiváltó okként, sőt a két szokás hatását nem additív, hanem multiplikatív szerepűnek tartják, tehát külön-külön és dózis arányban is növelik a szájüregi daganatok kockázatát. Vizsgálatok szerint a szájhygiéné elhanyagolása, az ismétlődő szájüregi fertőzések, elhúzódó gyulladások, a hiányos fogazat és a nem megfelelő fogpótlások okozta mechanikus irritáció szintén növelik a kockázatot. Az elhanyagolt szájüregi állapot nem feltétlenül önmagában, inkább más rizikófaktorokkal együtt emeli a kockázatot. A humán papillomavírus (HPV) a fej- és nyaki daganatok 15-20%-ban mutatható ki, jellemzően nem dohányzó és alkoholt nem fogyasztók körében. A társadalmilag hátrányos helyzetben élők körében magasabb a halálozás, de ez összefüggésben lehet a magasabb kockázattal járó magatartásformákkal is.

Megelőző hatása van az A, C, E vitaminokat, nyomelemeket (cink, szelén) tartalmazó zöldség- gyümölcsfélék fogyasztásának. (Ember, 2013)

Prostata daganat

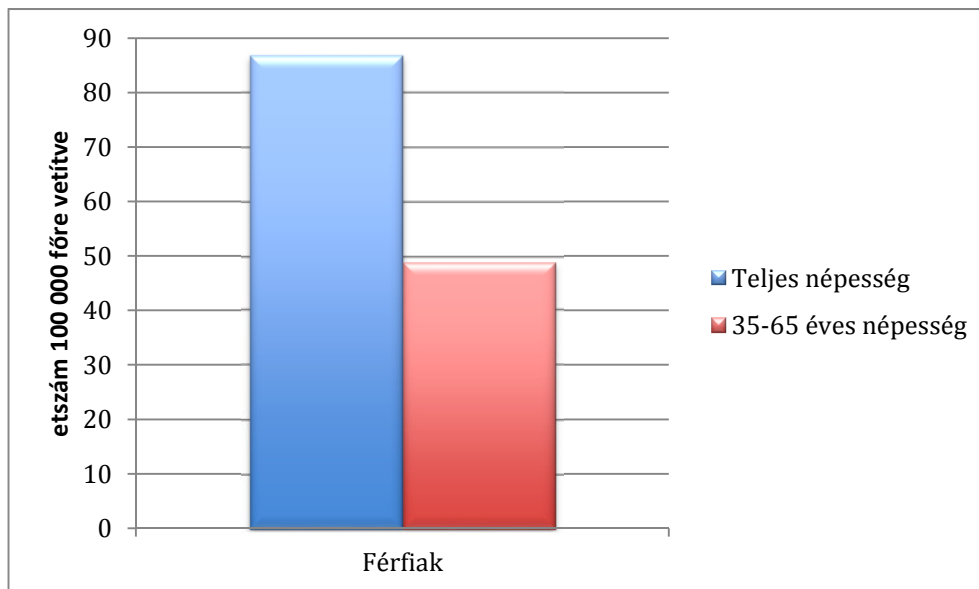
A prostata daganat epidemiológiája

A rákos megbetegedések okozta halálesetek számát tekintve a prosztaták és a mellrák áll a harmadik helyen, vagyis a prosztaták magas morbiditással és mortalitással járó betegség. Mivel a szűrővizsgálatok alacsony igénybevétele jellemző a magyar férfiakra, ezért valószínű, hogy magas a rejtetten maradt betegségek száma és aránya. Magyarországon az elmúlt években évente több mint 4000 esetet diagnosztizáltak, és 1000-nél többen haltak meg ebben a betegségben.

A prosztaták az idős korosztály betegsége, és az is igaz, hogy az idős prosztatás betegek gyakran nem ebbe, hanem más betegségbe hálnak bele. A prosztaták legfontosabb rizikófaktora az életkor, 40 éves kor alatt ritkán fordul elő, utána viszont incidenciája és prevalenciája is progresszíven emelkedik, ugyanakkor az igazi veszély 70 éves kor után

alakul ki. Több tanulmány igazolta, hogy 20-30 éves korban ez a szám 2-8%, és 50-60 éves korban 25-46%, addig 70-80 éves korban eléri a 83%-ot is. (9. ábra)

9. ábra: A prosztatata felfedezett és bejelentett rosszindulatú daganatos megbetegedésének aránya
2011-ben



Forrás: Saját szerkesztés Nemzeti Rákregiszter adatai alapján

A prosztatata daganat kockázati tényezői

Legfontosabb kockázati tényező az életkor, gyakorlatilag 50 éves kor alatt nem alakul ki. Az esetek 5-10%-ban családi halmozódás figyelhető meg. Kialakulásában jelentős szerepe van a táplálkozásnak, elsősorban a magas zsírbevitelnek, a magas vörshús-fogyasztásnak és azok magas hőmérsékleten való sütése közben keletkező aromás szénhidrogéneknek. Fokozott kockázatot jelent a túlsúly és az elhízás, melyek hormonális hatások révén járulnak hozzá a daganat kialakuláshoz.

Megelőző hatása van a rendszeres szója- és zöldtea fogyasztásnak – ez is magyarázza, hogy Távol-Keleten igen alacsony a betegség előfordulásának gyakorisága. Bizonyított a megelőző hatása az E-vitaminnak, melyet elsősorban a növényi olajok, dió és a tojássárgája tartalmaz. (Ember, 2013)

2.4. Vélt egészségi állapot jellemzői

Magyarországon, ahogy a modern társadalmak mindegyikében, időről-időre végeznek olyan egészségpszichológiai felméréseket, melyek fő célkitűzése képet alkotni a lakosság egészségi állapotáról úgy, ahogy azt ők maguk megélik.

Vitathatatlan ugyanis, hogy az egészségügyi statisztika által szolgáltatott mortalitási és morbiditási adatok, információk szükségesek a magyar népesség egészségi állapotának jellemzéséhez, de mégsem elegendők. Hiszen - többek közt - nem tudnak beszámolni arról, hogy az emberek számára az egészségben maradás, illetve az egészségi állapot romlása milyen biológiai, pszichés és szociális folyamatok közt zajlik, a betegek hogyan élik meg betegségüket, ezek mennyiben jelentenek tevékenység-korlátozottságot a mindennapi életükben. Az egészségi állapot laikus beszámolókra épített szubjektív önértékelő vizsgálatait ezekre a kérdésekre kívánnak választ adni. A teljesség igénye nélkül, csak az utóbbi évek legjelentősebb kutatásait említjük, amelyek a felnőtt magyar lakosság egészségi állapotáról a fentebb jelzett módszerrel szolgáltatott információkat:

- a Soros Alapítvány által támogatott és a TÁRKI által végrehajtott "Empirikus felmérés a népesség egészségi állapotának meghatározottságáról" című egészségi állapot felmérés 1997-ben (N=4038);
- a Központi Statisztikai Hivatal 1999-2000-ben végzett Életmód-időmérleg felvétele (N=11000);
- az Országos Lakossági Egészségfelmérés 2000-ben és 2003-ban az Országos Egészségfejlesztési Intézet szervezésében (N=7000);
- a HungaroStudy 2002, 2006, 2008 lakossági egészségfelmérés a SOTE Magatartástudományi Intézet szervezésében (N=4000-12000);
- Európai Lakossági Egészségfelmérés a Központi Statisztikai Hivatal lebonyolításában (N=5050).

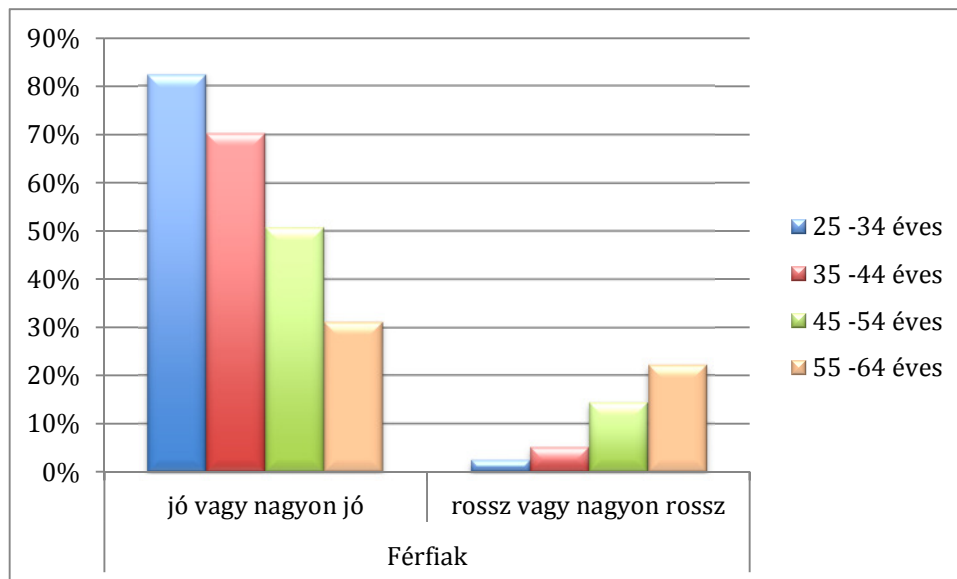
A vizsgálatok mindegyike széleskörűen mutatta be a felnőtt lakosság egészségi állapotát az önértékelésen, a testi és lelki betegségi állapoton, a betegségek miatti tevékenység-korlátozottságon, a gyógyszereszedési szokásokon keresztül. Részletes vizsgálat alá vetették az emberek egészség- és betegségmagatartását, az egészségügyi szolgáltatások igénybevételét és az ezzel való elégedettségi szintet, kapcsolatot keresve a fennálló szocio-demográfiai tényezőkkel is. A kutatások közül – ahogy azt a bevezetőben is jeleztük – az ELEF 2009 fontosabb megállapításait foglaljuk össze a lakosság szubjektív, vélt egészségi állapotával kapcsolatban.

Előjáróban hangsúlyoznunk kell, hogy a vélt egészség önértékelésen alapul, ami nem minden esetben függ össze szorosan az orvosi diagnózissal, megítélését sok tényező – az egészségügyi ismeretek megléte/hiánya, a társadalmi, gazdasági, kulturális helyzet (például lakóhely, iskolai végzettség, jövedelem) – befolyásolja. Ennek ellenére gyakran használják kutatásokban, mert ez írja le leginkább, hogy az emberek hogyan élik meg betegségeik jelenlétét.

A 15 éves és idősebb lakosság többsége jónak vagy legalább kielégítőnek tartja egészségi állapotát, rossznak vagy nagyon rossz egészségűnek mindössze 15% vallotta magát. A fiatalabb válaszadók természetesen jobbnak, az idősebbek már kevésbé jónak ítélték egészségüket.

A 25-64 éves férfi korosztályban 45 éves kortól már csak 50%, 55 éve kortól pedig csak 30% azok aránya, akik jónak vagy nagyon jónak ítélik egészségi állapotukat. A 10. ábrán bemutatott adatsor felhívja a figyelmet arra, hogy a férfiak körében a fiatalabbak esetében is elengedhetetlen a prevenció, hogy minél később következzen be az egészségromlás, de 45 éves kortól már a munkavállalók egészségi problémái kerülhetnek a középpontba.

10. ábra: A 25-64 éves férfiak vélt egészségi állapota az ELEF vizsgálat adatai alapján



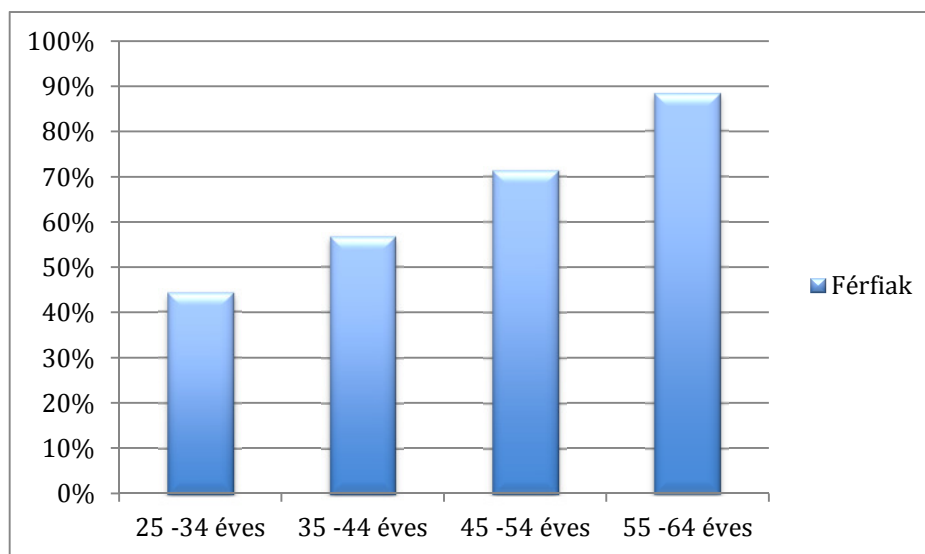
Forrás: Saját szerkesztés

A lakosság vélt egészségi állapotának egyik fontos mutatója, hogy mekkora hányad szenved valamilyen betegségben, illetve küzd tartós egészségi problémával. A férfiak 65, a nők 73%-a válaszolt igennel arra a kérdésre, hogy „van-e Önnek krónikus betegsége vagy olyan egészségi problémája, ami legalább 6 hónapja tart, vagy előreláthatólag legalább 6 hónapig

fog tartani?”. Már a legfiatalabb (15–18 éves) vizsgált korcsoportban is a válaszadók 32%-a jelentette ki, hogy van valamilyen betegsége. Ahogy az idősebb korcsoportok felé haladunk, egyre nagyobb arányban nyilatkoztak egészségi problémáról: az 55–64 évesek 90%-a, a 75 éven felüliek 97%-a.

A 25-64 éves férfiak kedvezőtlen egészségi állapotát támasztja alá az az adat, miszerint a 35 év feletti korosztály felének, a 45 év feletti korosztály 70%-ának, 55 év feletti 90%-ának van legalább egy fél évnél hosszabban fennálló egészségi problémája. (11. ábra)

11. ábra: A félévnél hosszabban fennálló krónikus betegségek előfordulása a 25-64 éves férfiak körében az ELEF vizsgálat adatai alapján



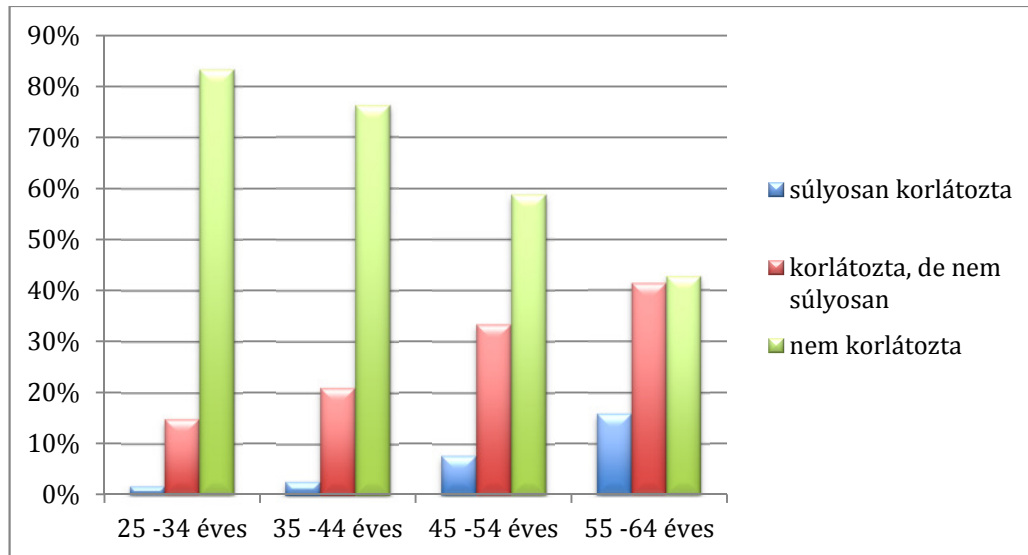
Forrás: Saját szerkesztés

Bár a konkrét krónikus betegségek többségét nagyobb arányban említették a nők, mint a férfiak, ez alól a cukorbetegség és a baleset, sérülés miatti károsodás kivétel, amit a háziorvosi morbiditási adatok is alátámasztottak. A háziorvosi jelentésekkel megegyezően a megkérdezettek legnagyobb arányban a magasvérnyomás-betegségüket említették, a lakosság egyharmadának van erről tudomása (a férfiak 30, a nők 35%-ának), majd a különböző mozgásszervi problémák (legjellemzőbb a derékfájás, gerincprobléma, reuma és ízületi kopás), valamint a szív- és érrendszeri betegségcsoportba tartozók következtek.

A fenti betegségekre a későbbiekben részletesebben is kitérünk, így most csak azt mutatjuk be, hogy a fennálló krónikus betegségeknek milyen mértékben van a mindennapi tevékenységeket korlátozó szerepük a férfiak életében. A 12. ábrán jól nyomon követhető, hogy 44 éves kor alatt a betegségek miatti tevékenység-korlátozottság minden ötödik férfit érint, 45 és 54 éves kor között a férfiak 40%-át, majd 55 és 64 éves férfiak 50%-át.

A tevékenység-korlátozottságok megjelenését azért tartjuk lényeges és kiemelendő problémának, mert egyidejűleg rontja az életminőséget, és a teljesítőképesség hatékonyságát is. Ez utóbbi a munkaadók szempontjából mindenképpen kezelendő probléma. (12. ábra)

12. ábra: A krónikus betegségek okozta korlátozottság a 25-64 éves férfiak körében az ELEF vizsgálat adatai alapján



Forrás: Saját szerkesztés

2.5. Az egészségügyi ellátás igénybevételének jellemzői az ELEF vizsgálat alapján

A háziiorvosi, fogorvosi, szakorvosi, kórházi ellátásokról általában a megkérdezettek 87-97%-a nyilvánított véleményt. Háziiorvosát a lakosság 76%-a rendszeresen, évente legalább egyszer felkeresi, a válaszadók 39%-a csak egyszer-kétszer, a többiek ennél gyakrabban (a betegek évente átlagosan 8 alkalommal jelennek meg orvosuknál). A válaszadók legnagyobb mértékben a háziiorvosaikkal vannak megelégedve (83% elégedett vagy nagyon elégedett és csak 5% elégedetlen), egy ötfokozatú skálát alapul véve 4,05-re értékelték a szolgáltatás minőségét.

Fogorvosát a többség legalább két évente felkeresi. Egy éven belül fordult fogorvoshoz a lakosság mindössze 38%-a (a férfiak 35, a nők 40%-a), de több mint 20% azoknak az aránya, akik öt évnél is régebben jártak a fogászaton. Fogorvosával a lakosság nagyrészt elégedett, bár a felmérésben nem vizsgáltuk külön a magánpraxisban dolgozókat és az állami egészségügyben tevékenykedőket, bizonyára jelentős eltérések húzódnak meg a 3,87-es átlag mögött. Más kutatási eredmények szerint a lakosság 8,6%-a mulasztotta el a fogorvosa

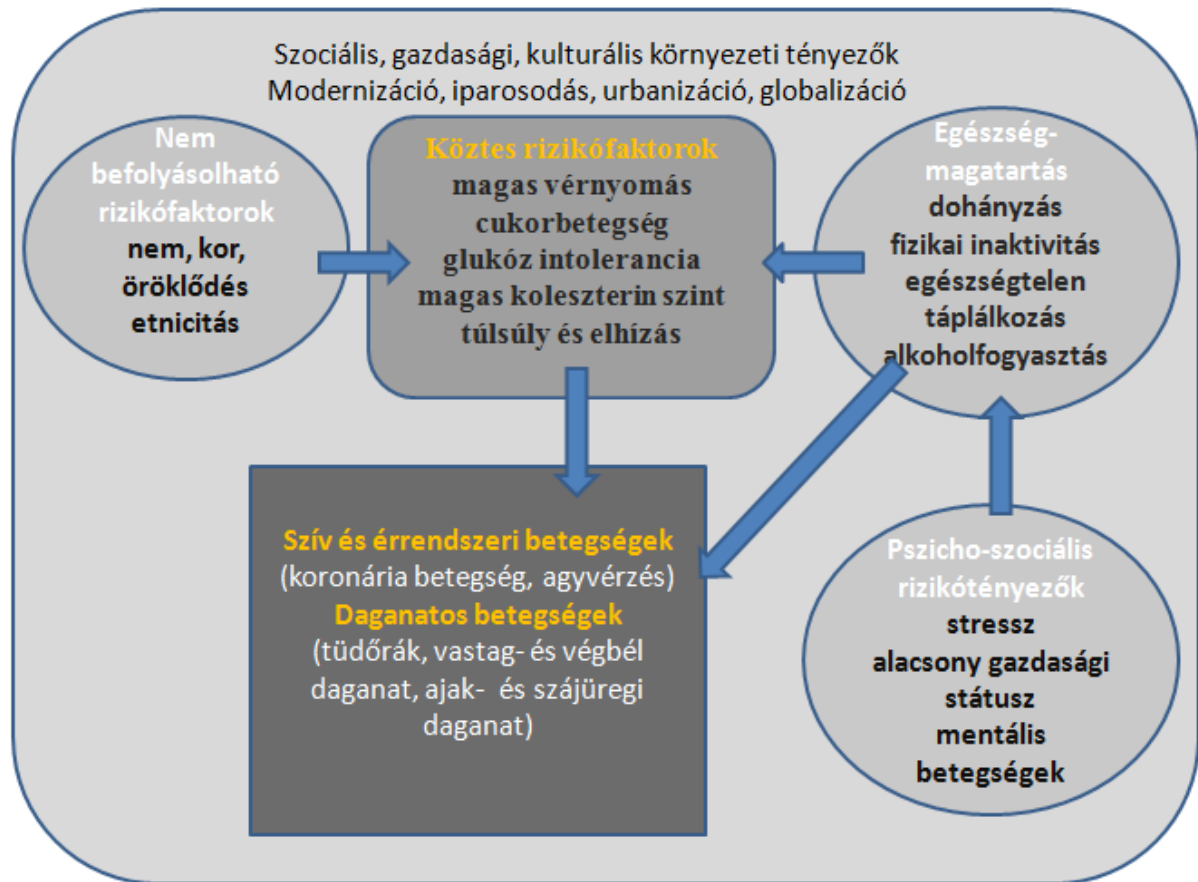
felkeresését, holott szüksége lett volna a kezelésre. Leggyakrabban anyagi okok miatt, illetve félelemből maradtak távol a betegek mind hazánkban, mind a többi tagországban, de sokan reménykedtek abban is, hogy a probléma magától megoldódik, a fájdalom elmúlik. *Mivel a fogászati problémák a szájüregi daganatos megbetegedések kockázatát növelik, ezért ezen vizsgálatokra való ösztönzés, a szűrések megteremtése az egészséges munkaerő-növelés fontos eleme lehet a munkaadók számára is.*

A kórházi ellátást a vizsgálatot megelőző egy éven belül a válaszadók 14,3%-a vette igénybe fekvő betegként, legalább egy éjszakát a kórházban töltve. Egynapos ellátásban (amikor nem kellett a kórházban aludnia) 9%-uk részesült, egyharmaduknál erre egy éven belül többször is sor került. Az is előfordult, hogy nem került kórházba a betegek 4%-a, bár az orvos ezt javasolta. A legtöbben (25%) időhiány miatt halasztották el a szükséges orvosi kezelést, egyötödük félt a beavatkozástól, egytizedük pedig a várólista hossza miatt nem tudta igénybe venni a szolgáltatást. A kórházi ellátásokat csak a lakosságnak alig fele (48%) tartja jónak, 20%-uk kisebb-nagyobb mértékben elégedetlen, összességében a legalacsonyabb értéket, 3,31-et adtak az elégedettség mértékére.

A felnőttek közel 60%-a keresett fel szakorvost egy évre visszatekintve. Azok a betegek, akik valamiért mégsem jelentek meg a szakrendelésen (12%), bár szükségük lett volna rá, indokként elsőként szintén az időhiányt jelölték meg, másodikként a halogatást („várni akartam, hátha magától elmúlik”), majd a várólistát és az orvostól vagy a kezeléstől való félelmüket említették. A szakorvosokkal 64%-ban elégedettek, 12%-ban elégedetlenek voltak, 24%-uk közepesnek ítélte a szolgáltatást, ezzel 3,59-es átlagpontoszámot ért el a járóbeteg-ellátás.

2.6. A betegségek kialakulását befolyásoló faktorok

13. ábra: A rizikómagatartás ok-okozati tényezői



Forrás: Saját szerkesztés Döbrössy 2010, Ember, 2013 alapján

A 13. ábra szerint a rizikótényezőket három csoportban oszthatjuk. Vannak a személy által *nem befolyásolható faktorok*, mint a nem, életkor, genetikai hajlam, illetve olyan külső tényezők, amelyekre csak kis mértékben tud hatással lenni, úgy, mint a lakóhely, társadalmi környezet, anyagi helyzet. A másik nagy terület az egyén viselkedésével, pszichés állapotával függ össze, mint a testmozgás, táplálkozás, alkoholfogyasztás, dohányzás, vagy olyan lelki tényezők, mint a szorongás, bizalmatlanság, lehangoltság stb. Ezek együttesen olyan ún. *köztes rizikófaktorok* okai lehetnek, mint a magas vérnyomás, cukorbetegség, magas koleszterinszint, melyek a halálozásban jelentős szerepet játszó megbetegedések kialakulásának valószínűségét növelik (koszorúér betegség, agyér betegség, daganatos betegségek).

Az egyes betegségek kialakulásában szerepet játszó tényezőket rizikófaktoroknak vagy *kockázati tényező*eknek nevezzük. A leggyakoribb betegségek többségének kialakulásában

közös kockázati tényezők játszanak szerepet. Tehát a főbb kockázat faktorok csökkentése egyszerre szolgálja a daganatos és a szív- és érrendszeri betegségek visszaszorítását. (Döbrössy, 2010)

A rizikófaktorok többsége az egyén életmódjával függ össze (daganatos halálozásban: dohányzás 20-40%, táplálkozás 35%, túlzott alkoholfogyasztás 3%, fertőzések 1%), mozgásszegény életmód, elhízás), a külső környezeti tényezők, mint a foglalkozás, ipari termékek, élelmiszer-adalékanyagok, levegő- és vízszennyezés a halálozás 10%-ért felelősek.

A megelőző tevékenység fő feladata a fentiek alapján elsősorban az életmódi szokások módosítására, másodsorban a már kialakult betegségek korai felismerésére kell, hogy koncentráljon. (Döbrössy, 2010)

2.7. Köztes rizikófaktorok

2.7.1. Magas vérnyomás

Fogalma, normál értékek

Magas vérnyomásról (hipertónia) beszélünk a vérnyomás rendelői körülmények között, nyugalomban, három különböző alkalommal (legalább egy hetes időközzel) alkalmanként legalább kétszer mért értékének átlaga >140 Hgmm szisztolés érték vagy >90 Hgmm diasztolés érték. A betegek egy részénél (15-30%) rendelői körülmények között a vérnyomás rendszeresen magas, míg orvosi környezetben kívül normális („izolált rendelői magas vérnyomás” = „fehérvöpeny hipertónia”). Az újabb kutatási eredmények szerint az ilyen típusú magas vérnyomás az esetek többségében a későbbiekben valós magas-vérnyomássá alakul. (MHT-SZIB Irányelve, 2009)

A magas vérnyomás (mely egyrészt betegség, másrészt rizikófaktor) megelőzését, megfelelő kezelését különösen indokolja, hogy fennállása akkor is emeli a stroke és a koszorúér betegség kockázatát, ha mint önálló betegség panaszokat, tüneteket okoz, melyek miatt a személy orvoshoz fordul.

