

**Nemzeti Közszolgálati Egyetem
Hadtudományi Doktori Iskola**

Sótér Andrea alezredes

**Az egészségfejlesztési irányok meghatározása a Magyar
Honvédség személyi állománya az időszakos egészségügyi
szűrővizsgálati eredményeinek tükrében**

Doktori (PhD) értekezés

Témavezető:

Dr. Szilágyi Zsuzsanna PhD nyá. orvos ezredes

Budapest, 2013.

Tartalomjegyzék

1. Bevezető	5
1.1. Témaválasztás indoklása.....	8
1.2. A tudományos probléma megfogalmazása	11
1.3. Kutatási célkitűzések.....	17
1.4. Kutatási módszerek	18
1.5. Kutatási hipotézisek	20
2. A kutatási téma értelmezése és előzményei.....	22
2.1. Alapfogalom meghatározások.....	22
2.2. A kutatási téma tudomány-rendszertani értelmezése	26
2.3. A prevenció helye az egészségügyi támogatás rendszerében	27
2.4. Az egészségfejlesztési tevékenység történeti áttekintése.....	31
3. A Magyar Honvédség egészségügyi szűrővizsgálati tevékenységének történeti áttekintése	43
3.1. A tömeghadseregben végzett szűrővizsgálatok	43
3.2. Az egészségmagatartási kutatások korszaka (2003-2008)	51
3.3. Az új szűrővizsgálati protokoll (2009).....	59
3.4. A jelenlegi rendszer működése (2009-2012)	65
3.5. A szűrővizsgálati tevékenység tudományelméleti hátterének és gyakorlati felhasználhatóságának változása.....	68
4. A Magyar Honvédség személyi állományának egészségmagatartási mutatói	71
4.1. A vizsgálati minta jellemzése	71
4.2. Vizsgálati eszközök, elemzésben használt esetdefiníciók.....	73
4.3. Az adatbázis előkészítése.....	78
4.4. A statisztikai elemzés és az interpretáció főbb irányvonalai.....	78
4.5. Eredmények	81
4.5.1. A dohányzásra vonatkozó eredmények	81
4.5.2. A táplálkozásra vonatkozó eredmények	83
4.5.3. A folyadékfogyasztásra vonatkozó eredmények.....	94
4.5.4. Az elégtelen fizikai aktivitásra vonatkozó eredmények	96
4.5.5. A túlsúllyal kapcsolatos eredmények	98
4.5.6. A vélt egészséggel kapcsolatos eredmények	100
4.5.7. A pszichoszomatikus tüneteivel kapcsolatos eredmények.....	102
4.6. A Magyar Honvédség egészségkockázati rizikótérképe.....	104

5. A honvédségi egészségfejlesztés új irányai.....	109
5.1. Az egészségfejlesztés elméleti keretei	109
5.2. A munkahelyi egészségfejlesztési programok	113
5.3. A jövő: az alakulati egészségterv.....	118
5.4. A komplex életmódváltást megcélzó prevenciós modell program	122
5.5. A szakterület újratervezése a feladatok és a struktúra dimenziójában	126
6. Összefoglalás.....	132
6.1. Összegzett következtetések.....	134
6.2. Az új tudományos eredmények bemutatása.....	137
6.3. Az elméleti és gyakorlati felhasználhatóság, ajánlás	138
6.4. További kutatási irányok meghatározása	138
Köszönetnyilvánítás.....	140
Rövidítések jegyzéke	141
Mellékletek	144
Felhasznált irodalom.....	183
Publikációs lista	191

„Az egészségügy időnként egyeseknek,
a népegészségügy pedig mindig, mindenkinek létkérdés”.
(C. Everett Koop)

1. Bevezető

A magyar lakosság egészségi állapota európai összehasonlításban is kedvezőtlennek mondható, nem éri el az ország társadalmi-gazdasági fejlettsége alapján elvárható szintet. Számos magatartási kockázati tényező, így a dohányzás, az alkoholfogyasztás, a fizikai inaktivitás és az egészségtelen táplálkozás elterjedtsége indokul szolgál a kedvezőtlen egészségi állapot mutatókhoz. Az életmódbeli tényezők alakulását azonban számos egyéni és társadalmi tényező együttesen alkotja. A lakosság egészségi állapota, az egészségbeli egyenlőtlenségek növekedése, a kedvezőtlen egészségmagatartás indokoltá teszi a strukturált, összehangolt és fenntartható népegészségügyi válaszok kialakítását és alkalmazását.

Bár napjainkban a jól működő alkalmassági és szűrővizsgálati rendszernek köszönhetően az egészségi állapot tekintetében a Magyar Honvédség személyi állománya a civil populáció epidemiológiai adataihoz képest kedvezőbb képet mutat, a krónikus nem fertőző betegségek kockázati tényezői azonban - hasonlóan a civil populációhoz - magas arányban fordulnak elő az állomány körében is.

A rendszerváltást követően a létszámleépítések, a szerződéses állomány beáramlása, a csapatok alkalmazásának és fegyverzetének módosulása alapvetően megváltoztatta a katonai szolgálatban fenyegető egészségkárosító tényezők szerepét és az expozíció lehetőségeit, intenzitását és időtartamát. A „tüzérfül” mellé új katona-betegségek kialakulására lehetett és lehet számítani a hosszú hivatásos- és szerződéses katonai szolgálat hatásaként, ennek megfelelően a prevenció feladatai már a békeidőszakban is igen összetettek lettek.¹

¹ FALUDI Gábor: A prevenció – a katonai megelőző orvostan helye és szerepe – a MH egészségügyi támogató rendszerében. In. SVÉD László (szerk.): A katona-egészségügy, Zrínyi Kiadó, Budapest, 2009. p. 65.

A XX. század közepétől a katona-egészségügyi ellátásnak szinte valamennyi nemzet esetében új típusú kihívásokkal kellett és kell folyamatosan megbirkóznia, amely magával hozta a megelőző orvoslás szerepének jelentős bővülését². Ezek közül egy az egészségügyi ellátással szembeni elvárások növekedése. A NATO egészségügyi biztosítási elvei és politikája napjainkban az egészséget, – a tökéletes fizikai, szellemi és szociális jóllét állapotát – mint stratégiai meghatározó tényezőt deklarálja, melynek megőrzésével és fejlesztésével kapcsolatos feladatok a haderő egészségi- és egészségügyi védelmének sarokkövét képezik.

Napjainkban, amikor az MH állományából rotációs rendszerben jelentős hányad kerül alkalmazásra szélsőséges klimatikus, természeti és vészhelyzeti, vagy katasztrófa körülmények között, az alkalmazhatóság-bevethetőség kulcseleme az állomány magas szintű egészségi és fizikai állapota. Az erre vonatkozó vizsgálatok eredményei alapvető fontosságúak mind a parancsnoki tervezéshez, mind az állomány egészségi állapotát javítandó egészségfejlesztési stratégia kidolgozásához.

A katonai felsővezetés részéről is egyre markánsabban jelenik meg az igény, hogy a hazai és a nemzetközi kötelezettségeknek eleget téve, a honi hadrendben álló, és a felajánlott erők, egységek közép és hosszú távú tervezhetőségéhez az egészségügyi szolgálat olyan naprakész információval szolgáljon az állomány aktuális és prognosztizálható egészségügyi állapotáról, mely a hadműveletek előkészítése során az előzetes számvetésekben is felhasználható.

² KOPCSÓ István: A Magyar Honvédség egészségügyi szolgálatának jelen századbeli kihívásai, különös tekintettel a NATO egészségügyi transzformációs folyamatának támogatására. PhD értekezés. ZMNE KLHK Hadtudományi Doktori Iskola, Budapest, 2009. p. 13.

A katonák egészségi állapotának, illetve az egészségi állapotot jellemző és meghatározó tényezők folyamatos követéséhez a megfelelő monitoring rendszer kiépítése elengedhetetlen. A monitoring rendszer eredményeire, adataira, elemzéseire építve válnak tervezhetővé az egyenlőtlenségek mérséklését közvetlenül célzó egészségfejlesztési és betegségmegelőzési intervenciók. A hatékony népegészségügyi, egészségfejlesztési tevékenység eredményességéhez nélkülözhetetlen a honvédségi integrált egészségügyi információs rendszer kialakítása és fejlesztése, mely biztosítja a honvédség egészségügyi szervezeti elemei között az egészségügyi adatok, információk elektronikus nyilvántartását, tárolását, feldolgozását és megbízható továbbítását.

A védelmi szektor hatékony működése szempontjából a megelőzésnek kiemelt szerepe van a személyi állomány indokolatlan és idő előtti elhasználódása, a foglalkozási ártalmak kialakulása elleni fellépésben, a stabil pszichés és fizikai állapot fenntartásában, a katonai feladatokat egészségkárosodás nélkül elvégezni képes állomány megőrzésében, vagyis, a harcképesség megőrzésében és fenntartásában egyaránt. A megelőzés minden alkalmazott területen alapos helyzetismeretet, korszerű módszereket és kifinomult technikákat, valamint hozzáértő és tervszerű koordinációt igényel.

Az orvostudományok mellett az egészségtudományok is egyenrangú szereplői a katona-egészségügynek. Az egyén gyógyítása mellett a Magyar Honvédség teljes személyi állományának érdekeit szem előtt tartó egészségtudományi terület eredményeinek felhasználása nélkül a katona-egészségügy nem képzelhető el. Azonban, mint láthatjuk az egészségi állapot meghatározottsága és az ezt javítandó primer prevenciók politika megvalósítása messze túlmutat az egészségügyi szolgálat keretein, interszektoralis jellegű, vagyis a cél csak felső szintű koordinációval és együttműködéssel valósítható meg, nem kevés feladatot róva a megoldásban résztvevő szakemberekre.

1.1. Témaválasztás indoklása

Az 1940-1960-as években, az orvostudományok robbanásszerű fejlődésének is köszönhetően lezajlott epidemiológiai korszakváltás³ eredményeképpen megváltozott a megbetegedési (morbidity) és a halálozási (mortality) struktúra. Ez a kedvező folyamat a gazdaságilag fejlett országokban a megelőző szemlélet, a preventív medicina növekvő szerepéhez vezetett.

A korábbi évtizedekben a hadseregben elvégzett kutatások - melyeket a későbbiekben mutatok be - jól szemléltetik, hogy a problémakört a 80-as évektől ugyan pontosan detektálták, de átfogó, és hatékony megoldást nem sikerült találni. Nem, illetve csak részben kerültek kidolgozásra és bevezetésre azok a preventív támogató rendszerek melyek hosszú távon hatékonyak lehettek volna az állomány egészségi állapotának javításában.

Az I. Öbölháborútól (1991.) a Magyar Honvédség fokozatosan egyre nagyobb szerepet vállalt a nemzetközi humanitárius és válságreakáló katonai műveletekben (MFO 1995., UNFICYP 1995., AFOR 1997., SFOR 1997., KFOR 1999.). Az Észak - Atlanti Katonai Szövetséghez történő csatlakozásunk (1999) után az egyik legfontosabb feladat az volt, hogy a Magyar Honvédségnek olyan önkéntesség alapján szerveződő, képességalapú, expedíciós jellegű haderővé kellett átalakulnia, mely gyors és hatékony műveletekre képes. Válságkezelésben és védelemben egyaránt, valamint a multinacionális erők részeként bármikor és bárhol bevethető. A megváltozott körülmények hatására, a különböző műveleti területek hadműveleti és geoinformációs sajátosságaihoz igazodó kiképzés és felkészítés egyre magasabb egészségi, fizikai és pszichikai követelményszintet támaszt a katonával szemben. A humán faktor szerepe felértékelődött, a költségesen és hosszú időn át kiképzett katona értékévé vált.

³ OMRAN A. R.: The epidemiologic transition. A theory of the population change, Milbank Memorial Found Quarterly, 1971. 49. (4.) 522 p.

Témaválasztásomat alátámasztja továbbá, hogy a csapatok alkalmazásának és fegyverzetének módosulása alapvetően megváltoztatta a katonai szolgálatban fenyegető egészségkárosító tényezők szerepét és az expozíció lehetőségeit, valamint azok intenzitását és időtartamát is. A nemzetközi feladatokból fakadó tartós, fokozott és extrém, fizikai és pszichikai terhelések komoly felkészültséget kívánnak meg a személyi állománytól, melynek csak az egészséges és harcra kész személyi állomány megteremtésével és fenntartásával lehet megfelelni.

A MH Összhaderőnemi Egészségügyi Doktrínájában⁴ (később MH Egészségügyi doktrína) megfogalmazott küldetés szerint a „katonai műveletekben az egészségügy feladata a küldetés támogatása az élőerő megőrzésén, az élet megóvásán, valamint a maradandó fizikai és mentális károsodások minimalizálásán keresztül”. Ennek megfelelően „egészségügyi szempontból a haderővédelem nem más, mint a harcképesség megőrzése úgy, hogy a harcoló katona egészséges, hadra fogható és alkalmazható legyen, képessége maximumát elérve meghatározott időben és helyszínen”. A katona, mint humán erőforrás értéke felértékelődött, ma már egy katona nagyobb (harci) képesség potenciállal bír, mint korábban, és egy esetleges (egészségügyi okból történő) repatriálás akár a misszió sikerét is kockáztathatja.

Ebből következik, hogy a katonák egészségi állapota, az állapot magas szinten tartása, a hadrafoghatóság békeidőszakban, illetve a bevetést megelőző (predeployment) időszakban és a bevetés során egyaránt nagy jelentőséggel bír. A katonáknak a kiképzés és felkészítés szakában szükséges az optimális egészségi állapotot elérnie és birtokában lenni azoknak a készségeknek és magatartásformáknak melyek ezt az állapotot elősegítik és fenntartják. Azonban az egyén egészségi állapotát, illetve az azt befolyásoló magatartási formák összességét a genetikai és demográfiai adottságokon túl számos egyéb tényező alakítja.

⁴ 703/2007. (HK 18.) MH HEK pk. intézkedés A Magyar Honvédség Összhaderőnemi Egészségügyi Doktrína kiadásáról

A korábban nagy vihart kiváltó 1974-es Lalonde jelentés⁵ szerint az egészséget alapvetően négy determináns határozza meg: a genetikai örökség (27%), az életmód (43%), a környezeti tényezők (19%) és az egészségügyi ellátás (11%). Az életmód kiemelkedő szerepének felismerése az egészségügyi paradigmaváltás fontos indikátora volt, melynek eredményeképpen megváltozott a betegséghez való viszony, a hangsúly a megelőzésre, az egyén életmódjának befolyásolására, vagyis az egészségmagatartás fejlesztésére helyeződött át.

A megelőzésre fordított pénzeszközök négyszer-tízszer költséghatékonyabbak, mint a szekunder prevencióra és gyógyításra, rehabilitációra fordított összegek. Ahogyan a Semmelweis tervben⁶ foglaltaknak megfelelően mind az átlagnépességet, mind az egészségügyi ellátórendszert a primer prevenció irányába igyekeznek elmozdítani, felismerve annak nagyobb hatékonyságát nemzetgazdasági szinten, ugyanúgy a Magyar Honvédségnek is a saját állománya hosszú távú munkavégző képességének megőrzéséért, a megbetegedések alacsony szinten tartásáért kell további lépéseket tennie egy hatékony prevenció egészségpolitika kialakításával.

A témaválasztást indokolja és alátámasztja az a tény is, hogy a megelőzés témakörében végzett drog epidemiológiai kutatások eredményeit a gyakorlati életben felhasználva, szolgálati ágak közötti összefogással hatékony megoldást sikerült találni az akkor kiemelt nemzetbiztonsági kockázati tényezőnek minősített kábítószer-fogyasztás elterjedtségére a hadseregben⁷.

A hosszú távra tervezett, egységes személetű és a szolgálati ágak összehangolt tevékenységén alapuló következetes honvédségi egészségpolitika kialakítása nélkül az állomány egészségi állapotának számottevő javítása nem várható.

⁵ LALONDE, M.: A new perspective on the health of Canadians. <http://heapro.oxforjournals.org/content/1/1/93.short.1974>. Letöltési idő: 2011. május 25.

⁶ Újraélesztett egészségügy, gyógyuló Magyarország, Semmelweis terv az egészségügy megmentésére 2011. p. 99. <http://www.kormany.hu/download/3/c4/40000/Semmelweis%20Terv%20szakmai%20koncepti%C3%B3%202011.%20j%C3%BAnius%2027..pdf> Letöltési idő: 2013. május 9.

⁷ NÉMETH András, SZILÁGYI Zsuzsanna, GACHÁLYI András, SÓTÉR Andrea: A drogfogyasztás epidemiológiája a Magyar Honvédségnél, Honvédorvos supplementum 1999/1., 78- 79. 1999. p. 79.

1.2. A tudományos probléma megfogalmazása

A téma fontosságát, időszerűségét a bevezetőben említettekén kívül igyekszem alátámasztani olyan releváns, katonai-egészségügyi történelmi forrásmunkák bemutatásával, melyek már évtizedekkel ezelőtt is rávilágítottak az egészségi állapot javítását célzó egészségvédelmi programok fontosságára, valamint javaslatot tettek a katonák egészségügyi adatait rögzítő adatgyűjtési rendszerek hiányosságainak felszámolására is. Valós idejű és pontos adatok értékelése nélkül hatékony egészségvédelmi, egészségfejlesztési tevékenység sem tervezhető meg.

Simon Pál „A katonai-egészségügyi szolgálat gyógyító - megelőző tevékenységének korszerűsített, az alapellátásra támaszkodó információs rendszermodellje”⁸ című 1981-es értekezésében nem kisebb célt határozott meg, mint, hogy „az egészségét megóvni akaró ember, az egészségromlást megelőző és a betegséget meggyógyító orvos, valamint a megelőzést és gyógyítást az okok megismerhetőségének oldaláról a maga sajátos eszközeivel és módszereivel támogató számítógépes szakember harmonikus együttműködése a korszerű és hatékony egészségügyi ellátás új feltételeit teremtsen meg. Így lehet a tapasztalati tényeken alapuló orvoslásban kitágítani a memóriát...lehet javítani az egész társadalmat átfogó megelőzés rendszabályainak találati pontosságát, az egészségügyi hálózat működését, a hadsereg személyi állományának egészségi állapotáért felelős szolgálatunk igényli a korszerű információs rendszer létrehozását.”

Írja továbbá, „mivel a személyi állomány minden egyes tagjának egészségi állapotát nyomon kívánom követni... olyan adatbázist kell kialakítani, amelyet karbantartva, a

⁸ SIMON Pál: A katonai-egészségügyi szolgálat gyógyító-megelőző tevékenységének korszerűsített, az alapellátásra támaszkodó információs rendszermodellje - In. KOCSIS Bernát (szerk.): Anyagi-technikai, egészségügyi biztosítás – részletek hadtudományi disszertációkból MH VK Hadművelési csoportfőnökség, Tudományos Munkaszervezési Osztály kiadványa, Budapest, 1994. P. 447-448.

dinamikus továbbfejlesztés lehetőségét mindenkor biztosítva egyaránt tudjon betegségorientáltságú és vezetésorientáltságú információkat szolgáltatni.”⁹

Simon már akkor felismerte, hogy „a nagytömegű, manuálisan szinte áttekinthetetlen, ugyanakkor fontos következtetéseket rejtő adathalmaz gépi feldolgozása és elemzése fontos a katona-egészségügyi szolgálat vezetési szintjei számára. A szűrővizsgálatok során különösen sok adat keletkezik és elemzésükre, értékelésükre rövid idővel a vizsgálatok befejeztével lenne szükség, hiszen maga a vizsgálat is keresztmetszeti jellegű, az adott időpontban tükrözi az állomány egészségi állapotát.”

Egy másik fellelt irodalom szerint 1981-ben a hadtápszolgálat ellenőrzése kiemelt feladat volt¹⁰. A vizsgálat során kitértek az egészségügyi kiképzés és kiképzettség helyzetére, valamint a szűrővizsgálatok végrehajtottságára és hatékonyságára is. „Összességében a témavizsgálat az egészségügyi ellátás területén feltárt néhány olyan tény, amellyel ez idáig nem számoltunk és látszólag jelentéktelennek tünnek. Elsősorban a járóbeteg-rendelés elnagyolása, a kiképzés és egészségnevelő funkciók azonosítása, a személyi higiéniával kapcsolatos közömbösség, és a szűrővizsgálatok szabálytalansága.” A témavizsgálatok alapján levont következtetések és ajánlások a parancsnoki, politikai és szakmai vezetők számára többek között így fogalmazódtak meg: „Az egészségügyi szolgálati ág talán az egyetlen szolgálati ág, ahol a főnök a munkaszervező és végrehajtó is, hisz a betegellátásban személy szerint és konkrétan érintett is egyben.” Később így folytatja: „A betegségek, sérülések gyógy tartamának ismeretéből következik, hogy az egészségügyi szolgálat nem tudja terápiás eszközökkel a szolgálatképtelen napok számát tovább csökkenteni.”

⁹ uo. p. 448.

¹⁰ SVÉD László, MOLNÁR Béla: Magasabbegység egészségügyi és ételmezési szolgálatánál végrehajtott témavizsgálat eredményei, tapasztalatai, Hadtápbiztosítás 1981., XIV.évf. 4. szám, p.113.

Az irodalomkutatás során fellelt másik meghatározó forrásmű a Magyar Néphadsereg 6. Katonai kórházának igazgatójától, Ónodi Istvántól származik, aki „A Magyar Néphadsereg gyógyító-megelőző ellátása fejlődési tendenciáinak feltárása prognosztikai módszerekkel¹¹” című 1986-ban készült kandidátúrájában többek között a csapategészségügyi alapellátásban 1969 és 1985 közötti időszakban összesen 3 millió (!), éves átlagban pedig több mint 200 000 esetet dolgozott fel, megvizsgálva az egyes betegségcsoportok gyakoriságát és a szolgálat-képtelenség mutatóit. A gyógyító megelőző ellátásra vonatkozó kritikájában egyebek mellett megállapítja, hogy a csapategészségügyi tagozatban nem hatékony a baleset megelőzés, és a környezeti, ill. személyi higiénés ismeretek gyarapítását szolgáló egészségnevelési tevékenység. Az intézeti tagozat progresszív rendszerében bírálja a „szűrés-gondozás” területét, mert „a kockázati tényezők vizsgálata és a gondozási irányelvek kidolgozása az elmúlt tervidőszakban nem történt meg.”

A hivatásos állomány 1969 és 1985 közötti egészségi állapotáról a szűrővizsgálati eredmények alapján elmondható, hogy átlagosan 65%-a volt egészséges (kimutatható betegsége nincs) és a gondozást igénylőkkel együtt átlagosan 85% volt szolgálatképes.

Ónodi saját statisztikai számításai alapján megállapítja, hogy az életkor és a szolgálati évek növekedésével a gyakorlatilag egészségesek aránya gyors ütemben csökken. A kor szellemét és szakmai igényességét jól mutatja, hogy az adatokat minden kategóriában összehasonlítja a szovjet hivatásos katona állomány adataival és a Belügyminisztérium rendőr állományának adataival is. Kiemelendő, hogy a katonai állomány adatainak összehasonlítását majdnem minden vizsgálati kategóriában elvégzi illetve el tudja végezni, ennek háttérében feltehetően az egységes iránymutató csapathadtáp szakutasítás állhatott, melyet az akkor valamennyi szövetséges kommunista állam hadseregében egységesen alkalmazhattak.

¹¹ ÓNODI István: A Magyar Néphadsereg gyógyító-megelőző ellátása fejlődési tendenciáinak feltárása prognosztikai módszerekkel, Kandidátusi értekezés, 1986. p.55.

Munkásságából a téma aktualitását alátámasztva meg kell jegyeznünk, hogy az egészségi állapotot károsan befolyásoló tényezők vizsgálatánál már 1986-ban felhívja a figyelmet az állomány körében nagymértékben elterjedt civilizációs betegségek (szív-érrendszeri, idegrendszeri és mozgásszervi) megjelenésére és ezek részletesebb feltárására és vizsgálatára (életmód szokások, rizikófaktorok), egyben előrevetíti a premorbid esetek nagy számú megjelenését az ezredfordulóra a katonaegészségügyi ellátásban.

Az utókor számára fontos, a prevenció szempontjából történelmi jelentőségű dátumot is feljegyez¹²: „Az időközben 1986-tól a Magyar Néphadsereg egészségügyi szolgálatában bevezetett „Személyi szűrővizsgálati adatlap” már tartalmazza a kockázati tényezőket. A felmérés összesítése még nem állhatott a rendelkezésemre, de eredményeimet összevettem – a szűrési rendszer korszerűsítése céljából a MH ROVKI-ban végzett – modellkísérletből származó értékekkel.”

Az 1992. évi szűrővizsgálat eredményei szerint¹³ a betegséggyakoriság (morbidity index) 30,2 % volt, leggyakrabban a fog- és szájbetegségek (47,5%), az ízületi és mozgásszervi betegségek (11,5%) és a szív- és keringési szervek betegségei (7,2%) fordultak elő. A szerzők megállapítják, hogy „A 30,2%-os betegség-gyakoriság nem kedvezőtlen, azonban mégsem ennyire kedvező a helyzet, ha a szűrővizsgálat által feltárt következő tényeket is figyelembe vesszük: az állomány 23%-nak nem megfelelő a fizikai állapota, az állomány 31%-a két-, illetve három, 5,7%-a négy vagy ennél is több megbetegedésre hajlamosító, un. rizikófaktorral rendelkezik. A rizikófaktorok közül a legnagyobb a gyakorisága a dohányzásnak és az életmódban található eltéréseknek.” Majd így folytatják: „Ezek és egyéb kedvezőtlen jelenségek gyakoriságának lényeges növekedése a 31-40 éves korosztálytól következik be. A szűrő- és alkalmassági vizsgálatok eredménye alapján tehát megállapítható, hogy a

¹² ÓNODI István: A Magyar Néphadsereg gyógyító-megelőző ellátása fejlődési tendenciáinak feltárása prognosztikai módszerekkel, Kandidátusi értekezés, 1986. p. 57.

¹³ SCHARRER János, SVÉD László: A Magyar Honvédség személyi állományának egészségi állapota, fizikai kondíciója, Új Honvédségi Szemle, 1993, 47. évf. 12. szám, p. 77.

hivatásos, a sor és a közalkalmazotti állomány összességében mintegy 25%-a szorul általában orvosi ellátásra, orvosi gondozásra.”

A személyi állomány fizikai kondíciójának helyzetéről szóló részben leírják, hogy a hivatásos állomány 23%-a túltáplált, ennek következtében a tartós fizikai terhelés, vagy az átlagosnál nagyobb fizikai igénybevétel elviselésére károsodás veszélye nélkül nem képes. Megállapítják, hogy az egészséges életmód iránti igény nem válik sajátjukká, a hivatásos pályán csak kényszerhatásokra őrzik meg fizikai kondíciójukat. Ennek okaként nagyrészt a magyar társadalom beállítottságát jegyzi meg.¹⁴

A helyzet problematikáját jól összegzi a Hadtudomány Lexikon az egészségvédelem címszó alatt, ahol kiegészítésként azt írja: „Napjainkban a hadsereg a megelőzés terén arra törekszik, hogy tagjai egészségét ne csak megtartsa, helyreállítsa, hanem szervezetüket edzetté, a terheléseket, megpróbáltatásokat elviselővé, a betegségeknek ellenállóvá tegye. Ez a törekvés viszont ez idő szerint a MH-n belül csak részeredményeket képes felmutatni, s jelentős hiányossága is van. Ilyen például az a tény, hogy a 70-es, 80-as évek során az egészségileg válogatott hivatásos állomány várható élettartama évekkal alatta maradt az ország férfi lakosságára vonatkozó átlagnak, tehát a katonák indokolatlanul nagyarányú elhasználódása megy végbe, ami feltétlenül azt jelenti, hogy a megelőzési tevékenységek nem foglalják magukban a szükséges módon a hatékony egészségügyi és mentális védőintézményeket.”¹⁵

Az elmúlt évek szűrővizsgálati adatai alapján is az állapítható meg, hogy a „magasabb egészségpotenciállal” rendelkező állomány esetén is az életkor előrehaladtával egy magasabb rizikószintű, premorbid populáció kialakulása észlelhető. Ezért is indokolt az egészségmonitorozás folyamatos fenntartása, a prospektív, jósló – diagnosztikus és terápiás céllal történő beavatkozást is lehetővé

¹⁴ SCHARRER János, SVÉD László: A Magyar Honvédség személyi állományának egészségi állapota, fizikai kondíciója, Új Honvédségi Szemle, 1993, 47. évf. 12. szám, p. 83.