Az adatok tágabb intervallumban szóródnak, mint a házi-orvosi jelentések morbiditási adatai, összességében azonban hasonló eredmények mutatkoznak. Szembetűnő, hogy az önbevalláson alapuló betegséggyakoriság a fiatalabb korcsoportoknál magasabb, mint a házi-orvosok által regisztrált, a 45 éves kor felettiéknél pedig fordított a helyzet. A hipertónia népbetegség voltát jelzi a betegség magas aránya. A lakosság jelentős hányada tudhat

betegségének meglétéről – mivel viszonylag egyszerűen mérhető –, akkor is, ha nem fordult orvoshoz.

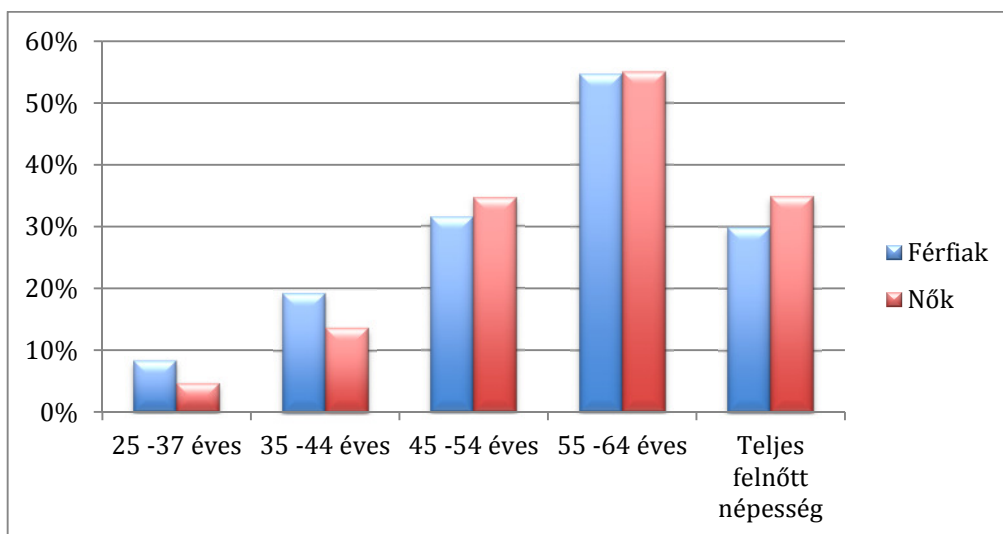
A magas vérnyomás epidemiológiája

A magyar társadalmat sújtó betegségteher szempontjából kiemelt jelentőségű a magas vérnyomás. A hipertónia népbetegség voltát jelzi a betegség magas aránya is.

A magas vérnyomás (140 Hgmm felett) a férfiak 43,8%-ában, míg nőknél 39,7%-ban volt kimutatható 2012-ben a háziorvosi ellátás adatai alapján. Azt is igazolják ezek az adatok, hogy a magas vérnyomás gyakorisága a kor előre haladtával meredeken emelkedik.

Az ELEF vizsgálat adatai szerint a magas vérnyomás gyakorisága a magyarországi régiókban 28-36% között szóródott a vizsgált népesség körében, leginkább Dél-Alföldön fordult elő, legritkábban Nyugat-Dunántúlon és Közép-Magyarországon említették. Természetesen az életkor előre haladtával az előfordulási gyakoriság emelkedik, de a 35-44 éves korosztályban már minden ötödik férfi számolt be erről, a 45-54 éves korosztályban minden harmadik, 55-64 évesek között pedig minden második. (14. ábra)

14. ábra: A magas vérnyomás előfordulása a 25-64 éves korosztályban az ELEF 2009 vizsgálatban



Forrás: Saját szerkesztés

Az Európai Lakossági Egészségfelmérés adatai szerint a lakosság nagy része rendszeresen részt vesz szűrővizsgálatokon, ellenőrizteti vérnyomását, vércukor- és koleszterinszintjét. Mintegy 95-96%-os azoknak az aránya, akiknek a vérnyomását már mérte egészségügyi dolgozó, és ezen belül közel 75% azoké, akiket egy éven belül ellenőrizték. A magas vérnyomás miatt a megkérdezettek 27%-a orvos által felírt gyógyszert is szed betegségének

karbantartására. Ez az arány az általunk érintett férficsoportokban a 35-44 évesek egyharmada, a 45-54 évesek fele, az 55-64 évesek kétharmada.

A magas vérnyomás kockázati tényezői

Kockázati tényezők a dohányzás, elhízás (BMI >30) fizikai inaktivitás, magas vérzsírszint, cukorbetegség, életkor, családi halmozódás, rassz, túlzott alkoholfogyasztás, magas nátrium bevitel, elégtelen kálium bevitel, stressz. A kockázati faktorokkal kapcsolatos plakát/szórólap a mellékletben található (2. ábra) (Döbrössy, 2010)

2.7.2. Cukorbetegség

Fogalma, normál értékek

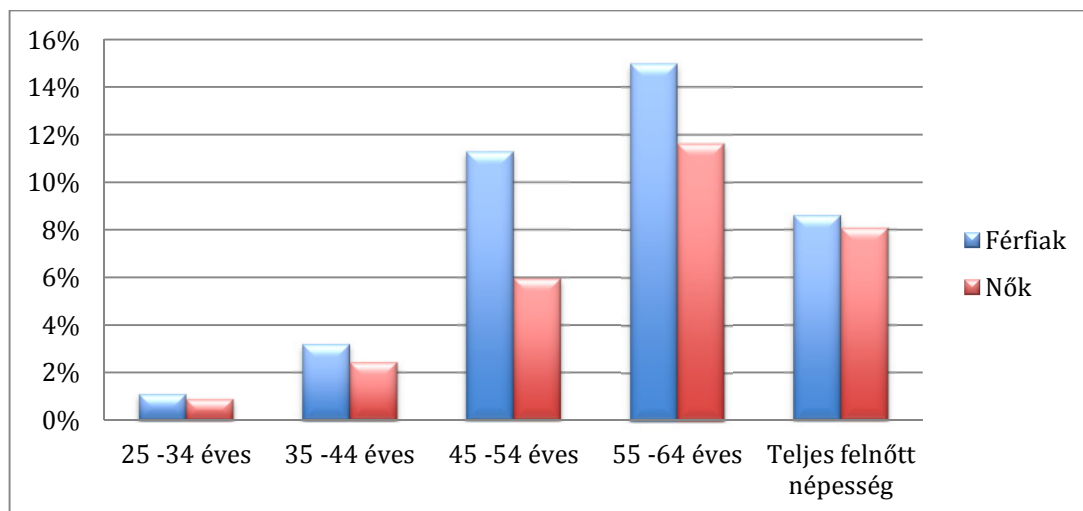
A cukorbetegség (diabétesz) a szervezet anyagcseréjének krónikus megbetegedése. A betegség oka a hasnyálmirigy által termelt hormon, az inzulin hiánya vagy a szervezet inzulinnal szembeni érzékenysége. Utóbbit inzulinrezisztenciának nevezzük. Mivel a sejtek inzulin hiányában nem képesek a glükóz felvételére, a vércukorszint emelkedik, és ez okozza a cukorbetegséget. Amikor még csak a vércukorszint kezd emelkedni és magas inzulinszint alakul ki, de a vizeletben még nincs cukorürítés, akkor diabétesz megelőző állapotról beszélünk. Az inzulinrezisztencia szorosan összefügg a megnövekedett testsúllyal és a hasi típusú elhízással. A normális vércukorszint 5,6 mmol/l alatt van, étkezés után 2 órával pedig 7,8 mmol/l a határ. Emelkedett éhomi vércukorszintről akkor beszélünk, ha a vércukorszint 5,6 és 7 mmol/l között van, de a vizeletben nincs cukor. Cukor intoleranciáról akkor beszélünk, ha étkezésre vagy cukor adása után a vércukorszint 7,8 felett, de 11,1 mmol/l alatt van. Igazolt cukorbetegségnél az éhomi vércukor 7 mmol/l felett van. (Döbrössy, 2010)

A cukorbetegség epidemiológiája

A háziorvosi ellátás adatai alapján a férfiak 17, illetve a nők 13%-ánál találtak kóros vércukor értékeket (több mint 6,1 mmol/l). Ezzel szemben az ELEF vizsgálatban a teljes felnőtt népességre vonatkozó adat 8% körüli mindkét nemnél. Ez felhívja a figyelmet a rejtett morbiditás veszélyére, vagyis arra, hogy gyakoribb a magas vércukorszint előfordulása, mint ahányan tudnak erről. A betegségnek nincsenek fájdalmas tünetei, ezért az orvoshoz fordulás is eltolódik. Ugyanakkor van számos életminőséget rontó és hosszabb távon halált okozó szövődménye. Ezek megjelenése lényegesen kitolható a betegség korai felismerése kapcsán kialakított helyes életmóddal. Ezért a cukorbetegségre vonatkozó kutatási eredmények egyértelműen jelzik a rendszeres szűrővizsgálatok fontosságát mindkét népbetegség kapcsán.

Az ELEF 2009 eredményei alapján is kitűnik, hogy az egyre idősebb népességnél magasabb a betegség kialakulásának kockázata. A betegség megjelenése a férfiaknál már a 35 éves korosztálynál kezdődik, a 45-54 éveseknél 10% feletti, az 55-64 éveseknél 15%-ot ért el. (15. ábra) Ez a betegség több, mindennapi életmód elemet érint, mindenek előtt a táplálkozás rendszerességét és minőségét, valamint a rendszeres mozgás biztosítását. Ebben a munkaadóknak is jelentős szerepet kell vállalniuk azzal, hogy biztosítják az előbbi feltételek megvalósíthatóságának feltételeit.

15. ábra: A cukorbetegség előfordulása a 25-64 éves korosztályban az ELEF 2009 vizsgálatban



Forrás: Saját szerkesztés

A cukorbetegség kockázati tényezői

Az elhízás az egyik legerősebb kockázati tényező, különösen a hasi típusú elhízás. Az életkor előre haladtával nő a betegség kialakulásának esélye. Az elégtelen fizikai aktivitás egyrészt az elhízáson keresztül, másrészt a kevésbé hatékonyabb vércukor kontroll révén fejti ki hatását. Szerepe van még a csökkent inzulin toleranciának, a magas vérnyomásnak, a kóros vérzsírszintnek és a genetikai tényezőknek.

Megelőzése a felsorolt életmódi faktorok kiküszöbölésével érhető el.

3. Egészségmagatartás

A gyógyítás, az egészségügyi ellátás fontos tényező az egészségi állapot alakításában, de az egészség megőrzése jelentős mértékben múlik az egyéni ismereteken és életvitelen is. Az egészségmagatartás éppen azt foglalja magában, hogy milyen ismeretekkel és attitűdökkel rendelkezünk az egészségre, a kockázati tényezőkre és a betegségekre vonatkozóan, valamint tevékenységeinkben mennyire követjük tudatosan az egészségvédő magatartást. Az előző fejezetekben áttekintettük az egészségi állapot más jellemzőit, most arról adunk rövid összefoglalót, hogy milyen további egészségmegőrzést támogató preventív beavatkozások vagy éppen az egészséget veszélyeztető magatartások, szokások fordulnak elő az emberek mindennapi életében.

Még itt, a fejezet bevezetőjében emeljük ki a felnőtt lakosság egészségmegőrzésével kapcsolatos kutatási eredményeket. Az ELEF vizsgálat alapján az egészséget befolyásoló tényezők közül az egyének lehetőségeinek, felelősségének megítélésében a válaszadók többsége - férfiak 77%-a, nők 72%-a - egyetért azzal, hogy a biológiai adottságokon kívül főleg a hozzáálláson, az egészség megőrzésére tett erőfeszítéseinken múlik egészségünk. Ez lényeges változás a korábbi magyarországi vizsgálatokhoz képest, ami azt jelzi, hogy az emberek egyre jobban felismerik az egészségtudatos magatartás fontosságát. *A nemek közti jelentősebb különbség az, hogy bár a férfiak nagy hányada tisztában van az egészséges életmód fontosságával, körükben mégis jóval magasabb azoknak az aránya, akik jóval többször folytatnak egészségkárosító életmódot, vagy betegség/szűrés miatt ritkábban keresik fel orvosukat.*

A fejezetben részletesebben írunk a dohányzásról, a fizikai aktivitásról, a táplálkozásról, az alkoholfogyasztási szokásokról, a mentális egészségről.

3.1. Dohányzás

A dohányzás epidemiológiája

A dohányzásról közismert, hogy negatív hatása van az egészségre, sőt egyes szerzők szerint az összes szokásszerűen végzett tevékenység közül a dohányzás jár a legtöbb negatív következménnyel. A dohányzás növeli a szívbetegség, az agyvérzés, az érlemezésedés, az aneurizmák, a tüdő- és más daganatok, az idült tüdőbetegségek, a májbetegség kockázatát, amelyek a halálozások kétharmadát okozzák. (Rogers és Powell-Griner 1991).

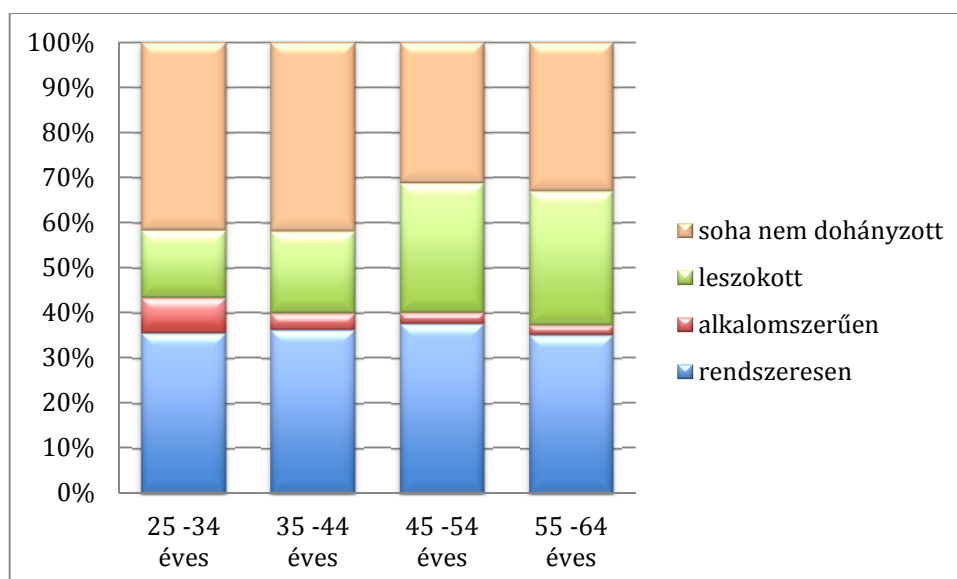
Ezzel szemben a dohányzás és az alkoholfogyasztás, mint a feszültségekkel való megbirkózás vagy a társasági élet társadalmilag, szubkulturálisan jóváhagyott cselekvési módjai széles körben elterjedtek. A toleráns, megengedő, a még nem ártalmas tartományt szélesen kezelő beállítottságok, az ismerethiány a káros hatásokról, elősegítették ezen önkárosító tevékenységek gyakori előfordulását, különösen az alacsonyabb iskolázottságú, illetve a munka- és anyagi körülmények területén is hátrányos helyzetbe kerültek társadalmi csoportjaiban. (Füzesi, 2004)

Magyarországon az utóbbi években végzett kutatási eredmények szerint a 16 év feletti nők 20-22%-a, a férfiak 40-42%-a dohányzik, de amíg a férfiak dohányzása némileg csökkenő, addig a nőké stagnáló vagy némileg emelkedő tendenciát mutat. További lényeges különbség a nemek közt, hogy a férfiak jelentősen több cigarettát szívnek el, mint a nők. Sajnálatos tény az is, hogy a rendszeres dohányzás már 18 éves kor alatt megkezdődik: a férfiak körében 15 és 17 év közötti korosztályban a dohányzók arány 25%.

Az ELEF kutatás eredményei szerint a nők 22%-a, a férfiak 33%-a dohányzik napi rendszerességgel, az alkalmoszerű dohányosok aránya 3-5%. A dohányzás elhagyása a 45 év felett jellemzőbb, gyakran a már jelentkező betegségekre adott válaszként. A középkorúaknál és az időseknél viszont nem figyelhető meg hasonló változás.

A dohányzással kapcsolatban kedvező hír, hogy a férfiak körében 22% azok aránya, akik már leszoktak a dohányzásról. Ugyancsak pozitív és lényeges változás, hogy a 45 év alattiak 40%-a sosem dohányzott, ez a másik két vizsgált korosztályban 30%. (16. ábra)

16. ábra: Dohányzási szokások a férfiak körében az ELEF vizsgálat adatai alapján



Forrás: Saját szerkesztés

A rendszeresen naponta több mint egy dobozzal elszívó dohányzók legmagasabb arányban a 35-54 éves korosztályhoz tartoznak. A középkorosztály számottevően több szál cigarettát is szív el egy nap, mint a legfiatalabbak és a legidősebbek. Nehezen elképzelhető, hogy a dohányzás káros következményeivel kapcsolatos ismerethiány okozná a dohányzás ilyen mérvű elterjedtségét, ennek hátterében valószínűleg a bevezetőben már jelzett problémákkal való megküzdés, vagy a közösség keretein belül jóváhagyott szokások állnak. Ezt igazolja az is, hogy a dohányzó válaszadóink háztartásában, munkahelyén rajtuk kívül más dohányzók is vannak, mindössze 8%-uk "magányos" dohányzó.

A munkahelyi dohányzás gazdasági szempontjai

A dohányzás drága, de nem csak azoknak, akik dohányoznak és kockáztatják saját egészségüket. A számok azt mutatják, hogy a dohányosok több hosszú távú és rövidtávú betegségről vesznek igénybe, mint a nem dohányzók és az ex-dohányosok. Ezen kívül, a dohányosok kevésbé termelékenyek munkájuk során a cigaretta szünetek miatt. (Health Forum, 2007) A dohányzás betiltásának előnyei a munkahelyen messze felülmúlják a költségeket. Hosszú távon, leszoktató programokba történt beruházások megtérülnek. (Colman, 2003)

A dohányzás következményei

A dohányzás egészségkárosító hatásával kapcsolatban egyértelmű bizonyítékot szolgáltatott az a vizsgálat, amelyet 35 000 dohányzó (átlagosan napi 15 szál cigarettát elszívó) brit orvos bevonásával Doll és Hill, majd Peto indítottak 1951-ben, több részjelentést követően a vizsgálat 50 esztendejének záró megfigyeléseit 2004-ben közzétették. E vizsgálat egyértelműen bizonyította a dohányzás összefüggését az alábbi elváltozásokkal:

- *daganatos betegségek* (tüdő-, nyelőcső-, szájüregi-, gyomor-, húgyhólyag-, vese-, és hasnyálmirigy rák, valamint a leukémia);
- *szív- és érrendszeri betegségek* (érelmeszesedés, aorta tágulat, szívizom elfajulás, koszorúér betegségek). A koszorúér betegségek előfordulása a dohányosoknál kétszer gyakoribb, mint a nem dohányzók esetében, de befolyással lehet az agyi erek és a perifériás artériák megbetegedéseire is. A kockázat különösen magas azoknál, akik a dohányzást fiatal korban kezdték el.
- *légzőrendszeri betegségek* (a légutak tartós beszűkülésével járó betegség, tüdőgyulladás, asztma);

- *gyomorfekély, csontritkulás, idegrendszeri betegségek (szklerózis multiplex, impotencia), súlyos ízületi kopás és gyulladás, szürkehályog, pszoriázis.* (Ember, 2013)

A dohányzásról való leszokás

A legújabb kutatások rávilágítottak arra, hogy bármilyen dohánytermék, még annak alacsony fogyasztási szintje mellett is, káros hatásokat eredményez. Azok, akik 35-44 éves koruk között szoktak le a dohányzásról, túlélésük azonos a soha nem dohányzókéval.

A dohányzás abbahagyásának előnyei nyilvánvalóak, ugyanakkor a leghatékonyabb stratégia, amivel ösztönözhető a dohányzó a leszokásra, nem egyértelműen megalapozott. Valószínűleg a dohányzási tilalom és a rágyújtás körülményeinek nehezítése jelentősen növelheti a motivációt.

A leszokás sikeressége alapvetően két tényezőtől függ. Az egyik az, hogy milyen erős a nikotinfüggőség, a másik pedig az, hogy milyen erős a leszokni vágyó egyén elhatározása, motivációja a leszokásra. Az elhatározás megerősítésére szolgálhat számos érv, mint az az alábbi felsorolásban olvasható:

- 20 perc múlva a vérnyomás és a pulzus normalizálódik, a vérkeringés javul;
- 8 óra múlva a szénmonoxid szint a vérben csökken, javul a fizikai közérzet;
- 48 óra múlva a vérből a szénmonoxid teljesen eltűnik;
- 2-3 nap múlva kevesebb nyák képződik a garatban, csökkennek a légzési panaszok, köhögés, krákogás;
- 5-7 nap múlva az ízlelés és szaglás javul, a lélegzet frissebb, a fogak tisztábbak és a személy energikusabbnak érzi magát;
- 2-3 hét múlva a megvonási tünetek megszűnnek és már több órára is képes megfelelni a személy a dohányzás csábításáról;
- 2-3 hét múlva a vérrögződés kockázata csökken;
- 4 hét múlva a köhögés és légzési problémák rendeződnek, kevesebb fáradtság, több energia, nagyobb ellenálló-képesség;
- 2-3 hónap múlva a légzésfunkciók öt százalékkal javulnak;
- 1 év múlva a szív- és érrendszeri betegségek kockázata felére csökken;
- 2-3 év múlva a súlyos tüdőgyulladás, légúti betegségek, influenza kockázata eléri a nem dohányzók kockázati szintjét;
- 5-10 év múlva a keringési betegségek és a vérrögződés kockázata megegyezik a nem dohányzókéval;

- 10 év múlva a tüdőrák kockázata felére csökken, 15-20 év múlva elérheti a nem dohányzók kockázatát. (<http://color.oefi.hu/hatas4.htm>)

3.2. Fizikai aktivitás

Fizikai aktivitás: Minden testmozgás, ami energia felhasználással jár. Magában foglalja a napi rutintevékenységeket is, mint a háztartási munkák, vásárlás, gyaloglás, kerékpározás, lépcsőzés stb.

Testmozgás: Tervezett és strukturált ismétlődő mozdulatok a fitnessz és az egészség javítása érdekében. Olyan tevékenységeket foglal magában, mint pl. tempós séta, kerékpározás, aerobik, tánc, aktív hobbi (kertészkedés, vagy versenysport).

Sport: Fizikai aktivitás, mely magában foglalja a szabályok szerinti strukturált versenykörülményeket. Sok európai országban a kifejezést használják az összes testmozgás és szabadidős fizikai aktivitásra.

Fizikai fitnessz: Olyan tulajdonságok sora, mint a kitartás, mobilitás és erő, melyek kapcsolódnak a fizikai aktivitás elvégzésének képességéhez.

(<http://www.eufic.org/article/en/page/BARCHIVE/expid/basics-physical-activity/>)

Mérsékelt intenzitású fizikai aktivitás: Relatív skálán egyénre szabottan általában 5 vagy 6-os fokozatot jelent egy 0-10 skálán.

Erőteljes intenzitású fizikai aktivitás: Az egyén személyes kapacitása alapján 7-8 egy 0-10 skálán.

Aerob tevékenység: Más néven állóképesség/kitartás aktivitás, javítja a szív teljesítőképességét, például: tempós séta, futás, kerékpározás, ugráló kötelezés, úszás.

(<http://www.cdc.gov/physicalactivity/everyone/glossary/index.html#mod-intensity>)

Fizikai aktivitás és inaktivitás statisztikai jellemzői

A testmozgás a preventív egészségmagatartási tényezők közé tartozik, azaz a rendszeres fizikai aktivitás csökkenti bizonyos betegségek bekövetkeztének kockázatát. A rendszeres fizikai aktivitás kedvező hatásai az egyénre vonatkoztatva jelennek meg a krónikus betegségek megelőzésében, a munkaképes napok magasabb számában, a hatékonyabb munkavégzésben, a munkában töltött aktív évek meghosszabbodásában, a jó közérzetben. A rendszeres fizikai aktivitás alatt semmiképp nem kell versenysportot érteni, hiszen igazolt,

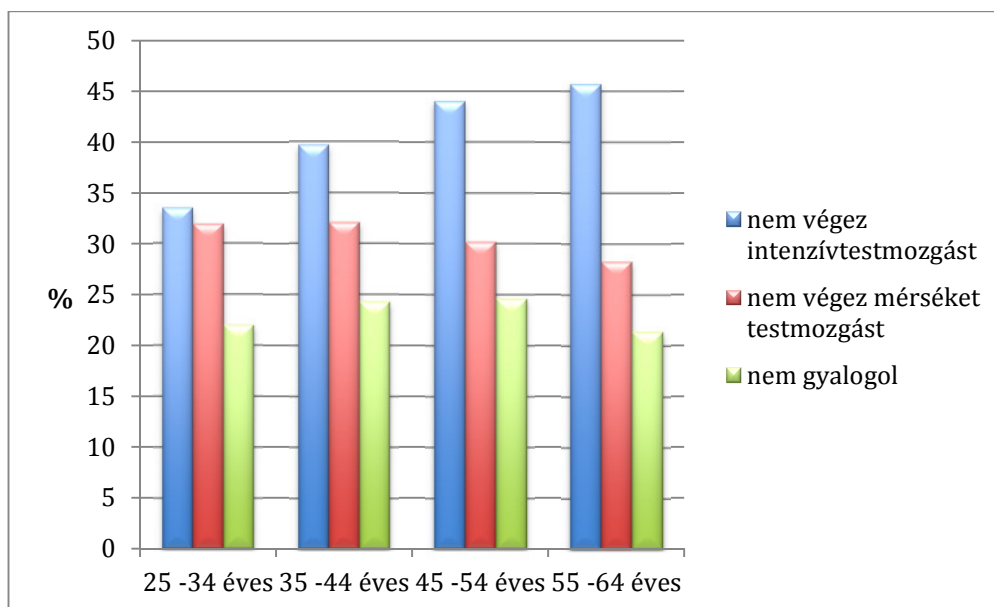
hogy a kedvező változások már mérsékelt intenzitású fizikai aktivitás révén elérhetők (például 30 perc gyaloglás, vagy 15 perc futás heti legalább öt alkalommal). (Jákó, 2012)

Mindezeket figyelembe véve, fel kívánjuk hívni a figyelmet arra, hogy a fizikai aktivitással kapcsolatos programok kialakítása messzemenőig javasolt a munkahelyi egészségfejlesztés terén. Ezek jelentős mértékben járulhatnak hozzá az egészségesebb munkaerő biztosításához úgy, hogy az életmód változtatásával a munkavállalók nagy részét érintő kóros állapotok, betegségek megelőzése válhat valószínűbbé.

A fizikai aktivitás fontossága ellenére a magyarországi helyzet rendkívül kedvezőtlen a felnőtt lakosság körében. Az ELEF kutatás adatai szerint a felnőtt lakosság fele (49,7%) egyáltalán nem végez intenzív testmozgást, harmada (33,4%) még mérsékelt testmozgást sem, ötöde (21%) pedig nem is gyalogol még napi tíz percen keresztül sem.

A férfiak körében az egyes életkori csoportokban is nagyon eltérő a fizikai aktivitás intenzitása. A 25-34 évesek egyharmada, de az 55-64 évesek már csaknem fele egyáltalán nem végez nagyobb intenzitással járó testmozgást. Mérsékelt fizikai aktivitást igénylő testmozgást soha nem teljesít a férfiak 30%-a, és minden ötödik férfire jellemző, hogy napi legalább 10 percet sem sétál. (17. ábra)

17. ábra: A férfiak testmozgását jellemző arányok az ELEF adatai alapján



Forrás: Saját szerkesztés

A fizikai aktivitás előnyei

A fizikai aktivitás megelőző és terápiás hatással van számos betegségre és állapotra.

Az aktív életmód és a legalább közepes mértékű aerob tevékenység *50%-kal csökkenti a szívbetegségből eredő halálozást*, vagy a súlyosabb állapot kialakulásának esélyét. A rendszeres séta, kerékpárral munkába járás, a heti legalább 4 órás vagy legalább 800 kcal szabadidő aktivitás bizonyítottan csökkenti a szív és érrendszeri betegségek kialakulásának kockázatát.

A bizonyítékok szerint az elégtelen fizikai aktivitás meghatározóbb az elhízás kialakulásában, mint a megnövekedett energia bevitel. A megfelelő fizikai aktivitás *50%-kal csökkenti az elhízás valószínűségét*. A testmozgás túlsúlyos vagy elhízott egyéneknél kismértékű súlyvesztést eredményez, mely alacsony kalória bevitellel tovább fokozódik, javítja a testösszetételét az izomszövet megtartása révén és növeli a zsírégetés mértékét.

A vizsgálatok szerint a fizikai aktivitás növelése akár *33-50%-kal csökkenti a 2. típusú diabetes kialakulásának kockázatát*. A séta, kerékpározás és aktív hobbi, mint kertészkedés is csökkenti a kockázatot, de a leghatékonyabb a közepesen élénk tevékenység.

A fizikai aktivitás legerősebb *védőhatása vastag- és végbéldaganatok esetében* mutatható ki, akár 40-50%-os kockázat csökkenéssel. Az aktív életmód támogatja a tüdőrák megelőzését akár 40%-al, a dohányzás és egyéb életmódi tényezők kontrollja után.

A főbb halálokok mellett kevesebb figyelmet kapnak a mozgás-szervrendszer elváltozásai, mint a derékfájás, csont- és ízületi gyulladás, csontritkulás, ugyanakkor ezek az időskori mozgáskorlátozottság és az emberi szenvedés fő okai. A testmozgás *hozzájárul az erősebb izomzat, inak, szalagok és a sűrűbb csontállomány kialakításához*. Javul a funkcionális kapacitás, mely lehetővé teszi a független, önálló életet időskorban, 25-50%-kal kisebb az esélye az öregkori mozgáskorlátozottság kialakulásának és 30-50%-kal csökken a csípő törés esélye. Az aktivitás csökkenti a fájdalmat, merevséget és a mozgáskorlátozottságot, növeli a mobilitást és az életminőség átlagos értékelését.

Az aktivitással 30%-kal csökken a magas-vérnyomás kialakulásának esélye, 50%-kal lassabb az aerob kapacitás csökkenése (amely a kor előre haladtával jelentkezik), és ami 10-20 év önálló élet nyereséget jelent. (WHO, 2004)

3.3. Táplálkozás

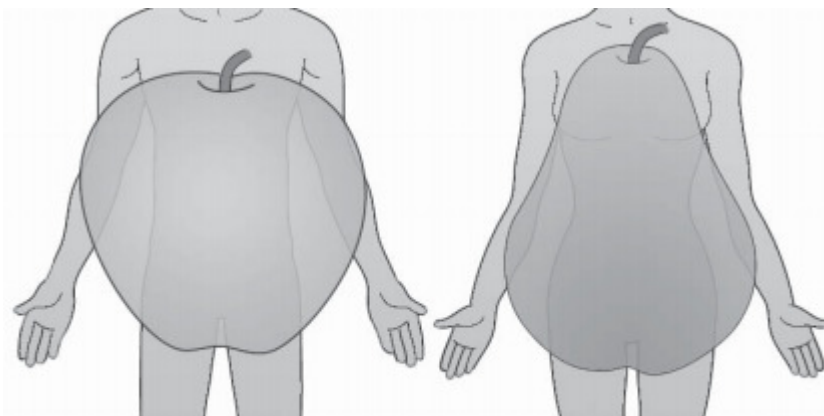
3.3.1. Túl súly, elhízás

A túlsúlyos, elhízás definíciója és mérése

A túlsúlyos állapot és a kövérség elsődleges megítélésére a *testtömeg index* (BMI=Body Mass Index) mérés alkalmas. Kiszámítása úgy történik, hogy a kilogrammban megadott testsúlyt elosztjuk a testmagasság méterben kifejezett négyzetével pl. egy 180 cm magas és 80 kg súlyú felnőtt esetében: $80/1,8 \times 1,8 = 24,96$. A mellékletben található 3. ábra segítségével számítás nélkül is leolvasható az értéke. A BMI alkalmas a túlsúlyos állapot, illetve a kövérség kategorizálására, továbbá a normál testtömeg indexhez viszonyított rizikótényezők meghatározására. A BMI besorolás: <18,5 – alultáplált, 18,5-24,9 – egészséges, 25-29,9 – túlsúlyos, >30 elhízott.

Önmagában a BMI azonban nem mutatja meg a zsíreloszlást, tehát egy nagyobb izomtömeggel rendelkező sportolónak lehet 30 feletti a BMI-je. Felmérések alapján a BMI-vel szemben a haskörfogat mértéke függ igazán össze az érlelmeszesedéssel, illetve bármely érbetegség kialakulásának veszélyével. Ennek alapján megkülönböztetjük az alma és a körte típusú elhízást. A felsőtest (alma típus) elhízása esetében a bőr alatti és a hasi zsírszövet szaporodik fel, ez a típus gyakrabban fordul elő férfiaknál, a körte típus pedig nőknél. A férfiaknál 102 cm, nőknél a 88 cm feletti haskörfogat esetén beszélünk kóros hasi elhízásról.

18. ábra: Az alma és a körte típusú elhízás



Forrás: Pados, Audikovszky: Tudatos fogyás SpringMed Kiadó 2008

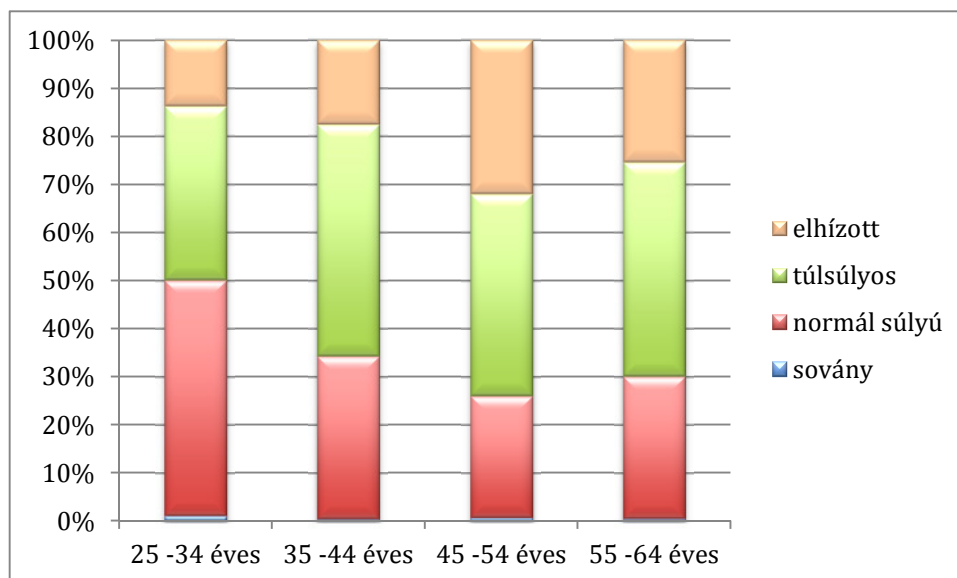
Táplálkozási szokások főbb jellemzői

Az átlagosnál magasabb testsúly kiemelkedő egészségi kockázati tényező. Az ELEF vizsgálat eredményei szerint a 15 év feletti lakosság több mint felének (53,7%) a kívánatosnál

magasabb a testsúlya, minden ötödik felnőtt pedig egyenesen elhízott. Az önbevalláson alapuló értékek szerint a nők körében valamivel kevesebb az elhízottak, illetve a túlsúlyosak aránya, mindkét kategóriában a férfiak vezetnek.

A korcsoportos vizsgálatok alapján jól látható, hogy a férfiak elhízása viszonylag fiatal életkorban kezdődik. A 25–34 évesek körében a normál testsúlyúak aránya még 50%, de 35 éves kor után ez az arány minden korcsoportban alacsonyabb: a 35-44 éves férfiak közt már csak minden harmadik férfi normál testsúlyú, a 45-54 évesek között pedig csak minden negyedik. A túlsúlyos férfiak aránya 35 éves kor fölött 40-50%, az elhízottaké pedig 20-35% között mozog. *A testtömeg index adatai egyértelműen bizonyítják, hogy a férfiaknak közel 60%-a kockáztatja az egészségét a túlsúly miatt, így a férfiak egészségvédelme érdekében talán a legsürgetőbb feladat lenne ezen változtatni.* (19. ábra)

19. ábra: A férfi népesség megoszlása a testtömeg index alapján



Forrás: saját szerkesztés

Az előző egészségfelmérések (OLEF2000, OLEF2003) adataival való összevetés azt mutatja, hogy a férfiak körében a fiataloknál nem figyelhető meg lényeges változás 2000 óta, ugyanakkor a középkorúaknál és az időseknél egyaránt nőtt a túlsúlyosak és elhízottak együttes aránya.

3.3.2. Magas koleszterin (lipid) szint

A vérszírok a táplálékból kerülnek a szervezetünkbe, de a szervezetünk maga is képes lipideket (pl. koleszterint) előállítani. Ezek az anyagok szervezetünk építőkövei és egyben

energia raktározói. Amennyiben túl sok van belőlük, zsíros lerakódáshoz (ateroszklerózishoz) vezet, mely a szív- és érrendszeri betegségek kialakulásának első lépcsője. A gyakorlatban a vérvizsgálat során a koleszterinszintet (azon belül összkoleszterin szintet, a káros LDL és a jó hatású HDL koleszterint) valamint a triglicerid szintet határozzuk meg.

A kóros (magas) triglicerid szint elsősorban a férfiakra jellemző. Kiváltó tényező: a túlsúly, fizikai inaktivitás, dohányzás, fokozott alkoholfogyasztás, magas cukortartalmú táplálkozás, betegségek (pl. cukorbetegség, vesebetegség) és bizonyos gyógyszerek. A magas koleszterinszint lehet családi vonás, de leggyakrabban a helytelen táplálkozáshoz és a fizikai inaktivitáshoz köthető. A magas vérzsírszint ritkán okoz tüneteket, észrevétlenül rakódik le az erek falára.

1. tábla: A normális és a kóros lipidszintek

NORMÁLIS- ÉS KÓROS LIPID SZINTEK	
Össz-koleszterin	<5,2 mmol/l kívánatos
	5,2-6,2 mmol/l határérték
	>6,2 mmol/l magas
HDL koleszterin	férfiaknál 1 mmol/l alatt kóros
LDL koleszterin	<2,6 mmol/l optimális
	2,6-3,3 mmol/l normális
	3,3-4,1 mmol/l határérték
	4,1-4,9 mmol/l magas
	>4,9 mmol/l nagyon magas
Triglicerid	<1,7 mmol/l normális
	1,7-2,2 mmol/l határérték
	2,2-5,6 mmol/l magas
	>5,6 mmol/l nagyon magas

Forrás: Döbrössy, 2010

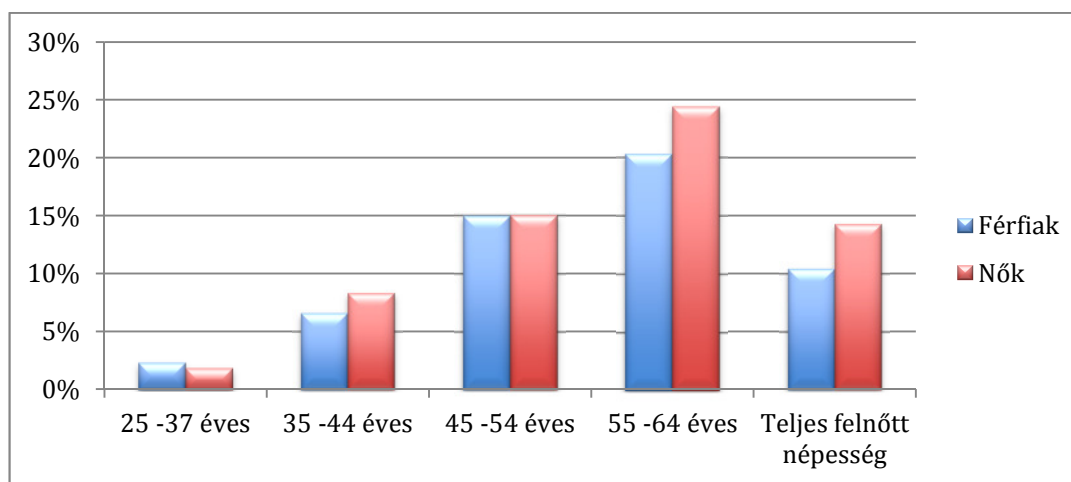
Magas koleszterin (vérzsír) szint epidemiológiája

A háziorvosi ellátórendszer adatai alapján az orvoshoz forduló férfiak 66%-ánál, illetve nők 69%-ánál a teljes koleszterin-érték esetében magas adatot mértek.

A koleszterin és a triglicerid szérum szintjeinek emelkedése jelentős szerepet játszik a szív- és érrendszeri betegségek kialakulásában és e betegségek okozta halálozásban. A koleszterinszint csökkentése mind az elsődleges, mind a másodlagos megelőzés révén nagymértékben csökkenti a teljes, valamint a szív- és érrendszeri halálozást is. Az ELEF 2009

felmérés szerint a férfiak 10, a nők 14%-ának magas a koleszterinszintje. A betegek 68%-a koleszterinszint-csökkentő gyógyszereket is szed, 54%-uk pedig koleszterindiétával próbálja kezelni problémáját. A diéta és a gyógyszereszedés természetesen nem zárja ki egymást, sőt az érintettek a legtöbb esetben mindkettőt alkalmazzák. A 35-44 éves férfiak 7%-a, a 45-54 évesek közt már 15%-a beteg. 55 éves kor fölött, ahol a legnagyobb a morbiditás, a férfiak egyötöde tudatában van magas koleszterinszintjének. (20. ábra)

20. ábra: A magas koleszterinszint előfordulása a 25-64 éves korosztályban az ELEF 2009 vizsgálatban



Forrás: Saját szerkesztés

A megelőzés terén a lakosság 65%-a volt koleszterinszint-mérésen élete során, ebből közel 70%-os arányban vannak azok, akik egy éven belül. A nők részvételi aránya néhány százalékkal magasabb, mint a férfiaké. A koleszterinszint mérés aránya az általunk vizsgált férficsoportokban a 35-44 évesek között 36%, a 45-54 évesek között 49%, az 55-64 évesek között 62%.

3.4. Alkohol- és drogfogyasztás

Az alkohol és drogfogyasztás fő jellemzői

A túlzott alkoholfogyasztás a dohányzás mellett a másik kiemelkedő fontosságú, az egészségre káros hatást kifejtő egészségmagatartási tényező. A nagyívás jelentősen növeli egyes betegségek (például májcirrózis, stroke, daganatos megbetegedések, születési rendellenességek) gyakoriságát és a korai halálozások számát. A mértékletes ivás ugyanakkor csökkentheti a szív- és érrendszeri betegségek kialakulásának kockázatát az absztinensekhez

és a nagyivókhöz viszonyítva. Különösen tragikus adat, hogy az utóbbi három évtizedben megtízszereződött az alkoholos májzsugorban elhunytak száma.

Annak ellenére, hogy az alkoholfogyasztási szokások ismerete fontos népegészségügyi kérdés, az elmúlt évtizedekben nehezen megbecsülhető, hogy az alkoholfogyasztás és az alkoholfogyasztás okozta problémák gyakorisága, súlyossága erősödött-e vagy gyengült. A rendelkezésre álló statisztikai adatok alapján megállapíthatjuk, hogy az egy főre jutó alkoholfogyasztás a nyolcvanas évek közepétől csökkent, a kilencvenes évek óta pedig stagnált, de a májzsugorban meghaltak száma az ezredfordulóig jelentősen nőtt. Továbbra is kérdés marad azonban, hogy az elfogyasztott alkohol mennyiségének csökkenése eredményez-e majd számottevő változást az elkövetkező években, vagy a mortalitásban jelentkező következmények hosszabb távon változatlanok maradnak.

Az alkoholfogyasztás mérése során gyakran kell szembenéznünk azzal a problémával, hogy egyesek jelentősen kevesebb, mások jelentősen több mennyiséget mondanak, mint amennyit ténylegesen elfogyasztanak. Azt azonban biztosan állíthatjuk, hogy Magyarországon általánosan elfogadott az alkoholfogyasztás minden formája, csaknem minden életkorban és mindkét nemre tekintve.

Az ELEF kutatás önbevalláson alapuló adatai szerint a felnőtt lakosság 4,6%-a tartozik a nagyivók¹ közé (a nők közül csupán minden századik, a férfiak közül viszont minden tizenkettedik). A férfiak csaknem negyede állította magáról minden korcsoportban, hogy egyáltalán nem fogyaszt alkoholos italokat. A nagyivók legmagasabb arányban (13,6%) az 55-64 éves férfiak, de 35 éves kor felett mindegyik életkori csoportban 10% körüli ez az arány. Az adatok azt is bizonyítják, hogy az életkor előre haladtával a férfiak egyre nagyobb

¹ Nagyivónak nevezték azokat a nőket, akik a kérdézt megelőző héten összesen több mint 7, illetve azokat a férfiakat, akik több mint 14 egységnyi alkoholt fogyasztottak (a nők esetében az eltérő fiziológiai sajátosságok miatt kell kisebb határértékeket figyelembe venni). Egy ital/alkoholegység egy korsó sörnek, 2 dl bornak vagy 0,5 cl röviditalnak felel meg, azaz 1 dl sör 0,2 itálnak, 1 dl bor 0,5 itálnak és 1 cl rövidital 0,2 itálnak számít.

A szakirodalomban „binge drinking”-nek nevezett jelenség (egy alkalommal nagy mennyiségű alkohol fogyasztása) kiemelkedő jelentősége miatt nagyivónak neveztük azokat is, akik egy alkalommal 6 vagy több italt fogyasztanak.

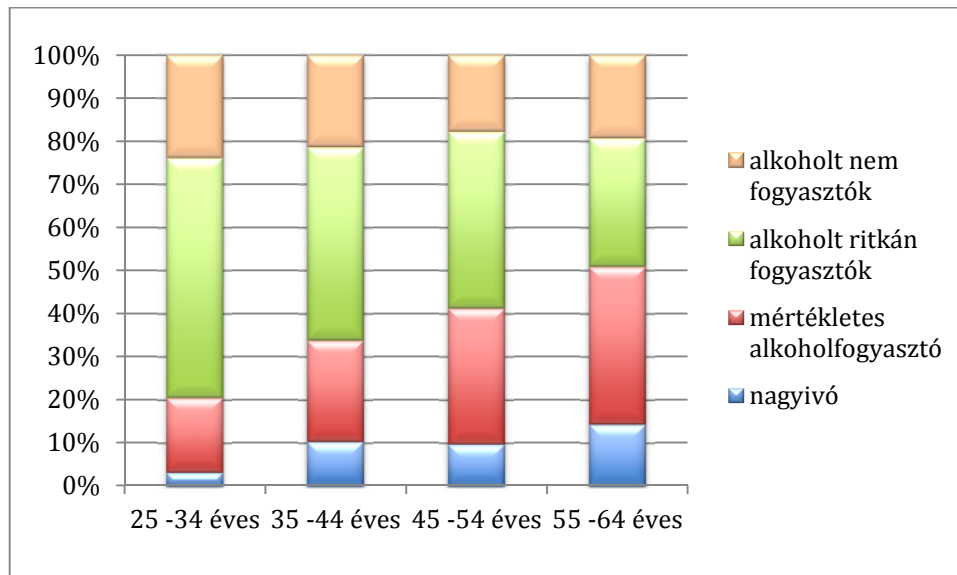
Mértékletes alkoholfogyasztóknak tekintették az ELEF kutatásban azokat, akik legalább heti gyakorisággal fogyasztottak alkoholt, de nem minősültek nagyivónak.

Alkoholt ritkán fogyasztóknak nevezték azokat, akik szoktak szeszes italt fogyasztani, de hetinél ritkább gyakorisággal.

Alkoholt nem fogyasztóknak neveztük azokat, akik saját bevallásuk szerint egyáltalán nem szoktak alkoholtartalmú italokat inni.

mennyiségű alkoholt isznak, egyre kisebb arányú a ritkán fogyasztók csoportja és ezzel párhuzamosan nő a mértékletes fogyasztók aránya. (21. ábra)

21. ábra: A férfiak alkoholfogyasztási szokásai az ELEF kutatás eredményei alapján



Forrás: Saját szerkesztés

3.5. Mentális problémák

A mentális problémák epidemiológiája

A testi panaszok, betegségek mellett az emberek életében egyre nagyobb súlyt kap a mentális egészség fenntartása. Magyarországon nemzetközi jelentőségű kutatások folynak évtizedek óta – elsősorban Kopp Mária irányításával – a magyar lelki állapot széleskörű megismerésére. Ezen kutatások egyértelműen jelezték, hogy különösen a nők, de egyre erőteljesebben a férfiak körében is megjelennek a szorongásos panaszok, a depressziós tünetek. Mindezekre azért érdemes jelentős figyelmet fordítani, mert ezek a problémák nem organikus eredetűek, hanem szinte kizárólag a társadalmi élet beilleszkedési, alkalmazkodási zavaraiából keletkeznek. (Tistyán, 2012)

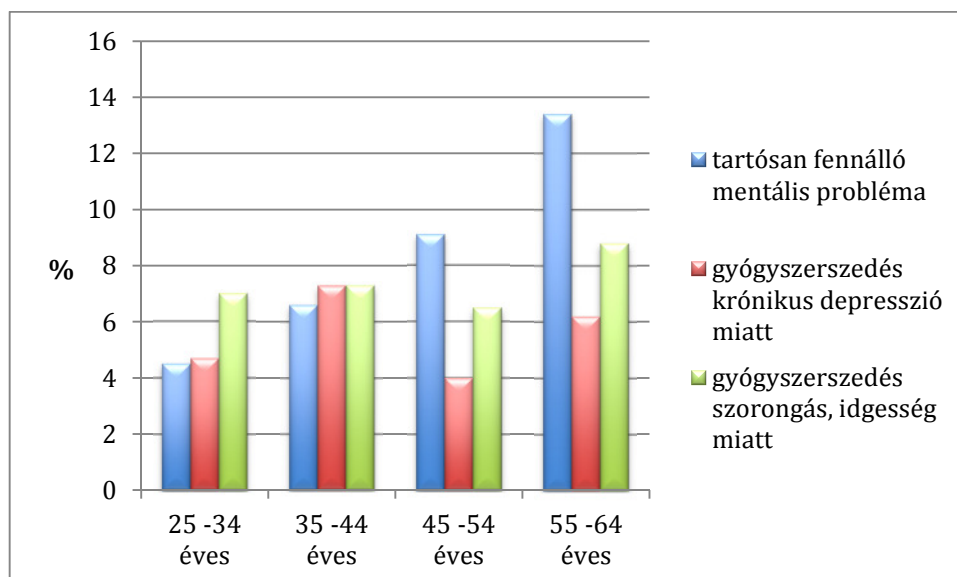
Az ELEF kutatás adatai alapján megállapítható, hogy krónikus szorongásos tünetekről a megkérdezettek 18%-a számolt be, a nők kétszer nagyobb hányadban, mint a férfiak. A hétköznapi életben a szorongás nagyon gyakran valamilyen stressz-állapot tüneteént jelenik meg (munkahelyi, párkapcsolati stb. stressz), és a betegek elsősorban a stressz fiziológiai

tünetei miatt keresik fel a háziorvost, vagy pedig azért, hogy valamilyen nyugtatót írassanak fel vele (Purebl 2003).

A depresszió a lakosság 6%-át érintette, a mentális problémák 3%-ánál jelentkeztek. Az előfordulási gyakoriság mindkét kórképnél nagyobb a nőknél, mint a férfiaknál. Krónikus depresszióról panaszkodik a megkérdezettek 6%-a, egyéb mentális betegség több mint 3%-ban fordul elő. Ugyanennyi az elemzett betegségek miatt gyógyszeres kezelésben részesülők aránya is, ez összesen megközelíti a 10%-ot, ami figyelmeztet arra, hogy a mentális zavarok is a gyakoribb betegségek közé tartoznak. Figyelemre méltó ezen kívül, hogy 6% körüli a rendszeresen altatót szedők aránya, ami feszültségre, nyugtalanságra, szorongásra és stresszre utal. A megkérdezettek 20%-a jelezte, hogy sokat idegeskedik, és gyakran érzi magát kimerültnek, folytonos fáradtságra pedig egyharmaduk panaszkodott.

A kutatás eredményeiből határozott trendként látszik, hogy az életkor előre haladtával jelentős mértékben nő a tartósan fennálló mentális problémák száma a férfiak körében is, az előfordulási arány háromszor nagyobb 55-64 éves korban, mint 24-34 éves korban a férfiak körében. Ezzel párhuzamosan azonban nem nő az orvosi ellátás gyakorisága, sőt a 45-54 éves korosztályban csökken is. (22. ábra)

22. ábra: A tartósan fennálló mentális problémák előfordulási aránya és az ezekkel kapcsolatos gyógyszeres kezelés gyakorisága az ELEF kutatás alapján



Forrás: Saját szerkesztés

4. Munkahelyi egészségfejlesztés, betegség megelőzés gyakorlata

4.1. Alapfogalmak

Az *egészségmegőrzés* az egészséget elősegítő életmód, és az ezt ösztönző társadalmi, gazdasági, környezeti és kulturális tényezők támogatását öleli fel. (WHO, 1986)

Az *egészségfejlesztés* olyan folyamat, amely képessé teszi az embereket arra, hogy fokozzák kontrolljukat egészségük felett, illetve javítsák azt. A jóllét állapotának elérése érdekében az egyén vagy csoport legyen képes azonosítani és megvalósítani célkitűzéseit, kielégíteni szükségleteit és / vagy megváltoztatni környezetét, vagy megküzdeni azzal. (WHO, 1986)

A *munkahelyi egészségfejlesztés* a munkáltatók, a munkavállalók és a társadalom közös erőfeszítése, amelynek célja az emberek egészségének és jólétének javítása a munkahelyen. Ez a következők együttes alkalmazásával érhető el: a munkaszervezés és a munkakörnyezet javítása, a munkavállalók egészséges tevékenységekben való részvételének támogatása, az egészséges döntések lehetővé tétele, valamint a személyes fejlődés ösztönzése. (https://osha.europa.eu/hu/publications/factsheets/hu_93.pdf)

Az *elsődleges megelőzés* célja a betegség kialakulásához vezető folyamatok megindulásának megelőzése oly módon, hogy célszerű cselekvéssel kiküszöböljük a veszélyeztető kockázati tényezők érvényesülését, ezáltal előzzük meg a betegség kialakulását.

Az életmóddal összefüggő rizikótényezők jelentik a legnagyobb kockázatot az egészségre, ezért az elsődleges megelőzés célpontját is. Az „*életmódot*” a betegség keletkezése és megelőzése összefüggésében úgy határozzák meg, mint „az egészségre befolyással lévő döntések halmaza, melyre az egyénnek több-kevesebb befolyása van”.