¹⁵ SZABÓ János (szerk.): Hadtudományi Lexikon M-Zs. Magyar Hadtudományi Társaság, Budapest, 1995. p. 228.

tévő – betegforgalmi és szűrővizsgálati adatok értékelése, és a későbbiekben bemutatásra kerülő egyéni kockázatbecslő modell gyakorlati alkalmazására is.

A korhatár előtti, 25 év utáni szolgálati nyugdíj megszüntetésével¹⁶, az aktív szolgálati idő kiterjesztésével a bemutatott vizsgálati eredmények alapján előre jelezhető, hogy pár év múlva a 65 éves felső korhatárhoz közelítő állomány jelentős részének már olyan egészségi, pszichikai és fizikai kihívásokkal kell szembenéznie, melyek a napi munkavégzésüket, szolgálatképességüket is akadályozhatják az egyéni szinten megjelenő betegségteher mellett.

Jelenleg a három különböző honvédségi medikai adatgyűjtő-, nyilvántartó-, és tároló rendszer (fekvőbeteg-, járó betegforgalmi-, szűrővizsgálati és alkalmasság-vizsgálati) egységesítése megkezdődött, de még önállóan, egymástól függetlenül épülnek fel és szolgáltatnak adatot a jogszabályalkotó által előírt rendszerességgel, módon és formában. A téma szempontjából fontos, hogy a létrehozott szűrővizsgálati adatgyűjtő (al)rendszer az elmúlt évek fejlesztései ellenére sem került be az egységes egészségügyi adatnyilvántartó rendszerbe, annak ellenére, hogy a szakértői csoport által kidolgozott szűrővizsgálati panel már évekkal ezelőtt elkészült. A honvéd-egészségügyi ellátórendszer struktúrájának stabilizálása után, a jövőbeni fejlesztések során ez továbbra is megoldandó feladatként jelentkezik. Ezzel egyidejűleg feladat, a medikai adatbázisok csapatorvosok által történő elérhetőségének biztosítása.

A fontosság - időszerűség - valódi megoldatlan probléma komplexitásában vizsgálva az egészségi állapot meghatározását, ill. az arra szolgáló egészségügyi szűrővizsgálati rendszert, elmondható, hogy az évtizedekkel előttem kutatók is pontosan érzékelték a probléma fontosságát és jelentőségét, pedig akkor még nem is számolhattak a társadalmunkban zajló epidemiológiai krízissel. Napjainkban a fejlett országokban a krónikus, nem fertőző megbetegedések pandémiája zajlik, megjósolhatatlan társadalmi és gazdasági következményeket hárítva a megoldás keresésében résztvevőkre.

¹⁶ A korhatár előtti öregségi nyugdíjak megszüntetéséről, a korhatár előtti ellátásról és a szolgálati járandóságról szóló 2011. évi CLXVII. törvény alapján.

1.3. Kutatási célkitűzések

- a) A katonaegészségügy, az egészségügyi támogatás feladatrendszerében bemutatom és elhelyezem az egészségfejlesztési tevékenységet, javaslatot teszek a szakterület új kihívásoknak megfelelő strukturális újragondolására.
- b) Összegzem a katonaság primer és szekunder prevenciós tevékenységének napjainkra kialakult gyakorlatának történetét és a kutatási eredmények birtokában javaslatot teszek a további irányok meghatározására.
- c) Feltárom a különböző adatgyűjtési módszerekkel létrehozott adatbázisok felhasználhatóságát és a köztük lévő különbségeket.
- d) Megvizsgálom, hogy a jelenleg használt egészségügyi szűrővizsgálati adatlap és a ráépített adatrögzítő program alkalmas-e olyan tudástár létrehozására, mely az epidemiológiai módszerek alkalmazásával képes az egészségi állapot előrejelzésére.
- e) Felmérem a katonák egészségmagatartási mutatóit, meghatározom a Magyar Honvédség saját, belső standardjait és ehhez viszonyítva bemutatom az egyes helyőrségekben szolgáló katonák egészségmagatartásának egyenlőtlenségeit.
- f) Az elvégzett kutatás eredményeinek összegzése alapján elkészítem a Magyar Honvédség egészségkockázati térképét, meghatározom az egyes alakulatok esetében az egészségfejlesztési irányokat.
- g) Végkövetkeztetéseket fogalmazok meg és a további kutatási irányok ajánlásával a tudományos munka folytatását javaslom.

1.4. Kutatási módszerek

- a) A doktori iskola előírásainak megfelelően a kutatói tevékenységem előkészítését az egyéni tanulmányi és kutatási programom elkészítésével kezdtem, melyet aztán az elkövetkező évek során a meglévő eredmények birtokában szemeszterenként aktualizáltam a tudományelmélet és kutatás módszertani ajánlások figyelembevételével.
- b) 2004-től tudatosan végeztem az egészségügyi szűrővizsgálati adatgyűjtést és elemzést.
- c) A kutatásom során osztályoztam, rangsoroltam és tanulmányoztam a hazai és nemzetközi szakirodalmi forrásokat, valamint a szakmai szabályzókat.
- d) A szakmai tanulmányok, továbbképzések, munkaértekezletek során kapott új információkat és a hazai konferenciákon, valamint a műveleti területen szerzett tapasztalataimat bedolgoztam.
- e) Az információ gyűjtés keretén belül az elolvasott és általam tanulmányozott szakirodalmat, különösen a hadtudomány területén alkotott egészségügyi témájú doktori disszertációkat rendszereztem és azok témámhoz kapcsolódó részeit feldolgoztam, bedolgoztam tudományos publikációimba.
- f) Az elméletlogikai kutatási módszerek közül használtam analízist és szintézist is, valamint összehasonlításokat is. A matematikai módszerek közül statisztikai elemzéseket végeztem.
- g) A szűrővizsgálati adatok elemzésénél korrekciós statisztikai eljárást, az indirekt standardizálást használtam az életkor torzító hatásának kiküszöbölésére. A honvédségi átlagtól való eltérések statisztikai szignifikanciáját z-próbával teszteltem.

A kutatásaimat a MH Egészségügyi Parancsnokságon kezdtem meg (2006), mely a katona-egészségügyet is elérő teljes átszervezés következtében - szerencsés egybeesés következtében beosztásommal együtt átkerült az akkor megalakuló MH Dr. Radó György Honvéd Egészségügyi Központba (2007). A MH HEK jogelőd intézménye, a MH Egészségvédelmi Intézet a MH kiemelt kutatóhelyeként működött már, így kutatásomat és adatgyűjtésemet folytathattam tovább a következő átszervezésekig. Előbb MH Honvédkórház (2011), majd a MH Egészségügyi Központ (2013) kutatói égisze alatt fejeztem be kutatásomat, mindvégig szerencsésen ugyanabban a fizikai környezetben.

1.5. Kutatási hipotézisek

1. A korábbi elemzések és értékelések alapján igazolni kívánom, hogy a 2004. évtől, különböző adatrögzítő programok által generált adatbázisnak csak egy része alkalmas a statisztikai célú adatelemzésre.
2. Igazolni kívánom, hogy a bevezetett új egészségügyi szűrővizsgálati adatlap és a ráépített adatrögzítő program alkalmas az állomány egészségi állapota releváns mutatóinak a mérésére és a változások detektálására.
3. Igazolni kívánom, az MH állományának morbiditási indexe a jól működő alkalmassági és szűrővizsgálati rendszernek megfelelően alacsony, azonban a fizikai inaktivitás, a túlsúly az állomány körében is járványszerűen elterjedt.
4. Feltételezem, hogy az egyes egészségmagatartási mutatók helyőrségenként eltérő értékeket mutatnak.
5. Igazolni kívánom, hogy egyes egészségmagatartási tényezők az életkor emelkedésével javulnak (dohányzók száma csökken, a minőségi táplálkozás előtérbe kerül) míg más egészségmagatartási tényezők (kielégítő testmozgás és folyadékfogyasztás) az életkor emelkedésével romlanak.

Az első fejezetben a Magyar Honvédség honi és missziós tevékenységének viszonylatában felvázoltam a fokozott terheléssel járó katonai szolgálatból adódó egészségi állapotot veszélyeztető tényezőket, melyeknek felmérése és csökkentése a preventív medicina kibővült feladatkörébe tartozik. Az évtizedek óta zajló krónikus, nem fertőző megbetegedések világjárványa a hazai lakosságot is elérve, egészségében veszélyezteti a Magyar Honvédség személyi állományát is, melynek feladatai ellátásához „létkérdés” az egészségi állapot magas szinten tartása. Összefoglalva a korábbi időszakok hasonló témájú epidemiológiai munkásságát, megállapítottam, hogy bár a jelenséget detektálták a hadseregben is a 70-es évektől,

azonban annak megoldása jóval összetettebb, mint ahogyan az elmúlt évtizedekben megjósolható lett volna. A tudományos probléma megfogalmazása után meghatároztam a kutatási célkitűzéseimet, melyekhez kutatási módszereket is rendeltem, majd megfogalmaztam a kutatási hipotéziseimet, melyre alapozva elkészítettem kutatásomat, melyet a IV. fejezetben ismertetek.

„Nem az egészség mércéje jól alkalmazkodni
egy mélyen beteg társadalomhoz.”
(Ismeretlen)

2. A kutatási téma értelmezése és előzményei

2.1. Alapfogalom meghatározások

Az alapfogalom meghatározásokat deduktív módon az inter- és szubdiszciplínák logikáját követve rendszereztem és csoportosítottam.

Az *egészség* az Egészségügyi Világszervezet (WHO) alkotmányának preambulumban rögzített megfogalmazás (1948) szerint: a teljes testi, szellemi és szociális jól-lét állapota, nem csupán a betegség vagy fogyatékoság hiánya.

*Epidemiológia*¹⁷: meghatározott populációkban az egészséggel kapcsolatos állapotok, jelenségek és az előfordulásukat befolyásoló tényezők eloszlását és különböző hatásokra bekövetkező változását azzal a céllal vizsgáló tudományterület, hogy eredményeit felhasználja az egészségfejlesztés, a megelőzés, a gyógyítás érdekében.

*Prevalencia*¹⁸: egy jelenség összes létező esete egy meghatározott időpontban a vizsgált populációban, függetlenül attól, hogy a jelenség mióta áll fenn.

*Standardizált mutató*¹⁹: olyan indexérték, amely alkalmas arra, hogy a vizsgált jelenség két vagy több populációban összehasonlítható legyen. Két típusa van, a direkt és az indirekt. Az indirekt standardizálás során a standard populáció rétegspecifikus arányszámait használjuk fel az összehasonlíthatóság biztosításához.

Az egészséggel kapcsolatos epidemiológiai vizsgálatoknak két fő csoportját különböztetjük meg: a megfigyeléses és a kísérletes (intervenciós) vizsgálatok. A megfigyeléses epidemiológia módszere lehet deskriptív (leíró) vagy analitikus

¹⁷ V. HAJDÚ Piroska, ÁDÁNY Róza: Epidemiológiai szótár Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2003. p. 35.

¹⁸ uo. p. 42.

¹⁹ uo. p. 48.

(elemző). Az előbbi az epidemiológiai jelenség előfordulásának leírása személyi jellemzők, hely és idő szerint. Az analitikus vizsgálatok célja az egyedek megfigyelése alapján a feltételezett összefüggések vizsgálata, azaz, a vizsgált jelenség előfordulását befolyásoló (kockázati, preventív) tényezők azonosítása²⁰.

*Keresztmetszeti vizsgálat*²¹: egy populációhoz (vagy csoporthoz) tartozó minden egyes egyén esetében egyszerre vizsgálja, hogy a kérdéses betegségek és befolyásoló tényezők fennállnak-e.

Primordiális prevenció (kockázati tényezők megelőzése)²²: olyan általános megelőzési formákat foglal magában, amelyek nem közvetlenül a betegségmegelőzést szolgálják ugyan, mégis indirekt úton hozzájárulhatnak ahhoz. A társadalmi-gazdasági fejlődés, a környezettudatosság, a különböző jogi és kereskedelmi szabályozások befolyásolják az egészségi állapotra ható tényezők rendszerét, amelyek így hosszú távon az egyén egészségét is meghatározzák.

Primer prevenció (elsődleges megelőzés): mindazon tevékenységek összessége, amelyek célja az egészség általános védelme, az egészségkárosodás és megbetegedés bekövetkezésének megelőzése (pl. életmód programok, biztonságos munka és lakó környezet kialakítását célzó programok, immunizálás).

Szekunder prevenció (másodlagos megelőzés): célja a megbetegedés, illetve annak kialakulásához kapcsolódó kóros állapotok korai, lehetőleg a preklinikai szakaszban való felismerés annak érdekében, hogy a hatásos kezelés mielőbb megkezdődhessen. A korai felismerés alapvető lehetőségeit a szűrővizsgálatok jelentik.

Általános vagy univerzális prevenció: A prevenciós beavatkozások az átlagpopulációra (teljes személyi állományra) irányulnak, mint például az általános tájékoztató és oktató jellegű tömegkommunikációs kampányok, nevelési-oktatási programok, melyek általánosan célozzák meg a populáció valamennyi tagját.

²⁰ uo. p. 51.

²¹ uo. p. 56.

²² uo. p. 168.

Céltzott vagy szelektív prevenció: Ezek a beavatkozások a teljes populációnak csak egy sajátos módon körülhatárolt részét célozzák meg, azokat a személyeket, csoportokat, amelyek bizonyos sajátosságaik okán különösképpen veszélyeztetettnek tekinthetők (pl. testsúlycsökkentő program az emelkedett BMI-vel rendelkező személyi állomány részére). A céltzott prevenciós beavatkozások egy alpopuláció egészére irányulnak, függetlenül tagjai egyéni érintettségétől.

Javallott vagy indikált prevenció: Ez a kategória olyan prevenciós beavatkozásokat és programokat jelöl, amelyek az érvényes diagnosztikus kategóriák alapján behatárolható személyek magatartását szeretné a kívánatos irányba befolyásolni (pl. táplálkozással kapcsolatos ismeretátadás cukorbeteg részére). Ezek a programok elsősorban az egyén szintjén, egyénre szabott módon kezdeményezik a beavatkozásokat. Céljuk nemcsak az egészségkárosodás kialakulásának további megakadályozása, hanem az egészségtudatosság kialakítása is.

Egészségnevelés: célja információ közvetítéssel felvilágosítani az embereket egyes betegségek kockázati tényezőiről, azok lehetséges megelőzési módjairól, valamint az életmód változtatás módjáról, kivitelezéséről.

Egészségfejlesztés: célja az egyének, csoportok, közösségek egészségének, életminőségének fejlesztése. Olyan folyamat, amelyek révén az emberek képesek javítani a saját egészségüket, növelve az a feletti kontrolljukat. Azt lehet vele elérni, hogy az emberek maguk legyenek képesek gondoskodni egészségükről.

Kockázati tényező (rizikófaktor): olyan individuális és/vagy környezeti kockázatok, melyek növelik az egyén sérülékenységét (vulnerabilitását) és a negatív kimenetek előfordulását. Főbb jellemzőik: nem statikusak, legtöbbször nem önmagukban fordulnak elő, interakciójuk növeli a kedvezőtlen kimenet valószínűségét (még hozzá sokkal nagyobb mértékben, mintha a különböző veszélyeztető hatásokat egyszerűen összegeznénk)

*Alkalmasság-vizsgálat*²³: a katonai tanintézeti felvételre (hivatásos, illetőleg szerződéses katonai pályára) jelentkezők felvételi vizsgája keretében végzett vizsgálat az egyén általános képességeinek és különleges adottságainak megállapítására, illetőleg az adott személy által megpályázott szakra (szakterületre) való alkalmasságának vagy alkalmatlanságának elbírálása céljából.

*(Csapat)egészségügyi alapellátás*²⁴: a gyógyító – megelőző ellátás alapja, közvetlenül az ellátandók körében, a csapatsegélyhelyen történik. Feladata háziiorvosi szinten nyújtani az alakulat személyi állománya részére a gyógyító – megelőző és a közegészségügyi – járványügyi ellátást, megteremteni, ill. ellátni a kiképzési feladatok egészségügyi biztosítását, a különféle szakképzést a szakszolgálat körében, valamint az alakulat állományának egészségügyi kiképzését, egészségvédelmét.

*Egészségügyi szűrővizsgálat*²⁵: A szűrővizsgálatok jellemzően gyorsan, gyakorlatilag veszélytelenül és viszonylag olcsón kivitelezhető tesztek vagy egyéb eljárások alkalmazásával a teljes populáción, ill. annak egy jól definiált csoportján egy adott betegség által valószínűleg érintettek azonosítása céljából elvégzett vizsgálatok. A szűrővizsgálat nem diagnosztikus eljárás, a kiemelt, valószínűleg beteg egyének esetében a szűrővizsgálatot diagnosztikus vizsgálatok követik. Egy szűrővizsgálat esetében amellett, hogy gyors, olcsó, könnyen kivitelezhető és veszélytelen legyen, alapvető elvárás a megbízhatóság, a megismételhetőség, a hitelesség, a megfelelő mértékű szenzitivitás és specifitás.

*Munkahelyi egészségfejlesztés*²⁶: a munkaadók, a munkavállalók és a társadalom valamennyi olyan együttes tevékenységét jelenti, amely a munkahelyi egészség és jól-lét javítására irányul.

²³ Katonai Kislexikon 4000, 2008. p. 16.

²⁴ SZABÓ János (szerk.): Hadtudományi Lexikon A-L. Magyar Hadtudományi Társaság, Budapest, 1995. p. 228.

²⁵ V. HAJDÚ Piroska, ÁDÁNY Róza: Epidemiológiai szótár Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2003. p.24.

²⁶ A Munkahelyi egészségfejlesztés Európai Hálózatának (ENWHP) Luxemburgi Deklarációja, 1997.

2.2. A kutatási téma tudomány-rendszertani értelmezése

A Magyar Tudományos Akadémia 4 tudományterület alapján 11 tudományos osztályt működtet, melyek a fő tudományos diszciplínáknak felelnek meg. A IX. osztály a Gazdaság- és Jogtudományok Osztálya. A későbbiekben újabb diszciplínák és szubdiszciplínák csatoltattak az Osztályhoz: a szociológia, a politikatudomány, a statisztika, a demográfia, a hadtudományok, továbbá a regionális tanulmányok tudományterülete is. Az Osztályon belül tíz tudományos bizottság végzi tevékenységét, így, mint szubdiszciplína, a Hadtudományi Bizottság is.²⁷

Az MTA struktúra alapján a katonai egészségfejlesztése interdiszciplináris részként értelmezhető, hiszen a hadtudomány és az V. Orvosi Tudományok Osztályán belül működő, Megelőző Orvostani Bizottság tudományos tevékenységén belül az egészségtudományok kérdéseivel egyaránt foglalkozik.

A Nemzeti Közszolgálati Egyetem Hadtudományi Doktori Iskoláját az MTA akkreditálta, és a doktori iskola 23 kutatási területét, tudományszakát ismerte el. A Doktori Tanács döntésének értelmében 2010-ben ez 8 kutatási területre koncentrált, melyben a védelmi logisztika és védelemgazdaság tudományok is megtalálhatóak.²⁸

A tudományszakon belül meghirdetett „a katonai műveletek egészségügyi biztosítása, az egészségügyi kiürítés rendszere, módszerei, a katonai egészségügyi alkalmassági követelmények változása az új szövetségi kihívások tükrében” kutatási téma foglalja magában értekezésem témáját, mely a katonai egészségügyi alkalmassági követelmények változása altémához kapcsolódik.

²⁷ http://mta.hu/ix_osztaly_cikkei/ix-gazdasag-es-jogtudomanyok-osztalya_7981 Letöltési idő: 2013. május 9.

²⁸ <http://hbk.uni-nke.hu/index.php/hu/dokt-isk/hadtudomanyi-doktori-iskola/bemutakozas> Letöltési idő: 2013. május 9.

2.3. A prevenció helye az egészségügyi támogatás rendszerében

Mielőtt rátérnék a prevenció, megelőző tevékenység elhelyezésére a Magyar Honvédség egészségügyi támogató rendszerén belül, szükségesnek tartom a NATO legfelsőbb szintjétől vázlatosan bemutatni az egészségügyi szakterület elvi vezetési rendjét is.

A hidegháborús időszak után a NATO a békefenntartó műveletekre és a válságreagáló műveletekre helyezte a hangsúlyt, ezek a műveletek megkövetelték a többnemzeti összhaderőnemi erők bevetését, és ezáltal a többnemzetiségű egészségügyi biztosítást is, ami a szövetséges államok közötti magas szintű koordinálást igényelt. Ez az igény hozta létre a NATO Katona-egészségügyi Szolgálatfőnökök Tanácsát (COMEDS²⁹) 1993 októberében. A COMEDS a NATO legmagasabb szintű egészségügyi irányító testülete.

A 2006. évi COMEDS ülés a magyar katonaorvosok és a magyar katona-egészségügy sikertörténete is egyben. A tavaszi plenáris ülésen, a magyar elnökön (Dr. Svéd László vezérőrnagy) kívül három teljes jogú magyar képviselő is helyet foglalt, a NATO Műveleti Parancsnokságának egészségügyi főnöke (Dr. Németh András orvos dandártábornok), a Nemzetközi Katonai Törzs Logisztikai és Erőforrás Divíziójának helyettes vezetője (Frigyer László mérnök dandártábornok), valamint a Nemzetközi Katonai Törzs Egészségügyi Osztályának vezetője (Dr. Kopcsó István orvos ezredes). 2008-tól ezt a beosztását ismét magyar orvos ezredes látta el, Dr. Vekerdí Zoltán orvos ezredes személyében.

A COMEDS fő célja koordinálni a jelenleg folyó, illetve a jövőben tervezett NATO műveletek egészségügyi biztosítását. Ennek érdekében szükséges továbbfejleszteni a katona-egészségügyi képességeit, napjainkban többek között a ROLE2 Based³⁰ kapacitás terén, a légi egészségügyi kiürítő eszközök tekintetében és a szakképzett egészségügyi szakszemélyzet elérhetőségének területén is. A COMEDS legfontosabb

²⁹ Committee of the Chiefs of Military Medical Services

³⁰ Korábban Light Manouever (LM) megnevezéssel.

alárendelt testülete a Katona-egészségügyi Irányító Testület (MMSG), amelyen keresztül irányítja a COMEDS összes munkacsoportját és szakértői paneljeit.

A medicina katona-egészségügyi vonatkozásaival foglalkozó munkacsoport a Katonai Egészségügyi Munkacsoport (Military Health Care Working Group, MHC WG), a preventív medicina kérdéseivel az Egészségügyi haderővédelem (Force Health Protection, FHP) munkacsoport foglalkozik. A FHP a megelőző orvoslás minden aspektusával foglalkozik műveleti környezetben, mint pl. a higiénés helyzet, az immunizáció és a nem-fertőző megbetegedések megelőzésének epidemiológiai sajátosságai.³¹

Az egészségügyi haderővédelem elmélete az USA haderejében már néhány éve megfogalmazódott, 2008-ban a NATO is elfogadott doktrinájává tette. Lényege a szövetségi hadműveletek egészségügyi biztosításának részletesebb kifejtése, amely a korábbi elvek folytatásának is tekinthető, olyan új elemek pontos meghatározásával, mint az egészségügyi felderítés, és az egészségügyi haderővédelem (1. számú táblázat).

Egészségügyi Haderővédelem (Force Health Protection)		
Ép és erős had	Megelőzés és védelem	Orvosi- rehabilitációs ellátás
-Periodikus eü. helyzetértékelés -Egyedi orvosi ellátás -Egészség megőrzés -Stressz kezelés -Bebetés előtti és utáni eg. állapot ellenőrzés	-Vakcináció és járványügyi intézkedések -Biztonságos és egészséges munkahely -Veszélyértékelés csökkentés -Környezet eü. surveillance -Kockázat kommunikáció	-Mérhető, moduláris, egységes egészségügyi képességek -Első reagáló erők -Harctéri sebészet -Tábori kórház -Egy utas hátraszállítás -Definitív ellátás

1. táblázat: Az egészségügyi haderővédelem (Forrás:³² Faludi Gábor)

³¹ KOPCSÓ István: A Magyar Honvédség egészségügyi szolgálatának jelen századbeli kihívásai, különös tekintettel a NATO egészségügyi transzformációs folyamatának támogatására. PhD értekezés. ZMNE KLHK Hadtudományi Doktori Iskola, Budapest, 2009. p. 61.

³² FALUDI Gábor: A biológiai fegyver és az ellene való védelem – biovédelem orvosi kérdései, ZMNE, PhD disszertáció, 2011. p.81.

A korábbi változásokhoz képest sokkal hangsúlyozottabb lett az integratív feladat megfogalmazás, a megelőző orvostan számos feladata a különböző kockázat és fenyegetettség elemzésekkel együtt az egészségügyi felderítés ciklikusan működő rendszerébe került át. A prevenció és a klinikum több területe kiegyensúlyozottan, egységbe szervezeten jelenik meg a missziók előtt, alatt és utáni időfelosztás logikája mentén. Összegezve elmondható, hogy az egységes NATO és nem NATO nemzetiségű együttműködő erők műveleteinek egészség biztosítási rendszerében növekedett a preventív feladatok száma. Az aktív harcok iskoláját kijárt harcedzett katonai vezetők a múlt háborúiban is és a jövő csatáiban is értékelik a megelőző orvostan nyújtotta lehetőségeket a katonák harcképességének megóvása terén.

A haderővédelem összességében az állomány, a létesítmények és a felszerelés védelme minden helyzetben és helyszínen. Ennek a megelőző jellegű és szoros együttműködést igénylő feladatnak három fő területe van:

1. 1.Fizikai és hadműveleti védelem: az állomány és az anyagi javak megóvása az ellenségtől.
2. 2.Biztonsági: az egyén védelme az eljárási és működési hibákból eredő sérülésektől.
3. 3.Egészségi: az egyén védelme a környezet hatásaitól és a betegségektől.

Az egészségügyi biztosításról való gondoskodás az egészségügyi szolgálat által megvalósított parancsnoki felelősség. A parancsnok megbízásából az egészségügyi szolgálat feladata először és elsőként hozzájárulni a hadműveleti feladat megvalósításához az élőerő megőrzése révén. A kiképzett humánerőforrások lemorzsolódása, vagy a nem megfelelő alkalmasság-vizsgálatok következtében, a megbetegedések, a nem harci eredetű sérülések (Diseases of non battle injuries, DNBI) kritikusan leronthatják a parancsnokok képességét a hadműveleti céljaik megvalósításában.

A katonai egészségügy alappillérei között a prevenció a kezdetektől fogva jelen volt, azonban a megelőzés feladatai az utóbbi két évtizedben igen sokrétűek és összetettek lettek békeidőben és harctéri körülmények között egyaránt. A honvédségen belüli

preventív medicinának jelentős kihívásokkal kellett szembenéznie, melyek egyrészt a NATO transzformációs folyamatból és az ezt kísérő haderőreform intézkedéseiből, másrészt a magyar társadalomban jelen lévő morbiditási és mortalitási krízisből adódtak.

A Magyar Honvédségben az egészségügyi szolgálat legfelsőbb, Honvéd Vezérkar főnökének közvetlen szolgálati alárendeltségében álló szervezete az MH Egészségügyi Központ. Rendeltetése – az „egyes központosított egészségügyi szolgáltatók által nyújtott szolgáltatások igénybevételéről, valamint a külön meghatározott személyek tekintetében fennálló egészségügyi ellátás rendjéről” szóló 175/2007. (VI. 30.) kormányrendeletben meghatározottakon túl – a Magyar Honvédség teljes személyi állományának egészségügyi haderővédelme, speciális egészségügyi kiképzése, a csapatok és missziók egészségügyi ellátásának támogatása.

Fő feladatai közé tartozik: a katona-egészségügyi képességek kialakítása és fenntartása, az ezekhez szükséges feltételrendszer biztosítása, az egészségügy területén a társadalombiztosítással összefüggő és a katona-egészségügyre vonatkozó tevékenység. Fő feladata továbbá a Magyar Honvédség nemzetközi kötelezettségeiből adódó egészségügyi feladatok végzése, valamint, részvétel az alkalmassági vizsgálatokban, az alkalmassági követelmények és az alkalmasság elbírálási rendjének meghatározásában, az ideiglenes szolgálatképtelenség orvosi elbírálásában és a felülvizsgálati tevékenység végzésében. Feladata még a közép- és felsőszintű egészségügyi képzés biztosítása, az MH Közegészségügyi és Járványügyi Szolgálatának működtetése, a Magyar Honvédség egészségügyi tevékenységének felügyelete és a főszakorvosi rendszer működésének irányítása.