Az alábbi lehetőségek segítik a munkahelyi vezetést olyan értékelési szempontokkal, melyek kiindulási adatokat szolgáltatnak a munkahelyi egészségfejlesztési gyakorlat tervezését, megvalósítását és értékelését. (Döbrössy, 2004)

4.2. A pozitív magatartást támogató munkahelyi környezet kialakítása

Egészségi kockázatelemzés

Az *egészségi kockázatértékelés* szisztematikus információgyűjtés az alkalmazottak egészségi kockázati faktorairól, melyek lehetővé teszik azok összekapcsolását az egészség elősegítésére, a funkció fenntartására és/vagy betegség megelőzésére irányuló beavatkozásokkal. A felmérés

általában irányul: a demográfiai jellemzőkre (nem, kor), életmódra (dohányzás, alkoholfogyasztás, testmozgás, táplálkozás), személyes és családi kórtörténetre, bizonyos esetekben élettani adatokra (koleszterinszint, magasság, testsúly, vérnyomás). A kollektív rizikófaktorok értékelése segíti az *egészségfejlesztési program célok meghatározását*, gyakran korlátozott erőforrások mellett is. A programok irányulhatnak azokra a módosítható kockázati tényezőkre, amelyek a legjelentősebbek a munkavállalók körében. A kockázatelemzés felhasználható arra, hogy *oktatás* segítségével felhívja a munkavállalók figyelmét az egészség kockázatok csökkentésének lehetőségére, hogy megfelelő életmódbeli változtatásokkal saját maga vagy a munkahelyi egészségfejlesztő program és a tanácsadási szolgálat támogatásával kedvezően befolyásolja azt.

http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpao/hwi/programdesign/health_risk_appraisals.htm

A munkavállalók igényeinek és érdekeinek felmérése

A felmérés segítséget nyújt annak megismerésében, hogy milyen wellness programok érdeklik a dolgozókat, mivel kapcsolatban szeretnének információkat kapni (szívbetegség, daganatok, koleszterinszint, stb.), milyen valószínűséggel vennének részt munkahelyi programokon vagy szolgáltatásokon (szűrések, dohányzás leszoktató program, stressz menedzsment, oltási kampány, önsegítés stb.). A felmérésben a dolgozók értékelik fizikai aktivitás szintjüket, és esetleg munkahelyi tevékenységüket is. A felméréshez segítséget nyújthat az alábbi linken angol nyelven elérhető kérdőív.

http://www.welcoa.org/freeresources/pdf/ni_survey.pdf

Környezeti feltételek felmérése

A fizikai környezetnek a felmérését foglalja magában a környezeti feltételek felmérése, mely biztosítja a dolgozók számára az egészséges magatartás fenntartását/gyakorlását, vagy gátolja az egészségtelen viselkedést pl. a dohányzást. A környezeti felülvizsgálat eszközét természetesen igényeinek megfelelően alakíthatja, és vizsgálhatja az adott munkahely egészségfejlesztő programjait és adottságait az új lehetőségek és fejlesztés szempontjából is. További részletek az alábbiakban találhatók.

http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpao/hwi/programdesign/environmental_audits.htm,

<http://www-rohan.sdsu.edu/faculty/sallis/chew82595.pdf>

Kommunikáció, informálás

A munkáltató forrásként szolgál az alkalmazottak számára a fizikai aktivitás, táplálkozás és további, az egészséges életmódhoz kapcsolódó faktor előnyeiről, lehetőségeiről. Információt adhat továbbá azokról a programokról, sportolási lehetőségekről, melyek rendelkezésre állnak a dolgozók számára. Főszabály, hogy az információt a legtöbb felnőttnek legalább háromszor, ideális esetben három különböző módon kell eljuttatni. Az információk megosztása mellett, kérjen visszajelzést az alkalmazottaktól. A folyamatos kommunikáció segítséget nyújt ahhoz, hogy a program megfeleljen az igényeknek és érdekeknek mely fenntartható programot eredményez.

Például: Gwinett Medical Centerben 4500-an dolgoznak több műszakban és nem mindenki érhető el interneten. Az alkalmazott módszerek: e-mail, weboldal, szórólapok, a legfontosabb forrás pedig az ún. „egészség követek”. Minden osztályon volt egy dolgozó, aki egyben a wellness csapatban is dolgozott, és akik közvetítették az információkat a munkatársaknak és szükség szerint további információval szolgáltak a lehetőségekről. Nem mindenki vett részt a programokon, de biztos, hogy nem azért, mert nem volt róla információja.
(http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpao/hwi/downloads/Steps2Wellness_step3.pdf)

Egyéni célmeghatározás

Az egyéni célmeghatározás révén a munkavállalók alapvető egészséggel kapcsolatos oktatást és eszközöket kapnak, melyek segítik őket a fizikai aktivitással, a táplálkozással és az általános wellness-szel kapcsolatos egészséges és megalapozott döntéseikben. Ez a folyamat magában foglal egy képzési sorozatot belső (foglalkozás egészségügyi orvos, ápoló) vagy külső (helyi egészségügyi hivatal egészségfejlesztési osztályának munkatársai, edzők stb.) szakemberek közreműködésével. A képzés az ún. SMART célokra fókuszál - *konkrét (specific), mérhető (measurable), elérhető (achivable), reális (realistic) és idő orientált (time-oriented) = SMART*, - annak érdekében, hogy a résztvevők megtalálják a számukra megfelelő lehetőségeket. A program értékeléseként (pl. 1 év múlva) a résztvevők megoszthatják sikereiket, gondjaikat egymással és a nagyobb munkahelyi közösséggel is.

http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpao/hwi/downloads/Steps2Wellness_Step4_Track1.pdf

2. tábla: A helyes egészségmagatartási gyakorlat kialakításának lehetőségei

PROBLÉMA	CÉL	LEHETŐSÉGEK
FIZIKAI INAKTIVITÁS	150 perc mérsékelt intenzitású, vagy 75 perc élénk intenzitású testmozgás hetente hetente kétszer a főbb izomcsoportokra irányuló erősítés	együttműködés a helyi sport központokkal
		„lépcsóházak az egészségért” program
		alternatív közlekedési módok támogatása
		gyaloglás/tempós séta
		aktív szünet
EGÉSZSÉGTÉ-LEN TÁPLÁLKOZÁS	BMI <25 kg/m ² haskörfogat <94 cm koleszterinszint <5,2 mmol/l vérnyomás 130/85 Hgmm	figyelemfelkeltés/oktatás
		készségfejlesztés
		ételek/élelmiszerek címkézése
		környezeti feltételek biztosítása
		hozzáférés támogatása
		irányelvek kidolgozása
DOHÁNYZÁS	Füstmentes munkahely a dohányzók leszoknak a dohányzásról	dohányzás tilalom
		segítés a leszokásban

Forrás: saját szerkesztés

4.3. A rendszeres fizikai aktivitás gyakorlatának elősegítése

A fizikai aktivitás ajánlott mértéke

Annak érdekében, hogy a szív- és érrendszer, a légző-rendszer optimális működését, az izmok állóképességét, a csontok egészségét fenntartsuk és javítsuk, valamint csökkentjük a nem fertőző betegségek és a depresszió kockázatát a következő célok javasoltak:

- A 18-64 éves korosztálynak ajánlott, legalább 150 perc mérsékelt intenzitású aerob testmozgást hetente (0-10 skálán 5-6 fokozatú) vagy legalább 75 perc élénk intenzitású aerob testmozgást (0-10 skálán 7-8 fokozatú), vagy azzal egyenértékű kombinációja a mérsékelt és erőteljes intenzitású tevékenységnek.
- Aerob aktivitást egyszerre legalább 10 percig kell fenntartani alkalmanként.
- További egészségügyi előnyök érdekében ajánlott a mérsékelt intenzitású aerob testmozgást heti 300 percre, illetve az élénk intenzitású aerob testmozgás 150 percre növelése, vagy azzal egyenértékű kombinációja a mérsékelt és erőteljes intenzitású tevékenységnek.

- Izomerősítést a nagy izomcsoportokat érintve ajánlott hetente 2 vagy több napon.

(http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf?ua=1)

„Mindenki számára egy kevés aktivitás is jobb, mint a semmi. A fizikai aktivitás szinte mindenki számára biztonságos és az egészségi előnyei messze felülmúlják a kockázatot.”
(2008 Physical activity Guide for America) A fizikai aktivitás eredményeképpen csökken a munkahelyi hiányzás és az egészségügyi ellátás költségei.

A vállalati gyakorlat és környezet áttekintése

A fentiekben már bemutatott értékelési szempontokat további információkkal egészítjük ki a fizikai aktivitásra fókuszálva:

- öltözők, zuhanyozók, szekrények megléte, melyek segíthetik az alternatív közlekedési módok igénybevételét pl. futást, kerékpározást, gyaloglást és ösztönözhetik az ebédszünetben történő fizikai aktivitást is. Ha nem állnak rendelkezésre ezek a feltételek, a közeli fitness központ lehetőségeit is igénybe lehet venni.
- kerékpár állványok telepítése a főbejárat közelében, jól megvilágított helyen ösztönözhetik a dolgozókat arra, hogy kerékpárral járjanak dolgozni.
- használhatóak-e a lépcsőházak? (lásd később)
- fizikai aktivitás számára rendelkezésre álló létesítmény megléte, mely a rendelkezésre álló erőforrásoktól függően bármilyen hely lehet, egy nem használt konferenciateremben szőnyeg, néhány eszköztől a teljesen felszerelt fitness helyiségig. Amennyiben nem áll rendelkezésre külön helyiség, használják kreatív módon a hosszú folyosókat, előtereket, fedett parkolókat, melyek lehetőséget adhatnak pl. a sétára adott esetben.

Az ötletek komplexek, ugyanakkor sok esetben könnyen megvalósíthatóak. Fontos, hogy az alkalmazottak növeljék a fizikai aktivitási szintjüket a több lehetőség révén és aktívak legyenek a nap folyamán.

Együttműködés a helyi sportközponttal

A vállalat kedvezményes használatot biztosíthat a helyi sportközponttal a dolgozóknak és esetleg azok családtagjainak. Ezáltal a dolgozóknak lehetőségük van olcsóbban igénybe venni a szolgáltatásokat, növelve azzal a munkahelyen kívüli fizikai aktivitásukat. A vállalat nagyságától függően pl. garantálhatja bizonyos számú dolgozó regisztrációját, ami lehetőséget adhat a csoportos kedvezmény igénybevételére. Ha ez nem lehetséges, akkor támogathatja a kedvezményes használatot. Akár jutalmazhatják is a rendszeres használókat pl.

évi 50 látogatás és éves díj 50%-ának fedezésével. A munkavállalói juttatásoknak is jelentős része lehet a fizikai aktivitás támogatása.



Például: Microsoft, Nintendo, and Honeywell cégek is biztosítottak alkalmazottaiknak sport klub-tagságot

„Lépcsőházak az egészségért”

A nyitott és biztonságos lépcsőházak könnyebb és vonzóbb hozzáférhetőséggel, egyszerű marketingtervvel ösztönözhetik a dolgozókat a lépcsőházak használatára. A lift helyett a lépcsők használata révén – bár nem számít bele a 10 perces mérsékelt intenzitású fizikai aktivitásba – támogatja a rendszeres fizikai aktivitással kapcsolatos szokások módosítását. Az oka, hogy az alkalmazottak nem használják a lépcsőházat, az, hogy nem elég vonzó vagy biztonságos, vagy éppen csupán megszokták a liftet. A lépcsők jelenlegi állapotától függően néhány intézkedés lehet szükséges:

- ellenőrizze a lépcső biztonságos állapotát (pl. csúszásgátló felhelyezése), elegendő fény biztosítása;
- a falak vonzóbbá tehetők: színesre festve, elhelyezhetők képek, lehet valami téma szerint a festés pl. Hawaii strand, trópusi esőerdő, vagy a Mount Everest, mely csúcsa a legfelső emeleten lesz, kihívásként;
- motivációs üzenetek felhelyezése, melyekről bővebb információt az alábbi honlapon bővebb információt talál:
http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpao/hwi/toolkits/stairwell/motivational_signs.htm;
- egy szép vers, vagy szöveg minden emeleten, mely a legfelső szinttel válik teljessé;
- lábnyomok vezessenek a lifttől a lépcsőig;
- hozzon létre „fitness zónát”, az ajtóra tegyen számokat, hogy a használók tudják egyértelműen, melyik szinten vannak;
- a legalsó szinten kezdve számozza meg a lépcsőfokokat, hogy a használók lássák a fejlődésüket;

- lehet emeletenként írható falrész, amit a használók aláírhatnak;
- megfontolható a zene lehetősége.

23. ábra: Lépcsőház átalakítás előtt és után



Forrás: <http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpao/hwi/toolkits/stairwell/example.htm>

A lépcsőház megnyitását kötheti egy eseményhez. Nyomon követhetik, hogy hányan veszik igénybe a lépcsőházat, és az első három helyezett díjat kap. Ha erre nincs lehetőség, akkor lehet az a jutalom, hogy a győztesek választanak zenét (pl. a következő hétre, hónapra) vagy alkotást, amit látni szeretnének a lépcsőházban.

A program értékelésének hatékony módja a lépcsőház használata, mely több módon ellenőrizhető (direkt megfigyelés, infra érzékelő, de a jövőben alkalmazható SmartMat is, mely egy olyan ipari szőnyeg, ami rögzíti az ellenőrzött területen áthaladókat, vagy az Automated Image Monitoring System, mely a fizikai aktivitás különböző helyszínein – utak, lépcsőházak stb. – környezeti feltételek mellett észleli a mozgó egyéneket, csoportokat, de nem azonosítja be azokat.

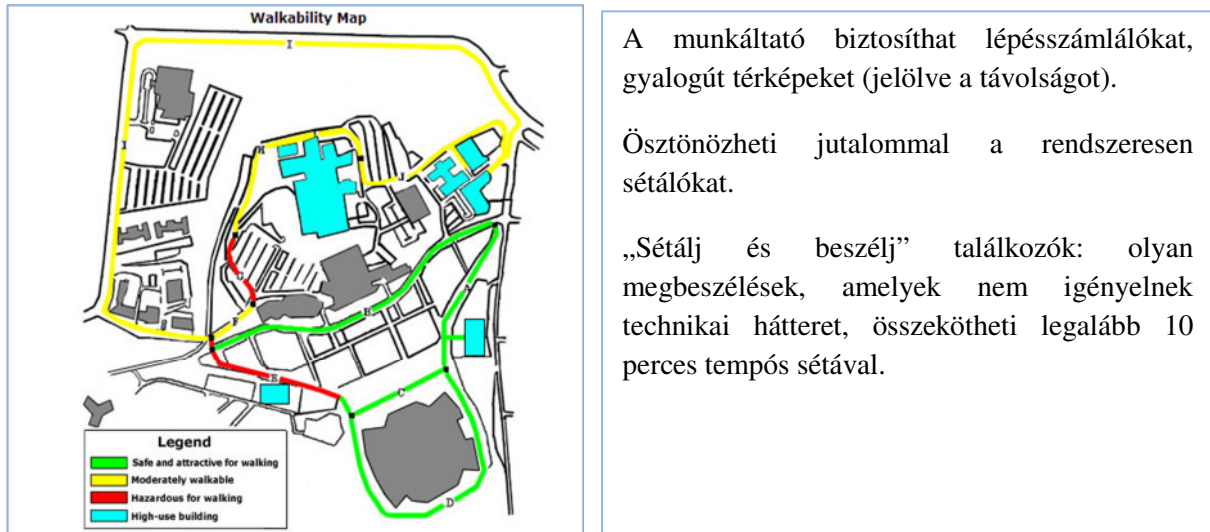
A programmal növelhető az önbizalom a motiváció, a tájékozottság a fizikai aktivitás egészségi előnyeiről, és a környezettudatosság.

Például: A seattle-i Starbucks központ lépcsőházait vonzó formatervezéssel tették hívogatóvá a dolgozók számára, hogy ösztönözzék a lépcsőhasználatot. A Centers for Disease Control és Prevention (CDC) ajánlásával - új szőnyeg, festés és hozzá műalkotások, a falakon lógó motivációs jelek, és a zene - a lépcső használat 8,9%-kal emelkedett.(Nutrition and Physical Activity Guide, 2005)

Gyaloglás támogatása

Sétálási, gyaloglási lehetőség biztosítható az épületek közötti, körüli, melletti járdák használatával. Az alkalmazottakat ösztönözni lehet arra, hogy csatlakozzanak egy csapathoz, vagy sétáljanak közvetlen munkatársaikkal, találják meg „sétáló barátjukat”. Az alkalmazottakat a rendszeres séta további fizikai aktivitás végzésére ösztönzi.

24. ábra: Térkép a gyaloglási útvonalokról



A munkáltató biztosíthat lépésszámlálót, gyalogút térképeket (jelölve a távolságot).

Ösztönözheti jutalommal a rendszeresen sétálókat.

„Sétálj és beszélj” találkozók: olyan megbeszélések, amelyek nem igényelnek technikai háttérrel, összekötheti legalább 10 perces tempós sétával.

Forrás: http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpao/hwi/toolkits/walkability/sample_audit.htm

A program értékeléseként kérjen formális és informális visszajelzést (hely, távolság, komfort, biztonság).

Aktív szünet

A nem elégséges fizikai aktivitás hátterében legtöbbször az időhiány áll. Az aktív szünet az egyik lehetőség a munkaidő alatti fizikai aktivitásra. Különösen fontos lehet olyan munkahelyeken, ahol a dolgozók ülőmunkát vagy egyéb statikus munkát végeznek. Az aktív szünet többféle módon igazítható a munkakörnyezethez. A fent jelzett lehetőségeken kívül megfontolhatóak az alábbiak is:

- 10 perc tempós séta az ebéd- vagy kávészünetben;
- nyomtasson a munkaterületétől távolabb eső nyomtatóval – akár másik emeleten;
- parkoljon távolabbi parkolóban és gyalog tegyen meg kisebb távolságokat;
- ha tömegközlekedéssel közlekedik, szálljon le egy megállóval korábban;
- kezdje a találkozót/megbeszélést nyújtással vagy gyakorlatokkal, vagy tegye azt hosszabb ülések szüneteiben;

- ebédszünetben sétáljon kollégáival 10-15 percet, sétáljon a kávészünetben (csökkenti a gyakran délután jelentkező visszaesést, kitisztul a feje - a fizikai aktivitás ajánlások is támogatják) - tempósan sétálja körbe az épületeket, használja a lépcsőket is;
- ha lehetősége van, sportoljon ebédidőben;
- ha ülőmunkát végez, tartson minden órában 1-1,5 perces szünetet;
- tartson kézi súlyzókat az asztalánál és használja azokat 3-4 alkalommal naponta izmai erősítésére.

Lehet, hogy nem lesz képes egyszerre teljesíteni a kívánt szintet a napi aktivitás kivitelezéséhez, de lassú kezdettel a kis lépések idővel összeadódnak.

Példa: A Gwinett Medical Centre az év minden napján napi 24 órában működik, mely más megközelítést igényel, mint a 8 vagy 4 órás munkarend. Az intézmény számos intézkedéssel igyekezett biztosítani a munkavállalóknak a fizikai aktivitást a műszakrendtől függetlenül. Támogatták azokat, akiknek 8 vagy annál több órát kell állniuk a nap folyamán. Fitness órákat szerveztek számukra egy ritkán használt konferenciateremben hetente többször. Az alkalmazottaknak minimális díjat kellett fizetni, amivel az oktatók költségeit fedezték, órákat kínáltak az érdeklődés és az oktatók elérhetősége alapján. Mivel az oktatók nem érhetők el egyik napról a másikra, kreatív módon kinyitották a lépcsőházakat és központi előtereket, ezeket festéssel vonzóbbá tették, hirdetőtáblákkal ösztönözték a dolgozókat sétákra az épületek közötti gyalogos utakon, támogatták a „sétálj és beszélj” találkozókat. (http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpao/hwi/downloads/Steps2Wellness_step2.pdf)

A rendszeres fizikai aktivitást különböző módon ösztönözheti, lehetőségei szerint. *Néhány példa: a redmond-i rendőri hivatal tisztviselőinek évente pénzbeli ösztönzést nyújtott, a legmagasabb összeg a havi fizetés 2,5% a második kategóriában 1,5%, ha teljesítették a megfelelő fizikai aktivitás szintet. Az IBM 150 \$, egyszeri bónuszt ad a rendszeresen mozgó munkatársainak. Phifer Wire vállalat dolgozóinak két nap pihenőt biztosít az évi rendes szabadságon túl azoknak, akik rendszeresen használják a cég helyi fitness központját. (www.cdc.gov)*

4.4. Az egészséges táplálkozás támogatása

A táplálkozás az egyik legfontosabb befolyásolható kockázati tényező. A helyes étkezési szokások az egészséges testsúly fenntartásához, a megfelelő vér koleszterin- és vérnyomás szinthez és a már fentebb ismertetett betegségek megelőzéséhez meghatározóak. A

munkahely alkalmas a felnőtt lakosság eléréséhez, mivel átlagosan a felnőttek akár az ébrenléti órák 60%-át munkahelyükön tölthetik, és egy vagy több étkezésük is a munkahelyen történik. A 67/2007. (VII.10.) GKM-EüM-FVM-SZMM rendelet szabályozza a felnőtt korosztály energia- és tápanyagigényét, melyet a munkahelyi étkeztetés során figyelembe kell venni szakember bevonásával. A munkahelyi étkezés főbb szempontjai:

- lényeges kérdés az adag nagysága, biztosítani kell a fél adag étel választását is,
- legyen biztosítva mindig ivóvíz,
- kerüljék az ételek sózását, só helyett a friss és szárított fűszernövények használata javasolt,
- használjanak zsírszegény alapanyagokat,
- szerepeljenek az étrendben zsírszegény eljárással készült ételek,
- halételek legalább hetente 1-2-szer szerepeljenek az étlapon,
- köretek (párolva, grillezve) a szezonnak megfelelően kínáljon,
- főzelék hetente minimum 3-szor szerepeljen az étlapon,
- desszertként kínáljanak friss gyümölcsöt, gyümölcssalátákat, gyümölcsös túrókrémeket a sütemények helyett. (<http://www.oeti.hu/?m1id=5&m2id=97>)

A férfiak táplálkozásának főbb jellemzői

A férfiak diétája kevésbé egészséges, mint a nőké. Az EU tagállamokban végzett felmérés szerint a férfiak kevésbé társítják az egészséges étrendhez a zöldség-gyümölcs és a kevesebb zsíros étel fogyasztását. (Eurobarometer, 2006)

A túlsúlyos/elhízott férfiak jellemzően nem látják a saját többlet súlyukat, ami aggodalomra adna okot. Hajlamosak csak akkor aggódni, ha már inkább az elhízás jellemző, vagy megjelennek az elhízással kapcsolatos társbetegségek. (McPherson, 2004)

Nem rendelkeznek kellő kontrollal a táplálkozásuk felett és kevésbé jól tájékozottak az egészséges táplálkozással kapcsolatban. Hagyományosan a nők vásárolnak és készítik az ételeket. A férfiak általában kevésbé jól ismerik az élelmiszerek egészségi előnyeit (Kiefer, 2005; Parmenter, 2000), kevésbé valószínű, hogy elolvassák az élelmiszerek címkéit (Galanko, 2005), végül inkább támaszkodnak a nők tanácsaira és támogatására az élelmiszerválasztás és táplálkozási kérdésekben, mely különösen kedvezőtlen, ha a férfi egyedül él. (Gough, 2006)

A férfiak étkezési szokásait befolyásolja a munkaidő (a több műszakban dolgozó, vagy ingázó férfiak hajlamosak félkész ételeket enni, nassolni, vagy otthonukon kívül étkezni. (The Report of the National Task Force on Obesity, 2005)

A férfiak táplálkozása főleg élvezet-orientált és a „nagyság”-ot gyakran a férfiassággal hozzák összefüggésbe. A férfiak gyakran ellenállnak az egészséges táplálkozással kapcsolatos üzeneteknek, illetve, hogy megmondják nekik, mit egyenek. Az információk lehetnek megtevesztőek vagy ellentmondásosak, sértve ezzel a személyes választás szabadságát. (McCarthy, Richardson, 2011)

A férfiak inkább preferálják a testmozgást és a sportot az ideális súly eléréséhez, mint a diétát, mivel utóbbit kevésbé tartják relevánsnak. (Kiefer, 2005, McCarthy - Richardson, 2011)

Az ideális testsúly elérése és fenntartása

A *testtömeg csökkentésének* elsődleges célja, hogy a testtömeg kiindulási értéke kb. 10%-kal csökkenjen. Amennyiben ez sikerült, mérlegelést igényel a testtömeg esetleges további csökkentése. A testtömeg csökkentése körülbelül hetente 0,45-0,9 kg legyen, 6 hónapon keresztül figyelembe véve a szükséges testtömeg csökkentés mértékét. (Gódné, 2004)

Irányadó célérték a BMI <25 kg/m² legyen, a haskörfogat pedig férfiaknál ne haladja meg a 94 cm-t. Tünetmentes, de nagy kockázatot jelent - és ebből adódóan beavatkozást igényel - ha a BMI 27 kg/m² felett van a haskörfogat pedig meghaladja a 102 cm-t. (Döbrössy, 2010)

A férfiak esetében a súlycsökkenést leginkább három összetevő kombinációjával lehet elérni és fenntartani: csökkentett táplálék bevitel, fizikai aktivitás, tanácsadás és a viselkedés változására irányuló technikák révén.

Hasznos megállapítások a tervezéshez

- A férfiak nagyobb valószínűséggel csatlakoznak azokhoz a programokhoz, melyek a fizikai aktivitást preferálják (szemben a kizárólag diétára alapozott programokkal).
- A férfiak számára egyértelműen ellenszenves a „szigorú” diéta. (Meg kell azonban jegyezni, hogy a két megközelítés közül a diéta hatékonyabb a testsúly csökkentésében, mint a fizikai aktivitás.)
- A szakaszos időszakokra előírt és megkövetelt csökkentett energia bevitel, hatékonyabb lehet a férfiaknál, mint a rendszeres fogyókúra.
- A *viselkedés-változásra irányuló képzés* javítja a hosszú távú eredményeket a férfiak körében (pl.: ön-ellenőrzés, a célok kitűzése, visszajelzések a program során).

- A férfiak különösen élvezik a *lépésszámláló* használatát, így figyelemmel kísérhetik a fizikai aktivitás mértékét. Bár ez nem bizonyított, de valószínű, hogy más típusú "szerkentyük" is ösztönzi a férfiak aktivitását.
- A *humort* szívesen fogadják, de nem értékelik a triviális és érzéketlen humort az egészségi problémájukkal kapcsolatban.
- Inkább preferálják a személyre szabott, tényeken alapuló, rugalmas, egyszerű nyelvezettel és könnyen érthető információkkal jellemezhető beavatkozásokat.
- Növeli a hatékonyságot, ha lehetőség van *csoporthoz* létrehozására, ami egyúttal lehetőséget ad az egyéni fejlesztésre és visszajelzésekre is. Összességében előnyben részesítik azokat a csoport alapú programokat, melyek pl. rendszeres esti találkozót kínálnak meghatározott időpontokban.
- Férfiak a nőkkel ellentétben sokkal kevésbé valószínű, hogy csatlakoznak súlycsökkentő programokhoz, de ha egyszer csatlakoztak, kevésbé valószínű, hogy abbahagyják azt.
- Azoknak a férfiaknak, akik erősen kötődnek a *helyi sportcsapathoz* (pl. szurkolók), hasznos és vonzó lehet a csapattal összefüggő program.
- Középkorú férfiak jobban motiváltak a testsúlycsökkentésben, ha egészségügyi *szakember állapítja meg a túlsúlyt* és tájékoztatja őket arról, hogy ez a probléma milyen hatással van az egészségükre.
- A fogyás egészségügyi *előnyei megértése* motiváló erő a férfiak számára.
- A *személyes megjelenés javulása is* motiváló faktor lehet.
- A "*saját felelősség*" erősítése és/vagy az élelmiszerek megválasztásának lehetősége elősegíti a program betartását.
- *Személyre szabott tanácsadás* segítheti egyes férfiak testsúly csökkentését.

(<http://www.menshealthforum.org.uk/best-practice-weight-loss-programmes-tips>)

A táplálkozás átfogó megközelítése a munkahelyen befolyásolja a dolgozók egészségét

- az egyén egészséggel kapcsolatos gyakorlata révén (erőfeszítéseket, melyek arra irányulnak, hogy segítsenek az embereknek módosítani szokásaikon és konkrét lépéseket tenni a személyes életmódhoz kapcsolódó viselkedés és készségek fejlesztésében);
- a fizikai környezet által (munkahelyi környezet és feltételek oly módon történő alakítása, hogy az elősegítse és támogassa az egészséges életmód gyakorlatát);

- a társadalmi környezet és a személyes források segítségével (a munkahelyi kultúra és klíma, amelyek elősegítik a pozitív interperszonális kapcsolatokat, a szociális támogatást).

A megvalósítás főbb elemei

Helyzet- és igényfelmérés interjúk és/vagy a fókuszcsoportok segítségével, információgyűjtés:

- a munkavállalók érdekeiről, aggodalmairól és viselkedéséről a táplálkozással, egészséges táplálkozással kapcsolatban;
- a munkahely élelmiszer-kínálatáról (kávézők, automaták, étterem);
- étkezési lehetőségekről/körülményeiről (az alkalmazottak étkezője, mikrohullámú sütő, hűtőszekrény, az alkalmazottak étkezésre fordított ideje);
- az egészséges élelmiszerek költségeiről a kevésbé egészséges élelmiszerek választási lehetőségéhez;
- a meglévő táplálkozással kapcsolatos munkahelyi egészségfejlesztési programokról;
- munkavállalói érdeklődés és támogatás mértékéről a munkahelyi táplálkozási programmal kapcsolatban.

A foglalkozás-egészségügyi szolgálat, vagy a humán erőforrás menedzser további adatokkal szolgálhat a hiányzásokról, a személyzet lemorzsolódásáról, rövid és hosszabb betegállományokról. Ezek az információk hasznosak lehetnek a programmal kapcsolatos döntésekhez, továbbá a hosszú távú program-értékeléshez.

Figyelemfelkeltés/oktatás az egészséges élelmiszerekkel kapcsolatos információk átadása az alkalmazottak számára a helyes választás elősegítéséhez, például: hírlevelek az egészséges táplálkozás előnyeiről; workshopok, videók, főző bemutatók az egészséges táplálkozás jegyében. Táplálkozási tanácsok a fizetési kivonatot tartalmazó borítékra nyomtatva, e-mailen, interneten keresztül, hirdetőtáblák, egészségnapokon brosúrák és receptek osztása. Az egészséges táplálkozáshoz kapcsolódó versenyek és rendezvények speciális témákhoz kapcsolódva az egyes hónapokban (például: február - Szív betegségek, március - Táplálkozás; április – Daganatok; május - Egészségvédelem és biztonság; június - Agyvérzés figyelemfelhívó hónap; október - Egészséges Munkahely hét; november - Csontritkulás hónapja); családi pikniks vagy események, amelyek egészséges élelmiszerek választására fókuszálnak.

Élelmiszerek címkézése, az élelmiszerekkel, ételekkel kapcsolatos információk (tápanyag összetétel, kalória) közzététele minden menü, illetve a munkahelyen értékesített élelmiszer esetében - ígéretes ötlet, mivel hatással van az élelmiszerválasztásra.

Készségfejlesztés során a cél annak elsajátítása, hogyan valósítható meg az étkezési magatartás, például: segítsék az alkalmazottakat, hogy reális célokat tűzzenek ki a több gyümölcs- és zöldség fogyasztással kapcsolatban, szervezhet havi „batyus” ebédeket, ahol a dolgozók főznek pl. szívbarát ételeket, együttműködik a helyi termelőkkel, melyek révén olcsóbban juthatnak a dolgozók egészséges élelmiszerekhez.

Környezeti feltételek biztosítása elősegíti és támogatja az egészséges táplálkozás gyakorlatát, például: gyümölcsök és zöldségek névleges áron történő megvásárlásának lehetősége; helyezzen el az egészséges táplálkozással kapcsolatos üzeneteket oda, ahol a dolgozók élelmiszert vásárolnak; biztosítsa, hogy az automaták kínálatában szerepeljenek egészséges élelmiszerek. Biztosítson hűtőszekrényt, mikrohullámú sütőt, kenyérpíritót, stb. melyek révén ösztönözheti a saját ételek fogyasztását. Legyenek könnyen hozzáférhetőek az egészséges táplálkozással kapcsolatos szakácskönyvek, brosúrák, receptek és videók.

A hozzáférés támogatása

- A hozzáférést javíthatja, ha az egészséges ételek vásárlására *ösztönző árakat* biztosít a munkahelyi büfékben, éttermekben, étel automaták kínálatához. Ez jelentheti az egészséges élelmiszerek árának csökkentését és/vagy korlátozott tápértékű élelmiszerek árának emelését. Bizonyított, hogy az egészséges élelmiszerek árának csökkentése azok vásárlásának növelését eredményezi.
- Célravezető, ha a munkahelyi kávézók, étel automaták és más élelmiszerüzletek által kínált összes élelmiszer vagy legalább az *ételek egy része megfelel az egészséges táplálkozás irányelveinek*.
- Különböző *találkozókon* (workshop, találkozók, tréningek stb.) *egészséges élelmiszereket* szolgáljanak fel.

Irányelv-fejlesztés megalapoz egy olyan támogató politikát, amely támogatja az egészséges táplálkozás kialakítását és fenntartását a munkahelyi környezetben.

(<http://www.menshealthforum.org.uk/best-practice-weight-loss-programmes-tips>, Guide to Nutrition Promotion in the Workplace, 2002, Nutrition and Physical Activity: A Policy Resource Guide, 2005)

4.5. Dohányzásmentes munkahely

A füstmentes környezetre vonatkozó szabályok bevezetése a leghatékonyabb módja a passzív és aktív dohányzás káros hatásainak csökkentésére. Bizonyítékok szerint zárt munkahelyeken

a dohányzásellenes intézkedések a munkavállalók napi cigaretta fogyasztásának csökkenését, illetve a leszokók arányának növekedését eredményezik. A külső munkahelyeken erre vonatkozóan még nincsenek megbízható adatok. A füstmentes környezetet támogató rendelkezéseknek nem csak az a célja, hogy csökkentsék a passzív dohányzás mértékét, hanem az is, hogy ösztönözze munkavállalókat egészségük javítására a dohányzásról való leszokással. A füstmentes munkahely olyan környezetet biztosít, melyben a dohányzók számára könnyebb, ha kevesebbet fogyasztanak.

Az egyéni szenvedések, a dohányfüstnek való kitettség jelentős költségeket ró a gazdaságra, beleértve a közvetlen költségekből adódó megnövekedett egészségügyi kiadásokat és a közvetett költségeket, melyek a termelékenység veszteségéből adódnak.

<https://osha.europa.eu/en/topics/whp>

Az első lépés a jelenlegi helyzet felmérése a munkahelyen:

- Van-e a munkahelyen füst- és dohánymentes környezetre vonatkozó szabályozás? Ha van, akkor hogyan valósul meg?
- Mi jellemzi az alkalmazottak dohányzási szokásait? (felmérés)
- Milyen szolgáltatások (gyógyszeres támogatás, tanácsadás) állnak rendelkezésre, melyek segítik a dohányzók leszokását?
- Vannak-e adatok arra vonatkozóan, hogy az alkalmazottak ismerik és/vagy igénybe veszik-e ezeket a szolgáltatásokat, valamint elégedettek-e a támogatási lehetőségekkel?

Az információk összegyűjtése történhet formálisan vagy informálisan a bizottsági üléseken, munkacsoportok részvételével, felmérések révén, vagy fókuszcsoportok közreműködésével.

<http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpao/hwi/toolkits/tobacco/assessing.htm#Assessing>

A legjobb módja annak, hogy a munkaadók támogatják és védik a munkavállalókat egy átfogó dohányfüst-mentes szabályozás létrehozása, beleértve a dohányzás megszűnését eredményező programot, valamint a teljes dohányzási tilalmat a cég telephelyén.

Első lépés: ösztönözni és támogatni a dohányzásról való leszokást

- Hangsúlyozni kell a dohányzás káros hatásait és motiválni a dohányosok leszokását a dohányzásmentes élet előnyeinek kiemelésével.
- A dohányzás leszoktató programokat támogathatja az egészségbiztosító vagy akár a munkahely is, de hasznos, ha a munkavállaló is hozzájárul bizonyos mértékben, növelve ez által elkötelezettségét.

Második lépés: a teljes dohányzási tilalom megvalósítása. A következő elvek figyelembe vételével növelhető a tilalom végrehajtásának sikere:

- hangsúlyozza a passzív dohányzás káros *egészségi hatásait* és az egyén jogát ahhoz, hogy füstmentes környezetben dolgozhasson;
- egy *felügyelő bizottság* létrehozásával gördülékenyebb lesz a tilalom bevezetése (munkavállalók képviselője és a vezetés támogatásával);
- fogalmazza meg és terjessze írott formában is a *szabályokat*, mely egyértelműen tartalmazza a célt is;
- rögzítse a szabályok *be nem tartásának következményeit* és legyenek kapcsolattartók, akik megválaszolják a szabályokkal kapcsolatos kérdéseket;
- biztosítson *ingyenes dohányzás leszoktató programokat*;
- biztosítson képzést a háttér információkról a vezetők, felügyelők és munkavállalói képviselők részére;
- ne tegyen semmilyen kivételt, ha a tilalom megvalósult;
- a dohányzástilalom bevezetése hosszú (akár néhány hónapig is tartó) előkészítést igényel, annak érdekében, hogy az alkalmazottak felkészülhessenek a változásra.

Az EU-OSHA Füstmentes munkahelyek kampánya támogatja a munkáltatókat és a munkavállalókat abban, hogy füstmentes munkahelyeket teremtsenek, függetlenül az egyes tagállamokban hatályos nemzeti rendeletektől. E cél elérése érdekében három, 24 nyelven elérhető szórólap, a rajzfilmhős *Napo* főszereplésével készült „*Lungs at work*” című kisfilm, és egyéb tájékoztató anyagok állnak rendelkezésre.

<https://osha.europa.eu/en/press/photos/napo>

4.6. Az alkoholfogyasztás visszaszorítása

A káros alkoholfogyasztás egyes iparágakban gyakrabban észlelhető, rámutatva a környezeti, kulturális és a munkahelyi stressz faktorok hatására. Az alkoholfogyasztás hátterében számos munkahelyi, magánéleti és szociális probléma húzódhat. Következményeit tekintve kihatnak a munkahelyi teljesítményre, kapcsolatokra és növelik a balesetek kockázatát. Tanulmányok rámutattak arra, hogy a káros mértékű alkoholfogyasztás kisebb valószínűséggel fordul elő: a biztonságos és egészséges munkahelyen; a jól szervezett, megfelelően ellenőrzött, és szakmai kihívást jelentő munkák és annak megfelelő jutalmazása esetén; ahol az alkalmazottak

megfelelő támogatást kapnak a problémák megoldásához; valamint korlátozott az alkohol hozzáférés a munkahelyen.

Az alkoholfogyasztással kapcsolatos irányelv kidolgozása és közzététele szükséges a munkahelyeken, segítségükkel megfelelő tájékoztatást kell a dolgozók számára biztosítani.

Az információknak, képzéseknek ki kell terjedniük az alábbiakra:

- Mit jelent a káros alkoholfogyasztás?
- Ismertetni kell az alkohol hatását az egészségre, a biztonságra és a munkateljesítményre.
- Tájékoztatást kell adni az általános statisztikákról a munkahelyi alkoholfogyasztás és balesetek összefüggéséről, annak következményeiről, ha az alkalmazottak nem felelnek meg a cég alkoholorányelveinek.
- Javasolhatók egyéni stressz csökkentésre irányuló módszerek, ismertethető a jogi helyzet (jogok és a büntetés módja) kezelése a személyzet és vezetés vonatkozásában, hangsúlyozható, hogy az alkoholprobléma kezelhető munkahelyen (és azon kívül) elérhető tanácsadási, kezelési és rehabilitációs szolgáltatásokkal.

Jelek keresése

Az alkoholprobléma jelenlétének felismerése nem mindig egyszerű. A munkahelyi vezetőnek, vagy erre kijelölt személynek nem szükséges diagnosztizálni a problémát, sok jel utalhat azonban az alkoholproblémára: a munkahelyi szabadság és jelenlét arányának változása, teljesítményproblémák, változások a munkahelyi kapcsolatokban és a személyes megjelenésben (3. tábla). A jelek mindegyike nem jelenti azt, hogy a munkavállaló alkoholista. Azonban, ha a teljesítmény- és magatartásproblémák további jelekkel párosulnak, eljött az ideje a beavatkozásnak.

3. tábla: Az alkohol problémák lehetséges jelei a munkahelyen

Hiányzásokkal kapcsolatos problémák	Teljesítmény problémák	Munkahelyi kapcsolatok változása	Alkohol hatására utaló jelek
megmagyarázhatatlan, vagy jogosulatlan távollét a munkából	elmulasztja a határidőket hibás elemzés/munka	"magányossá" válhat vagy éppen szorosabb lesz a kapcsolata a munkatársaival	alkohol illata van és alkohol szagú lehelet – túlzott szájvíz használat
a dolgozó magyarázat nélkül, vagy huzamosabb ideig hiányzik a munkavégzés helyéről	gondatlan vagy hanyag munkát végez, vagy hiányosak a feladat megoldások	észrevehető anyagi problémákkal küzd, kölcsönkér, hitelt vesz fel.	tántorgó, bizonytalan járás
gyakori betegszabadság	a termelési kvóta nem teljesül	lehet harcias, vitakozó, vagy indulatos, különösen reggelente, vagy hétvége és ünnepnapok után	kötőhártya bevérvés
jellegzetes a hiányzások mintázata, mint pl. a fizetés nap utáni pénteken, vagy hétfőn gyakori hiányzás	sok kifogása van a feladat hiányosságára, vagy az elmulasztott határidőkre		hangulati és a viselkedés-változások, mint például a túlzott nevetés és nem megfelelő hangos beszéd
gyakori váratlan távollét „vészhelyzet” miatt (például háztartási javítások, gond az autóval, családi vészhelyzet, jogi problémák)			remegés, elalvás munkaidőben

Forrás: Alcoholism in the Workplace: A Handbook for Supervisors

Munkavállalói támogató program

Az alkoholproblémák megoldása összetett, tekintve a háttérben húzódó problémákat. Kollektív beavatkozási lehetőségre a munkahelyen legfeljebb az alkohol teljes tilalmával és annak szigorú betartásával van lehetőség (akár a szűrőpróbaszerűen történő szonda ellenőrzéssel kombinálva). A szakirodalom az ún. „Employee Assistance Program (EAP)” alkalmazását javasolja, mely humán erőforrás igénye miatt hazánkban nem minden esetben valósítható meg, ugyanakkor, amennyiben az alkohol jelentős problémát jelent a munkahelyen, mindenképp megfontolandó a bevezetése. Azoknak a dolgozóknak javasolt a programban való részvétel, akiket vagy a program munkatársa azonosít, vagy ő maga jelentkezik. Az EAP foglalkozik számos problémával, úgy, mint alkohol- és kábítószer problémák, érzelmi és mentális problémák, házassági és családi problémák, pénzügyi problémák, az eltartottakkal kapcsolatos aggodalmak és egyéb olyan problémák, amelyek befolyásolják a munkavállaló munkáját. A program a bizalomra épül, annál is inkább, mivel gyakran az érintett részéről már a probléma elfogadása is nehézségekbe ütközik. A szolgáltatást nyújtók általában hivatásos segítők, akik működhetnek a vállalatban belül, vagy azon kívül, de lehet a kettő kombinációjában is. A segítő felismeri a problémát, az érintett

bevonásával kidolgozzák a kezelési megoldást, annak megvalósulását folyamatosan nyomon követi és értékeli.

A program megvalósításával, feladataival kapcsolatosan további információkat kaphat a feltüntetett irányelvekből az irodalomjegyzékben feltüntetett linkeken keresztül. (Alcoholism in the Workplace: A Handbook for Supervisors, International Center for Alcohol Policies, Alcohol in the Workplace (2005) - Guidelines for developing a workplace alcohol policy)

4.7. Másodlagos megelőzés - szűrővizsgálatok a betegségek korai felismerése

A *szűrővizsgálat* a tünet- és panaszmentes személyek rendszeresen végzett vizsgálata, melynek célja:

- az életmóddal összefüggő rejtett rizikótényezők felderítése;
- biológiai kockázati tényezők (pl. emelkedett koleszterinszint, rákmegelőző állapotok stb.) feltárása;
- valamint a még kialakulásának kezdeti szakaszában lévő betegség(ek) felismerése.

A szűrővizsgálatok további célja, hogy megszakítsa a betegség kialakulásának folyamatát, annak teljes kibontakozását és még az előtt az orvoshoz jutassa a beteget, mielőtt tünete miatt önszántából tenné azt. Az időnyerés esélyt ad arra, hogy a korábbi kezeléssel megelőzzük a betegség előrehaladottabb stádiumának kialakulását.

A szűrővizsgálatok módjai:

- *alkalomszerű szűrések* (ún. opportunisztikus szűrés) amikor a bármely más célból létrejött orvos-beteg találkozás által kínált alkalmat kihasználva történik a szűrés;
- *szervezett szűrések*, melyek az egészségügyi ellátórendszer által kezdeményezett, közpénzből finanszírozott, szakmailag indokolt gyakorisággal a veszélyeztetett lakosságcsoportokra (életkor alapján) kiterjedő tevékenységek.

A szűrés hatásosságának legfőbb kritériuma, hogy a célbetegségből eredő halálozás csökkenjen a céllakosság körében. (Döbrössy, 2010)

4. tábla: Szűrővizsgálatok gyakorisága és módszere betegségek/állapotok szerint

<i>Betegség/állapot</i>	<i>Életkor</i>	<i>Gyakoriság</i>	<i>Szűrési mód</i>
szív- és érrendszeri betegségek	21-40 éves	kockázattól függően 5, 3, 2 évente	előzmények, egészségmagatartás, eszközös- és laboratóriumi vizsgálatok
	40-64 éves	kockázattól függően 1, 3 évente	előzmények, egészségmagatartás, eszközös- és laboratóriumi vizsgálatok
cukorbetegség	35-65 év	rutinszerűen	vércukor, vizelet cukor
vérnyomás	35-64 év	rutinszerűen a mért értéktől függően legalább kétfévente vagy évente	emelkedett értéknél három különböző alkalommal legalább két mérés
koleszterinszint	35-65 év	rutinszerűen és kockázattól függően	vérvizsgálat
vastag- és végbél daganat	átlagos kockázat 50-70 év	2 évente	rejtett bélvérzés kimutatása
	magas kockázat 35-40 éves kortól	évente	rejtett bélvérzés kimutatása
		3-5 évente	endoszkópos vizsgálat
tüdő daganat	nincs szervezett szűrés - elsődleges megelőzés!		
	>50 év	alkalomszerűen	röntgen
prosztata daganat	nincs szervezett szűrés		
	45-50 év	kockázattól függően 1-2 évente	PSA, tapintás, ultrahang
ajak- és szájüregi daganatok	nincs szervezett szűrés - elsődleges megelőzés		
	>40 év	havonta	önvizsgálat
		félévente/évente	házi orvosi, fogorvosi megtekintés, tapintás

Forrás: Saját szerkesztés

4.7.1. A szív- és érrendszeri betegségekhez kapcsolódó szűrővizsgálatok

A lakosság körében hatályos rendelet (67/2005. (XII.27.) EüM rendelet) szabályozza a szív- és érrendszeri szűrővizsgálatokkal kapcsolatos lehetőségeket, melyeket a 4. táblában foglaltunk össze. A munkahelyeken a foglalkozás-egészségügy szolgálat is végezheti a szűrővizsgálatokat vagy azok egy részét felszereltségétől függően, illetve javasolhatja a dolgozó további kivizsgálását a kockázat szerint (5. tábla).

5. tábla: Szűrési módszerek szív- és érrendszeri betegségek felfedezéséhez

<p>1. Családi és személyes jellemzők, előzmények</p> <p><i>Családi halmozódás:</i> a szülők és a testvérek között, férfiaknál 55 évnél, nőknél 65 évnél fiatalabb életkorban előforduló hirtelen halál, koszorú-érbetegség, agyi érbetegség, végtagi erek betegsége (érszűkület), cukorbetegség, magasvérnyomás-betegség előfordulása.</p> <p><i>Életmód:</i> dohányzás, étkezési szokások, fizikai aktivitás, alkohol-fogyasztás.</p>
<p>2. Vizsgálatok</p> <p>Vérnyomásmérés Hallgatózás Pulzusmérés Antropometria (az ember fizikai méreteinek vizsgálata): testsúly, testmagasság, háskörfogat, BMI (számítás) Boka-kar index</p>
<p>3. Laboratóriumi vizsgálatok</p> <p>Vérzsírok szintje (koleszterin, triglicerid, HDL-koleszterin) Vércukorszint mérés, cukorbetegség gyanúja esetén terheléses vércukorvizsgálat Kreatinin, mikroalbuminuria CRP</p>
<p>4. Eszközös vizsgálatok</p> <p>EKG Ér-Doppler-vizsgálat Arteriográfia – artériák eszközös vizsgálata</p>
<p>5. Komplex rizikó becslési módszerek</p> <p>Heart Score (európai pontrendszer) Komplex érvizsgálat</p>

Forrás: Döbrössy, 2010

A Heart Score kockázatbecslő skála szerint (40 éves kor alatt 60 éves korra előrevetítve, 40 éves kor felett a következő 10 évre jósolható kockázatot mutatja) normális 3% alatt, közepes rizikó 4-5%, nagy rizikó 5-8% között és igen nagy rizikó 8% felett. A kockázatbecslő skála kihelyezése önmagában is figyelemfelkeltő a dolgozók számára a szűrővizsgálatokon való részvétel támogatásához.

25. ábra: Kockázatbecslő skála – A végzetes szív- és érrendszeri események előfordulásának kockázata 10 éven belül

		Nő										Kor	Férfi											
		Nem dohányzó					Dohányzó						Nem dohányzó					Dohányzó						
systolés vérnyomás (Hgmm)	180	7	8	9	10	12	13	15	17	19	22	65	14	16	19	22	26	26	30	35	41	47	180	
	160	5	5	6	7	8	9	10	12	13	16	év	9	11	13	15	16	18	21	25	29	34	160	
	140	3	3	4	5	6	6	7	8	9	11		6	8	9	11	13	13	15	17	20	24	140	
	120	2	2	3	3	4	4	5	5	6	7		4	5	6	7	9	9	10	12	14	17	120	
	180	4	4	5	6	7	8	9	10	11	13	60	9	11	13	15	18	18	21	24	28	33	180	
	160	3	3	3	4	5	5	6	7	8	9	év	6	7	9	10	12	12	14	17	20	24	160	
	140	2	2	2	3	3	3	4	5	5	6		4	5	6	7	9	8	10	12	14	17	140	
	120	1	1	2	2	2	2	3	3	4	4		3	3	4	5	6	6	7	8	10	12	120	
	180	2	2	3	3	4	4	5	5	6	7	55	6	7	8	10	12	12	13	16	19	22	180	
	160	1	2	2	2	3	3	3	4	4	5	év	4	5	6	7	8	8	9	11	13	16	160	
140	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3		3	3	4	6	7	5	6	8	9	11	140		
120	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2		2	2	3	3	4	4	4	5	6	8	120		
180	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4	50	4	4	5	6	7	7	8	10	12	14	180		
160	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3	év	2	3	3	4	5	5	6	7	8	10	160		
140	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2		2	2	2	3	3	3	4	5	6	7	140		
120	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	2	2	2	2	3	3	4	5	120		
180	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	40	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4	180		
160	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	év	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3	160		
140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	1	1	1	1	1	1	1	2	2	140		
120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	120		
		4	5	6	7	8	4	5	6	7	8		4	5	6	7	8	4	5	6	7	8		
		koleszterin (mmol/l)					koleszterin (mmol/l)							koleszterin (mmol/l)										

≥15%
 10–14%
 5–9%
 3–4%
 2%
 1%
 <1%

Forrás: MHT-SZIB Irányelve, 2009

26. ábra: Kockázat becslő skála – A végzetes szív- és érrendszeri események előfordulásának kockázata 10 éven belül 40 év alatti egyénekre vonatkoztatva

		Nem dohányzó					Dohányzó						
systolés vérnyomás (Hgmm)	180	3	3	4	5	6	6	7	8	10	12	180	
	160	2	3	3	4	4	4	5	6	7	8	160	
	140	1	2	2	2	3	3	3	4	5	6	140	
	120	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4	120	
		4	5	6	7	8	4	5	6	7	8		
		koleszterin (mmol/l)					koleszterin (mmol/l)						

Forrás: MHT-SZIB irányelve, 2009

Az 5. tábla szerinti szűrővizsgálatokat korhoz kötötten az alábbi életkorokban javasolt elvégezni.

21- és 40 éves korcsoportban:

- Az 1-5 alapvizsgálat elvégzése 5 évente, ha a kockázat kicsi; 2 évente, ha a kockázat közepes vagy nagy.
- Ha a korábbi vizsgálatokon nem volt eltérés, akkor 3 évente ér-Doppler vizsgálat, dohányzó személyeknél mellkasröntgen és légzésfunkciós vizsgálat.

40 - 64 éves korcsoportban:

- Az 1.-5. vizsgálatok elvégzése 3 évente, ha a rizikó kicsi; évente, ha a rizikó közepes vagy nagy.
- Közepes és nagy kockázat esetén további érvizsgálatok elvégzés is javasolt, valamint EKG és szív ultrahang elvégzése szükséges lehet, melyet megismételni csak akkor kell, ha eltérés mutatható ki.
- Dohányzóknál mellkas röntgen és légzésfunkciós vizsgálat. (Döbrössy, 2010)

4.7.2. Cukorbetegség szűrése

A cukorbetegség szűrése rutinszerűen az egyéb céllal történő vérvizsgálat során történik, mely kapcsán az alább felsorolt tünetekre is rá kell kérdezni. Amennyiben az egyén tünetmentes, legalább még egy vizsgálat szükséges a diagnózishoz, kiegészítve terheléses vizsgálattal.