A preventív medicina stratégiai feladatai az MH egészségügyi főnök szakmai alárendeltségében a Védelem-egészségügyi Igazgatóság szakmai szervezeteivel, a MH Összhaderőnemi Parancsnokság mint harcászati szintű irányító, taktikai szinten a MH vitéz Szurmai Sándor Budapest Helyőrség Dandár, a MH Altiszti Akadémia,

valamint az MH ÖHP egészségügyi főnök alárendeltségében álló csapategészségügyi rendelők tevékenységében együttműködve valósulnak meg.

Az egészségfejlesztési tevékenység központi, stratégiai szabályozásának vonatkozásában „a Magyar Honvédség feladatával kapcsolatos közegészségügyi-járványügyi követelményekről, azok ellátásának, valamint az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálattal való együttműködésének rendjéről” szóló 21/2003. (VI.24.) HM-ESzCsM együttes rendelet iránymutatása szerint, az MH Egészségügyi Központjában működő MH Közegészségügyi és Járványügyi Szolgálata (továbbiakban: MH EK KJSZ) az egészségfejlesztési tevékenysége keretében szervezi és összehangolja, irányítja és felügyeli a személyi állomány körében az egészség megőrzését, a betegségek megelőzését szolgáló programok és az egészségnevelési tevékenység végrehajtását, a korszerű egészségkultúra elterjesztését.

2.4. Az egészségfejlesztési tevékenység történeti áttekintése

A Magyar Honvédség egészére kiterjedő egészségnevelési tevékenység új szemléletű, korszerű rendszerének kialakítása nagy kihívást jelentett. Az 1991 utáni szövetséges műveletekben való intenzív jelenlét, majd a NATO integráció 1999-től megjelenő követelménye, és 2004-től a képesség alapú önkéntes haderő létrejötte, olyan preventív politika kialakítását tette szükségessé, mely képes volt elősegíteni a humán erőforrás legmagasabb szintű fizikai és mentális egészségének fejlesztését és védelmét.

1994-ben a MH Közegészségügyi Intézetének szervezeti struktúrájában új szervezeti elem létrehozásával jelent meg az egészségnevelési szaktevékenység, az Egészségnevelési Alosztály megalakulásával. A civil szférában párhuzamosan ekkor zajlott az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatok megyei intézeteinél az egészségnevelési osztályok kialakítása „A hosszú távú egészségfejlesztési politika alapelveiről” szóló 1030/1994. (IV. 29.) Kormány Határozat értelmében. „A

népegészségügy prioritásai az ezredfordulóig” az, un. Kertai program által vezérelve, az Ottawai Charta³³ szellemében került kidolgozásra az „Egészségesebb laktanyákért” egészségvédelmi program. A programokat meghívott külső, civil szakemberek vezették mentálhigiénés, szexuális úton terjedő betegségek megelőzése, megjelenés- és viselkedéskultúra, valamint a szenvedélybetegségek kialakulásának megelőzése témakörökben. A részprogramok legfontosabb mondanivalóját leprellőként szerkesztett, színes „Útravaló” kiadványok összegezték. Megjegyzendő, hogy ekkor a honvédség létszáma közel 100 000 fő volt és ebből 40 000 fő sorállományú katona töltötte 6 hónapos sorkatonai szolgálatát. Az Egészségesebb laktanyákért program a honvédség kiemelt alakulatainál, valamint a kiképzőközpontokban valósult meg a bevonulások utáni kiképzési időszakban.

A honvédség bürokrata és autokrata szervezeti keretei között újszerű kiscsoportos foglalkozásokra és önkéntes részvételre épülő egészségvédelmi programok, tematikájának és módszertanának az állománnyal és a katonai vezetéssel történő el és befogadtatása nagy kihívást jelentett. A feladatok hatékony ellátása érdekében a felsővezetői szinten folyamatosan szükség volt a programok legitimálására, a kidolgozott szakmai programok, koncepciók felterjesztésére és jóváhagyására, a csapattagokban az egészségügyi kiképzési szakfeladatként történő megjelenés, befogadás érdekében.

Az új, egészségnevelői bázis kialakítása érdekében az elkövetkező időben megkezdődött az egészségneveléssel foglalkozó szakemberek intenzív tanulási és egészségügyi képzési időszaka, hiszen az "Egészségesebb laktanyákért" program mellett az egészségnevelési tevékenység másik fő célkitűzése az volt, hogy a csapattagok egészségügyi szakembereinek részvételével egy közösségi alapon nyugvó, aktív egészségnevelői hálózat alakuljon ki. A hálózat szakmai kiképzését és továbbképzését az Egészségnevelési Alosztály – 1996-tól már, mint önálló Osztály – szervezte és koordinálta. A csapategészségügyben dolgozók részére (1996-tól napjainkig több, mint félszáz) akkreditált továbbképzések kerültek megszervezésre, melyek között több is 100 órás tematikával került lebonyolításra (csak néhány

³³ Ottawa Charter for Health Promotion. World Health Organization, Ottawa, http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa-charter_hp.pdf, 1986. Letöltési idő: 2013. május 9.

közülük: pszichodráma csoportok, kommunikációs tréningek, stressz kezelési tréningek) amelyek nem kevés szervezési feladatot igényeltek. A szakmai nyereségen túl, mivel a programok minden esetben akkreditálásra kerültek, jelentős összeget is megtakarítottak a tárca részére, mivel a szakdolgozók kötelező szakmai továbbképzésének keretösszegét nem a civil szervezésű jóval költségesebb tanfolyamok finanszírozására kellett fordítani. A kiképzési tevékenység eredményeképpen a csapategészségügyi alapellátásban regionálisan résztvevő, és preventív szemléletre „érzékenyített” szakemberek jelenlétével a 2000-es évek elejére egy jól szervezett egészségfejlesztési hálózat jött létre, melyben a résztvevők motivációját és elkötelezettségét a folyamatos - az egészségügyi kiképzési tervekben is megjelenő – továbbképzésekkel és tréningekkel biztosítani lehetett.³⁴ Erre a bázisra építve sikerült a stratégiaileg megtervezett beavatkozási programok professzionális futtatását, illetve csapatszinten a humán és egészségügyi szolgálatok közötti segítő kapcsolatok kialakítását és kooperációját elindítani és működtetni.

A 1066/2001. (VI. 10.) Kormányhatározattal hatályba léptett harmadik hazai népegészségügyi program, az „Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program 2001-2010” keretében meghirdetett preventív pályázataival - Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Ifjúsági és Sport Minisztérium Mobilitás Gyermek és Ifjúsági Alapprogram, Soros Alapítvány - lehetőség nyílt az egészségnevelési programok végrehajtásához szükséges költségvetési igények további, kiegészítő finanszírozására is és a később bemutatott kutatások kiegészítő finanszírozására is.

A haderőreformból következő létszámleépítés hatására a haderő létszáma ötödére, az egészségügyi szolgálat szakembereinek száma a harmadára csökkent. A strukturális átalakításnak köszönhetően laktanyák és egészségügyi intézetek szűntek meg (pl. Egészségügyi Intézetek Főigazgatósága, Győri Honvédkórház), illetve kerültek összevonásra. Egy ilyen összeolvadás eredményeképpen jött létre 1997-ben a MH Egészségvédelmi Intézet (MH EVI) a MH Katonaorvosi Kutató Központ, a Repülőorvosi Kutató Intézet, a MH Közegészségügyi Intézet és az 1992-ben létesített

³⁴ SÓTÉR Andrea: Az egészségmegőrzés, egészségnevelés lehetséges módszerei a Magyar Honvédség állományában, Honvédorvos supplementum 1999/1., 1999. p. 79.

Egészségügyi Alkalmasságvizsgáló Intézet egyesítésével. Az MH EVI a preventív medicina valamennyi szintjét magába foglalta, és alkalmas volt arra, hogy a XXI. század új tudományágát, az egészségtudományt a honvédség keretein belül, magas szakmai színvonalon, teljes keresztmetszetében adaptálja.³⁵

Az MH EVI keretein belül folytatódó preventív tevékenység egyik csúcspontja volt, amikor hosszú szakmai és jogi előkészítő munka után 1998-ban megalakult a Magyar Honvédség Drogprevenciós Bizottsága. Megelőzve a civil szféra jogalkotását ebben az évben készült el a Magyar Honvédség Drogprevenciós Stratégiája és Cselekvési terve is.³⁶ A MH Drogprevenciós Bizottság megalakulásának 5. évfordulójára rendezett, „A Magyar Honvédség a drog ellen a szabad életért” című két napos konferencia a Magyar Honvédségben tevékenykedő drogprevenciós feladatokat ellátó szakmai hálózat, katonai felső és középvezetők és a civil szféra szakemberei részére került megszervezésre.

A szakmai munka sikerét és eredményességét mutatják a nemzetközi bemutatkozások³⁷, továbbá hogy a kábítószer elleni küzdelem érdekében létrehozott tárcaközi együttműködés érdekében megalakított Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság preventív szakbizottságában a honvédelmi tárcát az MH Egészségvédelmi Intézet, Egészségnevelési Osztály osztályvezetője képviselhette (képvisei ma is).

Nagy szakmai sikerként könyvelhető el, hogy a honvédség kábítószer vizsgáló laboratóriuma az országban elsőként, szintén ebben az évben került a Nemzeti Akkreditációs Testület által akkreditálásra.

³⁵ SVÉD László: Az MH egészségügyi szolgálatának helye, szerepe, feladatai betegségmegelőzésben és az egészség megőrzésben. Honvédorvos Supplementum 1999/1, 1999. p. 16.

³⁶ NÉMETH András, SZILÁGYI Zsuzsanna, GACHÁLYI András, SÓTÉR Andrea: A drogfogyasztás epidemiológiája a Magyar Honvédségnél, Honvédorvos supplementum 1999/1. p. 62.

³⁷ SZILÁGYI ZSuzsanna. (2004). „Introduction of psychological background factors of drug using behavior, and preventive efforts in the HDF”. XIIth Annual American-Hungarian Military Medical Conference, Budapest

SZILÁGYI Zsuzsanna. (2004). Comparative analysis of stress and coping features of Hungarian soldiers serving abroad. COMEDS Plenary Meeting, Brussels

SZILÁGYI Zsuzsanna (2006). Comparative analysis of stress and coping features of Hungarian soldiers serving abroad. 7th IUHPE European Conference on Health Education Globalization and Equity, Budapest

Az egészségfejlesztői hálózat további képzésében, az egészségügyi szakszemélyzet mindennapi prevenciós munkájához adott segítséget - a MH EVI által kiadott - drogmegelőzési, HIV/AIDS prevenciós, dohányzás és az egészséges táplálkozás témájú oktatói kézikönyv sorozat³⁸. Az elméleti ismeretekkel és komplett gyakorlati foglalkozási tematikával, a csoportfoglalkozások levezetéséhez nyújtott gyakorlati útmutató alapján a csapattagozatban dolgozók egységes tematika szerint, az egészségügyi kiképzési tervbe illesztve végezték az egészségnevelési feladatokat az alakulatok állománya körében.

A honvédség keretein belül szintén újdonságként hatott a kortársoktató képzések beindítása a kiképző központokban és a katonai felsőoktatásban. Az egészségfejlesztésben, a drogprevencióban a nemzetközi szakirodalmi adatok alapján bizonyítottan hatékony módszert 30 órás, kiscsoportos tréning program keretében sajátították el azok az alegységparancsnokok által kiválasztott katonák és hallgatók, akik egyrészt motiváltságot éreztek a közösségi munkára, másrészt katonatársaik körében elfogadottak voltak és véleményformáló hatással bírtak. A több, mint száz kiképzett kortársoktató lelkesen kezdte drogprevenciós munkáját a közösségében.³⁹

A szövetséghez való csatlakozás után jelentősen megnőtt a külföldön szolgálatot teljesítő katonák száma, ami a katonai alkalmazás lélektani specifikumai alapján új kihívást jelentett. Elvárásként jelent meg az állomány pszichés egészségi állapotának megőrzése. A misszióból visszaérkező állomány részére szervezett visszaillesztési (reintegrációs) tréningek a csoportos élményfeldolgozást, az esetleges pszichés traumatizáció hatásainak enyhítését tűzték ki célul, kiemelve a poszt traumás stressz szindróma (PTSD) különböző formáinak felismerését.⁴⁰

³⁸ Az oktatói kézikönyv sorozat a Sub Rosa kiadó gondozásában jelentek meg: Dévai Margit: Drogmegelőzés (2000.), Szilágyi Zsuzsanna: HIV/AIDS prevenció (2001.), Kulin Eszter: Dohányzás (2002.) és Ránky Edit: Egészséges táplálkozás (2003.).

³⁹ SZILAGYI Zsuzsanna, KUGLER Gyöngyi: Kiscsoportos módszerekkel kiképzett mentálhigiénés és drog-prevenciós szakemberhálózat hatásvizsgálati eredményei a Magyar Honvédségnél. Alkalmazott Pszichológia, 2005. VII., (3). p. 62-87.

⁴⁰ SZILAGYI Zsuzsanna SVÉD László, KUGLER Gyöngyi: Misszióban szolgálatot teljesítő katonák interjúval támogatott, összehasonlító tesztbattériás vizsgálata a missziós tünetekre, illetve stressz és coping jellemzőire nézve. Honvédorvos, 58, (1-2), 2005. p. 7-50.

Minőségi eredménynek könyvelhető el, hogy a felső katonai vezetés támogatta az Egészségvédelmi Osztály állományából a Mentálhigiénés csoport, majd később a Mentálhigiénés Osztály állománytáblás létrehozását 2000-ben. Ezzel egy időben hozták létre a MH egészségfejlesztési főszakorvosi beosztást is, mely mindkét szakterület irányítását végezte.

A komplex egészségfejlesztési és pszichológiai munka színvonalát jelzi, hogy a 1066/2001. (VI. 10.) Kormányhatározatban meghirdetett harmadik hazai népegészségügyi program, az „Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program 2001-2010” végrehajtása érdekében létrehozott Népegészségügyi Tárcaközi Bizottság munkájában a honvédelmi tárca képviselőjét az MH egészségfejlesztési főszakorvos látta el.

A NATO katonae-gészségügyi alapidokumentumokban megfogalmazott alapelvek figyelembevételével az elkerülhető egészségügyi kockázatok minimálisra csökkentése érdekében a közegészségügyi - járványügyi területen kívül szerepet kapott az egészségvédelmi tevékenység is a misszió előtti felkészítésben. Így 2002-től a misszió előtti kiképzési tervbe önálló témaként bekerült a zéró tolerancia elvének megfelelő drogvédelem és az egészséges életmód fenntartásának témaköre is.⁴¹

2003-ban a Magyar Honvédség és a Magyar Pszichológiai Társaság közös szervezésében került megrendezésre a „Segítő kapcsolatok szerepe a fegyveres testületekben” című három napos tudományos konferencia, mely a 46/2003. (IV. 16.) OGY határozattal elfogadott „Az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programja” interszektoralis célkitűzéseinek szellemében, a civil szféra és más fegyveres testületek pszichológusaival való szakmai kapcsolat kialakításában játszott nagy szerepet.

Az egészséges életmód kialakítását megcélzó programok a honvédség valamennyi alakulatánál megjelentek és a civil-katonai együttműködés keretében is elindult 2005-ben az „Éld meg az életed” címet viselő program, melynek keretében két

⁴¹ SÓTÉR Andrea, SIMÓ Andrea: Az afganisztáni misszió egészségügyi kockázatai, a saját csapatok egészségügyi haderővédelme, Felderítő Szemle, IX.évf. 3-4. 2010. p. 177.

alkalommal a Sziget Fesztiválon is bemutatkozott a honvédség primer prevenció programja. A központi katonai rendezvények - Honvédelem napja, Katonacsatládok találkozója, alakulatok fegyvernemi napja, Repülőnap - állandó résztvevőjévé vált a komplex egészségmegőrzési-egészségfejlesztési tevékenységet végző szakcsoport, valamint a civil szférából történő egyre több megkeresés fémjelezte ezt az időszakot. Ebben az évben került kiadásra a prevenció szakkiadvány könyvsorozat első kötete „Adjunk esélyt magunknak” címmel. Ezt követte a „Van-e élet a dohányzás után?”, a „Mámor... az alkohol csapdái”, az „Amit a kábítószerokról tudni érdemes”, az „Egészségünkre”, a korszerű táplálkozásról, a HIV/AIDS... veled is megtörténhet” és a „Lelki egyensúlyunk” című kötetek megjelenése. A kiadványok a fiatal (katona) korosztályhoz szóltak, egészségvédelmi tanácsokat közvetítve a témák iránt érdeklődőknek. A könyvsorozat sikerét mutatja, hogy 2009-ben - a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság anyagi támogatásával - már a negyedik változatlan utánnomás került kiadásra.

Az éveken át elhúzódó haderőreform, a honvédelmi tárca újabb és újabb stratégiai felülvizsgálata, a laktanya bezárások és a velük járó leépítések és diszlokációk jelentős változást hoztak az egészségfejlesztés területén is. A csökkenő létszám, a NATO csatlakozással kapcsolatos szakfeladatok megszorodása, a szerződéses állomány beáramlása, a szervezeti kultúra változása, a haderőtervezési-, kiképzési- és költségvetési prioritások változása, a szövetségi kötelezettségből adódó missziós szerepvállalások ráirányították a figyelmet a lelki egészséggel összefüggésbe hozható pszichoszomatikus megbetegedésekre.⁴² Az átszervezésekből adódó bizonytalanság által kiváltott pszicho-szomatikus tünetek, a fokozott fizikai és szellemi igénybevétel jelentős szerepet játszottak az állomány egészségi állapotát tükröző mutatók romlásában is.⁴³

Az újabb kutatási eredmények feldolgozását követően – melyek eredményeit később ismertetem - egy új szemléletű egészségmegőrzési program került kidolgozásra, a

⁴² SZILAGYI Zsuzsanna, SVÉD László, KUGLER Gyöngyi: Külszolgálatot teljesítő katonák összehasonlító vizsgálata a stressz és coping jellemzőkre. Katonai Logisztika, 2005/2, p. 241-285.

⁴³ SÓTÉR Andrea, HORNYÁK Beatrix, SZILÁGYI Zsuzsanna, NÉMETH András: Az egészségfejlesztés alapelvei, népegészségügyi prioritása – a munkahelyi egészségfejlesztés helyzete és stratégiai kihívásai a Magyar Honvédségben, Seregszemle, IX.évf., 1.szám, 2011. p. 47.

kockázati faktorok multidimenzionális súlyozásának figyelembevételével MH Egészségmegőrző Program névvel. A program részterületei a népegészségügyi program kiemelt céljaival összhangban álltak:

1. A szív- és érrendszeri betegségek rizikófaktorai, azok megelőzése
2. A stresszhez társuló pszichoszomatikus megbetegedések megelőzése
3. A fizikai aktivitás szerepe az egészséges életmód kialakításában
4. Egészségtudatos táplálkozás népszerűsítése
5. Viselkedési addikciók kialakulásának megelőzése
6. A dohányzás káros hatásai és a leszokás lehetőségei
7. A túlzott mértékű alkoholfogyasztás veszélyei, az alkoholbetegség kialakulásának folyamata
8. Az illegális kábítószer fogyasztás veszélyei
9. Az AIDS és egyéb szexuális úton terjedő betegségek megelőzése
10. A mozgásszervi megbetegedések kialakulásának megelőzése
11. A környezetvédelem jelentősége az egészség megőrzésében

A Program célja az állomány körében leggyakrabban kimutatott kockázati faktorok tudatosításán keresztül azok hatásainak csökkentése, lehetőség szerinti megszüntetése, eliminálása volt. A programot egy 17 db-ból álló prevenció plakátkiállítás, mint vizuálisan is megerősítő szemléltető eszköz egészítette ki.

A Program szellemében olyan, több évre akkreditált továbbképzések is elindultak, melyeken az egészségügyi szakdolgozók mellett a katonai testnevelő és kiképző állomány, valamint az élelmezésvezetői állomány is részt vett, egyrészt javítandó a szolgálati ágak közötti kommunikációt és együttműködést, másrészt komplex módon fejleszteni azon individuális készségeket, melyek a primer prevenció hangsúlyozásával a mindennapi munkában előnyt jelenthettek.⁴⁴ Az MH Egészségmegőrző Program a mai napig évente egy alkalommal kerül megszervezésre, többségében az MH ÖHP alárendeltségében álló alakulatoknál.

⁴⁴ SÓTÉR Andrea, HEGEDŰS Csaba: Egészségügyi szakdolgozók és testnevelők közös továbbképzése a hatékony fizikai felkészülés érdekében, Honvédségi Szemle, 65. évf. 4. szám ,2011.p.39.

A honvéd-egészségügyi ellátó rendszer viszonylag stabil struktúrája jelentős átalakításra került 2007-ben. Megszűnt a Központi Honvédkórház, a MH Egészségvédelmi Intézet, a MH Egészségügyi Kiképző Központ és az MH Kecskeméti Repülőkórház, és ezzel egy időben megalakult a HM Állami Egészségügyi Központ és a preventív medicina bázis intézményeként a MH Dr. Radó György Honvéd Egészségügyi Központ.⁴⁵ „A honvéd egészségügy ilyen nagy horderejű és léptékű átalakítására a II. világháború óta nem került sor.” mondta ünnepi alapítóbeszédében Dr. Németh András orvos dandártábornok, az MH HEK parancsnoka.

Az egészségfejlesztési tevékenység a Preventív Igazgatóság feladatkörében ismét intézeti szinten valósulhatott meg. Az Egészségvédelmi és Rekreációs Osztály, a Mentálhigiénés Osztállyal és az Egészségpszichológiai Osztállyal közösen, az Egészségfejlesztési Intézet részeként bővítette tevékenységét. Átvette a korábban az MH Egészségügyi Parancsnokság Gyógyító Főnökség feladatkörébe tartozó gyógyüdültetési rendszer működésének koordinációs feladatait és az egészségügyi szűrővizsgálati jelentési rendszer működtetését, valamint új területként jelent meg az esélyegyenlőségi feladatok integrálása az osztály tevékenységébe.⁴⁶ Az Osztály stratégiai szinten továbbra is szakmai segítséget nyújtott az alakulatok egészségügyi szolgálatainak az egészség-megőrzési célkitűzéseik, terveik megvalósításában, több - szakemberrel nem rendelkező - alakulatnál átvéve az elsődleges feladatellátó szerepét is a taktikai szinten.⁴⁷

⁴⁵ BÉKÉSI Livia et al. (szerk. SVÉD László): A katona-egészségügy, Zrínyi Kiadó, Budapest, 2009. p.32.

⁴⁶ SÓTÉR Andrea, SZŰCS Boglárka: Az egészségfejlesztés összetevői és jelentősége a Magyar Honvédség egészségpolitikájában a gender mainstreaming tükrében, Hadtudományi Szemle, 3. évf. 4. szám, 2010. p. 77.

⁴⁷SÓTÉR Andrea, HORNYÁK Beatrix, MAJOR Mária Gyöngyi: Kardiovaszkuláris betegségek prevenciója, szűrés és intervenció az alakulatoknál, Hadtudomány, XLV. 5. szám, 2011. p.

A Dzsakartai nyilatkozatban is megfogalmazott elveknek megfelelően⁴⁸ - mely szerint a komplex egészségfejlesztési megközelítések, stratégiai kombinációk a leghatékonyabbak - készült el a Komplex Életmódváltást Megcélzó Prevenációs Modellprogram (2008) szakmai háttéranyaga, valamint a gyakorlati megvalósításhoz szükséges eljárásrendek kidolgozása. A modellprogram pilot vizsgálatként a MH HEK személyi állományában került bevezetésre, a szűrővizsgálati adatok felvétele és a kockázati tényezővel rendelkező személyek csoportba sorolásával 2009. évben. A program további megvalósítása az átszervezés miatt elmaradt.

Az üdültetési rendszer átalakítása kapcsán- a Komplex Életmódváltást Megcélzó Prevenációs Modellprogram mintájára - került kidolgozásra a Misszióból visszaérkező katonák regenerációs programja⁴⁹. Az üdültetési rendszer több éven áthúzódó átszervezésével párhuzamosan zajló hadsereg racionalizálás következtében a személyi és infrastrukturális körülmények jelentősen megváltoztak, így a program csak nevében (missziós regeneráló pihentetés), de valódi szakmai tartalom nélkül került be az üdültetési rendszerbe.

A katona egészségügynek és benne az egészségtudományi szakterületnek nagy pillanataként könyvelhető el, hogy bár rövid ideig, és célját el nem érve, de a katonai felsőoktatásban megjelent a katona-egészségügyi szakterület oktatása. 2009-ben a Zrínyi Miklós Nemzetvédelmi Egyetem Kossuth Lajos Hadtudományi Karán a Védelem Egészségügyi Intézet létrehozásával négy tanszék alakulhatott meg és kezdhette meg a Katonaorvosi (3 oktatóval), a Repülő-egészségügyi (2 oktatóval), a Védelem és Biztonság-egészségügyi tanszék (2 oktatóval) és az Alkalmazott Egészségtudományi Tanszék (3 oktatóval) a sajátos szolgálati és életviszonyokhoz igazodó szakemberképzésbe való bekapcsolódást. A képzések akkreditációra történő előkészítése, tantárgyprogramok kidolgozása azonban be sem tudott fejeződni az

⁴⁸ Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. World Health Organization, http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_en.pdf, 1997. Letöltési idő: 2013. május 9.

⁴⁹ SÓTÉR Andrea, SZŰCS Boglárka, NÉMETH András: Előtérben a prevenció - új stratégia a honvédelmi üdültetés rendszerében (2), Honvédségi Szemle, 65. évf. 6. szám, 2011. p 51.

időközben megkezdett - a Nemzetvédelmi Egyetem - szervezeti és oktatási rendszer tervezett átalakítására miatt, melynek következtében megszüntették a négy tanszékot magában foglaló Védelem-egészségügyi Intézetet. Így a hiánypótló egészségügyi tiszti képzés, közösségi egészségfejlesztő és mentálhigiénikus képzések megmaradtak a kezdeményezés szintjén, megvalósításuk még várat magára.

Az egészségügyi szolgálatot érintő 2011-es második nagy átszervezésben harmadjára is, bár rövid ideig, de ismét intézeti szinten, három osztály (Népegészségügyi-, Egészségfejlesztési-, és Egészségügyi módszertani hatósági osztály) összehangolt tevékenységében valósult meg a nem fertőző megbetegedések megelőzésének komplex tevékenysége az MH Honvédkórház Egészségügyi Hatósági és Haderővédelmi Igazgatóság alárendeltségében. Ez, a megalakulása óta harmadik alkalommal is intézményi szintre emelt egészségfejlesztési szaktevékenység a következő átszervezésből adódó megszűnéséig működhetett, mintegy másfél évig, ismételten átvéve a megszűnő vagy átalakuló szervezeti elemektől a hazai és missziós (EPIHUN) betegforgalmi és fogászati jelentésekkel járó adatgyűjtési, értékelési és jelentési feladatokat, valamint a HM-MH vezető állomány szűrővizsgálatának koordinációját.

A 2013-ban magasabb szintű jogállású hadrendi elemként megalakuló MH Egészségügyi Központ Védelem-egészségügyi Igazgatóság Közegészségügyi – Járványügyi Szolgálatának osztályaként létszámában felére csökkentve az egészségfejlesztés tudományelméletének és gyakorlatának fejlődését; a minőségi kritériumoknak való megfelelés elérését próbálja biztosítani.⁵⁰ Elmondható, hogy ez a feladat a katonai preventív medicina intézményét elérő harmadik átszervezésben szinte elveszett, az új irányelvek – és a hozzárendelt struktúra - már a fekvőbeteg ellátást alapjaiban meghatározó Semmelweis tervben megfogalmazott területi ellátási kötelezettség megvalósítására vonatkoztak⁵¹, figyelmen kívül hagyva a terv –

⁵⁰ SÓTÉR Andrea, HORNYÁK Beatrix, SZILÁGYI Zsuzsanna, NÉMETH András: Az egészségfejlesztés alapelvei, népegészségügyi prioritása – a munkahelyi egészségfejlesztés helyzete és stratégiai kihívásai a Magyar Honvédségben, Seregszemle, IX.évf., 1.szám, 2011. p. 57.