Tünetei:

- Általános tünetek: fáradékonyság, gyengeség.
- A magas inzulinszint okozta tünetek: nagy étvágy, gyakori vizeletürítés, szomjúság, fogyás.
- A folyadék- és elektrolit háztartás zavara okozta tünetek: éjszakai izomgörcsök, lábikragörcs, látászavar.
- Bőrtünetek: viszketés (gyakran a végbél és a genitáliák környékén), bőrfertőzések, férfiaknál gyakran súlyos potenciazavar.
- Előfordulhat, hogy tünete szegény és már a szövődmény pl. infarktus vagy stroke hívja fel rá a figyelmet. (EüM Szakmai irányelve, 2010; Döbrössy, 2010)

Vércukor-meghatározás indokolt:

- cukorbetegségre utaló tünetek esetén,
- veszélyeztetett egyének számára (45 év felett, családban már előfordult a cukorbetegség, elhízás, magas koleszterinszint, magas vérnyomás, megelőzően szív- és érrendszeri betegség). (EüM Szakmai irányelve, 2010)

A cukorbetegség kockázatának becslésére alkalmazható pontrendszer számítása a következő táblázat szerint történik. A 6. tábla kihelyezése szintén növelheti a szűrésen való részvételt a dolgozók körében. Ha a pontszám 7 alatt van, akkor 10 éven belül 100 egyénből 1 lesz cukorbeteg, 7-11 között akkor 25 közül 1, ha 12-14 pont, akkor 6 közül 1, ha 15-20 pont akkor 3 közül 1, és ha 20 pont felett van akkor 2 egyén közül 1 valószínűleg cukorbeteg lesz.

6. tábla: A cukorbetegség megjelenésének kockázat becsülő pontozása az Európai Kardiológus Társaság és a Magyar Diabetes Társaság ajánlása szerint

A cukorbetegség megjelenésének kockázata					
Életkor	<45 év	0	Szed vérnyomás csökkentőt?		
	45-54 év	2		igen	2
	55-64 év	3		nem	0
	>65 év	4	Volt valaha magas vércukorszintje?		
BMI	<25	0		igen	5
	25-30	1		nem	0
	30>	3	Volt a családban cukorbeteg?		
Haskörfogat	<94	0		első-fokon	5
	94-102	3		másod-fok	3
	>102	4		nem	0
Zöldség-gyümölcs fogyasztás					
	igen		összes pont		
	nem				

Forrás: Döbrössy, 2010

4.7.3. Vérnyomás ellenőrzése, magas vérnyomás korai felismerése

Vérnyomás mérése javasolt minden orvos-beteg találkozáskor, ami alapján elvileg évente mindenki ellenőrizheti a vérnyomását. Emelkedett és kóros vérnyomás érték esetében is javasolt az életmódváltás, mely jelentősen hozzájárulhat az állapot javulásához, akár megszűnéséhez is. Amennyiben egyéb szív- és érrendszeri rizikótényező is fennáll, gyakoribb ellenőrzés szükséges a feltüntetett időintervallumokon túl. (MHT-SZIB Irányelve, 2009)

7. tábla: A vérnyomásmérés ellenőrzésének gyakorisága felnőtteknél

	Kezdeti vérnyomásérték (Hgmm)		Ellenőrzés gyakorisága
	Szisztolés	Diasztolés	
Normális vérnyomás	<130	<85	legalább 2 évente
Emelkedett-normális vérnyomás	130-139	85-89	legalább évente
Kóros vérnyomás			
I. fokozat	140-159	90-99	két hónapon belül
II. fokozat	160-179	100-109	kivizsgálás, ellátás/ellenőrzés 1 hónapon belül – életmódváltás
III. fokozat	≥180	≥110	kivizsgálás, ellátás/ellenőrzés 1 héten belül- életmódváltás

Forrás: MHT-SZIB Irányelve, 2009

4.7.4. A koleszterinszint szűrése

Javasolt a vér-zsír szintek (koleszterin, HDL és LDL koleszterin, triglicerid) meghatározása a munkaegészségügyi és egyéb szokásos egészségügyi ellenőrzések alkalmával. A szűrésnek magában kell foglalnia más kockázati tényezők vizsgálatát is (dohányzás, magas vérnyomás, elhízás).

Nagy kockázatú egyének szűrése

- szívbetegségben, vagy más, artériákat érintő betegségben szenvedők, magas vérnyomás, cukorbetegség megléte,
- családi halmozódású emelkedett koleszterinszint felismerése (55 év alatti érlemeszedéshez kapcsolódó betegségben szenvedő férfiak és azok hozzátartozói, korábban családtagnak magas koleszterinszint).

Egyéb kockázattal rendelkező egyének szűrése

A fő szempont populációs szinten az egészséges életmód, étrend népszerűsítése és támogatása. A tervezett szűrésnek az egyéb kockázati tényezőkkel rendelkező, munkaképes korú emberekre kell irányulnia:

- túlsúly (BMI >25 kg/m²), különös tekintettel a hasi típusú elhízásra,
- dohányzás,
- magas vérnyomás,
- korai megjelenésű koszorúér betegség a családban (Nyirkos, 2005).

4.7.5. Daganatos betegségekhez kapcsolódó szűrővizsgálatok

A vastagbéliszűrés célja a vastagbélrák rákmegelőző állapotának tekinthető 10 mm-nél nagyobb polipok felfedezése és eltávolítása, amely a vastagbélrák kialakulásának megelőzését is szolgálja, ezért a legmagasabb szintű elsődleges megelőzési tevékenységet jelenti. További cél a már kialakult, de még csak a bél nyálkahártyájára szorítkozó rák és egyéb vérzésforrások felderítése minél korábbi felismerése és kezelése.

A *rejtett bélvérzés kimutatására* irányuló szűrővizsgálat azon alapszik, hogy az egyes rákmegelőző polipok szakaszosan véreznek. Ez rejtett - szabad szemmel nem látható - vérzést jelent, mely megfelelő szűrőeszközzel kimutatható. A szűrés tehát lényegében nem a polip vagy daganat felismerését, hanem vélhetően az azokból eredő vér kimutatását célozza. Csak a vér jelenlétét jelzik, tekintet nélkül annak eredetére és mennyiségére („kvalitatív tesztek”), ezért a vérzés helyét és természetét további vizsgálattal kell igazolni. Ennek tisztázására a *tükrözéses (kolonoszkópia) vizsgálat* alkalmas. A rákok egy része azonban egyáltalán nem, vagy csak szakaszosan vérezik, ezért több, egymás utáni 2-3 napon, egymást követő bélmozgásból vett székletmintát kell vizsgálni. A székletbeli rejtett vérzés kimutatására kémiai (FOBT) és immunkémiai (FIT) módszerek használatosak. A FOBT teszt a székletbeli hemoglobin kémiai kimutatására alkalmas, ugyanakkor szigorú étrendi előkészítést (megelőző diétát) igényel. Ezzel szemben az immunkémiai (FIT) teszt már specifikus a humán véralkatrészekre, ezért diétás megszorításokat nem tesznek szükségessé. Az immunkémiai gyorsesztek különleges laboratóriumi háttérrel nem igénylő, „igen-nem típusú” választ adó tesztek. A tesztek gyógyszerárakban is beszerezhetőek, különböző árkategóriákban. A munkahely kampányszerűen támogathatja a tesztek teljes vagy részbeni finanszírozását munkavállalók számára. (Ember, 2013; Döbrössy, 2010, Döbrössy, 2013)

Az ún. „kétlépcsős” szűrés első lépésében a székletbeli rejtett vér kimutatása vagy immunkémiai vérkimutatás alkalmazása történik, majd a nem negatív szűrővizsgálati eredménnyel járó esetekben kolonoszkópos vizsgálatot végeznek. Az ún. „egylépcsős” stratégia a szűrővizsgálat egyedüli módszereként az „arany standardnak” tekinthető kolonoszkópos vizsgálat alkalmazását jelenti. Segítségével a vastagbél teljes hossza átvizsgálható, lehetőséget ad a talált polipok eltávolítására, és ezáltal azok szövettani vizsgálatára. Diagnosztikus és terápiás hatékonyságára tekintettel önálló szűrőmódszerként 50 év felett a 10 évente megismételt, vagy az „egyszer az életben 50 év után” („once in a life-time colonoscopy”) kolonoszkópia a legelfogadottabb módszer.

Átlagos kockázatú személyeknél 50-70 éves kor között két évente ajánlott elvégezni a rejtett bélvérzés (humán-specifikus) kimutatását és szükség szerint a tükrözéssel vizsgálatot. Szakértők szerint a hazai népszűrésre a Magstream, az OC-Sensor és a FOB Gold (Sentinel) látszik a legalkalmasabbnak. (Ottó, 2000; Levin, 2003, Döbrössy, 2013)

A fokozott veszélyeztetettséggel járó - családi előfordulású „szindrómák” (pl. a vastagbél gyulladással járó betegségei, vagy korábbi daganat vagy polip a vastagbélben), a vastagbélrák előfordulása a közvetlen egyenes ági rokonok között (szülő, gyermek, testvér) - esetekben: 35-40 éves kortól évente rejtett vérzés kimutatását szolgáló laboratóriumi teszt és rendszeres (3-5 évenkénti) endoszkópos vizsgálat elvégzése ajánlatos. (Döbrössy, 2013)

A vizsgálatokon való részvételi arány messze elmarad a szükséges mértéktől. Bizonyított, hogy ha az orvos ajánlja a szűrést, akkor nagyobb a valószínűsége a részvételnek. A munkahelyi szűrési kampányok szervezésével, az azzal kapcsolatos informálással jelentősen támogatja a szűrési hajlandóságot a dolgozók körében. A mellékletben (1/a. és 1/b. ábra) található, a vastagbél daganat szűrésével kapcsolatos plakátok kihelyezése már önmagában is fontos lépés lehet.

4.7.6. A tüdőrák szűrés

A tüdőrák megelőzésére egyetlen módot javasol a nemzetközi szakirodalom: a dohányzás megszüntetését. A korai felismerésre jelenleg nem áll rendelkezésre hatékony eszköz. A tüdőszűrő-állomásokon elérhető hagyományos tüdőrontgen a tuberkulózis felderítésére szolgál, bár ma már e tekintetben is elveszítette fontosságát. A tüdőrákos esetek harmadát azonban ma is röntgen vizsgálat során fedezik fel, közülük több mint kétszer annyi beteg kezelhető műtéttel, mint akiknél már a tüdőrákra utaló panaszok is jelen voltak. A vizsgálat a korai stádiumú rák kimutatására nem alkalmas, tehát az ily módon felfedezett eseteknek rossz a prognózisa. A tüdőrontgen nem jár fájdalommal, és az alkalmazott sugárdózis is annyira alacsony, hogy az gyakorlatilag semmilyen kockázatot nem jelent a rákkialakulás szempontjából. *A tüdőrontgen 40 éves kor felett és a rendszeresen dohányzók esetében évente javasolt.* Lehetőség van CT vizsgálatra, mellyel az egy centiméternél kisebb daganatok, illetve az esetenként csak néhány milliméter nagyságú sejtszaporulatok is észrevehetőek. A módszer 95%-nál is nagyobb érzékenységgel végezhető, így maximum 5% az esélye annak, hogy álnegatív eredményt kapunk, szemben a tüdőrontgen 16-46%-os valószínűségével. A CT-vel felismert elváltozások egy része nem tüdőrák, hanem csak a korábbi gyulladások hegesedett maradványai. Rendszeres kontrollvizsgálatokkal ezt követően folyamatosan ellenőrizhető, hogy nem alakul-e ki később rákos elfajulás. A szűrés során tehát a tüdőrák

gyanújeleit keressük, egyértelmű diagnózist sem röntgennel, sem pedig CT-vel nem lehet felállítani; ehhez minden esetben szövettani mintavételre van szükség.

A tüdőrákot ezen kívül a köpet sejtteni vizsgálatával is fel lehet ismerni, ez azonban általában csak azokban az esetekben alkalmazható, ahol a tüdőrák már előrehaladottabb stádiumban van. (<http://tudorak-kezeles.hu/tudorak-szures>, Ember, 2013)

4.7.7. Prostatata daganatszűrés

Jelenleg nincs állásfoglalás a sokaság szűrésének hatékony módszerével kapcsolatban, a szakma az orvos „onkológiai éberségére” bízva annak megítélését, szükséges-e a szűrés. A prostatata szűrés célja a betegség korai felismerése és kezelése, mely révén teljes gyógyulás érhető el. Családi halmozódás esetén célszerű már 45 éves kortól rendszeresen - korábbi ajánlás szerint két évente - ellenőrzésekre járni. Családi előzmények nélkül 50 éves kor felett ajánlott a szűrővizsgálat. Nemzetközileg elfogadott módszer a PSA (prostatata specifikus antigén) szint meghatározása a vérből, a végbélen keresztül végzett tapintás (rektális digitális vizsgálat – RDV) és ultrahang vizsgálat.

A rektális digitális vizsgálat során az orvos a kellőképpen síkosított gumikesztyűs ujjával áttapintja a végbélen keresztül a prostatata elérhető felszínét. A prostatata mérete, a felszín egyenetlenségei, az egyes területek felpuhultsága, mind fontos információt jelent a vizsgáló orvos számára.

A végbélen keresztüli ultrahang vizsgálat során a végbélbe helyezett vékony ultrahangos eszköz ad részletgazdag képet a prostatatáról. A képi megjelenítés lehetővé teszi, hogy a vizsgáló orvos egyes beavatkozásokat (pl. prostatata biopszia) a szem ellenőrzése mellett végezzen el, a lehető legpontosabbá téve a beavatkozást.

(http://www.urologiai-centrum.hu/hu/urologiai_tanacsok/prostatatarak_szures, Ember, 2013, Döbrössy, 2013)

A Prostatata Specifikus Antigén (PSA) a vérben igen kis mennyiségben kimutatható fehérje természetű anyag. A PSA mennyisége a normál PSA értéktől eltérő, magasabb lehet a prostatata megbetegedéseiben. Mind a jóindulatú, mind a rosszindulatú (prostatatarák) betegségben a normál értékek többszörösét lehet kimutatni a vérvizsgálat során. Tisztában kell lennünk azzal a ténnyel, hogy a teszt nem minden esetben jelzi egyértelműen a rákos betegség jelenlétét. A prostatatarákos betegek 20-25%-ában negatív PSA értéket mérhetünk. A PSA eredmények értékelése során ma a 4-10 ng/ml értéket ún. „szürke zónának” nevezik, e

felett már nagy a daganat jelenlétének valószínűsége, 25ng/ml felett bizonyos a prosztatatarák megléte. (Ember, 2013)

4.7.8. Szájüregi daganatok szűrése

Nincs bizonyíték arra, hogy a szűrővizsgálat hozzájárul a szájüregi daganatok előfordulásának vagy a szájüregi daganatok miatti halálozás mérsékléséhez, ezért lakosságszűrés kezdeményezése nem ajánlott. Tekintettel azonban e daganatok gyakoriságára és a halálozás drámai emelkedésére Magyarországon, a rizikócsoportba sorolható személyek – 40 év feletti, erős dohányos, rendszeresen italozó, férfiak rossz szájhygiéjával, elhanyagolt fogazattal – szelektív, alkalmasszerű, fogszakorvosi, háziiorvosi (félévente, évente) vizsgálatához, esetleg ernyőképes tüdőszűréshez kapcsolt szűrővizsgálata javasolt.

A szájüregi rákok többségénél már a rák kifejlődését megelőző állapotban is könnyen felismerhetők, a szájüreg fogorvos által történő egyszerű, gondos áttekintésével. Jó részüket pedig maga a beteg is idejében észreveheti. Az idejében felfedezett és kezelésbe vett szájüregi rák az esetek 80%-ában meggyógyítható. A rendszeres - félévente, évente - fogorvosi ellenőrző vizsgálatok során végzett megtekintéssel is idejében felismerhető az elváltozás. (Döbrössy, 2013)

A korai felismerést segíti elő az önvizsgálat: mely során havonta, a tükör elé állva, alaposan szemügyre kell venni a szájüreg képleteit. A szájüreg önvizsgálatának lépései kifüggeszthetők közösségi helységekre, és oktatás keretén belül is kaphatnak a dolgozók ezzel kapcsolatos információkat. Az önvizsgálat lépéseinek leírása a következő linken érhető el: <http://daganatok.hu/rakszures/szajrakszures>

5. A férfiak egészségmagatartásának jövőbeni irányai

Ebben a fejezetben arra összpontosítunk, hogy feltárjuk, a férfi munkatársak életének milyen új vonásai, keretei vannak, melyek az új jelenségek, amelyek hatása erősödni fog a jövőben, természetesen szem előtt tartjuk ezek egészséggel kapcsolatos elemeit. Ha a jövő már ma megmutatkozó jelenségeit elemezzük, azok biztosan nem vonatkoznak a társadalom többségére, de jelzik, hogy milyen irányba mozdulnak el a folyamatok, aminek eredményeként a mai újdonságok hamarosan elterjedtté válnak.

Az egészségmagatartás jövőbeni irányainak vizsgálatához tartozik, hogy feltárjuk környezetünk változást mutató jelenségeit, így megértsük a mai férfi érzéseit, problémáit, mindennapjait meghatározó körülményeit. Gondolkodásunk középpontjában tehát változatlanul a férfiak állnak, mégpedig gyakran a nőekkel összehasonlítva őket.

5.1. A férfiak egészségmagatartását befolyásoló trendek

A korábbiakban áttekintettük, milyen makrokörnyezeti hatások befolyásolják a férfiak egészségi állapotát, egészségmagatartását, így most a mikroszinten megjelenő szerepváltozásokat vesszük szemügyre. Ezen a területen a legtöbb probléma okozója az, hogy a megváltozott társadalmi környezet következtében a férfiak a korábbi szerepkörök mellé továbbiakat nyertek, amelyeket nehezen tudnak teljesíteni, így túlkövetelt férfiakat látunk a környezetünkben. Tökéleteset kell nyújtaniuk már nekik is mindig, mindenhol, minden körülmények között. Nem csak a külsőségekben, hanem a munkában, a családban, a párkapcsolatban, a szexualitásban, a belső értékek területén és az egészségben is. A nők a hagyományos, az eltartó férfi erényeit szeretnék megtartani partnerükben, de mellé az érzékeny, gyereket nevelő, párját megértő tulajdonságokat mutató oldalukat is elvárják. Az elvárások tehát módosultak az évek folyamán, még hozzá ellentmondásos módon, vagyis

- kialakult az „új” férfivel kapcsolatos szerepelvárás, aki érzelmeket mutat, érzékeny, családjában átvesz ellátási, gondoskodási feladatokat;
- ugyanakkor a női fantáziában még mindig él a hős, a harcos, a győztes, a hódító, a támogató, a „hagyományos” férfi asszociációja.

A trendeket vizsgálva kiemelünk néhányat, amelyek részben vagy teljesen érintik a férfiak magatartását (Töröcsik, 2011), de karakteresen leginkább az új férfi döntéseinél jelennek meg:

- a szépségkultusz elérte a férfiakat is, növekvő a jó megjelenésért vásárolt termékek, szolgáltatások aránya, növekvő a férfitest bemutatása a reklámokban;
- a fiatalságkultusz miatt már az idősödő férfiak sem bízhatnak csupán megalapozott pénzügyi helyzetükben, a nőknél elérendő vonzerőért és - ami legalább ilyen fontosságú - a versenyképességért tenni is kell sporttal, táplálkozással, plasztikai sebészeti beavatkozásokkal;
- a férfi egyszemélyes háztartások aránya még nőni fog, de sokrétűbb motiváció mellett, mint ma;

- az egészség értékét a férfiak is egyre jobban akceptálják, várhatóan növekvő az információs igényük és tenni akarásuk ezen a téren;
- a kalandvágy az extrém sportok művelésében, egzotikus utak egyéni szervezésével, veszélyes állatok tartásával stb. élhető ki, amiből a férfiak magasabb arányban veszik ki részüket, mint a nők;
- a férfiak nagyobb mértékben vonzódnak a virtuális világhoz, a technika újabb és újabb csodáihoz, ez a jellemzőjük várhatóan megmarad és egyre újabb lehetőségekkel gazdagodik;
- a férfiak egyre kevésbé csak „kint” használt termékek (fünyíró, kertkapu) esetében lesznek informáltak, hanem a házban, a „bent” fogyasztott termékeknél is;
- a gyerek, mint „életünk egyszeri nagy eseményében” való részvétel (hiszen a gyerekszám csökkenő), az ezzel kapcsolatos folyamatok átélése a gyerekek gondozásában való fokozott férfi feladatvállalást is eredményez.

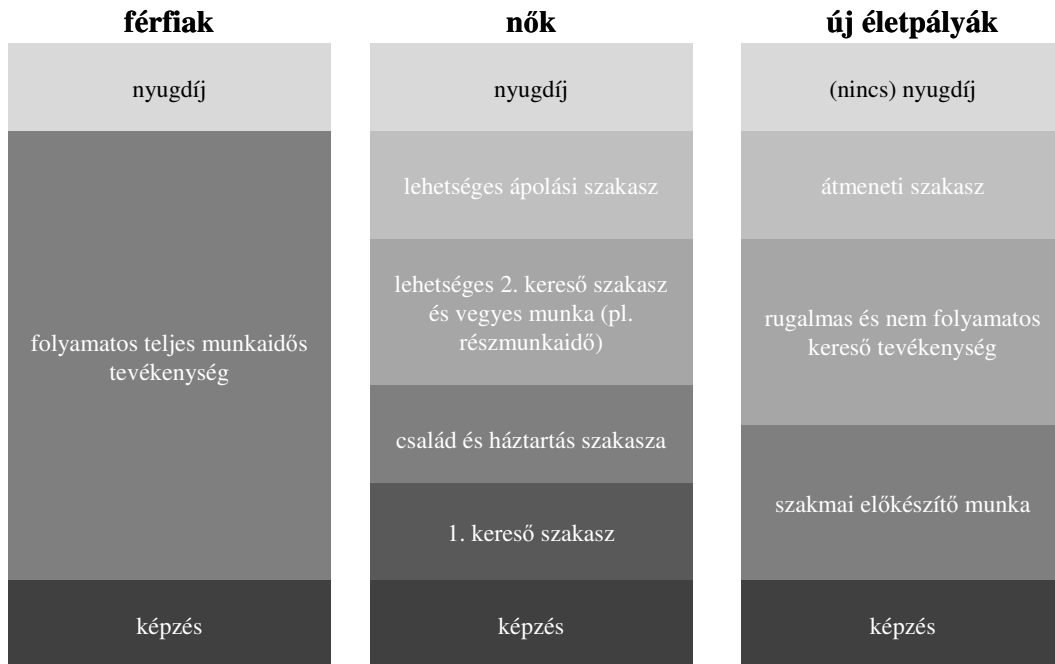
Ma nem könnyű a foglalkoztatási problémák miatt már a hagyományos férfiképet sem tartani, de mellé még a sok időt, figyelmet igénylő új elvárásokat is teljesíteni, ez sokak számára szinte lehetetlen feladat, mégis ez irányba mutatnak a trendek. A férfiak domináns szerepe a gazdaságban, a családi költségvetésben, a családtagokkal kapcsolatos döntésekben visszaszorult, természetesen eltérő mértékben a különféle típusú családokban.

Több vonatkozásban is érzékeljük, hogy a nemek egymástól vállalnak át korábban rájuk kevésbé jellemző tulajdonságokat, helyzeteket, feladatokat. A nőies férfi és a férfias nő megfogalmazások, az ebből következő feltételezések növelik a feszültséget az érintettekben. Ezen feszültségek a munkaéletben nagyon karakteresen észlelhetőek, sok esetben tekintik egymást a nemek versenytársnak, úgy tűnik - látszólag, vagy ténylegesen -, egymás elől veszik el a lehetőségeket. A gazdasági válság miatt kialakult helyzet ezt csak még inkább aláhúzza. A statisztikák szerint a gazdasági válság jobban érintette a férfiak munkaerő-piaci pozícióját, magasabb arányban váltak munkanélkülivé a 2009-es évtől kezdve, mint a nők. Helyzetüket súlyosbította, hogy az állapot hosszú ideig konzerválódott: a KSH adatai szerint csak a 2013-as évre normalizálódott valamilyen szinten a nemek közötti különbség. A férfikép stabil eleme ugyanis a munka, így a munkanélküliség számukra romboló hatású, önértékelési zavarokat okozó.

Szembe kell azonban nézni azzal, hogy a ma férfijának időről időre megtörik a karrierútja, megszakad a foglalkoztatottsága. Ennek következtében ma már az életútban is egyre közelebb kerülnek a nemek, ma már nem csak a nők karrier-íve változatos, hanem egyre gyakrabban a

férfiaké is, főképp az időszakos munkanélküliségi periódusok következtében (lásd 27. ábra). A bizonytalanság, a rugalmas alkalmazkodás kényszere a férfiak mindennapjaiba is beköltözött.

27. ábra: Új életpálya-modell



Forrás: Ziegler-Reitbauer-Rizzo-Klein, 2008. 25. p.

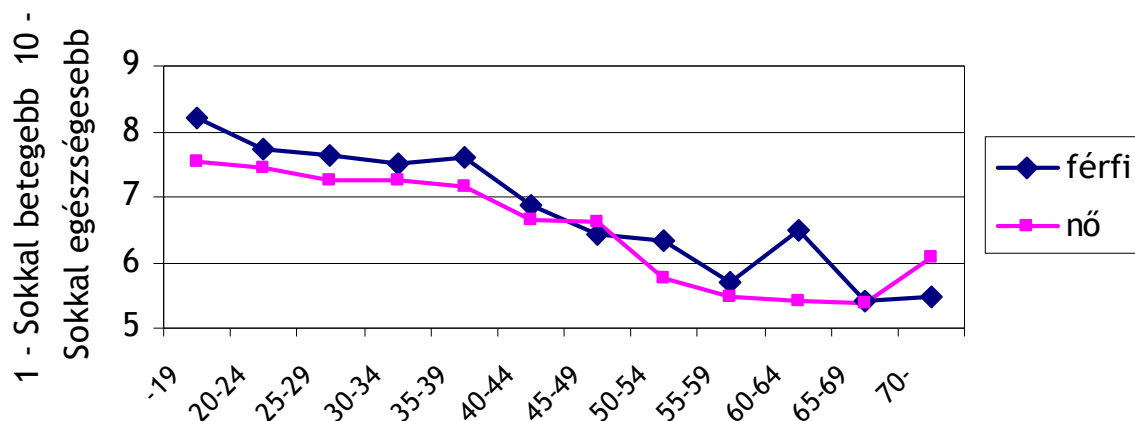
Ahogy azt a korábbiakban bemutattuk a férfiak és nők között az egészségmagatartásukban is jelentős különbség mutatkozik. Láttuk, hogy a magyar férfiak egészségi állapotukat tekintve külön figyelmet érdemelnek, hiszen a középkorúak halálozási rátája kiemelkedően magas, illetve a várható élettartamuk is alacsony, ha az európai átlagot vesszük alapul. Tudjuk, hogy a jóléti társadalmakban az egészség témaköre egyre inkább az emberek gondolkodásának fókuszába került, foglalkoznak egészségi állapotukkal, költenek az egészségükre. Bár Magyarországon ez a kijelentés csak réteg-specifikusan – elsősorban az értelmiség körében – állja meg a helyét, az minden bizonnyal megállapítható, hogy az egészségközpontúság felerősödése a jövőbeli trendeket befolyásoló tényezővé vált.

Fontos mutató a szubjektív egészségi állapot meghatározás, hiszen ezt mindenki a saját megítélése szerint értékeli. Az alábbi, országos reprezentatív mintán végzett kutatás alapján szerkesztett ábra (28. ábra) érdekes összefüggéseket emel ki. Az nem meglepő, hogy a férfiak általában jobbnak értékelik saját egészségi állapotukat, mint a nők, kevesebbet panaszkodnak, kevesebbet járnak orvoshoz. Az is látható azonban az ábrázolásból, hogy az életkori krízis

mindkét nemet eléri, de eltérő időszakban (a nőknél ez 45-49 év közöttiek vélekedésénél látható, míg a férfiaknál 60-64 év közöttiekénél), és eltérő „hevességű” a reakció, miszerint hirtelen jobbnak érzékelik egészségi állapotukat, mint korábban. Érdekes az idősebb hölgyek javuló tendenciája a hetvenes éveikben.