⁵¹ FEDOR Tímea: A katonai egészségügy sajátosságai, problémák és javaslatok, szakdolgozat, Eötvös Lóránt Tudományegyetem, Társadalomtudományi Kar, Egészségpolitika, tervezés és finanszírozás Szak, 2011. p.

honvédelmi tárcát is érintő - népegészségügyi programtervre vonatkozó és feladatokat meghatározó fejezetét⁵².

Az egészségvédelemi tevékenység 1994 és 2011 közötti időszakban az egységes vezetői koncepciónak és támogatásnak köszönhetően hosszú, átszervezési ciklusokon átívelő múltra tekint vissza a MH egészségügyi ellátórendszerén belül. A szakterület a több évtizedes munka eredményeképpen jelentős mennyiségű információt és tudást halmozott fel az állomány egészségi állapotával és egészségmagatartásával kapcsolatban, a katonai és civil-katonai rendezvényeken történő rendszeres megjelenésével ismertté és elismertté vált a felső vezetés és az állomány körében, a nemzeti népegészségügyi szervezetek, intézmények munkájában aktív szerepet vállalt. Az oktatási, továbbképzési és kiképzési tevékenységével hozzájárult a (szak)állomány ismereteinek bővítéséhez, tudományos munkásságának köszönhetően bekapcsolódott a hazai tudományos szakmai életbe, részt vesz a tárca szintű szakmapolitikai döntések előkészítésében, vagyis az egészségfejlesztés, mint a hazai katona-egészségügyi ellátás egyik meghatározó eleme bekerült a katonai köztudatba.

A fejezetben összefoglaltam azokat az alapfogalmakat, melyek a kutatási téma értelmezését egységessé teszik, majd az MTA tudomány-rendszertani értelmezésében és az egészségügyi támogatás rendszerében elhelyeztem az egészségügyi haderővédelmi feladatokban megjelenő kutatási területemet. Az eddigi egészségfejlesztési tevékenység összefoglalásával- új szemlélet, új módszer, hálózatépítés, oktatási tevékenység, egészségi állapot és egészségmagatartási kutatások - bemutattam azokat az eredményeket melyek napjaink egészségfejlesztési gyakorlatát is meghatározzák és amely a hazai katona-egészségügyi ellátás egyik meghatározó elemeként bekerült a katonai köztudatba..

⁵² Újraélesztett egészségügy, gyógyuló Magyarország, Semmelweis terv az egészségügy megmentésére 2011. p. 99.

<http://www.kormany.hu/download/3/c4/40000/Semmelweis%20Terv%20szakmai%20koncepti%C3%B3%202011.%20j%C3%BAnius%2027..pdf> Letöltési idő: 2013. május 9.

„Sokkal jobb egy tiszt, aki megelőzi a megbetegedést,
mint egy doktor, aki meggyógyítja.”
(Lord Nelson)

3. A Magyar Honvédség egészségügyi szűrővizsgálati tevékenységének történeti áttekintése

3.1. A tömeghadseregben végzett szűrővizsgálatok

A honvédségnél végzett egészségügyi szűrővizsgálati tevékenység bemutatása előtt fontosnak tartom megjegyezni, hogy az 50-es években a társadalmi – politikai átrendezéssel megkezdődött egy új egészségügyi irányítási rendszer kiépítése is a civil egészségügyben, mely elvezetett a közegészségügyi - járványügyi hálózat létrehozásához, az 1876-tól működő tisztiorvosi hálózat megszűnéséhez (melyet aztán 1991-ben ismét létrehozta). 1954-ben jöttek létre irányító szervként az Állami Közegészségügyi Felügyelet és az Állami Közegészségügyi – Járványügyi Állomások (KÖJÁL) és kirendeltségek (KJK), melyek feladatrendszerében a járványvédelmi és higiénés főfeladatok mellett a társadalom-egészségtani feladatok is megjelentek.

A szűrővizsgálatokkal és az egészségvédelmi feladatok ellátásával kapcsolatban a korábban már hivatkozott 1954-es kiadású „Zsebkönyv az egészségügyi szolgálatvezetők részére” tartalmában lefedett minden olyan területet és témát, amely napjainkban is a katonae-gészségügyi szolgálat feladatkörébe tartozik.

A könyv a klasszikus feladatokon, - gyógyító munka, egészségvédelmi – megelőző munka, járványvédelmi munka, katonai alkalmassági vizsgálatok, egészségügyi anyagi szolgálat, egészségügyi taktikai kérdések, egészségügyi vegyvédalom és katonai toxikológia – tevékenységeken kívül, önálló fejezetet szentelt a katonae-orvos feladatainak a sport területén, és az üdültetéssel kapcsolatos egészségügyi munkának is.

Csak érdekességképpen jegyzem meg, hogy az akkori Néphadsereg hat üdülőjében egész évben mindenhol volt orvos és a beutalóval együtt az egészségügyi

könyvecske bemutatása is feltétele volt az üdültetésben való részvételnek, valamint az üdültetési rendszer részeként működtetett 16 napközi otthonos óvoda valamint a 4 gyermektábor rendszeres orvosi felügyeletének biztosítása is a csapatorvosok feladatai közé tartozott.

A Hadtáp Szolgálatfőnökség. Egészségügyi Csoportfőnökség 0884/1952. számú rendelete írta elő a Magyar Néphadsereg hivatásos (és továbbszolgáló) személyeinek évenkénti és a sorállományú katonák havonkénti szűrővizsgálatát, valamint részletesen intézkedett az időszakos orvosi vizsgálatok elvégzéséről is. A vizsgálatokat minden esetben az alakulat vezetőorvosának kellett elvégeznie, felcser csak abban az esetben végezhetette, ha az alakulatnál orvos nem volt rendszeresítve. Utalt alakulatnál annak az alakulatnak az orvosa vezette le a vizsgálatot, amelyikhez a csapat utalva volt. „Az időszakos orvosi vizsgálatoknál különös súlyt kell helyezni azokra az egyénekre, akik előző betegségük, betegségre való hajlamuk, vagy egyéb ok miatt különleges orvosi megfigyelést igényelnek.”⁵³

Az előírás szerint a havonta elvégzett vizsgálatokat összesítve kellett kiértékelni és az eredményt a szükséges javaslatokkal együtt a vezető orvos kötelessége volt közölni a parancsnokkal és politikai helyettesével. Az adatokat félévente jelentették az Egészségügyi Csoportfőnökség Gyógyító-Megelőző Főnökség, Gyógyító-Kiürítő Osztály alatt működő Egészségvédelmi alosztálynak is. Tehát az egészségvédelemi tevékenység koordinációja a szakmai szervezet hierarchiájában a legfelső szintenfoglalt helyet.

A havonkénti szűrővizsgálatok - melyek a biomedikális szemléletnek megfelelően a betegek közösségből való kiemelésére szolgáltak - az akkori morbiditási statisztikát vezető fertőző megbetegedések (enterális és légúti) elleni óvintézkedések érdekében kerültek bevezetésre.

A katonák testsúlyának és mellkas körfogatának félévenkénti mérése a kötelező sport tevékenység hatékonyságát volt hivatott alátámasztani, mely adatokat a katonák egészségügyi könyvében is rögzítették. A szűrővizsgálati eljárás menete és a

⁵³ KRISTÓF Sándor (szerk.): Zsebkönyv az egészségügyi szolgálatvezetők részére (segédlet), Honvédelmi Minisztérium kiadványa, Budapest, 1954. p. 23.

szűrővizsgálati jelentések összeállításának szempontjai nem kerültek meghatározásra, a korra jellemző biomedikális szemlélet szellemében csak a betegség meglétére és megállapítására koncentráltak. Az akkori laktanyai elhelyezési körletek túlszűfolttsága, az alacsony szintű infrastrukturális környezet, a katonaaállomány sokszor alacsony szintű és hiányos higiénés szemlélete mellett a (behurcolt) fertőző megbetegedések gyorsan járványszerű méreteket öltöttek, ezért a viszonylag gyakori egészségi állapot ellenőrzések egyértelműen a megelőzés érdekében végzett vizsgálatok szükségességét támasztották alá.

A fertőző megbetegedések jelentési rendszerében viszont előírás volt az adatok továbbítása - az 1953-ban megalapított - Honvéd Egészségügyi Tudományos Kutató Intézet felé, akik a jelentéseket összegezték, tudományosan kiértékelték és grafikusán feldolgozták.⁵⁴

A teljes hivatásos és továbbszolgáló állomány szakorvosi szűrővizsgálatát évenként végezték el a katonai kórházak és a katonai rendelőintézetek, a hadosztály orvos felügyeletével. Ahol az alakulat közelében nem volt katonai egészségügyi intézmény, ott a polgári intézményeket vették igénybe előzetes bejelentés alapján. A szűrővizsgálatokról munkatervet és időbeosztást kellett készíteni, melyet az alakulat parancsnoka parancsban jelentett meg.

A megvizsgált személy egészségügyi állapotáról a belgyógyász szakorvos hozott végleges döntést és határozta meg - szükség esetén - a további gyógykezelési tervet.

A hivatásos és továbbszolgáló állomány szűrővizsgálati minősítési kategória adatai szerint az 1969 és 1985 közötti időszakban a „gyakorlatilag egészséges” katonák százalékos aránya 60,3 - 69,6% között mozgott, a szolgálatképesek aránya 83,1 - 87,8% közé esett.⁵⁵

⁵⁴ SVÉD László: A Magyar Honvédség egészségügyi biztosítása elvének és gyakorlatának változásai, sajátosságai, különös tekintettel a haderő átalakításra, a NATO-ba történő integrálásra, a különböző fegyveres konfliktusok, valamint a békefenntartó, béketeremtő és -támogató tevékenységre, doktori disszertáció, ZMNE, 2003. Budapest Letöltési idő: 2005. május 25.

http://193.224.76.4/download/konyvtar/digitgy/phd/2003/sved_laszlo.pdf 2003.

⁵⁵ ÓNODI István: A Magyar Néphadsereg gyógyító-megelőző ellátása fejlődési tendenciáinak feltárása prognosztikai módszerekkel, Kandidátusi értekezés, Melléklet, 1986. p. 41.

Tekintettel arra, hogy a vizsgálat pontos menetének leírása és a minősítési kategóriák kritériumrendszere nem került meghatározásra, nehéz meghatározni, hogy mely érték felelhetett meg a mai értelemben használt morbiditási indexszámoknak. Valószínűsíthető, hogy a gyakorlatilag egészségesek százalékos aránya feletti érték lehetett a morbiditási érték, vagyis 30 - 40% között volt azok aránya, akik valamilyen megbetegedésben szenvedtek ugyan, de ebből a szolgálatra alkalmatlan kategória aránya csak kb. 13 - 17% volt. A szakorvosi gondozást igénylők aránya átlagosan 10% körüli értéken mozgott a fenti 16 éves időtartam átlagában.⁵⁶

A vizsgálatok elvégzésének szigorát mutatja, hogy annak ellenőrzése kiemelten szerepelt a hadtest-, a hadosztály-, és az ezred-egészségügyi szolgálat ellenőrzési terveiben is.⁵⁷

Az 50-es évektől kezdődő technikai - technológiai fejlődés az orvostudományok és a gyógyszeripar fejlődését is magával hozta. Az egészségügyi ellátó intézményi hálózat kialakulása, a fertőző betegségek elleni járványvédelmi intézkedések bevezetése, a higiénés viszonyok fejlődése, az immunizáció kiterjesztése mind-mind együttesen játszott szerepet abban, hogy a lakosság és így a honvédség állományába tartozó populáció megbetegedési mintázata is kezdett átalakulni. A csökkenő számú fertőző megbetegedések mellett egyre nagyobb ütemben a krónikus, nem fertőző megbetegedések jelentek meg a morbiditási statisztikákban.

Az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvény végrehajtásaként jött létre a néphadseregben a közegészségügyi-járványügyi felügyelet. A polgári higiénés tevékenység fejlődése következtében a KÖJÁL-ok feladatrendszere is változáson ment át, a területi közegészségügyi – járványügyi munkáról a hangsúly a társadalomtudományokat is felhasználva a prevenció, a megelőzés irányába tolódott el. A Katonai KÖJÁL tevékenységi köre többek között kiterjedt az előírt szűrővizsgálatok ellenőrzésére és feladata volt a személyi állomány morbiditási viszonyainak tanulmányozása is.

⁵⁶ KRISTÓF Sándor (szerk.): Zsebkönyv az egészségügyi szolgálatvezetők részére (segédlet), Honvédelmi Minisztérium kiadványa, Budapest, 1954. p. 177.

⁵⁷ uo. p. 178.

A honvéd-egészségügyi struktúra központi tagozatában jelentős fejlesztések és beruházások történtek. Az egyre nagyobb számban előforduló szív- és érrendszeri betegek utókezelésére 1977-től működött a balatonfüredi intézet, 1984-ben az új győri katonai kórház is átadásra került és felújították a budai katonai kórházat is. Megalakult a verőcemarosi Betegotthon és megkezdődött a Központi Katonai Kórház rekonstrukciója is. A jól működő katonai orvosi ösztöndíj rendszer eredményeképpen a csapatoknál az orvosi beosztások mindenhol feltöltésre kerültek és folyamatos volt az orvosok utánpótlása is.⁵⁸

Az egészségügyi szolgálat gyógyító célzatú tevékenysége és feltételrendszere ebben az időszakban jelentősen és eredményesen fejlődött, azonban a személyi állomány egészségi állapotának alakulását alapvetően nem ez befolyásolta.

„A szűrővizsgálati adatokból 10 évre visszatekintve megállapítható, hogy a vizsgáltak mintegy 30 %-nál megállapítható valamilyen egészségromlás, amely egészségügyi ellátást igényel. Ebből 15-20%-t képvisel azok aránya, akiknél általános vagy szakorvosi gondozás igénye merül fel.”- írja Fekete⁵⁹ 1999-ben. Ennek jelentőségét szem előtt tartva történtek intézkedések az egészségi szűrővizsgálatok korszerűsítésére. Az elmúlt évtizedek kutatási eredményeit figyelembe véve az országban elsőként került bevezetésre a kockázati tényezők vizsgálatát is magában foglaló „Személyi szűrővizsgálati adatlap” (1. számú melléklet).

Ezért és ezek után mondhatjuk, hogy a hadseregben 1987-ben bevezetett kockázati (rizikó)faktorok szűrésével kiegészített egészségügyi szűrővizsgálat a korát megelőző, kiváló preventív szemléletet tükrözött. A szűrővizsgálati eljárás a szervrendszerek vizsgálatán túl kiemelt jelentőséget tulajdonított az egészségi állapotot befolyásoló életmód tényezők és rizikófaktorok vizsgálatának is.

⁵⁸ SVÉD László: A Magyar Honvédség egészségügyi biztosítása elvének és gyakorlatának változásai, sajátosságai, különös tekintettel a haderő átalakításra, a NATO-ba történő integrálásra, a különböző fegyveres konfliktusok, valamint a békefenntartó, béketeremtő és -támogató tevékenységre, doktori disszertáció, ZMNE, 2003. Budapest p. 77.

⁵⁹ FEKETE István: Az integrált egészségügyi prevenció távlati a Magyar Honvédségben a NATO tagság tükrében, Honvédorvos supplementum 1999/1., p. 82.

A csapathadtáp szakutasítás, más néven Htp/16, melyet a 106/1989 (HK 28) HM szakutasítás léptetett hatályba, már sokkal részletesebben szabályozta a MH személyi állománya egészségének megvédésére és egészségi állapotának javítása érdekében végzett gyógyító-megelőző munkát. Ennek részeként külön szabályozta a vezető állomány, a hivatásos és továbbszolgáló állomány, valamint a sorállomány kötelező orvosi szűrővizsgálatát is. A vezető állomány szakorvosi vizsgálatát akkoriban a MH 1. Katonai Kórházban, illetve a területileg illetékes katonai kórházakban és a MH Repülőorvosi,- Vizsgáló és Kutató Intézetben végezték. A sorállomány vizsgálatát bevonuláskor, az első és második kiképzési időszak befejező hónapjában és leszerelésük előtt végezték el a csapatorvosok.

A hivatásos és továbbszolgáló állomány kötelező orvosi szűrővizsgálatát a csapat segélyhelyeken végezték az állományilletékes parancsnok által jóváhagyott terv szerint végrehajtva, a távolmaradókról névszerinti jelentést kellett felterjeszteni.

A katonai állomány szűrésére használt vizsgálati lap három részből állt. Az első önkitöltős rész a személyi adatok mellett a munka és szolgálati körülményekből adódó fokozott megterhelést, a káros szenvedélyek (dohányzás, alkoholfogyasztás) meglétét, a fizikai aktivitást, a táplálkozási szokásokat, a pozitív családi anamnézis feltérképezését, a korábbi kórházi kezelések eredményét és az önminősített egészségi állapotra vonatkozó kérdést tartalmazta. Továbbá itt szerepeltek a rendszeres gyógykezeléssel és gyógyszerfogyasztással, valamint az alvással kapcsolatos kérdések is.

A szűrővizsgálati lap második, klinikai (orvosi) vizsgálati részét a vizsgáló orvos töltötte ki, majd a laboratóriumi vizsgálatok eredményei kerültek feltüntetésre.

A harmadik rész a szűrővizsgálat táblázatos összegzését tartalmazta az alábbi kategóriák szerint:

1. Kórisme: kimutatható betegsége nincs/van, megállapított diagnózis
2. Kockázati tényezők: száma, fajtái, veszélyeztetettség van/nincs
3. Minősítés: szolgálatképes, szolgálatképes korlátozással, szolgálatképtelen, és a felmentés fajtája

4. Teendők: ellátást nem igényel, igényel: gondozást, szakorvosi kivizsgálást, megelőző gyógyüdülést, szanatóriumi kezelést, egészségügyi felülvizsgálat javasolt.

A kitöltési útmutató szerint pozitív kockázati tényezőnek számított a napi 20 szál cigaretta feletti dohányzás, a 150/90 Hgmm feletti vérnyomás, a 10% feletti súlyfelesleg, a cukorbetegség, a pozitív családi anamnézis, a laboratóriumi eltéréssel igazolható zsíryanycsere zavar, és, ami számunkra legfontosabb az életmód tényezők közül a fizikai inaktivitás és a fokozott zsírbevitel szerepelt. Ez utóbbi kategóriák pontos meghatározását az útmutató nem tartalmazta.

Bár a gyógyító-megelőző munka egyik alapfeladatának meghatározott szűrővizsgálatok végrehajtásának módját a hivatásos, továbbszolgáló és vezető állomány kategóriákban szigorúan végrehajtották, más kérdés, hogy a jelentési kötelezettség csupán az adminisztratív és összegzett adatokat tárta fel táblázatos formában. Az eredmények összegzése a vizsgálatra kötelezettek – megjelentek arányát, az egészségesek (kimutatható betegsége nincs) arányát, a gyakorlatilag egészségesek (panaszmentes, kimutatható betegsége van, de a szolgálatképességet nem befolyásolja) arányát, betegségcsoportok szerinti bontásban a gondozottak arányát, továbbá a kórházi kivizsgálásra, a megelőző gyógyüdülésre és a szanatóriumi gyógykezelésre szorulókat arányát foglalta magában. A legfontosabb kategória „az egészségügyi alkalmasság foka megváltozott, minősítése szükséges” volt. A jelentésnek nem kellett kitérnie az ok-okozati összefüggések feltárására, a háttértényezők további vizsgálatára, de nem is térhettek ki, hiszen az összesített adatokból ezt csak megbecsülni lehetett. A szűrővizsgálati adatlapok a segélyhelyeken maradtak, ahol még a 90-es évek végén sem volt mindenhol számítógép, ennek hiányában pedig az adatokat nem lehetett elektronikusan rögzíteni és feldolgozni.

Az egészségügyi csoportfőnökségre – később az egészségügyi parancsnokságra - az alakulatoktól beérkező jelentések összesítése és felterjesztése után, az évek alatt összegyűlt – jelentős mennyiségű - papír alapú összesített jelentések az irattárba

kerültek, aztán megsemmisítésre. A beérkezett - alakulatonkénti összesített adatokat tartalmazó - szűrővizsgálati eredmények elektronikus adatrögzítésére - tudomásom szerint - kezdeményezéssel 2005-ben került sor először. Az adatrögzítéshez használt Microsoft Excel program adta lehetőségek azonban nem voltak elégségesek további statisztikai célú adatfeldolgozásra, mivel az összesített táblázatok érthetően nem tartalmazták, tartalmazhatták az egyének egyedi egészségügyi adatait, másrészt az adatok megbízhatósága, a vizsgálatok elvégzéséhez és összesítéséhez szükséges egységes vizsgálati protokoll hiányában, szintén torzították a kapott eredményeket.

Nem volt egységes módszertani utasítás a kimutatható betegségek kategória osztályozására sem, volt aki BNO⁶⁰ kódot használt, volt, aki latin vagy magyar diagnózist tüntetett fel, vagy csak rövidítette, és ha több kimutatható alapbetegségben is szenvedett, a rangsorolása, a kockázati tényezők beazonosítása és értékelése is jelentősen függött a szűrővizsgálatot végző egészségügyi szakszemélyzet prevenció „érzékenységtől”, szemléletétől. Ez alapján megállapítható, hogy a szűrővizsgálati adatok, főként a kockázati faktorok minősítése, és az ebből végzett összesítések az egységes szempontrendszer hiányában nem voltak megbízhatóak. Az adatok összesítése után a torzulás nem tette lehetővé az adatok pontos értékelését és a következtetések levonását.

A részletes szűrővizsgálati eljárásrend illetve a szűrővizsgálatok elvégzését szabályzó módszertani útmutató hiányában - a sokszor matematikailag is pontatlanul - összesített adatok nem voltak alkalmasak az Excel programban rögzítve sem további feldolgozásra és értékelésre.

⁶⁰ Betegségek Nemzetközi Osztályozása: osztályozási rendszer, amelyet az Egészségügyi Világszervezet (WHO) jóváhagyásával különböző kórformák, betegségek, fizikai és pszichikai zavarok meghatározására használnak osztályozási (klasszifikációs) és dokumentációs céllal, elsősorban az orvosi gyakorlatban.

3.2. Az egészségmagatartási kutatások korszaka (2003-2008)

A NATO csatlakozás után, a katonai felsővezetésben a missziós szerepvállalásból adódó megnövekedett kötelezettségek még inkább középpontba állították a felajánlott egységek tervezhetőségét, a katonák bevethetőségének egészségügyi kérdéseit is.

Az egészségügyi szolgálattal, az egészségügyi alkalmasság vizsgálatával szemben támasztott követelményeknek – a mára már - többször módosított „a hivatásos és szerződéses katonai szolgálatra, valamint a katonai oktatási intézményi tanulmányokra való egészségi, pszichikai és fizikai alkalmasság elbírálásáról, továbbá az egészségügyi szabadság, a szolgálatmentesség és a csökkentett szolgálati idő engedélyezésének szabályairól” szóló 7/2006. (III. 21.) HM rendelet adott átfogó keretet. A Rendeletben külön fejezetként jelent meg a katonai szolgálatra való alkalmasság rendszeres ellenőrzése, azaz az éves egészségügyi szűrővizsgálat, melynek aktuális évi végrehajtását szolgálatfőnöki intézkedéssel szabályozták.

A haderőreform következtében a Magyar Honvédség feladatrendszere, a katonai alkalmazások körülményei gyors ütemben és nagymértékben megváltoztak. 2004. után - a sorállományú katonai szolgálat eltörlésével - a szerződéses állomány beáramlása következtében a katona állomány korfája jelentősen „megfiatalodott”, az átlagéletkor 32,7 év volt, a katona állomány 82%-a a 20-40 év közötti korcsoportba tartozott. A szerződéses katonai szolgálatot vállaló nők következtében a nemek aránya is megváltozott, a nők aránya megemelkedett közel 18%-ra, de egyes szolgálati ágakban (egészségügy, híradó, pénzügy) még magasabb arányt képviseltek.

A jól működő és szigorú alkalmassági vizsgálati rendszer szelektálásának köszönhetően, az átlag populációnál magasabb egészségstátuszú egyének kerülhettek be és az életkori változáson túl, az állományra jellemző megbetegedések mintázatai is jelentősen megváltoztak a krónikus, nem fertőző megbetegedések tekintetében.

Az éves szűrővizsgálati adatok feldolgozásából készült jelentésekből nyilvánvalóvá vált, hogy a továbbiakban az 1987-ben bevezetett egészségügyi szűrővizsgálati adatlap már nem alkalmas a személyi állomány szolgálatképességének pontos megállapítására, illetve a veszélyeztető megbetegedések korai feltárására.

A szűrővizsgálati adatfeldolgozás és adatrögzítő program fejlesztésével párhuzamosan a preventív medicina bázisának számító MH Egészségvédelmi Intézetben, - később jogutódjában a MH Dr. Radó György Honvéd Egészségügyi Központ szervezeti keretein belül - elindult egy célirányos K+F tevékenység, mely a szolgálattal járó, egészségre ható specifikus háttértényezőket igyekezett feltárni. A 2003-2009 közötti években olyan célzott egészségkutatások folytak, melyek segítettek az állomány egészségstátuszát és egészségmagatartását felmérni. Az alábbiakban röviden bemutatom az elvégzett kutatások legfőbb eredményeit.

1. Egy nemzetközi kutatási program résztvevőiként 2003-ban 300 szerződéses állományban lévő honvédségi dolgozót vizsgáltunk meg az Európai Addikció Súlyossági Index segítségével. A legfontosabb megállapítások a következőkben foglalhatók össze: a megkérdezetteknek mintegy háromnegyede részesült élete során legalább egyszer kórházi kezelésben valamilyen súlyosabb egészségi probléma miatt, a kórházi kezelések gyakorisága a 35. életévet követően emelkedik. A pszichiátriai állapot is vizsgálatunk központi kérdése volt. A fizikai betegségekhez hasonlóan, ez a problémakör is inkább a nőkre jellemző. A vizsgálati minta egyharmada tapasztalt már életében pszichiátriai tünetet vagy tünetcsoportot. A szorongásos, feszült állapotok a legjellemzőbbek, majd a depresszió következik a gyakorisági listán.
2. 2004-ben 914 fős mintán többek között azt vizsgáltuk, hogy az MH állományában szolgálatot teljesítők mentális állapota mennyire különbözik vagy hasonlít a lakosság hasonló értékeihez képest. A kutatásban az általános jól-lét és a pszichés problémák mutatójaként a hazai és nemzetközi gyakorlatban széles körben alkalmazott Rövidített Beck Depresszió Kérdőív került felhasználásra. A 9 tétel pontszámátlagait megvizsgálva a fáradtság kérdésre adták a legnagyobb

pontszámot. A honvédségi mintában szereplő férfiak és nők szignifikánsan magasabb pontszámot értek el a Rövidített Beck Depresszió Skálán, szemben a népegészségügyi adatbázisban szereplő illesztett kontrollal. A különbség a férfiak esetében nagyobbak mondható, mint a nőknél. A Honvédségi adatbázison a teljes megkérdezettek 5,9 %-a ért el a leválasztási kritériumnál magasabb értéket, vagyis ezeknél a személyeknél valószínűsíthető valamilyen pszichés probléma. Ha ugyanezt a kritériumot nézzük az illesztett Népegészségügyi adatbázison, ott a leválasztási kritérium fölé eső személyek aránya 3,7% volt.

3. A katonai szolgálat egészségkockázata (2004) című kutatás a Magyar Honvédség állományának reprezentatív mintáján (N=914) kérdőíves és mélyinterjú vizsgálati módszerekkel vizsgálta az általános egészségi állapot státuszát. Az egészségi állapotot meghatározó tényezők, az egészségi állapot megítélése, az egészségi panaszok, az egészségügyi szolgáltatás igénybevétele, a szűrővizsgálatokon való részvétel és a pszichés állapot kérdéskörén át megvizsgálva hogyan ítélik meg egészségi állapotukat a civil lakossághoz képest, milyen külső és belső körülményeknek tulajdonítják egészségi állapotuk változását. Megállapítást nyert, hogy a hadsereg sajátosságai közül egyértelműen pozitívan ítélik meg az éves, kötelező szűrővizsgálati rendszert, míg negatív sajátosságként hangsúlyozzák a stressz állandó magas szintjét. A mélyinterjúkban megjelent az egészség-megőrzés intézményi szükségessége is. Az egészségi állapot komplex feltárására irányuló felmérés három, egymástól eltérő kvantitatív és kvalitatív kutatási módszer ötvözésén alapult önjellemző kérdőíves felmérés, fókuszcsoportos beszélgetés és mélyinterjú. A három, különböző megközelítésű adatforrás egymást kiegészítve, egymást erősítve vagy gyengítve adhatott csak megbízható információkat a Magyar Honvédség dolgozóinak egészségi állapotáról. Mind a kvantitatív, mind a kvalitatív adatok elemzéséből arra lehetett következtetni, hogy a honvédségi dolgozók általánosságban kritikusnak tartják a lakosság egészségi állapotát, és külső, az egyéntől független, illetve belső, az egyéni motivációval összefüggő tényezőkre csoportosítják az egészséget befolyásoló hatásokat. A kérdőíves felmérés adatai szerint az egyén aktivitását előtérbe állító faktorhoz tartozók hajlamosabbak saját egészségi állapotukat

jobbnak, míg a külső tényezőkre hivatkozók saját egészségi állapotukat rosszabbnak ítélni. A mélyinterjúk és a fókuszcsoportos beszélgetések alanyai ugyanakkor összehasonlították a lakosság és a honvédség egészségi állapotát, utóbbit kedvezőbbnek ítélve (e kedvezőbb kép fenntartása hozzátartozhat a „katona-identitáshoz”), függetlenül attól, valójában létezik-e ez a különbség. A kérdőíves felmérés adatai – összehasonlítva az Országos Lakossági Egészségfelmérések-, illetve a Hungarostudy adataival – szerint azok között, akik jónak ítélik egészségi állapotukat, valóban a honvédségi dolgozók voltak arányaikat tekintve többségben. A pszichológiai egészség tekintetében a kutatás alátámasztotta, hogy a „küszöb feletti” (jelzésértékű) depresszió szignifikánsan magasabb a seregben, mint a népegészségügyi felmérésben mért értékek. A mély-interjúk alanyai a külső tényezők közé az egészségügyi rendszer fogyatékoságait is felsorolták. A javaslatok megfogalmazásában az egészségügyi rendszer fejlesztése, az egészség-megőrzés és a szűrővizsgálatok színvonalának emelése hangsúlyosan jelent meg.⁶¹

4. 2007-ben készült el az állomány egészségi állapotának és egészségmagatartásának felmérése, a megpróbáltatás tűrés profil és mentális állóképesség vizsgálatokkal kiegészítve. A kutatás többek között azt vizsgálta, hogy a Magyar Honvédség állományában van-e összefüggés az életkori kategóriák és a megbetegedések megjelenése között, illetve, hogy ez a tendencia megfelel-e a magyarországi népesség morbiditási mutatóinak. Ezen felül, hogy az életkori kategóriákra és az MH állományra nézve, vannak-e „tipikus megbetegedések”, melyek feltérképezése a célzott preventív programok időzített, és tervezett bevezetését segítheti elő. A szív- és érrendszeri megbetegedések tekintetében azt találtuk, hogy míg a teljes felmért állomány körében ezen megbetegedés aránya nem éri el a 6 százalékot (5,3 %), ezen belül a krónikus megbetegedés aránya 3,3 %. Az életkori kategóriákra lebontva azt tapasztaltuk, hogy ugrásszerű, szignifikáns eltérés van mind a krónikus, mind a gyógyult szív-

⁶¹ SÓTÉR Andrea: A katonai szolgálat egészségkockázat?

http://193.224.76.4/download/konyvtar/digitgy/publikacio/Soter_Andrea1.pdf Letöltési idő: 2010. november 23.

és érrendszeri megbetegedések megjelenésében a 36-40 év közötti korosztályban. A mozgásszervi megbetegedések aránya is szignifikáns eltérést mutatott a felmért állomány életkori kategóriáira nézve, azonban ez a megbetegedés közel azonos arányban (bár emellett az életkor előrehaladtával a krónikus megbetegedések aránya természetesen nő) jelen van. Így a 25 évnél fiatalabb korosztály is közel azonos arányban számol be ezen megbetegedésről (mintegy a katonai szolgálat velejárájaként), mint az idősebb korosztály tagjai. A felső-légúti megbetegedések tekintetében a felmért állomány nem mutatott szignifikáns eltérést, közel azonos arányban van jelen ez a megbetegedés a különböző korosztályok között, a gyógyult és krónikus státuszra vonatkozóan is. Az allergiás megbetegedések tekintetében a 36-40 év közötti korosztályban ugrásszerűen megnőtt ez az arány (10 % feletti). Az eredményeink azt mutatták, hogy az anyagcsere megbetegedések jórészt a 31-40 év közötti korosztályt érintik 2,4 %-os érintettséggel. A bőrbetegségek tekintetében azt találtuk, hogy míg a felmért állomány egészének 5,3 %-a számolt be valamilyen elváltozásról gyógyult vagy krónikus státusszal, mind a krónikus, mind a gyógyult állapotú megbetegedések tekintetében a 36-40 év közötti korosztály szerepel legnagyobb arányban. Csak tendencia szintű eltérést találtunk az emésztőszervi megbetegedések tekintetében a korosztályi kategóriákkal összefüggésben, a 36 év feletti korosztály számol be legnagyobb arányban ez irányú megbetegedésről.

5. A 2008-ban elvégzett, már a 2004-2007. évi szűrővizsgálati eredményeken alapuló longitudinális vizsgálat a helyőrségek közötti különbségek, a rizikófaktorok prioritási sora illetve ezek megbetegedési mutatókkal való összefüggéseinek terén hozott jelentős előrelépést. Eredményeink azt mutatták, hogy szignifikáns növekedés tapasztalható az életkor előrehaladtával az állományban a kockázati faktorok számában. Az is kiderült, hogy az életkori csoportok közvetlen összefüggést is mutatnak a rendszeres gyógykezelés alakulásával, így míg a 21-30 év közötti korosztály 6,2 %-a áll rendszeres gyógykezelés alatt, addig az 50 év feletti állomány 41,4 %-a.

A helyőrségek között is szignifikáns eltéréseket regisztráltunk a rendszeres gyógykezelés alatt álló állomány aránya szempontjából. A legnagyobb arányban a budapesti helyőrségekben álltak rendszeres gyógykezelés alatt (17,7%). Őket követték a kecskeméti (13,9%) és a pápai (11,7%) helyőrségekben szolgálók. Ez az eredmény arra utal, hogy érdemes fokozott figyelmet szentelnünk e három helyőrségben szolgálók egészségmegőrzésének és további prevenciós programjainak. Azt találtuk, hogy az endokrin, táplálkozási és anyagcsere betegségek a többi helyőrséghez viszonyítva szignifikánsan nagyobb arányban vannak jelen a budapesti és a kecskeméti helyőrségeknél. Emellett a szem és függelékének betegségeinek a gyakorisága a budapesti helyőrségeknél kiugróan magas. A keringési megbetegedések arányában magas előfordulás a budapesti és a pápai helyőrségeknél volt regisztrálható. Áttekintettük a megbetegedések kialakulásához köthetően a helyőrségek (város szerinti felbontásban) szignifikánsan jellemző, illetve az MH állományában kiemelkedő veszélyforrást jelentő kockázati faktorokat, illetve az egészségkárosító magatartások alakulását az alábbi eredményekkel:

-Nagymértékű, erős dohányzás (legalább 10-20 szál naponta) tekintetében Győr (33,9%), Debrecen (32%) és Várpalota (29,8%) állománya a legvesélyeztetettebb.

-A napi 3 csészenél több kávé fogyasztása Győr (6,8%), Kaposvár (6,4%) és Pápa (6,4%) alakulataira jellemzőbbek leginkább.

-Az alvászavar legnagyobb mértékben a kecskeméti (7,8%), a budapesti (7,1%) és a székesfehérvári (5,1%) helyőrségek állományára jellemző.

-A hipertónia (140/80 feletti) szempontjából a székesfehérvári (24,9%), a várpalotai (23,8%) és a szolnoki (23,4%) állomány mondható a legvesélyeztetettebbnek.

-A testsúlytöbblet (10% feletti) leginkább a győri (64%) és várpalotai (42,9%) helyőrségekre jellemző.

-A manifest cukorbetegség szempontjából Debrecen a leginkább veszélyeztetettebb 3,5 %-os értékkel.

-A pozitív családi anamnézis jelenléte a szolnoki (71,2%), a kecskeméti (68,6%) és a budapesti (68%) helyőrségek állományára a legjellemzőbb. Azonban érdemes figyelembe vennünk azt az eredményt is, hogy minden

helyőrség állományában 50 % felett jelen van ez a kockázati faktor, mint hozott, a családból származó nem befolyásolható rizikótényező.

-A fizikai aktivitás hiányát jelző kockázati faktorban a várpalotai (14%), a pápai (12,8%), a győri (11,9%) és a kecskeméti (11,4 %) helyőrségek voltak a leginkább érintettek.

-A helytelen táplálkozás legnagyobb arányban, szignifikánsan a budapesti (17,4 %), a kecskeméti (15,2 %) és a győri (14,4 %) állományban jelentkező rizikófaktorként.

-Az emelkedett has körfogat a győri (49,2 %) és a kecskeméti (38 %) helyőrségek állományánál volt legnagyobb arányban jelen.

A megbetegedések kialakulásával kapcsolatos összefüggések feltárása során azt találtuk, hogy az általános kockázati faktorok vonatkozásában néhány esetben szignifikáns nemi különbségek is jelentkeztek a felmért állományban. A férfiak körében a hipertónia szignifikánsan nagyobb arányban jelentkezett (20,1 %), mint a nőknél (11,9 %). A testsúlytöbblet is a férfiaknál jelentkezett szignifikánsan nagyobb arányban (27,7%) és a fizikai aktivitás hiánya is szignifikánsan jellemzőbb volt a férfiakra (9%), a nők 6,7 %-os értékével összehasonlítva. Az is kiderült, hogy a rendszertelen táplálkozás viszont a nők esetében szignifikánsan nagyobb arányban (16,8 %) jelentkezett, mint a férfiaknál (11,4 %). Így a nők esetében a helyes táplálkozásra való figyelemfelhívás fokozott odafigyelést kíván a célzott prevenciós programok során.⁶²

A kutatások tudományelméleti háttérében és így a megelőzés fókuszában is sokáig a rizikótényezők azonosítása és hatásuk becslése állt. Idővel azonban felismerték, hogy a rizikótényezők megszüntetését célzó preventív intervenciók eredményessége sok esetben elmarad a kívánatostól, tekintettel arra, hogy a kockázati tényezők nagy része

⁶² SZILÁGYI Zsuzsanna, NÉMETH András, CSUKONYI Csilla: A magyar Honvédség állományának 2004-2007 évi szűrővizsgálati eredményeire alapozott összehasonlító longitudinális vizsgálata, Hadtudomány, XLV. 5. szám, http://mhht.eu/hadtudomany/2011/2011_elektronikus/2011_e_1.pdf Letöltési idő: 2011. május 25.

olyan mélyen gyökerezik a társadalomban, a kultúrában és a személyt körülvevő interperszonális térben, hogy azok megváltoztatása nehéz, sokszor lehetetlen feladat. Az egyén csak nagyon nehezen, vagy egyáltalán nem tudja megváltoztatni a baráti körét, munkahelyét, társadalmi-gazdasági helyzetét, de ugyanígy a személyiségbeli jellemvonások sem alakíthatók át egyik napról a másikra. Ez a felismerés vezetett a prevencióban leggyakrabban alkalmazott elméleti modell, a rizikó- és protektív modell felállításához, és került előtérbe a protektív tényezők erősítésének szükségessége. A protektív tényezők, vagy más néven védőfaktorok, akár a rizikótényezők jelenléte ellenében is képesek jótékony hatást kifejteni. A védőfaktorok közé tartozik például a sport, a társas kapcsolati háló, melyek, mint pszichoszociális pufferek képesek akár a káros hatások semlegesítésére is. E kedvező hatások pszichofiziológiai és biokémiai alapon működnek, ami alátámasztja a magatartásorvoslás integratív szerepének fontosságát, hiszen a magatartásorvoslás a pszichoszociális és a biomedikális hatások elemzését egyaránt magában foglalva biopszichoszociális orvoslást valósít meg.

A pszichológiai védőfaktorok körébe tartozó protektív tényező a lelki edzettség (reziliencia), amely akkor is kifejti jótékony hatását, ha egyébként számos veszélyeztető tényező van jelen az egyén életében.

Mindezek értelmében az egészségfejlesztés nem más, mint folyamatos személyiségfejlesztés és életmódprogram: feltárja az egyén egészségmagatartásának háttérében rejlő okokat, majd ezek ismeretében megpróbálja az egyén viselkedését kedvezőbb irányban befolyásolni.

3.3. Az új szűrővizsgálati protokoll (2009)

A ma hadseregében – a jól működő alkalmasság vizsgálati rendszernek köszönhetően – egy jól szelektált és így magasabb egészségpotenciállal rendelkező speciális populációt vizsgálunk, az éves egészségügyi szűrővizsgálatok a prospektív, azaz jósló szűrés kategóriájába tartoznak. A jósló szűrés célja az egészségesek közül kiemelni a praemorbid állapotúak csoportját. Ez a szűrés a leghatékonyabb megelőzés, mert még a betegség előtti fázisban, a tünet és panaszmentes állapotban deríti fel a megbetegedési hajlamot. A szűrővizsgálat tehát esélyt ad arra, hogy a vizsgált személy a betegség még kialakulatlan, korai állapotában kerüljön „kiszűrésre”.

Az állomány egészségi állapotának tudományos alapokon nyugvó ismerete, és az egészségfejlesztési programok alapjául is szolgáló morbiditási statisztikák elkészítéséhez megkerülhetlenné és elodázhatatlanná vált egyrészt a szűrővizsgálati eljárás megújítása, másrészt az egészségügyi szűrővizsgálati adatrögzítő program elkészítése is.

Több éves fejlesztő munka eredményeképpen elkészült az egészségügyi szűrővizsgálati adatokat a vizsgálatok helyszínén, a csapatorvosi rendelőben történő rögzítéséhez kifejlesztett program, így 2005-től a szűrővizsgálati adatok rögzítése Ms Excel programban megtörtént. Azonban az évente előállított nagy adatmennyiség, továbbá az igény, hogy a következő években végzendő vizsgálatok eredményeit személyenként össze lehessen hasonlítani, további fejlesztéseket tett szükségessé, mely magának a szűrővizsgálatnak a végrehajtását is érintette.

A bevezetésre tervezett szűrővizsgálati rend kritériuma volt, hogy megállapítsa az egyén egészségi állapotának pontos státuszát, monitorozza és detektálja a változásokat, valamint a kockázati faktorok regisztrálásával előre jelezze a megbetegedéseket. Az ellátás tervezésének szempontjából is elvárás volt, hogy meghatározza a további ellátás, kezelés, gondozás szintjeit és formáit, valamint a megelőző gyógyüdülésre való jogosultságot.

Az orvos szakmai kollégiumok ajánlásai, valamint a régi, nagy múltra visszatekintő MH főszakorvosi hálózat bevonásával került kidolgozásra és 2008-tól bevezetésre az új egészségügyi szűrővizsgálati adatlap. (3. számú Melléklet)

Az új adatlapba olyan nemzetközi összehasonlításra is használható tesztek (itemek) kerültek be, melyek a prevenció szempontjából a kor követelményeinek megfelelően biztosították az egészségmonitorozástól elvárt kritériumokat is:

1. Fagerström-féle nikotinfüggőségi teszt
2. Michigan alkohol szűrő teszt
3. Berlin kérdőív, az alvási apnoé valószínűségére
4. A részletes családi anamnézist feltáró kérdőív
5. A Megpróbáltatás tűrés profil, a mentális állóképesség mérésére
6. A részletes vélt (önminősített) egészséget felmérő kérdéssor
7. Pszichoszomatikus tünetskála
8. Dental Fitnes Code, a fogászati státusz meghatározásával.

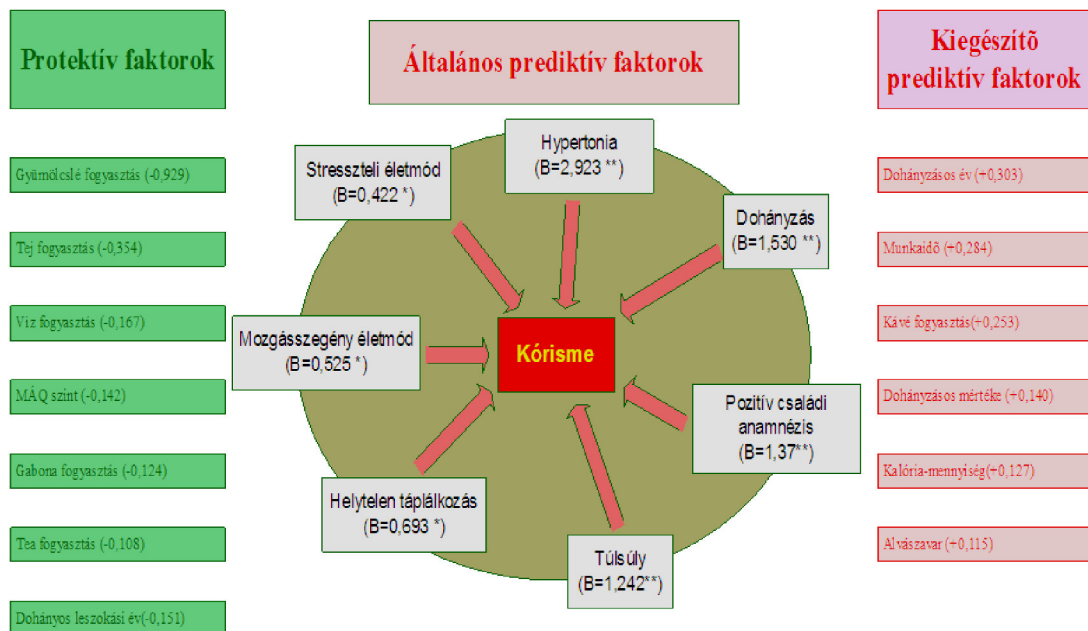
A szűrővizsgálati kérdőív kiegészült továbbá:

1. a beosztásra vonatkozó adatok kiegészítéseként a T1-T4 munkaköri csoport meghatározásával,
2. a fizikai aktivitást feltáró kérdések kiegészültek a pulzusmérés, a preferált mozgásforma és az edzés intenzitásra vonatkozó kérdésekkel,
3. a táplálkozási szokások vizsgálata kiegészült a folyadékpótlásra a kalória bevitelre és a preferált ételmiszerre vonatkozó kérdésekkel,
4. a nők fogamzásgátló szerek használatára és menstruációs ciklusra vonatkozó kérdésekkel
5. a kiegészítő szűrővizsgálatokon való részvételi hajlandóság felmérésével és
6. a szomatometriai adatok a BMI, a derék-, a csípő-, és a nyak körfogat mérésével.

A szűrővizsgálati adatok rögzítésére Ms Access alapú adatrögzítő program készült el, melynek tesztelését 2008-ban a MH HEK és a HM-MH vezetői állomány szűrővizsgálati adatainak rögzítésével végeztük el, 324 fő részvételével.

A vizsgálat célja az egészségmagatartási és az életminőségi faktorok preventív hatásainak mérése, a kockázati faktorok megbetegedést előrejelző mutatóinak meghatározása, továbbá egy kockázatbecslő modell felállítása volt, mely képes számszerűsítve a megbetegedési esély meghatározására.

A kockázatbecslő modell eredményei alapján elmondható, hogy a 7 általános kockázati faktor (a hipertónia, a dohányzás, a pozitív családi anamnézis, a túlsúly, a helytelen táplálkozás, a mozgásszegény életmód, és a stressz-teli életmód) magas előrejelző hatást mutató kockázati faktoroknak bizonyultak. Ezt a kockázatbecslő modellt kiegészítendő és eredményeit árnyalando további speciális 13 kockázati, illetve védő faktor került azonosításra. A kiegészítő speciális hat kockázati faktor a következő volt: a dohányzás éve, a dohányzás mértéke, az alvászavar, a kávé-fogyasztás, a bevitt kalória-mennyiség és a munkaidő. A modellt kiegészítő 7 védő faktor a dohányzásról való leszokás éve, víz-fogyasztás, a tea-fogyasztás, a gyümölcsle-fogyasztás, a tej-fogyasztás, a gabona-félék fogyasztása és a magas MÁQ (Mentális Állóképességi Kvóciens) szint voltak (1. ábra).



1. ábra: Megbetegedési esélyt előrejelző kockázatbecslő modell⁶³

⁶³ Szerkesztette Sótér Andrea

A 7 általános kockázati faktor a kockázatbecslő szűrővizsgálati modellben elfoglalt hatását, illetve súlyát tekintve azt láthatjuk, hogy legerősebben a magas vérnyomás szerepel előrejelző faktorként a modellben. Tehát ha valakinek már emelkedett a vérnyomása (140/80 feletti), annál közel négyszer nagyobb az esélye arra, hogy más megbetegedés is kialakuljon, mint a magas vérnyomásban nem szenvedőknek. A dohányzás (napi 20 szál feletti) szintén fontos, megbetegedésre hajlamosító tényezőként szerepel, egy erős dohányosnak körülbelül két és félszer nagyobb az esélye arra, hogy kimutatható betegsége legyen, mint a nem dohányzóknak. A családban előforduló megbetegedés (pozitív családi anamnézis) szintén közel két és félszeres súllyal szerepel a modellben. A testsúlytöbblettel rendelkezőknek több, mint kétszer nagyobb esélye van a megbetegedésre, mint a túlsúllyal nem rendelkezőknek. A helytelen táplálkozás, a mozgásszegény és stresszes életmód közel azonos hajlamosító értéken, egyenként másfélszeresére növelik a megbetegedések kockázatát.

A 7 általános kockázati faktor kiegészítésére szolgáló speciális faktorok sorában első helyen áll a munkaidő szerepe. A munkaidő növekedésével szignifikánsan nő a megbetegedések megjelenésének valószínűsége, közel háromszorosára. A dohányzással töltött évek száma (minél több ideje dohányzik valaki) még inkább megnöveli a dohányzás, mint általános kockázati faktor szerepét a megbetegedések megjelenésében. Ezen felül a napi cigaretta-fogyasztás mértéke, mint a dohányzás erőssége is növeli a dohányzás kockázatbecslő modellben elfoglalt szerepét, így tovább növelve a megbetegedés esélyét is. A cigaretta-fogyasztás mellett a napi kávéfogyasztás mértéke is befolyásolja a megbetegedés kockázatát, így a napi 2 csészénél többet fogyasztók megbetegedési kockázata közel egynegyedével nő a kevesebb kávé fogyasztókénál. A napi bevitt kalória-mennyiség tekintetében a vacsorára fogyasztott legnagyobb napi kalóriamennyiség megnöveli a megbetegedések kockázatát. Az alvászavar megjelenése esetében is nagyobb valószínűséggel történik megbetegedés.

A kiegészítő védő faktorok esetében közel a napi szintű gyümölcsle-fogyasztás esik leginkább latba legnagyobb súllyal, így a gyümölcsle fogyasztók esetében szignifikánsan kisebb megbetegedési arányról számolhatunk be. A napi szintű

tejtermék fogyasztása is aránylag erős védő szerepet látszik betölteni a megbetegedések kivédésében. Azok, akik napi szintű tejtermék fogyasztásról számolnak be, szignifikánsan kisebb eséllyel betegednek meg. A napi vízfogyasztás növekedése szignifikánsan csökkenti a megbetegedések kockázatait. A dohányzásról való leszokás éve, így a füstmentesen töltött utóbbi évek számának növekedése csökkenti a további megbetegedés kockázatát. A MÁQ (Mentális Állóképesség Kvóciens) is védő szerepet tölt be a megbetegedések elkerülésében. A gabonafélék fogyasztása szintén védő szerepet tölt be a megbetegedések kivédésében. A napi szinten történő tea-fogyasztás tovább csökkentheti a megbetegedési kockázatot.

A 7 általános kockázati faktor, a 6 kiegészítő speciális kockázati faktor és a 7 kiegészítő védő faktor kiértékelésére mind a három faktor-csoport esetében létrehoztunk egy számítási sémát a 20 értékből és egy közös kockázatbecslő modellt.

A kockázatbecslő modell felállításán túl, megállapítást nyert, hogy a teljes, nagyobb szűrővizsgálati mintán elvégzendő elemzések után az eredmények változhatnak, így bár a modell érvényesnek és megbízhatónak tekinthető már jelen állapotában is, azonban a végső modell kialakítására csak egy nagyobb, legalább 4000 fős vizsgálati minta valid eredményének elemzése után kerülhet sor. Továbbá a nagyobb, a Magyar Honvédség állományát reprezentáló és megfelelő szórással rendelkező minta esetében egy olyan modellt is létre lehet majd hozni, mely az egyes megbetegedésekre (így többek között a szív-érrendszeri és daganatos megbetegedésekre) nézve állít fel kockázatbecslő értékeket a vizsgálati személyek esetében. Ez a kockázatbecslő modell az egyes megbetegedésekre vonatkozó kockázati értékek azonosításán túl egyrészt képes lesz az egyes megbetegedésekre vonatkozó speciális védő faktorok azonosítására is, másrészt a kockázati faktorok szintenkénti megjelenését (pl. a dohányzás mértékének szintjei) is kezelni tudja.

Az egészségfejlesztési kockázatbecslő modellek olyan alapvető, általánosan elfogadott egészségfejlesztési célokra (health target) épülnek, melyek előre meghatározott, mérhető célkitűzések az egészség javítása érdekében, illetve az idő előtti halálozás, és az elkerülhető egészségkárosodás okaira összpontosítanak. Kiemelendő, hogy az egészségfejlesztési célok, így a kockázatbecslő modellek is

csak olyan területeken működnek hatékonyan, ahol a hatékony beavatkozás rendelkezésre áll, az egészség javítás tudományos és epidemiológiai alapokon nyugszik és az eredményeket mennyiségileg jellemezni és monitorozni lehet.

A kockázatbecslő modell kutatás forrás hiányában nem folytatódott tovább.

A 2008. évi szűrővizsgálati adatok feldolgozását követően, az egyes új tesztek és itemek önálló kielemezése után, egybevetve és értékelve az eredményeket, kerülhetett sor a szűrővizsgálati adatlap végleges formában történő bevezetésére. (4. számú Melléklet) A bevezetésre tervezett új adatlap próba verziójában szereplő Michigan Alkoholszűrő teszt nem hozott megbízható eredményt. Az érzékeny, személyes, családi szférát is érintő kérdései az állomány részéről ellenállásba ütköztek, így a végleges verzióba a teszt nem került bele.

A 2008. évi szűrővizsgálatok során az új egészségügyi szűrővizsgálati adatlap tesztelése megtörtént, az adatlap 2009. évben bevezetésre került, valamint kifejlesztésre került a szűrővizsgálati adatok rögzítéséhez és feldolgozásához az adatbázis kezelő szoftver is.

A csapategészségügyi szolgálatok szűrővizsgálati adatokat rögzítő szakállománya részére 2009 márciusában munkaértekezlet keretében került sor a program átadásra, továbbá az oktatókabinetben a program használatának felhasználói szintű betanítása is megtörtént. A programot az MH HEK informatikai szakemberei valamennyi csapatorvosi rendelőbe telepítették, használatát betanították és átadták az addigra elkészült adatkezelő program kezelési kézikönyvét is.

A 2009. évben bevezetett új szűrővizsgálati adatlap és az adatrögzítésre használt program a személyi állomány és a szűrést végrehajtó csapategészségügyi szolgálat szakembereinek a körében is bizalmat kapott és elfogadásra került. A folyamatos kapcsolattartás és „helpdesk” működtetése, a továbbképzések során folytatott kétirányú kommunikáció is segítette a program felhasználói profiljának további finomítását, fejlesztését a könnyebb kezelhetőség érdekében.

3.4. A jelenlegi rendszer működése (2009-2012)

Az egészségügyi szűrővizsgálatok részletes végrehajtását a minden évben kiadott – korábban MH egészségügyi főnöki, most HM KÁT és HVKF közös - intézkedések határozták meg a szűrővizsgálatokat végrehajtó csapategészségügyi szolgálatok számára. A 2012-ig tartó szűrési gyakorlat szerint a 30 évnél fiatalabbak 3 évente, a 30 és 40 év közöttiek két évente, a 40 év felettiak és a vezető állomány minden évben kötelezően vettek részt a szűrővizsgálaton az utaltság szerinti csapatorvosi rendelőben. A szűrővizsgálatok elvégzése után, az „Egészséges, fizikailag terhelhető” minősítéssel bírók 30 napon belül hajtották végre a fizikai állapot vizsgálatát, melynek eredménye a katona állomány éves teljesítmény értékelésébe is szerepelt.