28. ábra: Szubjektív egészségi állapot értékelés

Mennyire tartja egészségesnek önmagát az önnel egykorú emberekkel összehasonlítva?



Forrás: Saját kutatás, 2005. (n=1000)

A teljesítménykényszerből és az időhiányból táplálkozó, ún. civilizációs betegségek többsége kifejezetten a férfiakat érintik, amelyek bár nem feltétlenül tartoznak a nagy tömegeket érintő területek közé, mégis figyelmet érdemelnek. Ezek egyik nagy csoportja az ún. viselkedéses függőségek, amely valamilyen viselkedési együttestől való függést jelent (Az új férfi, 2010). A klasszikusnak mondott függőségek (alkohol, kábítószer, dohányzás) mellett ide soroljuk például a játékszenvedélyt (gambling), a számítógépes (vagy egyéb) játékoktól való függőséget, az internetfüggőséget, a video-függőséget, a szex-addikciót, a kényszeres pénzköltést (bár a vásárlási kényszer főleg nőknél jelentkezik), a pornográfiahoz való hozzászokást, a munkamániát, a kényszeres evést és még sok hasonló, az egészséget és a környezetet károsító viselkedésformát. A kóros játékszenvedély például a népesség 1-3 százalékát érinti, ami a férfiak körében ötször-hatszor gyakoribb, mint a nőknél, és általában 20 és 30 éves kor között jellemző.

A *munkamániások* számára az öröm, a siker egyedüli forrása csak és kizárólag a munka. Szabadidejüket is legszívesebben munkahelyükön töltenék, gondolataik a nap minden percében a munkájuk körül forog. Ennek következményei azonban súlyosak: a stressz oldását célzó túlzott italozástól kezdve a stressz következtében kialakuló gyomorfekélyig és szív- és

érrendszeri megbetegedésekig széles a paletta. A túlzásba vitt munka kihat a társadalmi kapcsolatokra, előbb utóbb elmagányosodáshoz vezet. A folyamat végeredménye az érzelmi elsivárosodás és akár a teljes összeroppanás, „karosi” is lehet. A japán „karosi” a túlmunka általi halált jelenti.

A tilburgi egyetem felmérése szerint a holland lakosság mintegy 3 százaléka szenved az úgynevezett kikapcsolódási betegségben (leisure illness). Ez azt jelenti, hogy amint megpróbálnak kikapcsolódni (nyaralás, szabadság alatt), mindig valamilyen rejtélyes, váratlan betegség ledönti őket a lábukról. Az USA-ban a „névtelen alkoholista” klubok mintájára már szerveződnek a névtelen munkamániások klubjai.

Az *izomdysmorphia* összetett testképzavar, aminek kialakulásában nagy szerepe van a média által ideologizált atléta férfialkatnak (Schwarzenegger-ideál). A betegség tüneteit 1993-ban írták le először, mint amik elsősorban olyan férfiakra jellemzőek, akik igen izmosak, súlytöbbletük van, de félnek a soványságtól (soványságfóbia), rejtőzködő viselkedés és az anabolikus szteroidok fogyasztása jellemzi őket, kényszeresen edzenek és hízni szeretnének. Az Adonisz-komplexusban szenvedők éppúgy nem látják a valóságot, mint például az anorexiások. Mindig keveslik izmaikat, kicsinek látják magukat (Babusa-Túry, 2012).

Az *inverz anorexia* is a férfiak körében jellemző, ami a vékonyságtól való félelmet jelenti. Ezek a férfiak szintén testképzavarral küzdenek és mindent megtesznek azért, nehogy véletlenül lefogyjanak és súlyvesztésükkel férfiasságukat is elveszítsék.

Ezzel ellentétben az egyre vékonyabbá válás vágya a férfiakat is elérte, sőt, egyes szakértők szerint a férfiak között gyorsabban nő az arányuk, mint a nők körében. A *manorexia* elterjedése elsősorban annak köszönhető, hogy a divatiparban egyre nagyobb figyelmet kapnak a férfiak.

A *merevedési zavar* életmóddal járó rizikófaktorai a túlzott alkoholfogyasztás, a mozgásszegény életmód, a nagy testtömeg (túlsúly, elhízás), a dohányzás, míg a pszichés rizikófaktorai: stressz, félelmek, szorongás, teljesítménykényszer, depresszió, párkapcsolati problémák. Gyakori a válást vagy munkahelyi elbocsátást követő merevedési zavar.

Az 55. életkor körül a férfiakban is hormonhiány alakul ki, ezt nevezi a szakirodalom *andropauzának*, férfiklimaxnak. A tesztoszteron hormon "uralja" a férfi egész életét, szerepe van a hangmélység, a szőrnövekedés, az izomerő kialakításában, emellett szükséges a spermiumok kifejlődéséhez, a nemi vágy kialakulásához, a csontszerkezet egészségének megőrzéséhez, de fontos a memória, a hangulat számára is, valamint általa alakulnak ki a

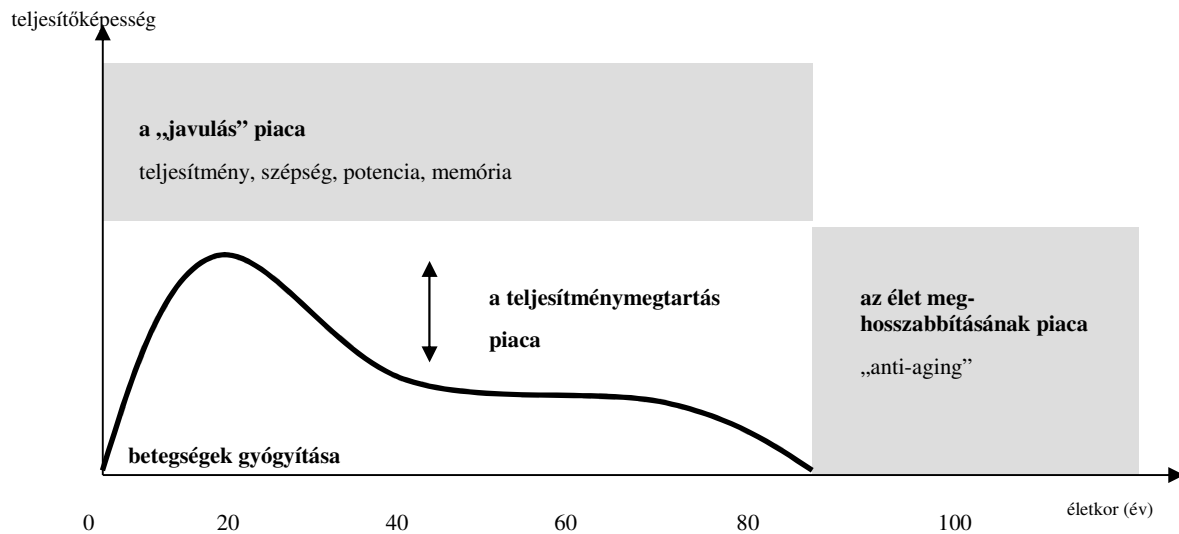
férfias viselkedési formák is. Mindebből következik, hogy a tesztoszteron-hiány mind pszichés, mind szervi, mind szexuális problémákat okozhat.

A középkorú férfiak hormonhiányos állapotát szokták "középkori krízisnek" is nevezni, mivel ezek a problémák kihatással vannak a férfi egészségre, családi életére és munkahelyi teljesítő képességére is. A férfi ebben a korszakában szeretné a legjobban azt mutatni a környezetének, hogy ő (még mindig) teljes értékű, igazi férfi. Mindent megtesz, hogy ezt a körülötte lévők észrevegyék, miközben ő kapuzárási pánikkal küzd.

Számos ok miatt állíthatjuk, hogy új korszakba lépett az egészséggel, egészségüggyel kapcsolatos piacok fejlődése. A betegpiac helyett *egészségpiacban* való gondolkodás több értelemben is jelentősen megnőtt, potenciális piacokat eredményezett. Oka ezen átalakulásnak a *technikai, innovációs eredmények* megjelenése, vagyis a kínálat teremtette kereslet, másrészt azok a trendek, amelyek a keresleti oldalt, az emberek életét befolyásolják, pl. a *fiatalosság*, mint versenyképességi tényező felülértékelődése, a *hatékonyság* fokozott elvárása.

Amennyiben a 29. ábrát figyelmesen megnézzük, azt láthatjuk, hogy a gyógyítás piaca mellé felzárkózik a „javítás/javulás”, valamint az élet meghosszabbítását, idős kori életminőséget ígérő termékek, szolgáltatások piaca. Az egészség egyre inkább „csinálhatóvá, fogyaszthatóvá” válik, főképp a jobb anyagi körülmények között élők számára. Ez is piacbővítő hatású, hiszen az köztudott, hogy a tehetős emberek jobb egészségi állapotban vannak, mint a szerényebb körülmények között élők, így most ezek az egészségesebb emberek is célkeresztbe kerültek. Ebben a folyamatban a médiának komoly szerepe van, amikor szimptomákat tematizál, megoldásokat ismertet, vagyis piacot nyit. Kétségtelen, hogy megvan a hírek befogadó közönsége is, hiszen soha ennyit nem foglalkoztunk a környezeti, egészségi ártalmakkal, lehetőségekkel, veszélyekkel, mint ma. Egyre inkább úgy tűnik, hogy az *egészség* nem egy állapot, ami van és olyan szinten, ahogyan, hanem *alakítható, befolyásolható*. Az emberek egyre határozottabban igényeket fogalmaznak meg egészségüket tekintve, sőt ez nem csak testi vonatkozásban fogalmazódik meg, hanem a lelki, szellemi jellemzők vonatkozásában is. Mindezek egy soha ki nem elégíthető, állandóan bővülő igényhalmazt eredményeznek, vagyis az emberek elvárása ezen a területen szinte határtalan.

29. ábra: A paradigmaváltás új piacai



Forrás: Saját szerkesztés

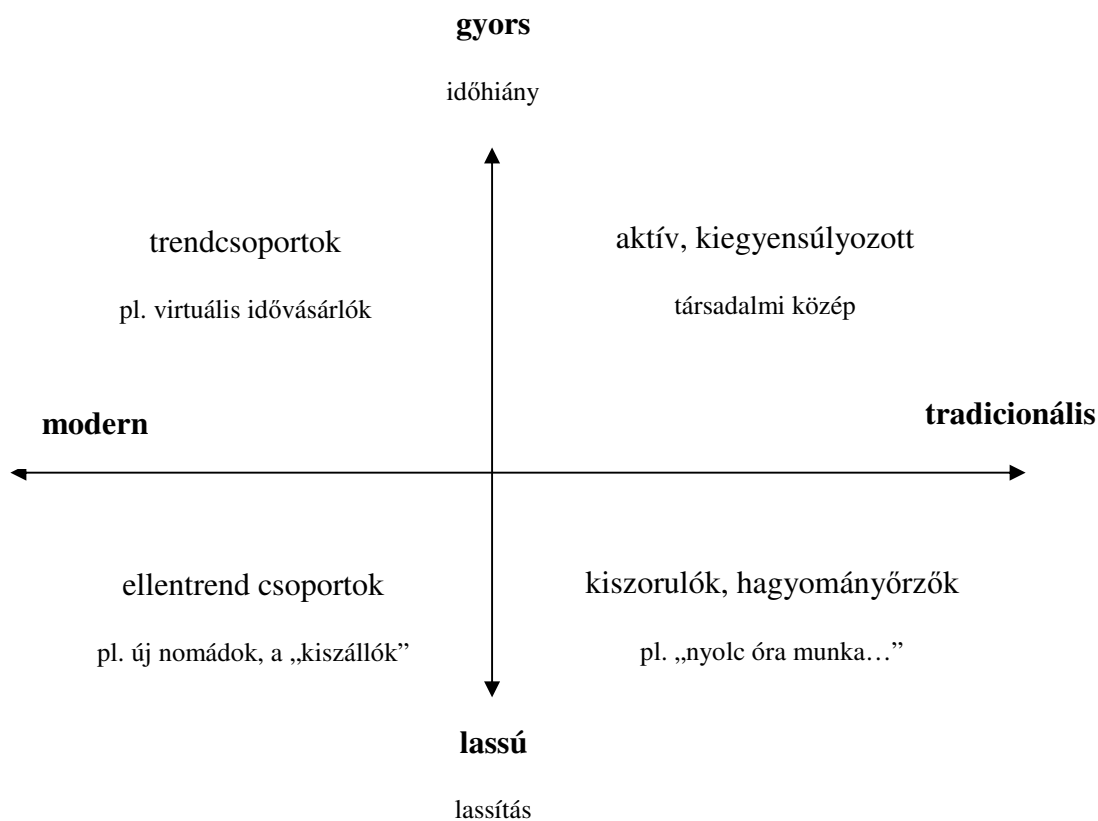
Az is kiderülhet az ábra értelmezéséből, hogy a piaci kiterjesztés azt is jelenti, hogy egyre inkább az egyes emberek saját maguk fedezik a javulást, az életmeghosszabbodást sejtető termékek, szolgáltatások költségeit. Az ilyen típusú „önfinanszírozás” azzal a következménnyel jár, hogy az igénybevételről hozott döntés egyre gyakrabban laikus kézben lesz, a szakember pl. az orvos inkább befolyásoló szerepkörbe kerül a korábbi döntéshozóiból. (Törőcsik, 2008)

5.2. A férfi trendcsoportok és az egészség

Ha a társadalmi környezetben tapasztalható új jelenségeket vizsgáljuk, valamint az ezek hatására reagáló csoportokat, akkor a trendcsoportokat ábrázolhatjuk a gyors vagy lassú élettempó, illetve a modern és tradicionális értékorientáció dimenzióiban.

A csoportok azonosításához az ÉletstílusInspiráció modell (Törőcsik, 2007) adja az alapot. A modell két dimenzióval írható le, eszerint az emberek életstílusát az értékorientáció és az élettempó határozza meg. A két tényező életstílusra gyakorolt hatását a 30. ábra szemlélteti.

30. ábra: ÉletstílusInspiráció modell



Forrás: Törőcsik (2007)

A *trendcsoportok* esetében az egészség témaköre fontos a férfiaknak, ők azok, akik sportolnak, figyelnek magukra, a táplálkozásukra, a megjelenés számukra a versenyképesség alapja.

Az *ellentrend csoportokhoz* tartozóak inkább a természetközeli megoldásokat preferálják mindenben, inkább séta az erdőben, mint edzőtermi jelenlét, inkább friss gyümölcs, mint táplálékkiegészítők.

Az *aktív, kiegyensúlyozott* csoportok hozzák a társadalmi átlag értékeit, egészségmagatartásukra inkább a nőkre való támaszkodás jellemző, kevésbé preventívek, számukra az egészség adottság, keveset kell érte tenni.

A *kiszoruló, hagyományőrzők* nem foglalkoznak az egészségükkel, nagy részük a fennmaradásért küzd, számukra nem téma az egészséges táplálkozás, csak a túlélés.

Ha mindezeket összefoglaljuk, akkor láthatóak a férfi-trendcsoportok az alapkoordináta-rendszerben (31. ábra).

31. ábra: Férfi trendcsoportok



Forrás: Az új férfi 2010. TrendInspiráció Műhely

5.2.1. gyors|modern trendférfiak

Az überszexuális, a self-designer férfi egyszerre határozott, férfias, stílusos és a minőség rendíthetetlen híve. A hálós e-man, egy megrögzött „kütyümániás”, korábbi „távírányító-fetisiszta”, aki a technikába, a web2-be menekülve szünteti meg mindennapjai feszültségét. A super daddy mindent megtesz felelősségteljes munkája mellett, hogy tökéletes apuka legyen. A kreatív avantgarde-ok az új generáció tagjai, akik nagyobb szabadságot, rugalmasságot igényelnek, mint a korábban munkában szocializálódott férfiak. Helytől és időtől függetlenül dolgoznak legszívesebben. Laptop nomádoknak is nevezik őket. A Laptogs (Living apart together) jelszava: együtt, mégis külön. Az elkötelezettséget nehezen vállalók csoportja ez, hiszen párkapcsolatuk során sem adják fel saját lakásukat. A parazita szinglik szívesen élnek a családi vendéglátás lehetőségével: önálló keresetük ellenére is a szülőknél laknak.

5.2.2. gyors|tradicionális férfiak

A retroszexuális férfi elutasítja az összes nőies allúrt, hagyományos értékfelfogást képvisel a mai kor szintjén. A retro férfiak is a modern férfiak közé tartoznak, csupán a nőies megjelenési jegyeket utasítják el. A best-age-férfiak úgy érzik, már sokat letettek az asztalra, nekik nem szükséges a nők és a konkurensek előtt bizonyítaniuk. Figyelnek önmagukra,

érzéseikre és egészségükre, karizmatikusak, nagy hatással vannak környezetükre. Altípusaik a Care-man, Selfness-man.

Az anyaszívú apák a munka elé helyezik a családot és a gyereknevelést, sőt, még a házimunkát sem hagyják a nőkre, hanem abból a korábban megszokott klisékkel ellentétben egyenlő arányban veszik ki részüket.

5.2.3. lassú | modern férfiak

Az „érzékeny” LOHAS (Lifestyles of Health and Sustainability) a nőies értékeket - mint tolerancia, kommunikáció, együttműködés - vállaló férfiak, akik együttműködésre törekednek a párjukkal, környezetükkel. A környezetvédelem foglalkoztatja őket, törekednek az egészséges életmódra. A patchworker újfajta szabadságként éli meg a posztmodern értékrend hódítását. Modern, gondtalan férfinak gondolja magát, a hagyományos nemi szerepeket idejétmúlnak tekinti. Toleráns, de nem minden áron. Nem a nőknek akar megfelelni, viselkedésének és értékrendjének központja önmaga. A célváltó Fruppies - frustrated urban professionals - a korábbi yuppie-k késő középkorba, ezzel együtt gyakran válságba került tagjai, akiknek nagyon fontos volt a karrierjük, olyannyira, hogy életüket tették rá. Számukra ennek tartalma mára kiüresedett, így új célokat kell keresniük. Nagyvárosi jól képzett férfiakra gondolkozhatunk, megfelelő anyagi háttérrel, érett igényekkel. A kalandvagyó Pán Péterek a nehezen, vagy soha fel nem nőző férfiak. A kötelezettségeket nehezen, vagy egyáltalán nem viselik el. Szórakoztató, különös aurájú társasági emberek lehetnek, vagy érdeklődési körükbe belefeledkező álmodozók. A „játékos” férfiak csoportja megítélés, pozíció alapján határeset. Ha ez nem ér el túlzott mértéket, akkor szerethető, egy ponton túl pedig önsorsrontó, családot tönkretéző.

5.2.4. lassútradicionális férfiak

A nyuszi férfi már kirázódott a megszokott kerékvágásból, érzékeli a szerepek változását, azonban nem tud mit kezdeni az új helyzettel. Nem találja fel magát, nem tudja, merre induljon. Nem ismeri fel az új lehetőségeket, vagy ha mégis, nem mer élni velük. Bizonytalansága teljesen hatalmába keríti, egyedül nem tud kilábalni a szorongató helyzetből, ami frusztrációt okoz nála. A laddism az extrém tradicionális férfiakra jellemző. A férfiasság krízisének lehetséges, ám radikális megoldása az ős-férfiasság újraélése, visszautasítják az illemszabályok kötöttségét, nyilvánosan és sokat isznak, kommunikációjuk bántó, hangosak és szemtelenek. A kiszoruló csoportjába olyan férfiak tartoznak, akik krízisben vannak, és ezen nem is tudnak már változtatni. Tehetetlenek, nem tudnak lépést tartani a körülöttük zajló

eseményekkel. Elvesztik eddigi társaságukat, vagy nem is találhatnak társakra. Folyamatos kudarcuk pedig egyre jobban a szakadék szélére sodorják őket. Kényszerszinglik olyan férfiak, akik csak álmodoznak az igényes nőkről, azonban soha nem fognak megfelelni azok magas igényeinek, ezért egyedül maradnak. Azaz nem saját akaratukból élnek egyedül, hanem erre kényszerülnek, sikertelenségük állandó frusztrációt okoz, ami megkeseríti az életüket, és így még inkább eltávolodnak céljuktól. Kialakul egy ördögi kör, amelyből nem tudnak kitörni.

A Bauer Media 4D Men tanulmányában (4D Men 2010) igyekezett új fényben vizsgálni a férfiak motivációit, szükségleteiket és a rájuk nehezedő nyomást. A tanulmány fókuszcsoportos viták, online blogok, videonaplók és egy 15-40 éves angol férfiakat megkérdező 1500 fős angol reprezentatív mintán végzett kutatás alapján készült. A 4D Férfi vizsgálata négy dimenzióban történt: a diagnózis, a változatosság, a mélység és a dinamizmus. Legfőbb megfigyelésük, hogy a 4D férfi magabiztos, egyedi, számos hobbival és szenvedéllyel, aki nem illik bele a hagyományos férfiképbe. A kutatás hat klaszterbe rendezte a „valós” férfiak csoportjait, amelyek jellemzése az alábbiakban olvasható.

- Kis nagy ember – a pillanat vezeti, fogékony a környezet hatásaira, befolyásolható, egészségmagatartása igénytelen. „Az igazi férfi egy ültő helyében meg tud inni több korsó sört.”
- Hamupipóke Férfi – elnyújtott kamaszkor jellemző rá, várakozás arra, hogy nagy dolgok történjenek vele, mások felelősségére apellál. „Inkább ne legyen felelősségem, minthogy megmondják, mit tegyek.”
- Egyedülálló Férfi – impulzív, gondtalan, nem számolja az éveket, inkább hedonista. „Gyűlölöm a házimunka bármely formáját.”
- Maraton Férfi – progresszív, egészségtudatos, éles eszű. „Diétázom, hogy igazán egészséges legyek.”
- Remete – barátok és család a fókuszában, próbál egészséges lenni, jó fej. „Én tényleg élvezek egy estét a kocsmában.”
- Férfi minden évszakra – modern, elkötelezett, gömbölyű az élete. „Szeretem a különféle embereket, kultúrákat, ötleteket és életstílusokat magam körül.”

5.3. Trendpéldák a férfiegeszséggel kapcsolatban

Az alábbiakban hozunk néhány trendpéldát arra vonatkozóan, miképp szolgálhatják ki a férfi igényeit a munkahelyen, amennyiben értékes, mint munkaerő, fontos a kreativitása, egészsége.

Számos olyan munkahelyet alakítanak ki, ahol a játékos férfi kiélheti energiáit, ám az az innovatív gondolkodást támogatja.



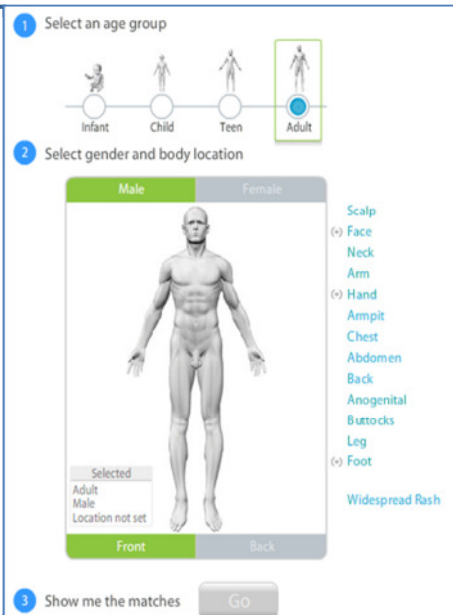
A Google központja Kaliforniában. Az épületegyüttes elnevezése a 'Google' és 'complex' szavak kombinációjából született. Az irodaközpont sajátossága, hogy az egyes egységeket sok különböző funkcióval látták el: a munkavégzés egyes helyszínei is különböző felszereltséggel, hangulattal rendelkeznek, ezen kívül van tere a közösségi életnek, IT eszközök javíttatásának, úszásnak, szabadtéri és beltéri sportolásnak, hajvágásnak stb... így a dolgozók egész napjukat hasznosan és tevékenyen tölthetik.

<http://en.wikipedia.org/wiki/Googleplex>

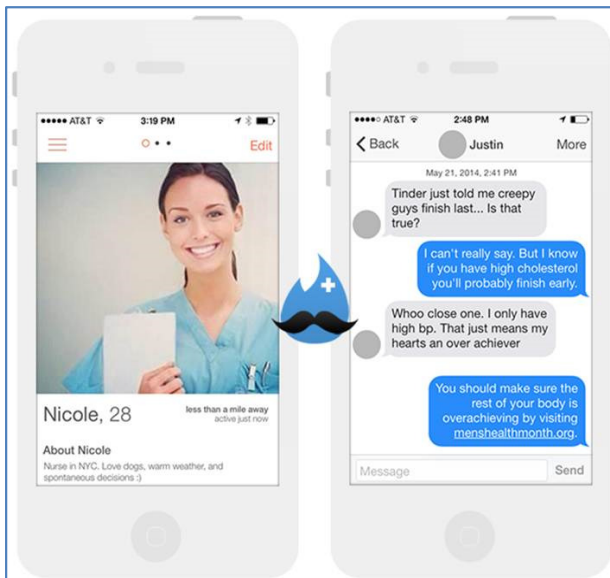
A férfiegeszséget támogatják olyan megoldások is, amelyek a *problémák anonim kezelését* ígérik. Ebből a szempontból az internet számtalan lehetőséget kínál, a tematikus és hiteles oldalakra érdemes a munkatársak figyelmét felhívni.

Gyakran hangzottatott közhely, hogy a férfiak nehezen beszélnek bajaikról, így betegségeikről is. A nőkkel ellentétben ők kifejezetten nem szeretik ezeket a témákat fűvel-fával megbeszélni, még akkor sem, ha szakember lenne az illető. Számukra ideális lenne a skinsight internetes oldal, ahol a skin condition finder segítségével az egyes testrészek bőrfelületének számtalan problémájáról van lehetőség tájékozódni. Az oldalon széles körű adatbázist is létrehozta a különböző betegségekről, így a személytelenségbe burkolózva tájékozódhatnak, informálódhatnak, illetve akár szakértő segítségét is kérhetik az érdeklődők.

<http://www.skinsight.com/skinConditionFinder.htm>



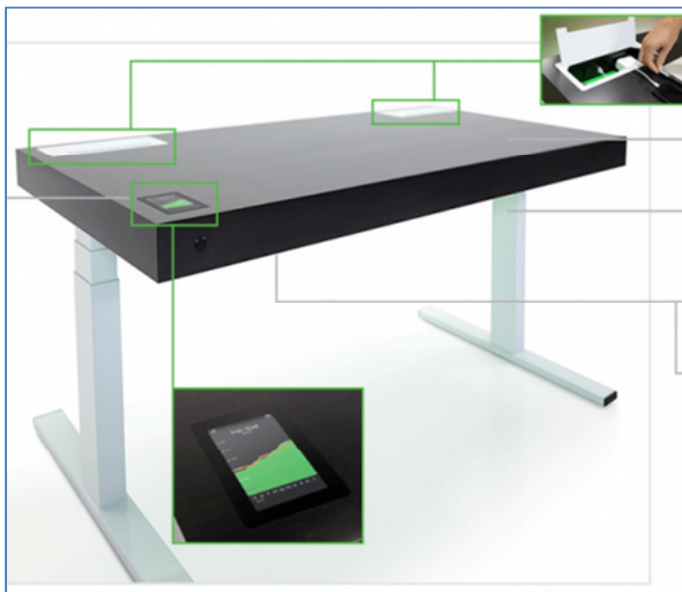
Köztudott *férfi érdeklődési körök* vannak, amelyekre alapozva nagyobb valószínűséggel lehet elérni a férfiakat, majd ezen a nyomvonalon haladva, akár tanácsokat is lehet adni nekik vonzó formában.