A vezető állomány és a Katonai Nemzetbiztonsági Szakszolgálat állományának vizsgálatát a MH Egészségügyi Központ kecskeméti Repülőorvosi, Alkalmasságvizsgáló és Gyógyító Intézet végzi. A szűrővizsgálatok végrehajtása után a rendelőkben adathordozón érkező elektronikus adatok minden év végén, közvetlenül kerültek megküldésre az MH Egészségügyi Központba. Az adatbázisok összefűzése és tisztítása után lehetett az aktuális évi kiértékelést megkezdeni és a Magyar Honvédség személyi állományának aktuális évi egészségügyi szűrővizsgálatáról szóló jelentést a HM Információs Kapcsolati Rendszer IX. fejezet 1.3. pontja értelmében felterjeszteni jóváhagyásra a következő év januárjának végéig.

A rendszer továbbfejlesztési tervei között szerepelt a szűrővizsgálati adatbázison kidolgozott kockázatbecslő modell validálása, pontosítása és a megbetegedési esélyhányados meghatározása is, de forráshiány miatt ezek a további kiegészítő kutatások eddig nem valósultak meg. Ennek hiányában a kockázatbecslő modell felállítása és a speciális, honvédségre jellemző mintázati kombinációk feltárása és a Szűrővizsgálati Kockázatbecslő Program elkészítése is várat magára.

2012-ig az ebben a formában működő egészségügyi szűrővizsgálati rendszer további fejlesztéseket is magában hordozott. Bár a szűrővizsgálati információs rendszer MH

hálózatba történő integrálásának, Medworks rendszerbe történő beillesztésének szakmai előkészítése megtörtént és az integrálásra alkalmas szűrővizsgálati panel tesztelésre is került, sajnos az egészségügyi szolgálat átszervezéséből adódó szervezeti változások miatt nem kerülhetett bevezetésre. A csapategészségügyi rendelők 2012. év végén még nem rendelkeztek a Medworks rendszer működéséhez szükséges informatikai ellátottsággal és a honvédségi egységes medikál informatikai hálózat sem épült még ki.

Az alábbiakban a beérkezett éves adatok feldolgozása alapján a 2010-2012. közötti időszak főbb szűrővizsgálati eredményit mutatom be (2. táblázat).

Vizsgált területek	2010.	2011.	2012.
Kötelezett korcsoport	40 év felett	30 év felett	30 év alatt és 40 év felett
Elemszám (elektronikusan feldolgozható)	1151 fő	6185 fő	3668 fő
Kiváló/jó egészségi állapot	71%	83%	85%
Morbidity index	36%	15%	16%
Keringési rendszer betegségei	13%	8%	6,6%
Endokrin és anyagcsere betegségek	4,67%	3%	4,7%
Csont-, izom- és kötőszövet betegségei	4,67%	2%	3,4%
Légzőrendszer betegségei	3,23%	2%	2,1%
Emésztőrendszer betegségei	2,51%	1%	1,5%
Napi 2 liter alatti folyadékfogyasztás (férfi)	35%	19%	10,4%
Napi 2 liter alatti folyadékfogyasztás (nő)	39%	36%	20,8%
Fizikai inaktivitás	36%	25%	18%
BMI>25 kg/m² (túlsúlyos kategória)	70%	65%	59%
Dohányzás gyakorisága	31%	32%	31%

2. táblázat: A 2010-2012. évi szűrővizsgálatok főbb mutatóinak és eredményeinek összefoglalása⁶⁴

⁶⁴ Szerkesztette Sótér Andrea. Forrás: HM IKR IX.1.3. jelentések a Magyar Honvédség 2010., 2011. és 2012. évi szűrővizsgálatáról, MH HEK, MH HK és MH EK belső nyilvántartású ügyszerződarabok

Mint láthatjuk a morbiditási index a 40 év feletti állomány körében közel kétszerese a fiatalabb korcsoportokhoz viszonyítva. A testtömeg index ebben a korcsoportban már 70 %-ban magasabb, mint 25 kg/m^2 , de a többi rizikófaktort is figyelembe véve (folyadék fogyasztás, dohányzás) elmondható, hogy a 40 év feletti állomány harmadánál három, vagy több rizikófaktor is jelen van, ami premorbid állapotnak tekinthető és egyértelműen előjelzi a megbetegedési veszélyt.

A különböző célú évente többször elvégzett vizsgálatok miatt a katonai vezetés 2013-ban kezdeményezte az alkalmasság vizsgálati rendszer racionalizálását, mely a szűrővizsgálati rendszer integrálódását is magában foglalja. Az egységes rendszer kialakítása jelenleg is folyik, azonban a működéshez szükséges informatikai rendszerek hiányossága miatt a rendszer teljes átalakulása csak több idő intervallumban, szakaszosan, a különböző állománycsoportok fokozatos rendszerbe kerülésével valósítható meg.

3.5. A szűrővizsgálati tevékenység tudományelméleti háttérének és gyakorlati felhasználhatóságának változása

Az előzőekben részletesen ismertettem a Magyar Honvédség egészségügyi szűrővizsgálati rendszerének fejlődési szakaszait, az új – jelenleg használt – rendszer kialakításának és bevezetésének szakmai indokait.

Értekezésem szempontjából fontos aspektus a jelenlegi rendszer tudományelméleti háttérének ismertetése, tekintettel arra, hogy megközelítésmódját és „hozádékát” tekintve lényegesen eltér a korábban alkalmazott rendszerétől, bár ez a nomenklatúrában nem érhető tetten (ti. mindkét rendszer elnevezése szűrővizsgálat).

Alapvetően mindkét rendszer az egészségmonitorozási tevékenységet hivatott ellátni, azaz a személyi állomány aktuális egészségi állapotára és az azt meghatározó tényezőkre vonatkozó adatgyűjtést, elemzést és információszolgáltatást. Ebből következően mindkét rendszer elsődleges célja az egészségstátusz meghatározása, a kockázatok és premorbid állapotok, valamint a tünet- és panaszmentes személyek rejtett betegségének feltárása, kimutatása.

A két rendszer közötti lényegi különbség abban érhető tetten, hogy a 2009-ben bevezetett szűrővizsgálati protokoll szakmai szempontból – a klasszikus szűrővizsgálati aspektuson túlmenően – közelebb áll a modern kor kihívásainak megfelelő egészségmonitorozási tevékenységhez, az egészségfelméréshez. Az ilyen jellegű tényfeltárás kivételes jelentőségű a személyi állomány egészsége – és egészségfejlesztése – szempontjából, hiszen integrált adatokat biztosít, azaz az egyén egészségére vonatkozó információk mellett a pszichológiai jellemzőivel, szubjektív jóllétével és egészségmagatartásával kapcsolatos adatok is megjelennek. Így egyrészt tanulmányozhatóvá válik ezen tényezők egészségi állapotra gyakorolt hatása, másrészt lehetőség van a kockázati faktorok regisztrálásával előre jelezni a megbetegedések kialakulásának kockázatát.

Az egészségmodellek központi eleme, hogy milyen módon definiálják az egészség fogalmát, hiszen az egészséget meghatározó, befolyásoló tényezők összetett hatásrendszere ennek megfelelően kerül bennük feltérképezésre.

A 2009. előtt használt szűrővizsgálati protokoll háttérében az egyik legrégebbi egészségmodell, a biomedikális modell állt, melynek egészségdefiníciójára jó példa a Magyar Értelmező Kéziszótárban található meghatározás, mely szerint az egészség az életműködés zavartalansága, a szervezet, illetve a szervek betegség nélküli állapota. Ennek a definíciónak – és ezzel együtt az egészségmodellnek – a legnagyobb problémája, hogy az egészséget negatív oldalról közelíti meg – az egészséget a betegség vagy diszfunkcionális működés hiányával azonosítja –, melynek csak biológiai okai lehetnek, az egészség megőrzéséért az egészségügy a felelős, az egyén csak passzív befogadója a kívülről jövő betegségnek.

A 2009-ben bevezetett szűrővizsgálati protokoll háttérében két egészségmodell áll. Az egyik az úgynevezett percepció model, amely az egészség megítélésénél az egyén saját véleményére alapoz. A vélt egészség, mint a szubjektív jóllét meghatározó egyik fontos tényező, ma már a legtöbb nemzetközi szervezet (WHO, EU, OECD) ajánlott egészségindikátorai között szerepel. A másik a holisztikus (bio-pszicho-szociális) modell, melynek egészségdefiníciója szerint „az egészség a teljes testi, lelki és szociális jóllét állapota, és nem csak valamely betegség vagy fogyatékoság hiánya” (WHO, 1946).

Összegzésként elmondható, hogy a 2009. előtt végrehajtott szűrővizsgálatok során a figyelem fókusza az élettantól eltérő állapotok kiszűrésére irányult, ennek megfelelően a biológiai eltérések, az orvosi vizsgálatok eredményei kerültek részletesen rögzítésre, míg az életmóddal kapcsolatos tényezők feltérképezése lényegesen kisebb hangsúlyt kapott, a szubjektív jóllétre, pszichoszociális egészségre vonatkozó tesztek (itemek) pedig egyáltalán nem szerepeltek.

A 2009-ben bevezetésre kerülő egészségügyi szűrővizsgálati adatlapban – az orvosi vizsgálatok eredményei mellett – részletesen feltérképezésre kerültek az életmódra, egészségmagatartásra vonatkozó adatok is, valamint megjelentek a szubjektív jóllétre, pszichoszociális egészségre vonatkozó tesztek, kérdéssorok is. Így a szűrővizsgálat az egészségmonitorozó funkció mellett, egyre bővülő körben nyújt minél mélyebb betekintést a szubjektív jóllétet és életmódot meghatározó tényezőkre

illetve szolgáltat adatot az egészségfejlesztési irányok minél pontosabb meghatározásához.

A harmadik fejezetben 1954-től bemutattam a hadseregben végzett egészségügyi szűrővizsgálati rendszer működését és vizsgálati eredményeit, majd a Csapathadtáp (Htp/16) szakutasításban előírtaknak megfelelően végzett szűrővizsgálati tevékenységet, valamint a vizsgálatok tudományelméleti háttérének változását. Részletesen ismertettem a 2000-es évek hadseregbeni egészségmonitorozási kutatásainak eredményeit, kiemelve a megbetegedési esélyt előrejelző kockázatbecslő modell bemutatását. A jelenlegi szűrővizsgálati rendszer ismertetésén túl kitértem az új egészségügyi szűrővizsgálati adatlap gyakorlati felhasználhatóságának változására, majd ismertettem a 2010-2012 között végzett szűrővizsgálatok főbb megállapításait.

„Ami mérhető, az javítható.”
(ismeretlen)

4. A Magyar Honvédség személyi állományának egészségmagatartási mutatói

Az értekezésben ismertetett kutatás a tudományágakat tekintve a társadalom- és magatartástudományokhoz tartozik, életmód megközelítésű. A vizsgálatban két elméleti és gyakorlati megközelítés integrálódik:

1. Egészségpszichológiai megközelítés: az egészséget és az életmódot (illetve az egészségmagatartást) az egyéni jellemzőkkel (pl. vélt egészség, pszichoszomatikus tünetlista) való összefüggésében vizsgálja.
2. Népegészségügyi/epidemiológiai megközelítés: a hangsúly elsősorban a személyi állomány szubjektív jóllétének (vélt egészség, pszichoszomatikus tünetlista) és egészségmagatartásának monitorozásán, az alakulatok közötti egészségmagatartásbeli egyenlőtlenségek detektálásán van.

Az alakulatokra alapozott kutatásban az adatfelvétel a csapat-egészségügyi szolgálatokban történt a szűrővizsgálati adatlap segítségével, az adatok elektronikus rögzítést követően kerültek a Magyar Honvédség Egészségügyi Központjába.

4.1. A vizsgálati minta jellemzése

A vizsgálati populációt a Magyar Honvédség azon hivatásos és szerződéses állományú tagjai alkották, akik a 2011. és 2012. évi egészségügyi szűrővizsgálaton megjelentek és szűrővizsgálati adataik, értékelhető és felhasználható formában elektronikusan rögzítésre kerültek (N= 9853 fő). A minta átlagéletkora 37,47 év volt (min.: 19 év; max.: 67 év; s=8,15).

A 2011. évben – a 6/2010. (HK 1/2011.) HVK EÜCSF intézkedésben rögzítettek szerint – a Magyar Honvédség 30 év feletti hivatásos és szerződéses személyi

állományának (kötelezettek), valamint a vezető állomány egészségügyi szűrővizsgálata és fizikai állapotának ellenőrzése került végrehajtásra. A szűrővizsgálatra kötelezett 13.970 főből 10.710 fő (77%) szűrővizsgálata illetve egyéb okból végrehajtott (alkalmasság) vizsgálata történt meg. A szűrővizsgálaton megjelentek száma 8336 fő volt, melyből elektronikusan feldolgozható formában 6185 fő adata érkezett be hozzánk, míg 2374 fő más okból (pl.: misszió, beiskolázás, hajózó,- ejtőernyős,- bűvár állomány) elvégzett (alkalmasság) vizsgálaton vett részt, így az érvényes minősítés birtokában az éves szűrővizsgálaton nem kellett részt vennie.

A 2012. évben végrehajtandó egészségi alkalmassági-, és szűrővizsgálatokról kiadott 4/2012. (HK 3.) HM KÁT-HVKF együttes intézkedésben rögzítettek szerint a 2012. évben a Magyar Honvédség 30 év alatti és 40 év feletti hivatásos és szerződéses személyi állományának (kötelezettek), valamint a vezető állomány egészségügyi szűrővizsgálata és fizikai állapotának ellenőrzése került végrehajtásra. A szűrővizsgálatra kötelezett 8452 főből 5696 fő (67%) jelent meg szűrővizsgálaton illetve egyéb okból végrehajtott (alkalmasság) vizsgálaton. A szűrővizsgálaton megjelentek száma 3786 fő volt, melyből elektronikusan 3668 fő adata érkezett be hozzánk, míg 1910 fő más okból (pl.: misszió, beiskolázás, hajózó,- ejtőernyős,- bűvár állomány) elvégzett (alkalmasság) vizsgálaton vett részt, így az érvényes minősítés birtokában az éves szűrővizsgálaton nem kellett részt vennie.

Fentiek alapján a vizsgálati populációról megállapítható, hogy:

- (1) életkori bontást tekintve lefedi a Magyar Honvédség teljes személyi állományát (tekintettel arra, hogy a 30 év alattiak és felettiak egyaránt képviselve vannak a mintában);
- (2) tartalmazza a hivatásos- és szerződéses állomány, valamint a vezető állomány egészségügyi adatait is;
- (3) a magasabb szűrési protokoll (pl.: misszió, beiskolázás, hajózó,- ejtőernyős,- bűvár állomány stb.) szerint vizsgáltak adatait nem tartalmazza.

4.2. Vizsgálati eszközök, elemzésben használt esetdefiníciók

A vizsgálat elvégzéséhez a Magyar Honvédségben 2009. óta használt, korábban ismertetett egészségügyi szűrővizsgálati adatlap egészségmagatartásra (dohányzás, táplálkozás, testmozgás, folyadékfogyasztás) és szubjektív jóllétre (önminősített egészség, pszichoszomatikus tünetlista) vonatkozó itemeit használtam fel. A vizsgált területek kiválasztása szakmai alapon történt, a Magyar Honvédség morbiditási struktúrájából adódóan a legjelentősebb kockázati faktorok kerültek elemzésre.

(1) Egészségmagatartásra vonatkozó itemek:

- **Dohányzás.** A dohányzás mellett, hogy az egyén egészségi állapotában számottevő károsodást okoz, népegészségügyi szinten is komoly problémát jelent hazánkban. Közismert tény, hogy jelentős tényező az idő előtti mortalitásban, továbbá olyan súlyos krónikus betegségek rizikótényezője, mint a tüdőrák, szív- és érrendszeri betegségek. Becslések szerint ma minden tizedik ember halálért felelős, az előrejelzések szerint 2030-ban várhatóan minden hatodik ember halálát okozza majd, vagyis a világon közel 10 millióan fognak évente meghalni a dohányzás következtében kialakuló betegségek miatt⁶⁵. A jelenséget – egészségpolitikai és népegészségügyi súlyának megfelelően – számos alkalommal vizsgálták külföldön és hazánkban egyaránt. A legtöbb országban irányadónak tekintik a WHO ajánlásait és ezeknek megfelelően a populáció dohányzási mintáinak meghatározásakor a következő kategóriákkal dolgoznak⁶⁶: (1) dohányosok; (2) leszoktak a dohányzásról és (3) soha nem dohányoztak. A szűrővizsgálati adatlap összeállításánál ugyanezen kategóriákat vettük figyelembe – (1) nem dohányzik és soha

⁶⁵ Curbing the Epidemic- Governments and the Economics of Tobacco Control (1999). World Bank Publication, Eashington, D. C., Worldbank

⁶⁶ Bruin, A., Picavet, H.S.J., Nossikov, A. (1996): Health interview surveys towards international harmonization of methods and intruments. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

nem is dohányzott; (2) nem dohányzik, leszokott; és (3) dohányzik – melyek valamelyikébe kell a személynek önmagát elhelyeznie.

Esetdefiníció: a kutatásomban a dohányzási standard érték meghatározásánál az aktuális dohányzási státuszt vettem figyelembe, vagyis dohányzónak azt tekintettem, aki jelenleg dohányzik (3-as válaszkód).

- **Táplálkozás.** A táplálkozás életmódunk olyan eleme, melyről köztudott, hogy közvetlenül befolyásolja egészségünket. A helyes táplálkozás egészségre kifejtett közvetlen és hosszú távú preventív hatásaival gazdag hazai és nemzetközi irodalom foglalkozik. Széles körben ismert, hogy az egészséges táplálkozással sokat tehetünk többféle hiánybetegség, az elhízás, hosszú távon pedig a szív- és érrendszeri betegségek és egyes daganatos betegségek kialakulásának megelőzéséért. A *táplálkozási szokások* vonatkozásában az adatlapon a következő két kérdéscsoport szerepel: étkezési mintázat (főétkezések gyakorisága) és a táplálkozás minőségi jellemzői (egyres ételek fogyasztási gyakorisága).

Az étkezési mintázat meghatározásánál külön kérdéscsoport tartalmazza a hétköznapi és a hétvégi (munkaszüneti vagy ünnepnap) reggeli-, ebéd- és vacsorafogyasztási szokásokat. Kutatásomban csak a hétköznapi étkezési mintázat alakulását vizsgáltam, a lehetséges válaszok: (1) soha; (2) egyszer; (3) kétszer; (4) háromszor; (5) négyszer és (6) ötször egy héten. Esetdefiníció: a vizsgálatomban a főétkezések rendszertelenségére vonatkozó standard értékek meghatározásánál a heti három alkalomnál vagy annál ritkább főétkezési gyakoriságokat vettem figyelembe (1-4-es válaszkód).

A táplálkozás minőségi elemzésénél az egyes ételféleségek (zöldség, gyümölcs, tejtermékek, édességek stb.) fogyasztásával kapcsolatban a vizsgálati személyek a következő válaszok közül választhattak: (1) soha; (2) ritkábban, mint hetente; (3) hetente; (4) hetente 2-3-szor; (5) hetente 5-6-szor; (6) naponta egyszer és (7)

naponta többször. Kutatásomban a vizsgált ételféleségek közül a gyümölcs- és zöldségfélék (mint fontos rost- és vitaminforrások) fogyasztási eredményeit használtam fel. Esetdefiníció: a vizsgálatomban az elégtelen zöldség- és gyümölcsfogyasztásra vonatkozó standard értékek meghatározásánál a hetente vagy annál ritkábban történő fogyasztást vettem figyelembe (1-3-as válaszkód).

- **Folyadékfogyasztás.** A kiegyensúlyozott táplálkozásnak a napi folyadékfogyasztás is részét képezi, tekintettel arra, hogy szervezetünk a nap folyamán folyamatosan vizet és ásványi sókat veszít, melyet a kellő mennyiségű (2-3 liter/nap) folyadék illetve vitamin és ásványi anyagokat tartalmazó ételek fogyasztásával pótolhatunk. A víz élettani szerepe a szervezetben sokrétű, befolyásolja a vér összetételét, szabályozza a vérnyomást, részt vesz a tápanyagok és salakanyagok oldásában és szállításában, befolyásolja a szervezet sav-bázis egyensúlyát, közreműködik a hőmérséklet szabályozásban. Fontos kiemelni, hogy már 2%-os folyadékvesztés is csökkenti a fizikai és szellemi teljesítőképességet, megjelennek a kiszáradás első tünetei (fejfájás, koncentráció csökkenés stb.) A szűrővizsgálati adatlapon a napi folyadékfogyasztás felmérése során a vizsgált személyeknek önbevallás alapján kellett megadniuk a naponta fogyasztott mennyiséget literben kifejezve.

Esetdefiníció: a vizsgálatomban az elégtelen folyadékfogyasztásra vonatkozó standard értékek meghatározásánál a napi 2 liternél kevesebb fogyasztást vettem figyelembe.

- **Fizikai aktivitás.** Az egészséget támogató magatartásnak fontos összetevője a harmonikus és fizikailag aktív életmód. A kellően aktív életvitel számos kedvező élettani (csökkenti a vérnyomást, javítja az inzulinérzékenységet, előnyösen befolyásolja az immunrendszer működését, javítja a szervezet oxigénellátását, csökkenti a

koleszterinszintet) és pszichés (csökkenti a stressz kedvezőtlen hatásait, a szorongást, depressziót, fokozza az én-hatékonyság és kontroll érzését) hatással jár. A fizikai aktivitás gyakoriságának vonatkozásában a vizsgált személyek 4 kategória valamelyikében helyezhették el magukat: (1) naponta minimum 30 perc; (2) hetente 2-3 alkalommal minimum 30 perc; (3) havonta 4 alkalommal minimum 30 perc és (4) fentieknél ritkábban.

Esetdefiníció: a vizsgálatomban az elégtelen fizikai aktivitásra vonatkozó standard értékek meghatározásánál a heti egy alkalommal (vagyis havi 4 alkalommal) vagy annál ritkábban végzett fizikai aktivitást (3-4-es válaszkód) vettem figyelembe.

- (2) **Elhízás.** Az elhízást a WHO a 10 legjelentősebb egészségügyi probléma közé sorolta és a legújabb kutatások szerint a túlsúly egészségi állapotra gyakorolt negatív hatása eléri a dohányzásét. Az elhízás mértékétől függően megnő a szív- és érrendszeri betegségek, a cukorbetegség, egyes daganatos betegségek és a krónikus mozgásszervi betegségek kialakulásának kockázata. Az elhízás meghatározásánál a leggyakrabban használt mutató a testömegindex (BMI), ami a magasságból és a testsúlyból származtatott mutató. A szűrővizsgálati adatlapon a mért testmagasság és testsúly adatokból kiszámítottam a BMI-t, melynél a normál érték felső határa a 25 kg/m^2 .

Esetdefiníció: a vizsgálatomban a túlsúly meghatározására a standard értékek meghatározásánál a 25 kg/m^2 feletti értékeket vettem figyelembe.

- (3) **Szubjektív jóllétre vonatkozó itemek:**

- *Önminősített egészségi állapot.* Az önminősített egészség a globális, általános egészségi állapot szubjektív indikátora, mely a kutatási eredmények alapján jó prediktív értékkel bír az egészségi állapot objektív mutatóival kapcsolatban^{67,68}. A gyakorlatban kipróbált többféle szövegváltozat közül napjainkra a WHO által javasolt megoldás vált

⁶⁷ Ilder, E. L. és Benyamani, Y. (1997) Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behaviour*, 38, (1), 21-37.

⁶⁸ Burstroem, B. és Fredlund, P. (2001) Self-rated health: is it a good predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? *Community Health*, 55, 836-840.

általánosan elfogadottá - „Mit gondol, milyen az egészségi állapota általában?” - ezzel a megfogalmazással elkerülhető, hogy a vizsgálati személyek az aktuális egészségi állapotukhoz kötődő választ adjanak. A szűrővizsgálati adatlapban a globális, általános egészségi állapot jellemzését a vizsgálati személyeknek egy 5 fokozatú skálán kellett elvégezniük: (1) nagyon rossz; (2) rossz; (3) kielégítő; (4) jó és (5) kiváló. Esetdefiníció: a vizsgálatomban a kedvezőtlennek vélt egészség standard értékeinek meghatározásánál a kielégítő vagy annál rosszabb minősítést vettem figyelembe (1-3-as válaszkód).

- A *pszichoszomatikus tünetek* feltérképezésére az adatlapon 9 szubjektív egészségi panasz gyakorisága szerepel az elmúlt fél évre vonatkozóan (hathavi prevalenciában). A tünetek előfordulási gyakoriságának jellemzésére az alábbi válaszkategóriák szolgálnak: (1) szinte naponta; (2) hetente többször; (3) hetente; (4) havonta és (5) ritkábban vagy soha. A testi tünetek között a fejfájás, a gyomor- vagy hasfájás, a hátfájás és a szédülés, a lelki tünetek között a kedvetlenség, az ingerlékenység, az idegesség, a fáradtság-kimerültség és az elalvási nehézség előfordulását kérdeztem meg. A kapott pontszámok alapján egy tünetskálát képeztem, mely 9-45 pont közötti értéket vehet fel. A teljes minta átlagértékét és szórását (Mean=40,11, s=4,868) figyelembe véve a kritikus érték felső határát 35 pontban húztam meg.

Esetdefiníció: a vizsgálatomban a pszichoszomatikus tünetekre vonatkozó standard értékek meghatározásánál a 36 pont alatti tünetskála pontszámot vettem figyelembe.

4.3. Az adatbázis előkészítése

Az alakulatok közötti egészségmagatartásbeli egyenlőtlenségek feltárásához, elsőként az egészségügyi szűrővizsgálati adatbázisban lévő adatok tisztítását és összefűzését végeztem el. A vizsgálati adatbázis elkészítéséhez a 2011. és 2012. évi adatbázisokat összefűztem egy adatbázissá, majd az adatokat tisztítottam, melynek során a duplikált adatokat (pl. 40 év feletti) és a valószínűtlen értékeket töröltem.

Ezt követően az adatokat csoportosítottam a szolgálatteljesítés helye szerint (a későbbiekben erre az alakulat megnevezést használom), majd az egészségmagatartásbeli tényezők (dohányzás, testmozgás, táplálkozás, folyadékfogyasztás) és a pszichoszomatikus tünetetek vonatkozásában elkészítettem az adattáblákat valamennyi alakulat vonatkozásában. Az alakulatok pontos megnevezése értekezésem végén a rövidítések jegyzékében szerepel.

A szűrővizsgálatokon való alacsony részvétel miatt 2 alakulatot (MH 25. és MH 34.) ki kellett vennem az elemzésből, tekintettel arra, hogy az alacsony mintaelem számból megbízható következtetések levonására nincs lehetőség.

4.4. A statisztikai elemzés és az interpretáció főbb irányvonalai

Az alakulatok közötti egészségmagatartásbeli egyenlőtlenségek feltárásához a vizsgálatba vont populációk eltérő összetételéből származó torzítások kiküszöbölésére van szükség, melyhez az epidemiológiában leggyakrabban alkalmazott, és az elméleti bevezetőben említett korrekciós statisztikai eljárást, az indirekt standardizálást használtam, tekintettel arra, hogy kisebb populációk (esetünkben az alakulatok) korszpecifikus arányszámai nagyon ingadoznak a viszonylag alacsony esetszámok miatt. Az egészségmagatartást befolyásoló demográfiai faktorok között 3 fő tényező hatását érdemes korrigálni (lásd korábban) az életkort, a nemet és a szocio-ökonómiai státuszt, melyek közül vizsgálatomban az életkor torzító hatásának korrekcióját végeztem el. Az indirekt standardizálás során a

standard populáció (hónvédségi teljes állomány) korszpecifikus arányszámait használtam fel az összehasonlíthatóság biztosításához, a következő lépések szerint:

1. Először kiszámítottam a standard populáció korszpecifikus arányszámait %-os formában (ez tulajdonképpen az adott egészségmagatartási tényező prevalenciája korcsoportonként).
2. Ezt követően a standard populáció korszpecifikus arányszámait a vizsgált populáció (vagyis az egyes alakulatok) réteglétszámával súlyoztam, így megállapítottam, hogy mennyi lenne a várható esetszám a vizsgált populációban, ha a rétegspecifikus arányszámok megegyeznének a standard populációéval.

$$\text{Várható esetszám (V)} = \sum^n L_i X_i$$

ahol, X_i = standard populáció rétegspecifikus arányszámai,

L_i = vizsgált alakulat rétegek szerinti létszáma,

n = a rétegek száma.