Kifejezetten férfiaknak szóló projekt a Matches for Men's Health. A roppant népszerű Tinder társskereső oldalon regisztrálták az alkotók Nikol nővért, aki valójában nem egy szexi nővérke, hanem egy fake profil, amely a kezdeti flörtölést az egészségről szóló komoly beszélgetéssé alakítja. A chat Nikollal úgy kezdődik, ahogy a Tinder üzenetek többsége, apró célozgatásoktól eljuthatnak az egészen mocskos beszédig. Ahogy a beszélgetés egyre hevesebbé válik, Nikol igazi nővérré változik és elmondja a férfiaknak, hogy meg kellene látogatniuk a menshealthmonth.org honlapot, hogy többet tudjanak meg egészségükről.

<http://matchesformenshealth.com/>

A szellemi munkát végzők számára a munkahelyi légkör, a kreatív atmoszféra mellett az ülőmunkából származó problémákkal is meg kell küzdeni. Azért, hogy minél kedvezőbb munkafeltételeket teremtsenek, készült az alábbi megoldás.



Amerikai találmány a Stir kinetikus asztal, mely kifejezetten arra lett tervezve, hogy segítse a dolgozókat fitten és energikusan tartani munka közben is. Az ára 3890 dollár, de ezért az árért beépített érintőképernyőt kapunk, ahol a felhasználók információkat tárolhatnak arról a magasságról, ahogy szeretnek ülni, illetve állni. A képernyőre kettőt koppintva az asztal lefelé vagy felfelé mozog. Beágyazott hőérzékelők követik az elégetett kalóriákat, amikor az asztal aktív módban felemelkedik, vagy leereszkedik, mintegy emlékeztetőként a testhelyzet változtatásának szükségességére. Idővel az asztal 'megtanulja' használójának szokásait és alkalmazkodik azokhoz. <http://www.stirworks.com/>

Vannak helyzetek, amikor már a munkahelyen kialakult egészségkárosodással kell szembenézni. Erre vonatkozóan *programokat* lehet kifejleszteni, főképp olyanokat, amik kapcsán minden érintett fél csak nyerhet, sőt, amelyek a cég jó hírnevét is növelik.

2013 júniusában a Ford együttműködésbe kezdett az amerikai United Auto Workers (UAW), vagyis az autós szakszervezettel, hogy bevezessenek egy pilot programot kifejezetten a Ford dolgozói számára. A Michigan-ban működő önkéntes alapú két éves programot kb. 2000 órábérben dolgozó és nyugdíjas teszeli, akik majd' mindannyian szenvednek valamilyen betegségben, - asztmában, cukorbetegségben, koszorúér-betegségben, szívelégtelenségben, vagy krónikus légúti betegségben. Ezen dolgozók lehetnek a program a résztvevői, akiknek személyi nővért, vagy ápolót biztosít a cég, hogy elérjék a célként kitűzött egészségi állapot javulást. A program célja az egészségbiztosítások költségeinek redukálása, és a speciális orvosi problémák javítása.

<http://corporate.ford.com/news-center/press-releases-detail/pr-ford-uaw-and-uaw-trust-launch-38206>



A mai technikai lehetőségek széles tárházat biztosítanak a nem szokványos ösztönző programok kialakításához is. A lenti példa nem csak a munkavállalók egészség-érzékenységét fejleszti, hanem *csapatalkotásra* is alkalmas.

A Keas ingyenes iPhone alkalmazás lehetővé teszi a munkaadóknak, hogy fokozzák munkavállalóik egészségét, fittségét és jólétét. Az app segítségével a felhasználók „amit tenni kell” listákat tudnak létrehozni, mindezeket persze egészségügyi célokkal, minthogy csökkenteni a telített zsírsavak bevitelét, vagy végigcsinálni egy-egy gyakorlatot. Pontokat lehet még szerezni külön feladatok elvégzésével, vagy egészséggel kapcsolatos kérdésekre adott helyes válaszokkal. A pontokkal mind a csapatot, mind az egyént előre lehet juttatni az egyre magasabb szintek felé. <https://keas.com/>

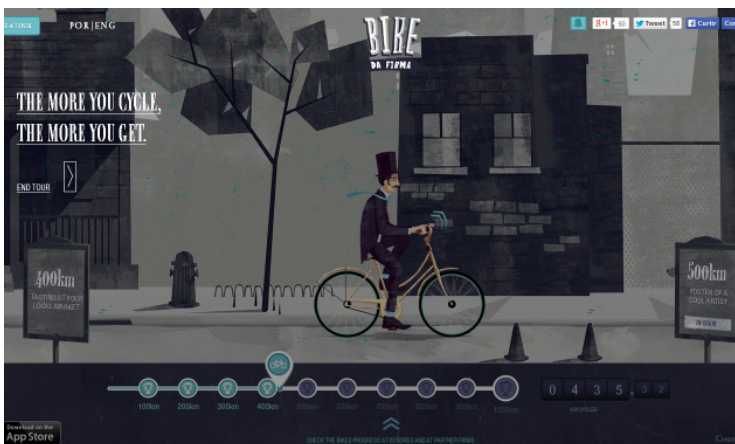
Egyre gyakrabban fordul elő nálunk is, hogy a *nagy meleg* hatással van a munkavégzésre. Ennek megoldására számtalan ötlet működik, még úgy is, hogy a munkavállalónak fizetnie kell érte.

A „Mi Espacio Siestario” elnevezésű épületben a chileiek rövid napközbeni sziesztájukat tarthatják meg. A fővárosban működik ez a létesítmény, ahol a városi dolgozók tudnak megpihenni a nagy hőségben és újra összeszedhetik magukat, mielőtt visszamennének munkába, nem kell hazamenniük. A helyet 30-45 percre bérelhetik 5000 chilei pesoért, vagyis kb. 10 dollárért, amiért nemcsak az ágy, hanem egy energetizáló tea is jár az ébredéskor.

<http://espaciosiestario.cl/>



A *mozgás* az egészség megőrzésének egyik komoly pillére. Előmozdítására ösztönző programot hívhatunk életre, például a munkába járás fizikai mozgással járó megoldásának támogatására.



A brazil kreatív labor, a Señores bevezette a Bike da Firma mozgalmat, mely valójában egy jutalmazás alapú program, mely arra bátorítja a dolgozókat, hogy biciklivel közlekedjenek. A cégek nyomkövetővel ellátott bicikliket tudnak bérelni a Señores-től, és minden lebiciklizett 100 km után jutalmat kapnak. Ez lehet egy kör ital, jótékonysági adomány, póló vagy egy masszázs, ezeket persze mind csapatban, de egyénileg is elnyerhetik. A Señores havidíjat számol fel a szolgáltatásért, amely a bicikliket kívül biztosít egy weboldalt és egy mobil alkalmazást a program menedzselésére.

<http://www.bikedafirma.com/>

Az új férfi tehát sérülékenyebb, bizonytalanabb helyzetű, mint a korábbi férfi volt. Ugyan hagyományos szerepei megkérdőjeleződtek, de közben teljesebb életet is él, hiszen érzelmileg

gazdagítják, támogatják az új szerepkörök. A férfi munkaerő mindezen fokozott elvárásokat jelentő társadalmi környezetben próbál megfelelni, számos önértékelési, szorongásos problémával megküzdni. Az empátikus munkaadói magatartás az, ha ezeket a fejleményeket ismerve kezelik az esetleges adódó problémákat. Meg kell érteni, a mai korban más a munkavállaló érdeklődése, lojalitása, gondjai és örömei, de ha a munkaadó ezekkel az új vonásokkal, az új kommunikációs csatornákkal, közlési módokkal tisztában van, sokat tehet a munkavállalói megtartásáért, motiválásukért.

Hivatkozott irodalom

Alcohol in the Workplace (2005) - Guidelines for developing a workplace alcohol policy
http://www.vwa.vic.gov.au/_data/assets/pdf_file/0009/9864/alcohol_workplace.pdf Letöltés dátuma: 2014.07.10.

Alcoholism in the Workplace: A Handbook for Supervisors
<http://www.opm.gov/policy-data-oversight/worklife/reference-materials/alcoholism-in-the-workplace-a-handbook-for-supervisors/> Letöltés dátuma 2014.07.10.

Az egészségi egyenlőtlenségek csökkentése OEFI 2010
<http://www.oefi.hu/egyenlotlensegek.pdf> Letöltés dátuma: 2014. 07. 02.

Ádány (2008): A magyar lakosság egészségi állapota, különös tekintettel az ezredforduló utáni időszakra Népegészségügy / 86. évfolyam 2. szám p. 5-20.

Babusa, B.-Túry, F. (2012): Adonisztól Schwarzeneggerig - Férfiideálok és civilizáció. Budapest, Oriold és Társai Kft.

Bauer Media (2010): 4D Men. Touchpoints/Bauer ACT tracker May. 15-40 p.

Blot W.J.(1992): Alcohol and cancer Cancer Research 52 (suppl), 2119-2132.

Blot W. J. et. al (1988): Smoking, and drinking in relation to oral and pharyngeal cancer
Cancer research 48. 3282-3288.

Colman, R., Wilson, J. & Rainer, R. (2003). The economic impact of smoke free workplaces: An assessment for Newfoundland and Labrador.
<http://www.gpiatlantic.org/pdf/health/tobacco/smoke-free-nf.pdf>

Department of Health and Children (2005). Obesity: The Policy Challenges. The Report of the National Task Force on Obesity. Hawkins House, Dublin

Döbrössy L. (2004) Megelőzés az alapellátásban. Mi a teendő? Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest

Döbrössy L. Kékes E. (2010): A lakossági szűrésekről helyi közösségi véleményformálók részére. Oktatási segédanyag. SpringMed Kiadó

Döbrössy L., Kékes E., Döbrössy B., Németh E. (2010): Szűrővizsgálatokról szakembereknek. Oktatási segédanyag. SpringMed Kiadó

Döbrössy L. (2013): Daganatok szűrése, minőségbiztosítási kézikönyv és módszertani útmutató; Országos Tisztifőorvosi Hivatal Budapest, 2013

EHLEIS Országjelentések No.6– 2013. Március Az egészségesen várható élettartam

Ember I., Kiss I., Cseh K. (2013): Népegészségügyi orvostan PTE ÁOK, Pécs

Eurobarometer (2006). Health and Food Special Eurobarometer 246/ Wave 64.3 - TNS Opinion and Social. European Commission

European Commission, Health and Consumer Protection DG, Green Paper: Towards a Europe free from tobacco smoke (2007): policy options at EU level, European Communities http://ec.europa.eu/health/ph_overview/health_forum/docs/ev_20071128_rd03_en.pdf

Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelve (2010): A diabetes mellitus kórismézéséről, a cukorbetegség kezeléséről és gondozásáról a felnőttkorban

Fejes Lné., Restyánszkiné Jaczkó V. (2009): Az európai lakossági egészség felmérés és a betegforgalmi adatok összefüggései Magyarország régióiban, 2009 http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/terstat/2011/06/fejes_restyanszky.pdf

Füzesi Zs. (2004): Egészségmagatartás. In: Népegészségügyi jelentés : szakértői változat. – Bp. : Orsz. Epidemiol. Közp., – 5. fejezet, pp. 1-86.

Galanko A, Neuhauser N. J. (2005). 'Food nutrition label use is associated with demographic, behavioural, and psychosocial factors and dietary intake among African Americans in North Carolina'. Journal of the American Dietetic Association, 105(3): 392-402.

Gough, B., M.T. Connor (2006). Barriers to healthy eating among men; A qualitative analysis. Social Science and Medicine, 62:387-395.

Gódné S. (2004): Az elhízott betegek bizonyítékokon alapuló ellátása. A klinikai audit jelentősége IME III. évfolyam 9. szám 2004. december 4.

Hadas, M. (2010): A férfiasság kódjai. Budapest, Balassi Kiadó

Health department staff create self sustaining healthy snack bar. Eat Smart

Move More North Carolina. Available at

<http://www.eatsmartmovemorenc.com/success/chron28.pdf>. Letöltés dátuma: 2014.06.21.

Health at a Glance: Europe 2012 (Egészségügyi pillanatkép Európában: 2012) Letöltés dátuma: 2014. 06. 28.

International Center for Alcohol Policies

<http://www.icap.org/PolicyTools/ICAPBlueBook/BlueBookModules/22AlcoholandtheWorkplace/tabid/542/Default.aspx#6> Letöltés dátuma: 2014.07.10.

Jákó P. (2012): Sport, egészség társadalom, Magyar Tudomány p.1081-1090.

Kannel W. B., Higgins M (1990): Smoking and hypertension as predictors of cardiovascular risk in population studies. J. Hípertension 8 (Supl. 5): 53-58.

Kiefer, I., T. Rathmanner, M. Kunze (2005). Eating and dieting differences in men and women. Journal of Men's Health and Gender. 2(2): p. 194-201.

Klinger A. (2007): A halandóság társadalmi különbségei Magyarországon a XXI. század elején. Demográfia, 2007. 50. évf. 2–3. szám 252–281.

Levin B, Brooks D, Smith RA, Stone A.(2003): Emerging technologies in screening for colorectal cancer. CA Cancer J. Clin. 53: 44-55.

Magyar Hypertonia Társaság Szakmai Irányelvek Bizottsága (MHT-SZIB) Kiss István (szerk) 2009: A hipertonia betegség felnőttkori és gyermekkori kezelésének szakmai és szervezeti irányelvei Letöltés dátuma: 2014.07.01.

McCarthy M, Richardson N. (2011): Report on best practice approaches to tailoring lifestyle interventions for obese men in the primary care setting Centre for Men's Health Department of Health Science Institute of Technology Carlow, Ireland Letöltés dátuma: 2014.07.10.

McPherson, K.E. (2004). Body Image Satisfaction in Men; Its implications for promoting health behaviours. Presentation at 5th National Men's Health Conference, Arlington, Virginia: USA

Nutrition Resource Centre (2002): Guide to Nutrition Promotion in the Workplace, Ontario Public Health Association, Toronto Letöltés dátuma: 2014.06.23.

Nutrition and Physical Activity: A Policy Resource Guide (2005)
<http://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/Pubs/345-239-PolicyResourceGuide.pdf>

Letöltés dátuma: 2014.06.25.

Ottó Sz, Eckhardt S. (2000): Early detection for colorectal cancer: new aspects in fecal occult blood screening. *J. Surg. Oncol.* 220-226.

Parmenter K Waller J and Wardle K (2000). Demographic variations in nutrition knowledge in England. *Health Education Research* 15(2):173-184.

Robertson A, Tirado C, Lobstein T, Jermini M, Knai C, Jensen J H, Ferro-Luzzi edition: (2004): Food and health in Europe: a new basis for action Food and health in Europe: a new basis for action Edited by: WHO Regional Publications, European Series, No. 96

Nyirkos P. (2005): Tényeken Alapuló Orvostudomány Módszertani Ajánlások Melania Kiadói Kft.

Purebl György: Szorongás és depresszió a háziorvosi gyakorlatban. *Hippocrates V/2* 128-133. 2003.

Rogers RG, Powell-Griner E (1991): Life expectancies of cigarette smokers and nonsmokers in the United States. *Social Science & Medicine.* 32 (10):1151-9.

Soós P., Szelid Zs., Bagyura Zs., Merkely B. (2011): A szív - és érrendszeri megbetegedések magyarországi epidemiológiája. *Népmozgalom Statisztikai tükör* 2014/28.

Statisztikai tükör IV. évfolyam 50. szám p. 1-7 2010. április

Tistyán L., Busa Cs., Füzesi Zs. (2012): A mentális betegségek, panaszok és az egészségmagatartás összefüggései. In: *Európai lakossági egészségfelmérés. Tanulmányok II. –Az egészség társadalmi gazdasági összefüggései* : KSH ;– pp. 33-52.

Tomatis L. (ed): *Cancer, causes, occurrence and control* (IARC. Sci. Publ. No100. 1990

Töröcsik, M. (2011): *Fogyasztói magatartás - Insight, trendek, vásárlók.* Budapest, Akadémiai Kiadó

Töröcsik, M. (2008): Paradigmaváltás az egészségügyben – egészségpiaci szemlélet a betegségpiacban való gondolkodás helyett. *Lege Artis Medicinae*, 2008./17., 632–635. p.

Töröcsik, M. (2007): Vásárlói magatartás. Budapest, Akadémiai Kiadó

TrendInspiráció Műhely (2010): Az új férfi. Pécs, Kézirat

World Health Organization (1986): Ottawa Charter for Health Promotion. Health Promotion

Ziegler, D. – Reitbauer, S. – Rizzo, L. – Klein, St. (2008): TrendReport Männer. Konsum zwischen Alufelge und Abdeckstift. SevenOne Media GmbH, Unterföhring

<http://daganatok.hu/rakszures/szajrakszures> Letöltés dátuma: 2014.07.02.

<https://osha.europa.eu/en/press/photos/napo> Letöltés dátuma: 2014.07.10.

https://osha.europa.eu/hu/publications/factsheets/hu_93.pdf Letöltés dátuma: 2014.06.28.

<https://osha.europa.eu/en/topics/whp> Letöltés dátuma: 2014.07.05.

<http://tudorak-kezeles.hu/tudorak-szures> Letöltés dátuma: 2014.06.26.

http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf?ua=1 Letöltés dátuma: 2014.07.10.

http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpao/hwi/programdesign/health_risk_appraisals.htm Letöltés dátuma: 2014.06.15.

http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpao/hwi/downloads/Steps2Wellness_step3.pdf Letöltés dátuma: 2014.06.26.

<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/su6203a24.htm> Letöltés dátuma: 2014.07.06.

http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpao/hwi/toolkits/stairwell/motivational_signs.htm Letöltés dátuma: 2014.07.05.

http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpao/hwi/programdesign/environmental_audits.htm Letöltés dátuma: 2014.06.14.

<http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpao/hwi/toolkits/stairwell/example.htm> Letöltés dátuma: 2014.06.23.

http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpao/hwi/toolkits/walkability/sample_audit.htm Letöltés dátuma: 2014.06.23.

http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpao/hwi/downloads/Steps2Wellness_step2.pdf Letöltés
dátuma: 2014.06.18.

<http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpao/hwi/toolkits/tobacco/assessing.htm#Assessing> Letöltés
dátuma: 2014.06.28.

http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpao/hwi/downloads/Steps2Wellness_Step4_Track1.pdf
Letöltés dátuma: 2014.07.04.

<http://www.eufic.org/article/en/page/BARCHIVE/expid/basics-physical-activity/> Letöltés
dátuma: 2014.06.18.

http://www.ksh.hu/elef/pdf/hungary_issue6_hun.pdf Letöltés dátuma: 2014. 07. 02.

<http://www.menshealthforum.org.uk/best-practice-weight-loss-programmes-tips> Letöltés
dátuma: 2014.06.14.

<http://www.mhfi.org/tacklingmaleobesity.pdf> Letöltés dátuma: 2014.7.02.

<http://www.oeti.hu/?m1id=5&m2id=97> Letöltés dátuma: 2014.07.03.

<http://www-rohan.sdsu.edu/faculty/sallis/chew82595.pdf>

http://www.urologiai-centrum.hu/hu/urologiai_tanacsok/prosztatarak_szures Letöltés dátuma:
2014.06.28.

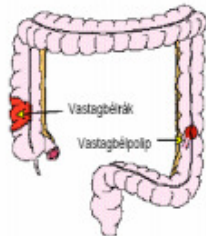
Mellékletek

Plakátminták

1/a. ábra: A vastagbél daganattal kapcsolatos tudnivalók

Mi a vastagbélrák?

A vastagbél az elfogyasztott táplálék salakanyagának továbbítására és kitrítésére szolgáló, mintegy másfél méter hosszú bélszakasz.

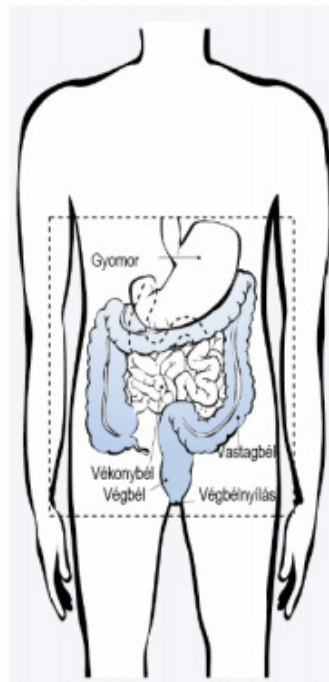


A vastagbélrák ebben a bélszakaszban fejlődő rosszindulatú daganat. Colorectalis (ejtsd: kolorektális) ráknak is nevezik.

A második leggyakrabban halált okozó daganat

A vastagbél-daganat a halált okozó daganatok közül a második leggyakoribb. Rendszeres szűrővizsgálattal a vastagbélrák miatt meghaltak száma jelentősen csökkenne.

A vastagbél és a végbél



Ki kap vastagbélrákot?

A vastagbélrák leggyakrabban az 50 év felettekben fordul elő. Férfiak és nők egyaránt megbetegedhetnek.

A szűrés életet ment

A vastagbélrák leggyakrabban a vastagbélben nő, kezdetben jóindulatú polipból képződik. A polip egy szemölcsszerű képződmény a bélben.



Vastagbélpolip

Idővel egyes polipok rosszindulatúvá alakulhatnak.

A vastagbélben növő polip és rák is gyakran vérezik. Ez a kis mennyiségű vér szabad szemmel nem látható, azonban laboratóriumi vizsgálattal a székletből kimutatható. Így a szűrővizsgálattal felfedezhetők a polipok, és mielőtt rákká alakulnának, eltávolíthatók. A szűrővizsgálattal a már kialakult vastagbélrák is korai stádiumban megtalálható, amikor tünetet vagy panaszt még nem okoz. Az idejében felfedezett vastagbélrák gyógyulási esélyei jók.

Forrás: Döbrössy, 2010

1/b. ábra: A vastagbél daganattal kapcsolatos tudnivalók

Hogyan zajlik a szűrővizsgálat?

A szűrővizsgálatra háziiorvosuktól kapnak meghívólevelet a 45 és 65 év közötti lakosok, férfiak és nők egyaránt. A háziiorvostól kapott 2 székklettartályba két egymást követő alkalommal ürített székletből kell mintát helyezni. Diétát a vizsgálattal kapcsolatosan nem kell tartani. A tartályokat a háziiorvoshoz kell visszavinni, aki elküldi azokat a laboratóriumba. A vizsgálat eredményét is a háziorvos kapja meg.

Mit kell tenni, ha az eredmény negatív?

Ha a széklet nem tartalmaz vért, az eredmény negatív. Ez jellemző az esetek legnagyobb részére (95%). Ilyenkor a szűrővizsgálat két év múlva esedékes. Tudni kell azonban, hogy nincs olyan szűrővizsgálat, amelyik 100%-os biztonsággal emelné ki a betegeket az egészségesek közül. Ezért ha két szűrővizsgálat között két hétnél hosszabb ideig a székelési szokások megváltozása (hasmenés, székrekedés vagy ezek váltakozása), a székletben vér vagy nyák, valamilyen nyilvánvaló okkal nem magyarázható testsúlycsökkenés jelentkezik, még egy korábbi negatív szűrővizsgálati eredmény birtokában is fel kell keresni a háziorvost.

Mi történik, ha a székletből vért mutattak ki?

Ha a laboratóriumi vizsgálat során vért találnak a székletben, az még távolról sem jelent vastagbélrákot. Ilyenkor viszont egy további vizsgálatra van szükség, ez a vastagbéltükrözés. Ennek során az egész vastagbél részletesen átvizsgálható, az esetleges rendellenességekből mintát lehet venni, sőt a kisebb elváltozások a vizsgálat során el is távolíthatók. A vastagbéltükrözés ugyan kellemetlen vizsgálat, de elmulasztásáért esetleg nagy árat kell fizetni.

Mibe kerül a vizsgálat?

A szűrővizsgálat és az esetleges további vizsgálatok ingyenesek, mert költségeit az Országos Egészségbiztosítási Pénztár fedezi.

Csökkenthető-e a vastagbélrák kialakulásának kockázata?

Zöldségben, gyümölcsben, teljes értékű gabonában gazdag, húsból és állati zsírból szegény táplálkozás, valamint napi félórás testmozgás (pl. tempós séta) csökkenti a vastagbélrák kialakulásának kockázatát.

További információ:
www.antsz.hu

IGAZ VAGY HAMIS?

Vastagbélrák miatt évente mintegy 5000 ember hal meg Magyarországon ✓ Igaz Hamis	
Az idejében felismert vastagbélrák jól gyógyítható ✓ Igaz Hamis	A 45 és 65 év közötti férfiak és nők meghívólevelet kapnak vastagbélvizsgálásra ✓ Igaz Hamis

VASTAGBÉLSZÜRÉS

Rendszeres szűrővizsgálattal a vastagbélrák miatti halálos esetek több mint fele megelőzhető lenne. A vastagbélrák nem mindig okoz tüneteket, ezért fontos a szűrővizsgálat. A szűrővizsgálattal felismerhetők, majd eltávolíthatók a vastagbélpolipok is, amik esetleg később rákká alakulnának.



A szűrés életet ment!
Ha hívják, menjen el!

ÁNTSZ

Forrás: Döbrössy, 2010

2. ábra: A magas vérnyomás kockázatát növelő tényezők



Forrás: Dr. Nagy Viktor: Álmodj normális vérnyomást!, SpringMed Kiadó

3. ábra: A BMI gyors meghatározása a testsúly és testmagasság ismeretében

A testsúlyhoz és a testmagassághoz tartozó BMI-értékek. Piros színnel kiemeltük a 30 feletti (elhízott), sárga színnel a 24-30 közötti (túlsúlyos) és zöld színnel a 24 alatti (normális) értékeket.

Testsúly (kg-ban)	Testmagasság (cm-ben)									
	155	160	165	170	175	180	185	190	195	200
55	22,9	21,4	20,2	19,0	17,9	16,9	16,0	15,2	14,4	13,7
60	25,0	23,4	22,4	20,7	19,6	18,5	17,5	16,6	15,7	15,0
65	27,0	25,3	23,8	22,4	21,2	20,0	19,0	18,0	17,1	16,2
70	29,1	27,3	25,7	24,7	22,8	21,6	20,4	19,3	18,4	17,5
75	31,2	29,2	27,5	25,9	24,5	23,1	21,9	20,7	19,7	18,7
80	33,3	31,2	29,4	27,6	26,1	24,6	23,3	22,1	21,0	20,0
85	35,4	33,2	31,2	29,4	27,7	26,2	24,8	23,5	22,3	21,1
90	37,5	35,1	33,0	31,1	29,4	27,7	26,3	24,9	23,6	22,5
95	39,5	37,1	34,9	32,8	31,0	29,3	27,7	26,3	25,0	23,7
100	41,6	39,0	36,7	34,6	32,6	30,8	29,2	27,7	26,3	25,0
105	43,7	41,0	38,6	36,3	34,3	32,4	30,7	29,0	27,6	26,2
110	45,8	42,9	40,4	38,0	35,9	33,9	32,1	30,4	28,9	27,5

Forrás: Döbrössy, 2010



Mozgásszegény életmód



Testmozgás



Egészségtelen táplálkozás



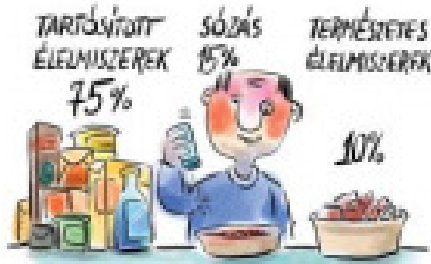
Az étrend helyes összetétele



Vérnyomásmérés



Normál koleszterinszint



Sófogasztás



Családi halmozódás

Életmód - ábragyűjtemény
(Forrás: SpringMed Kiadó)