3. Az indirekt standardizálással számított várható esetszám és a tényleges esetszám hányadosaként meghatároztam a standardizált hányados (SH) mutatót a vizsgált populációra (alakulatra) nézve. Ez a mutató a vizsgált populáció (alakulat) adott egészségmagatartásbeli eltérését fejezi ki a hónvédségi átlagtól. A mutató értéke attól függően azonos 1-el, illetve nagyobb, vagy kisebb annál, hogy az adott populációban az egészségmagatartás megegyezik a hónvédségi átlaggal, illetve rosszabb, vagy jobb annál.
4. A hónvédségi átlagtól való eltérések statisztikai szignifikanciáját z-próbával teszteltem és a következőképpen jellemeztem: * ($p < 0,05$) szignifikáns; ** ($p < 0,01$) erősen szignifikáns; *** ($p < 0,001$) igen erősen szignifikáns.

Az eredmények bemutatása során először az egészségmagatartással kapcsolatos eredményeket, majd a szubjektív jóllétre vonatkozó eredményeket ismertetem.

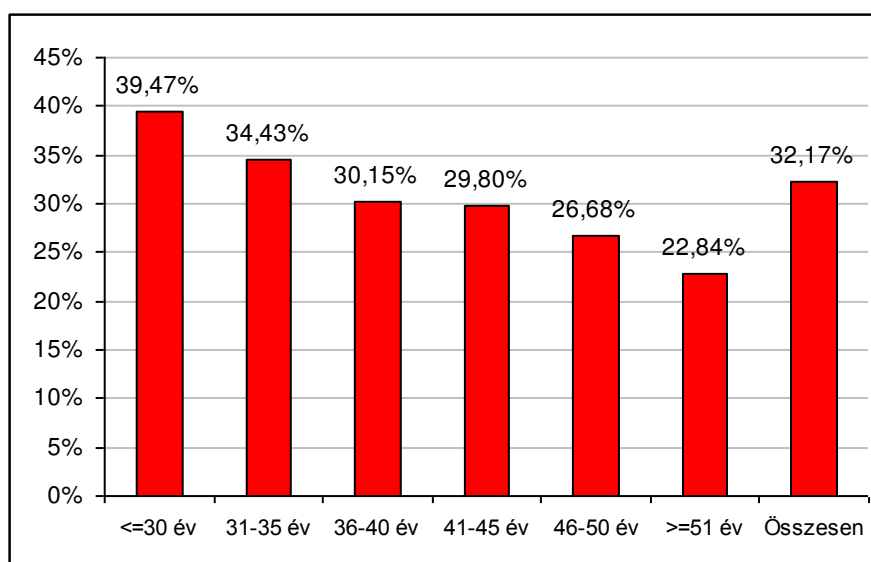
Valamennyi vizsgált tényező vonatkozásában bemutatom a honvédségi standard korszpecifikus mutatókat (vagyis a vizsgált tényező prevalencia adatait), majd a standardizált hányados mutatók segítségével az alakulati egyenlőtlenségeket.

Az alakulati egyenlőtlenségek interpretálása során a grafikonokon zöld színnel jelölöm a honvédségi standardnál jobb értékeket, piros színnel a rosszabbakat. A sötét színnel jelölt eredmények szignifikánsak (a valószínűségi értékek az alakulat neve után található), míg a világos színnel jelölt értékek nem térnek el szignifikánsan a honvédségi standardtól. Az eredmények összegzése során egy ún. rizikó-térképen tüntetem fel a rizikófaktorok alakulatonkénti alakulását, melynek alapján valamennyi alakulat esetében meghatározható az adott alakulatra vonatkozó egészségfejlesztési tevékenységek prioritási sora.

4.5. Eredmények

4.5.1. A dohányzásra vonatkozó eredmények

A honvédségi standard korszpecifikus mutatókból jól látszik, hogy a dohányzás prevalenciája az életkor előrehaladtával csökkenő tendenciát mutat, míg a 30 év alattiaknál közel 40% körüli értéket vesz fel, addig az 50 év felettieknél közel felére (22,84%) esik vissza (2. ábra).

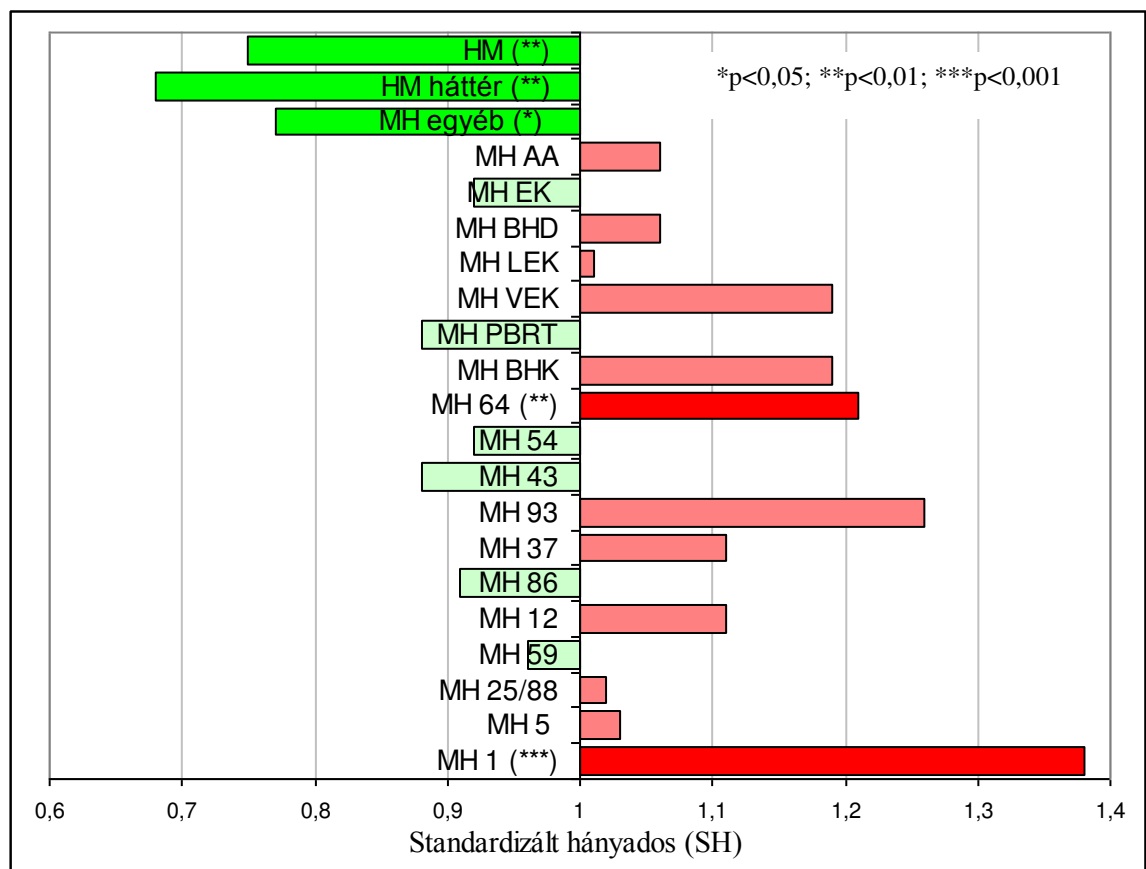


2. ábra: A honvédségi minta (N=8722 fő) standard korszpecifikus dohányzási arányszámjai

A dohányzás prevalenciájának honvédségi standard értéke 32,17% (SH=1) volt, az alakulati egyenlőtlenségeket a 3. ábrán tüntettem fel. A standardizált hányados mutató 9 alakulat esetében volt alacsonyabb a honvédségi átlagnál. Az eltérés szignifikáns volt a HM (SH=0,75), a HM háttérintézmények (SH=0,68) és az MH egyéb (SH=0,77) alakulatoknál. Az MH EK (SH=0,92), az MH PBRT (SH=0,88), az MH 54. (SH=0,92), az MH 43. (SH=0,88), az MH 86. (SH=0,91) és az MH 59. (SH=0,96) alakulatoknál a dohányzás prevalenciája alatta maradt ugyan a honvédségi átlagnak, de az eltérés nem volt szignifikáns.

Az MH LEK (SH=1,01) és az MH 25/88. (SH=1,02) alakulatoknál a dohányzás prevalenciája a honvédségi standardnak megfelelően alakult.

A standardizált hányados mutató 10 alakulat esetében volt magasabb a honvédségi átlagnál. Az eltérés szignifikáns volt az MH 64. (SH=1,21) és az MH 1. (SH= 1,38) alakulatoknál. Az MH AA (SH=1,06), az MH BHD (SH=1,06), az MH VEK (SH=1,19), az MH BHK (SH=1,19), az MH 93. (SH=1,26), az MH 37. (SH=1,11), az MH 12. (SH=1,11) és az MH 5. (SH=1,03) alakulatoknál a dohányzás prevalenciája a honvédségi átlag felett volt, de az eltérés nem volt szignifikáns.



3. ábra: Dohányzás gyakoriságának eltérései a honvédségi standardtól

Korcsoportos elemzés alapján az MH 1. alakulatánál a dohányzás prevalenciája valamennyi korcsoportban meghaladta a honvédségi standard értéket, a 36-40 év közöttiek esetében az eltérés szignifikáns volt (SH=1,66**). Az MH 64. alakulatánál két korcsoportban tért el a dohányzás prevalenciája szignifikánsan a honvédségi

standard értékétől: a ≤ 30 évesek körében (SH=1,28*) és a 36-40 évesek körében (SH=1,42**).

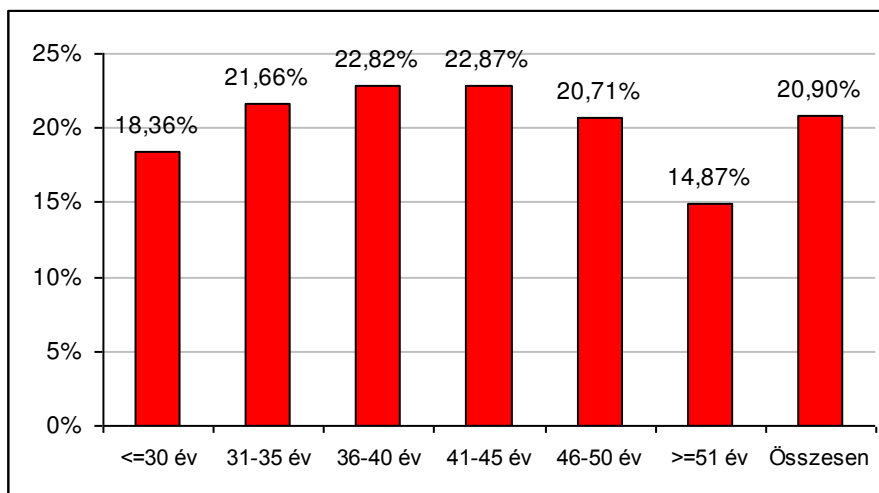
4.5.2. A táplálkozásra vonatkozó eredmények

A táplálkozásra vonatkozó eredmények ismertetése során elsőként az étkezési mintázat alakulati eltéréseit ismertetem a három főétkezés (reggeli, ebéd, vacsora) vonatkozásában, majd ezt követően mutatom be a minőségi jellemzők (zöldség- és gyümölcsfogyasztás gyakorisága) szerinti egyenlőtlenségeket.

Étkezési mintázat: főétkezések rendszertelensége

Rendszertelen reggeli fogyasztás

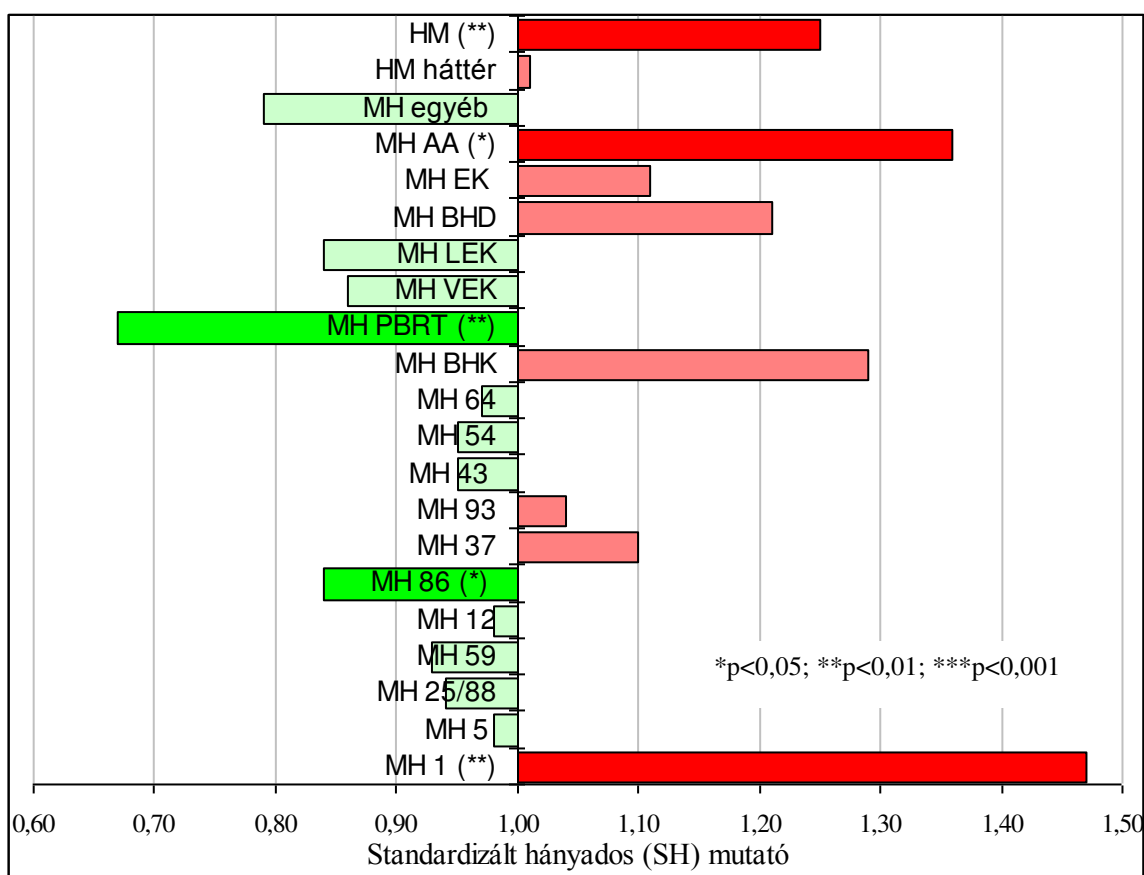
A honvédségi standard korszpecifikus mutatókból jól látszik, hogy a főétkezések közül munkanapokon a reggelit a legnagyobb arányban a 36-45 év közöttiek hagyják ki, míg a legkisebb arányban (14,87%) az 50 év felettiak (4. ábra).



4. ábra: A honvédségi minta (N= 8366 fő) standard korszpecifikus arányszámai a rendszertelen reggeli fogyasztás vonatkozásában

A rendszertelen reggeli fogyasztás prevalenciájának honvédségi standard értéke 20,09% (SH=1) volt, az alakulati egyenlőtlenségeket az 5. ábrán tüntettem fel. A standardizált hányados mutató 10 alakulat esetében volt alacsonyabb a honvédségi átlagnál. Az eltérés szignifikáns volt az MH PBRT (SH=0,67) és az MH 86. (SH=

0,84) alakulatoknál. Az MH egyéb (SH=0,79), az MH LEK (SH=0,84), az MH VEK (SH=0,86), az MH 64. (SH=0,97), az MH 54. (SH=0,95), az MH 43. (SH=0,95), az MH 59. (SH=0,93) és az MH 25/88. (SH= 0,94) alakulatoknál a rendszertelen reggeli fogyasztás prevalenciája alatta maradt ugyan a honvédségi átlagnak, de az eltérés nem volt szignifikáns. Az MH háttérintézményeknél (SH=1,01), az MH 12. (SH=0,98) és az MH 5. (SH=0,98) alakulatoknál a honvédségi átlaggal közel azonos volt a reggeli elhagyásának prevalenciája. A standardizált hányados mutató 8 alakulat esetében volt magasabb a honvédségi átlagnál. Az eltérés szignifikáns volt a HM (SH=1,25), az MH AA (SH= 1,36) és az MH 1. (SH=1,47) alakulatoknál. Az MH EK (SH=1,11), az MH BHD (SH=1,21), az MH BHK (SH= 1,29), az MH 93. (SH= 1,04) és az MH 37. (SH=1,1) alakulatoknál a rendszertelen reggeli fogyasztás prevalenciája a honvédségi átlag felett volt, de az eltérés nem volt szignifikáns.

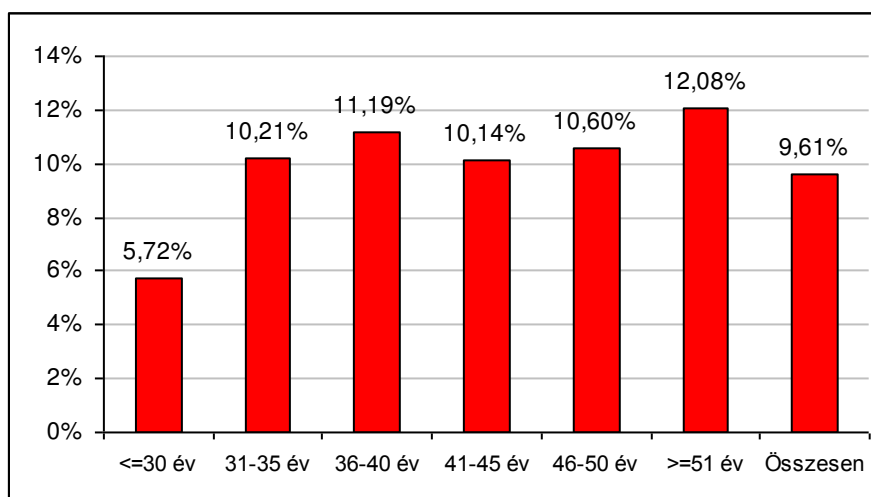


5. ábra: A rendszertelen reggeli fogyasztás gyakorisági értékeinek eltérései a honvédségi standardtól

Korcsoportos elemzés alapján a HM alakulatánál a 30 év alatti és 50 év feletti korcsoport kivételével valamennyi korcsoportnál meghaladta a rendszertelen reggeli fogyasztás prevalenciája a honvédségi standard értéket, az eltérés a 46-50 év közöttiek esetében szignifikáns volt (SH=1,56*). Az MH AA alakulatánál valamennyi korcsoport esetében rosszabbak a mutatók, az eltérések azonban korcsoportos szinten nem szignifikánsak. Az MH 1. alakulatánál a rendszertelen reggeli fogyasztás prevalenciája valamennyi korcsoportban meghaladta a honvédségi standard értéket, a 36-40 év közöttiek esetében az eltérés szignifikáns volt (SH=1,91**).

Rendszertelen ebéd fogyasztás

A honvédségi standard korszpecifikus mutatókból jól látszik, hogy a főétkezések közül munkanapokon az ebédet a legkisebb arányban (5,72%) a 30 év alattiak hagyják ki, míg a többi korosztály esetében jelentős eltérés nem mutatkozik, 11% körül ingadoznak az értékek (6. ábra). A rendszeres ebéd fogyasztás kedvező mutatóinak háttérben feltételezhetően szerepet játszik a legénységi és a szerződéses állomány részére biztosított térítésmentes étkeztetés, mely a vizsgálat idejében a cafeteria rendszer része volt.



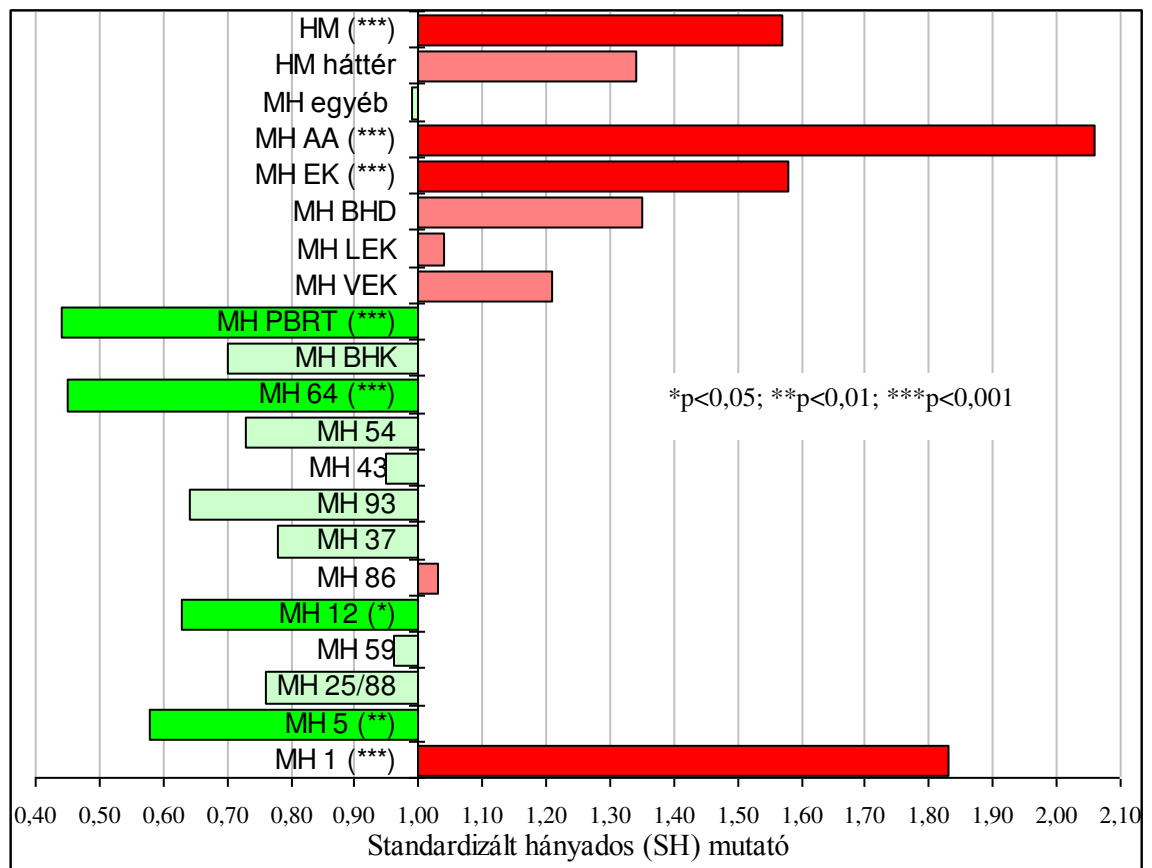
6. ábra: A honvédségi minta (N= 8366 fő) standard korszpecifikus arányszámai a rendszertelen ebéd fogyasztás vonatkozásában

A rendszertelen ebéd fogyasztás prevalenciájának honvédségi standard értéke 9,61% (SH=1) volt, az alakulati egyenlőtlenségeket a 7. ábrán tüntettem fel.

A standardizált hányados mutató 11 alakulat esetében volt alacsonyabb a honvédségi átlagnál. Az eltérés szignifikánsan alacsonyabb volt az MH PBRT (SH=0,44), az MH 64. (SH= 0,45), az MH 12. (SH=0,63) és az MH 5. (SH=0,58) alakulatoknál. Az MH BHK (SH=0,7), az MH 54. (SH=0,73), az MH 43. (SH=0,95), az MH 93. (SH=0,64), az MH 37. (SH=0,78), az MH 59. (SH=0,96) és az MH 25/88. (SH=0,76) alakulatoknál a rendszertelen ebéd fogyasztás prevalenciája alatta maradt ugyan a honvédségi átlagnak, de az eltérés nem volt szignifikáns.

Az MH egyéb alakulatoknál a mutató értéke a honvédségi standardnak megfelelően alakult (SH=0,99).

A standardizált hányados mutató 9 alakulat esetében volt magasabb a honvédségi átlagnál. Az eltérés szignifikáns volt a HM (SH=1,57), az MH AA (SH= 2,06), az MH EK (SH=1,58) és az MH 1. (SH=1,83) alakulatoknál. A HM háttérintézményeknél (SH=1,34), az MH BHD (SH=1,35), az MH LEK (SH=1,04), az MH VEK (SH=1,21) és az MH 86. (SH=1,03) alakulatoknál a rendszertelen ebéd fogyasztás prevalenciája a honvédségi átlag felett volt, de az eltérés nem volt szignifikáns.

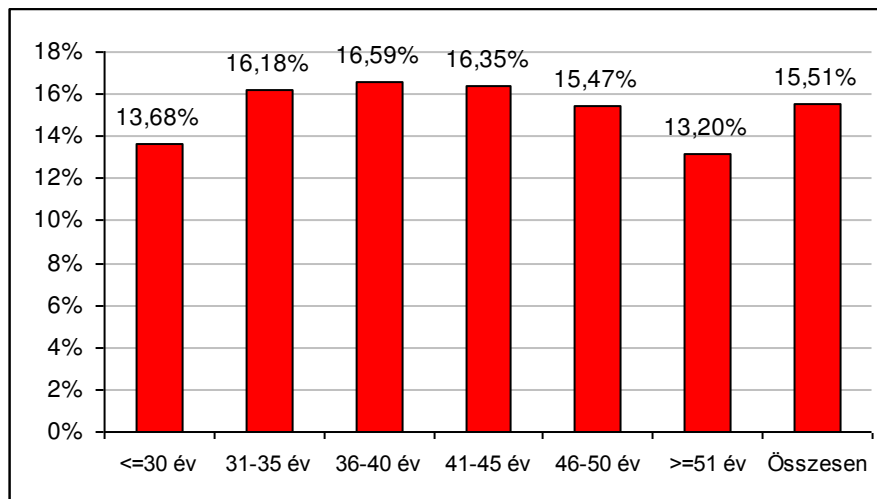


7. ábra: A rendszertelen ebédfogyasztás gyakorisági értékeinek eltérései a honvédségi standardtól

Korcsoportos elemzés alapján a rendszertelen ebédfogyasztás gyakorisága a HM alakulatánál valamennyi korcsoportnál meghaladta a honvédségi standard értéket, az eltérés a 41-45 év közöttiek esetében (SH=1,96***) és a 46-50 év közöttiek körében (SH=2,03**) volt szignifikáns. Az MH AA alakulatánál valamennyi korcsoport esetében rosszabbak a mutatók, az eltérések szignifikánsak a 30 év alattiak (SH=3,21***), a 31-35 évesek (SH=2,41***) és a 36-40 évesek (SH=2,06*) körében. Az MH EK alakulatánál a rendszertelen ebédfogyasztás prevalenciája valamennyi korcsoportban meghaladta a honvédségi standard értéket, a 46-50 év közöttiek esetében az eltérés szignifikáns volt (SH=1,80*). Az MH 1. alakulatánál valamennyi korcsoportban rosszabbak a mutatók, az eltérés a 36-40 év közöttiek esetében szignifikáns (SH=2,44***).

Rendszertelen vacsorafogyasztás

A honvédségi standard korszecifikus mutatókból jól látszik, hogy a főétkezések közül munkanapokon a rendszertelen vacsorafogyasztás prevalenciájában az egyes korosztályok között jelentős eltérés nem mutatkozik, a mutató 14-16% közötti értéket vesz fel (8. ábra).

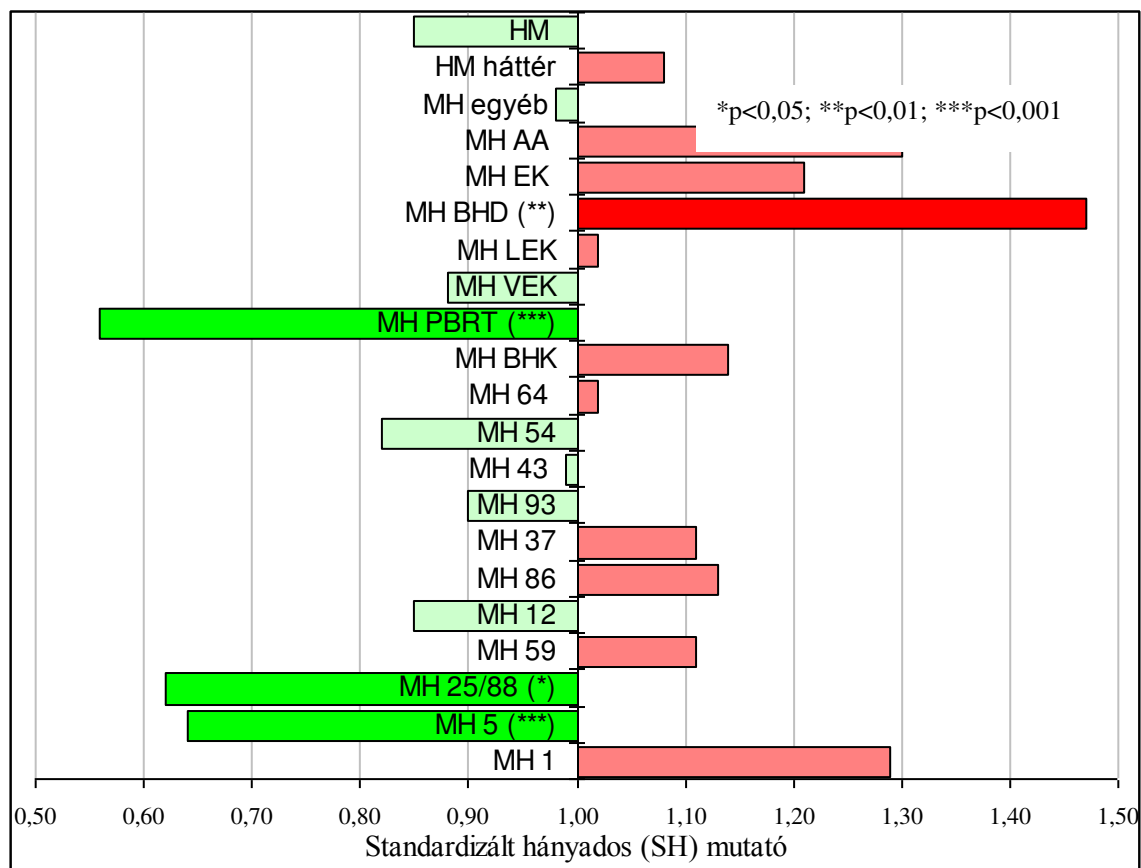


8. ábra: A honvédségi minta (N= 8366 fő) standard korszecifikus arányszámái a rendszertelen vacsorafogyasztás vonatkozásában

A rendszertelen vacsorafogyasztás prevalenciájának honvédségi standard értéke 15,51% (SH=1) volt, az alakulati egyenlőtlenségeket a 9. ábrán tüntettem fel. A standardizált hányados mutató 9 alakulat esetében volt alacsonyabb a honvédségi átlagnál. Az eltérés szignifikánsan alacsonyabb volt az MH PBRT (SH=0,56), az MH 25/88. (SH=0,62) és az MH 5. (SH=0,64) alakulatoknál. A HM (SH=0,85), az MH VEK (SH=0,88), az MH 54. (SH=0,82), az MH 93. (SH=0,90) és az MH 12. (SH=0,85) alakulatoknál a rendszertelen vacsorafogyasztás prevalenciája alatta maradt ugyan a honvédségi átlagnak, de az eltérés nem volt szignifikáns.

Az MH egyéb (SH=0,98), az MH LEK (SH=1,02), az MH 64. (SH=1,02) és az MH 43. (SH=0,99) alakulatoknál a mutató értéke a honvédségi standardnak megfelelően alakult.

A standardizált hányados mutató 9 alakulat esetében volt magasabb a honvédségi átlagnál. Az eltérés szignifikáns volt az MH BHD (SH=1,47) alakulatnál. A HM háttérintézményeknél (SH=1,08), az MH AA (SH=1,3), az MH EK (SH=1,21) az MH BHK (SH=1,14), az MH 37. (SH=1,11), az MH 86. (SH=1,13), az MH 59. (SH=1,11) és az MH 1. (SH=1,29) alakulatoknál a rendszertelen vacsora fogyasztás prevalenciája a honvédségi átlag felett volt, de az eltérés nem volt szignifikáns.



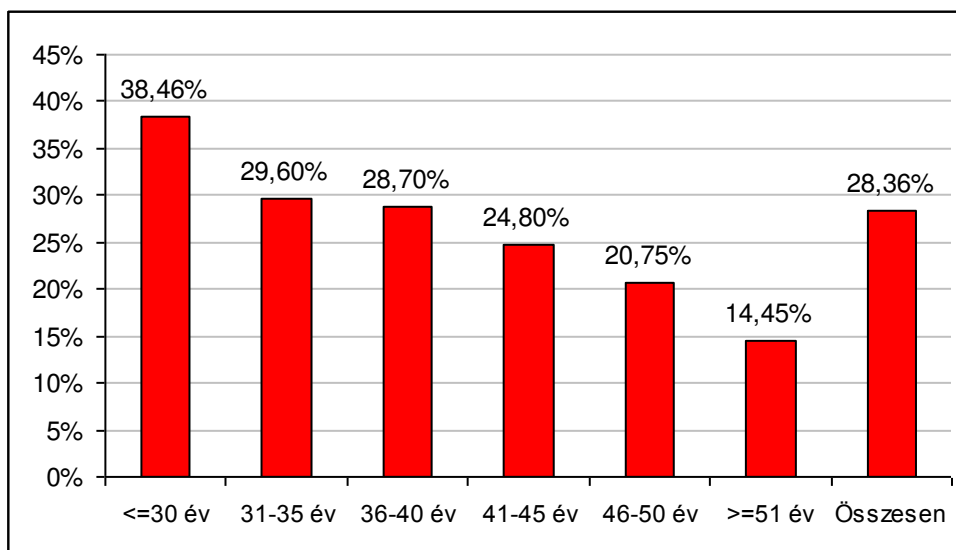
9. ábra: A rendszertelen vacsora fogyasztás gyakorisági értékeinek eltérései a honvédségi standardtól

Korcsoportos elemzés alapján a rendszertelen vacsora fogyasztás gyakorisága az MH BHD alakulatánál valamennyi korcsoportban meghaladta a honvédségi standard értéket, az eltérés a 41-45 év közöttiek esetében (SH=1,85*) volt szignifikáns.

A táplálkozás minőségi jellemzői

Elégtelen gyümölcsfogyasztás

A honvédségi standard korszpecifikus mutatókból jól látszik, hogy az elégtelen gyümölcsfogyasztás prevalenciája az életkor előrehaladtával csökkenő tendenciát mutat (10. ábra).

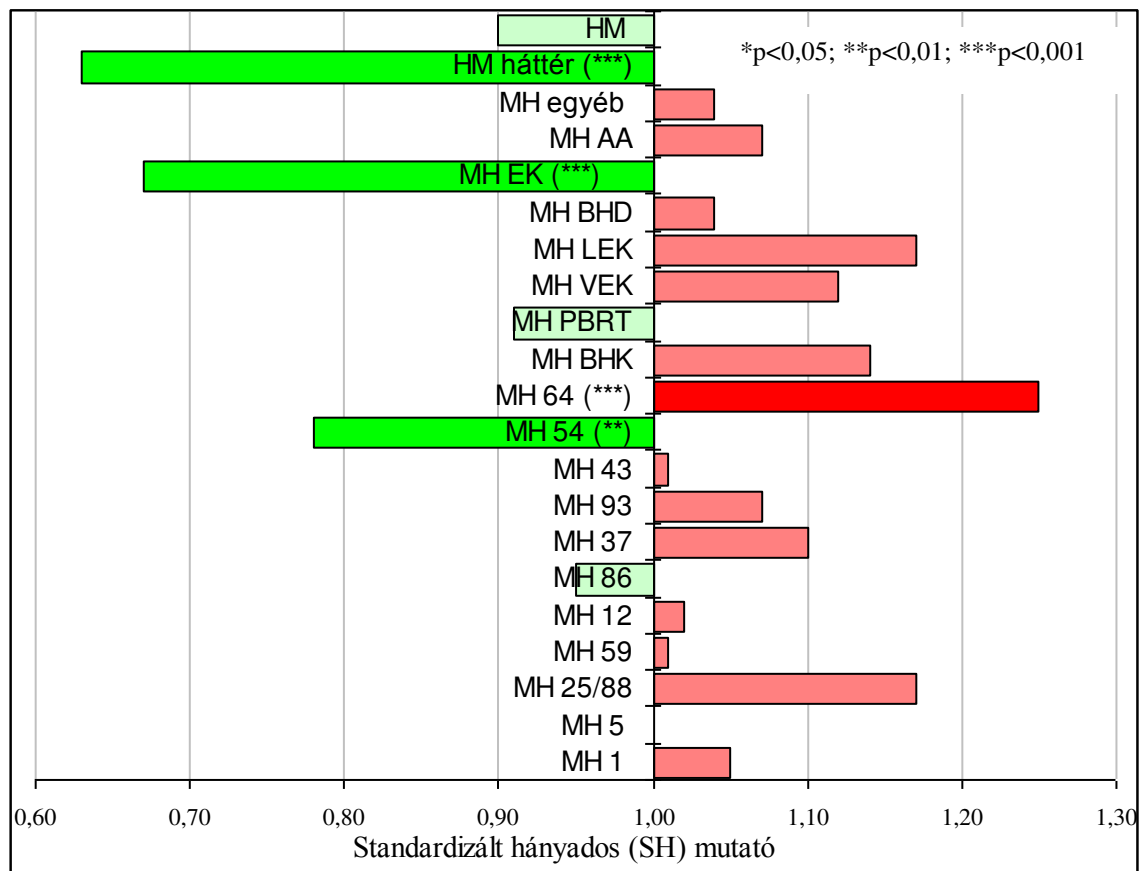


10. ábra: Az elégtelen gyümölcsfogyasztás standard korszpecifikus arányszámai (N=8761 fő)

Az elégtelen gyümölcsfogyasztás prevalenciájának honvédségi standard értéke 28,36% (SH=1) volt, az alakulati egyenlőtlenségeket a 11. ábrán tüntettem fel. A standardizált hányados mutató 6 alakulat esetében volt alacsonyabb a honvédségi átlagnál. Az eltérés szignifikánsan alacsonyabb volt a HM háttérintézményeknél (SH=0,63), az MH EK (SH=0,67) és az MH 54. (SH=0,78) alakulatoknál. A HM (SH=0,90), az MH PBRT (SH=0,91) és az MH 86. (SH=0,95) alakulatoknál az elégtelen gyümölcsfogyasztás prevalenciája alatta maradt ugyan a honvédségi átlagnak, de az eltérés nem volt szignifikáns.

Az MH 43. (SH=1,01), az MH 12. (SH=1,02) az MH 59. (SH=1,01) és az MH 5. (SH=1,0) alakulatoknál a mutató értéke a honvédségi standardnak megfelelően alakult.

A standardizált hányados mutató 11 alakulat esetében volt magasabb a honvédségi átlagnál. Az eltérés szignifikáns volt az MH 64. (SH=1,25) alakulatnál. Az MH egyéb (SH=1,04), az MH AA (SH=1,07), az MH BHD (SH=1,04), az MH LEK (SH=1,17), az MH VEK (SH=1,12), az MH BHK (SH=1,14), az MH 93. (SH=1,07), az MH 37. (SH=1,10), az MH 25/88. (SH=1,17) és az MH 1. (SH=1,05) alakulatoknál az elégtelen gyümölcsfogyasztás prevalenciája a honvédségi átlag felett volt, de az eltérés nem volt szignifikáns.

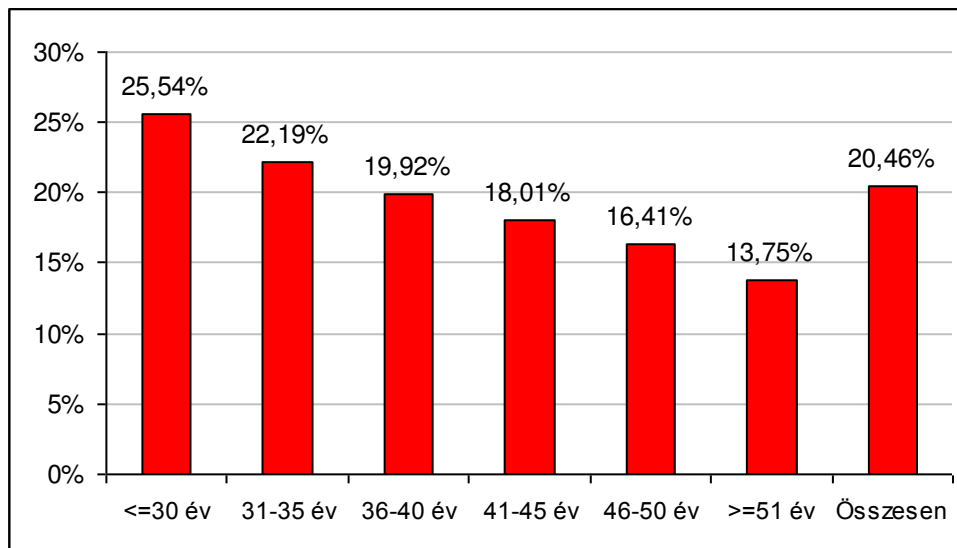


11. ábra: Az elégtelen gyümölcsfogyasztás gyakorisági értékeinek eltérései a honvédségi standardtól

Korcsoportos elemzés alapján az elégtelen gyümölcsfogyasztás gyakorisága az MH 64. alakulatánál valamennyi korcsoportban meghaladta a honvédségi standard értéket, az eltérés a 46-50 év közöttiek esetében (SH=1,69*) volt szignifikáns.

Elégtelen zöldségfogyasztás

A honvédségi standard korszpecifikus mutatókból jól látszik, hogy az elégtelen zöldségfogyasztás prevalenciája az életkor előrehaladtával csökkenő tendenciát mutat, a legfiatalabb és a legidősebb korosztály gyakorisági értékei között 12% körüli eltérés tapasztalható (12. ábra).

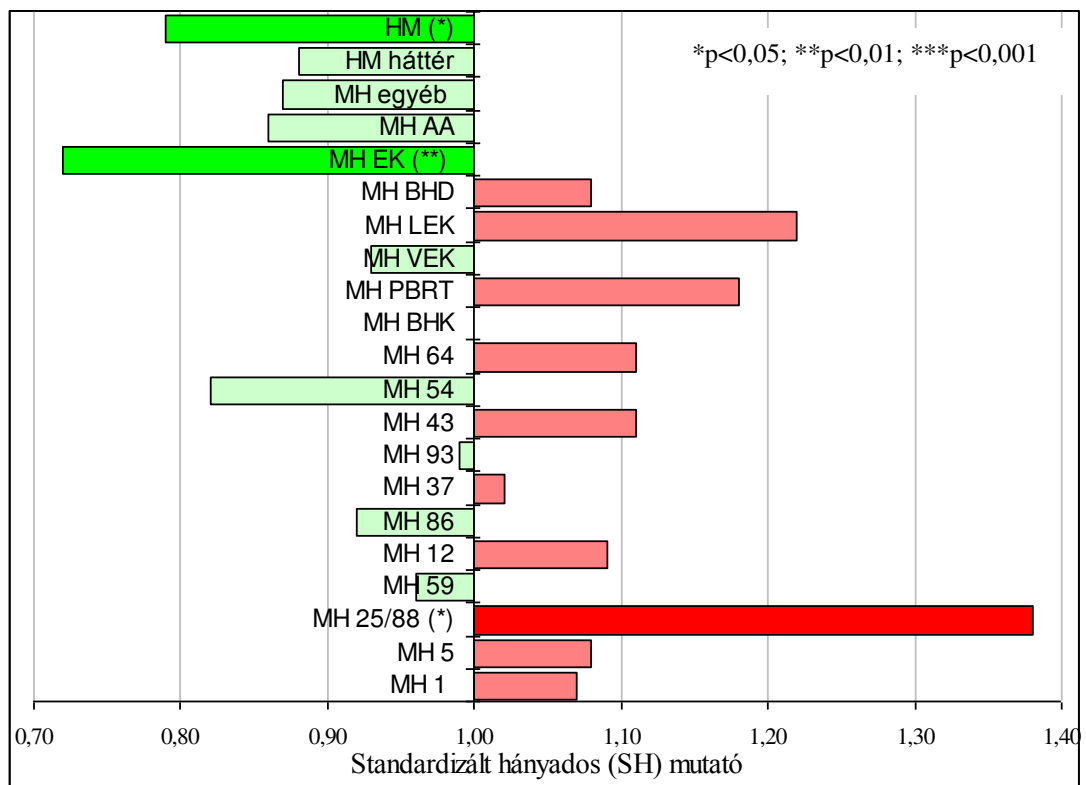


12. ábra: A honvédségi minta (N=8761 fő) standard korszpecifikus (elégtelen) zöldségfogyasztási arányszámjai

Az elégtelen zöldségfogyasztás prevalenciájának honvédségi standard értéke 20,46% (SH=1) volt, az alakulati egyenlőtlenségeket a 13. ábrán tüntettem fel. A standardizált hányados 9 alakulat esetében volt alacsonyabb a honvédségi átlagnál. A HM (SH=0,79) és az MH EK (SH=0,72) alakulatoknál az elégtelen zöldségfogyasztás gyakorisága szignifikánsan alacsonyabb volt. A HM háttér (SH=0,88), az MH egyéb (SH=0,87), az MH AA (SH=0,86), az MH VEK (SH=0,93), az MH 54. (SH=0,82), az MH 86. (SH=0,92) és az MH 59. (SH=0,96) alakulatoknál az elégtelen zöldségfogyasztás alatta maradt ugyan a honvédségi átlagnak, de az eltérés nem volt szignifikáns.

Az MH BHK (SH=1,00), az MH 93. (SH=0,99) és az MH 37. (SH=1,02) alakulatoknál az elégtelen zöldségfogyasztás prevalenciája a honvédségi átlagnak megfelelően alakult.

A standardizált hányados mutató értéke 9 alakulat esetében volt magasabb a honvédségi átlagnál. Az MH 25/88. (SH=1,38) alakulatnál szignifikánsan magasabb arányban fordult elő az elégtelen zöldségfogyasztás gyakorisága a honvédségi átlaghoz képest. Az MH BHD (SH=1,08), az MH LEK (SH=1,22), az MH PBRT (SH=1,18), az MH 64. (SH=1,11), az MH 43. (SH=1,11), az MH 12. (SH=1,09) az MH 5. (SH=1,08) és az MH 1. (SH=1,07) alakulatoknál az elégtelen zöldségfogyasztás prevalenciája a honvédségi átlag felett volt, de az eltérés nem volt szignifikáns.

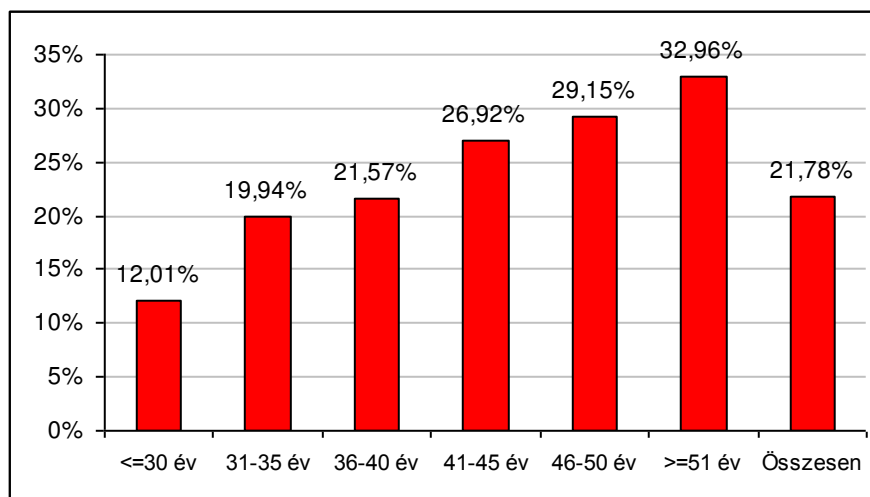


13. ábra: Elégtelen zöldségfogyasztás gyakoriságának eltérései a honvédségi standardtól

Korcsoportos elemzés alapján az elégtelen zöldségfogyasztás gyakorisága az MH 25/88. alakulatánál valamennyi korcsoportban meghaladta a honvédségi standard értéket, az eltérés a 36-40 év közöttiek esetében (SH=1,95*) volt szignifikáns.

4.5.3. A folyadékfogyasztásra vonatkozó eredmények

A honvédségi standard korszpecifikus mutatókból jól látszik, hogy az elégtelen folyadékfogyasztás prevalenciája az életkor előrehaladtával növekvő tendenciát mutat (14. ábra).

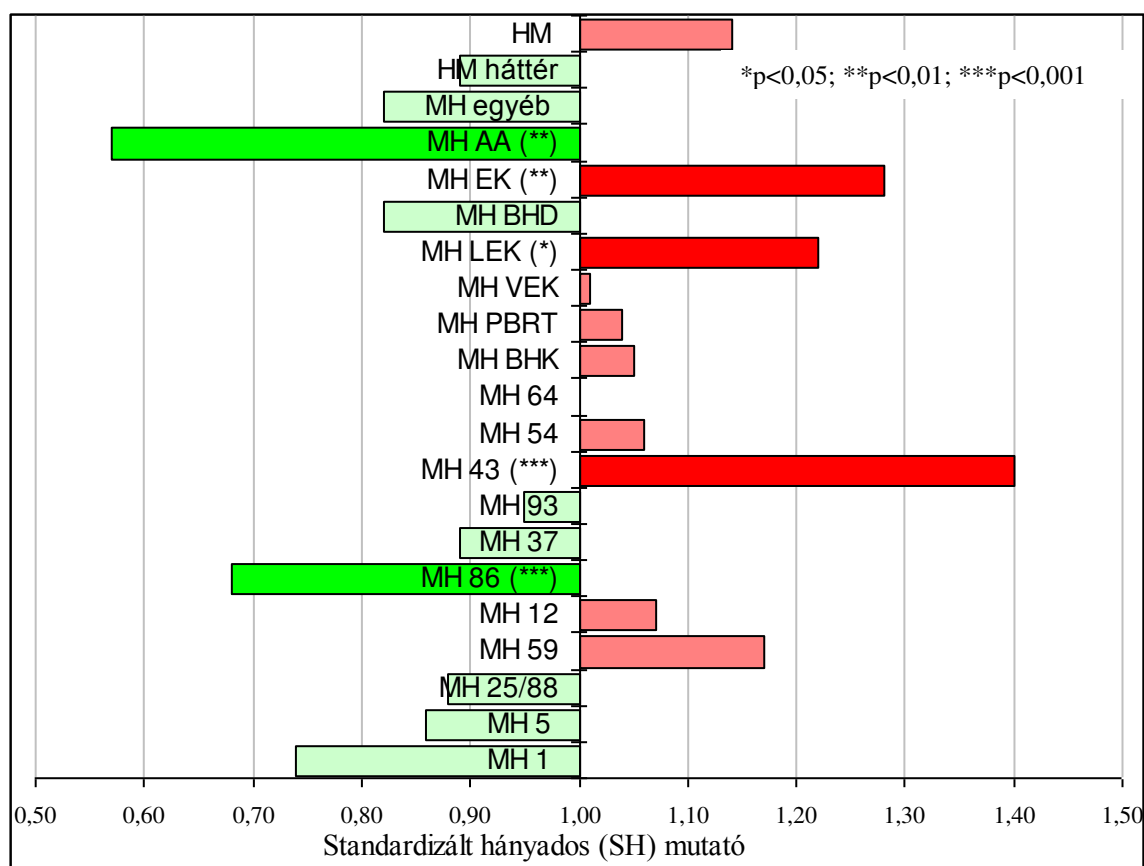


14. ábra: A honvédségi minta (N=8000 fő) standard korszpecifikus (elégtelen) folyadékfogyasztási arányszámjai

Az elégtelen folyadékfogyasztás prevalenciájának honvédségi standard értéke 21,78% (SH=1) volt, az alakulati egyenlőtlenségeket a 15. ábrán tüntettem fel. A standardizált hányados 10 alakulat esetében volt alacsonyabb a honvédségi átlagnál. Az MH AA (SH=0,57) és az MH 86. (SH=0,68) alakulatoknál az elégtelen folyadékfogyasztás gyakorisága szignifikánsan alacsonyabb volt. A HM háttérintézmények (SH=0,89), az MH egyéb (SH=0,82), az MH BHD (SH=0,82), az MH 93. (SH=0,95), az MH 37. (SH=0,89), az MH 25/88. (SH=0,88), az MH 5. (SH=0,86) és az MH 1. (SH=0,74) alakulatoknál az elégtelen folyadékfogyasztás alatta maradt ugyan a honvédségi átlagnak, de az eltérés nem volt szignifikáns.

Az MH VEK (SH=1,01) és az MH 64. (SH=1,00) alakulatoknál az elégtelen folyadékfogyasztás prevalenciája a honvédségi átlagnak megfelelően alakult.

A standardizált hányados mutató értéke 9 alakulat esetében volt magasabb a honvédségi átlagnál. Az MH EK (SH=1,28), az MH LEK (SH=1,22) és az MH 43. (SH=1,40) alakulatoknál szignifikánsan magasabb arányban fordult elő az elégtelen folyadékfogyasztás gyakorisága a honvédségi átlaghoz képest. A HM (SH=1,14), az MH PBRT (SH=1,04), az MH BHK (SH=1,05), az MH 54. (SH=1,06), az MH 12. (SH=1,07) és az MH 59. (SH=1,17) alakulatoknál az elégtelen folyadékfogyasztás prevalenciája a honvédségi átlag felett volt, de az eltérés nem volt szignifikáns.



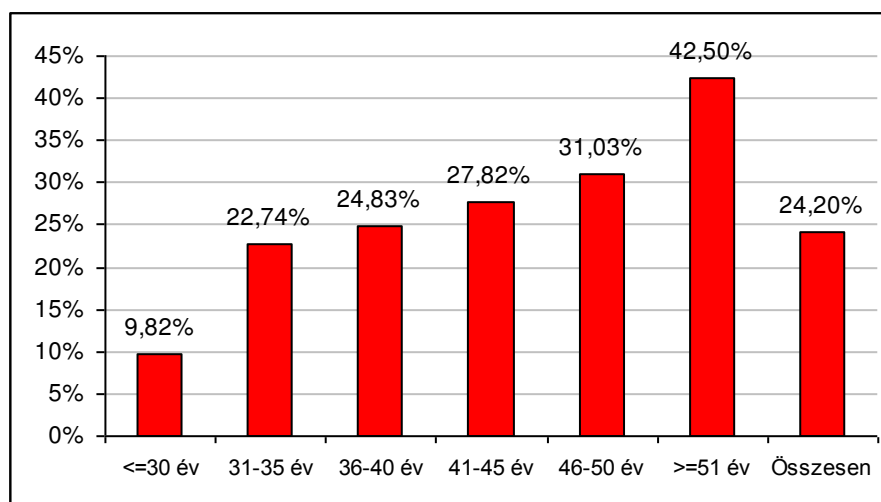
15. ábra: Elégtelen folyadékfogyasztás gyakoriságának eltérései a honvédségi standardtól

Korcsoportos elemzés alapján az elégtelen folyadékfogyasztás gyakorisága az MH EK alakulatánál valamennyi korcsoportban meghaladta a honvédségi standard értéket, az eltérés a 41-45 év közöttiek esetében (SH=1,48**) volt szignifikáns. Az MH LEK alakulatánál valamennyi korcsoport esetében rosszabbak a mutatók, de szignifikáns eltérés az egyes korcsoportok vonatkozásában nem igazolódott. Az MH

43. alakulatánál valamennyi korcsoport esetében magasabb az elégtelen folyadékfogyasztás gyakorisága a honvédségi átlagnál, szignifikáns eltérés két korcsoport esetében a 30 év alattiaknál (SH=1,89**) és a 31-35 év közöttiekénél (SH=1,48*) igazolódott.

4.5.4. Az elégtelen fizikai aktivitásra vonatkozó eredmények

A honvédségi standard korszpecifikus mutatókból jól látszik, hogy az elégtelen fizikai aktivitás prevalenciája az életkor előrehaladtával erőteljesen növekvő tendenciát mutat, a legidősebb korosztály mutatója közel négyszerese a legfiatalabb korosztály mutatójának (16. ábra).



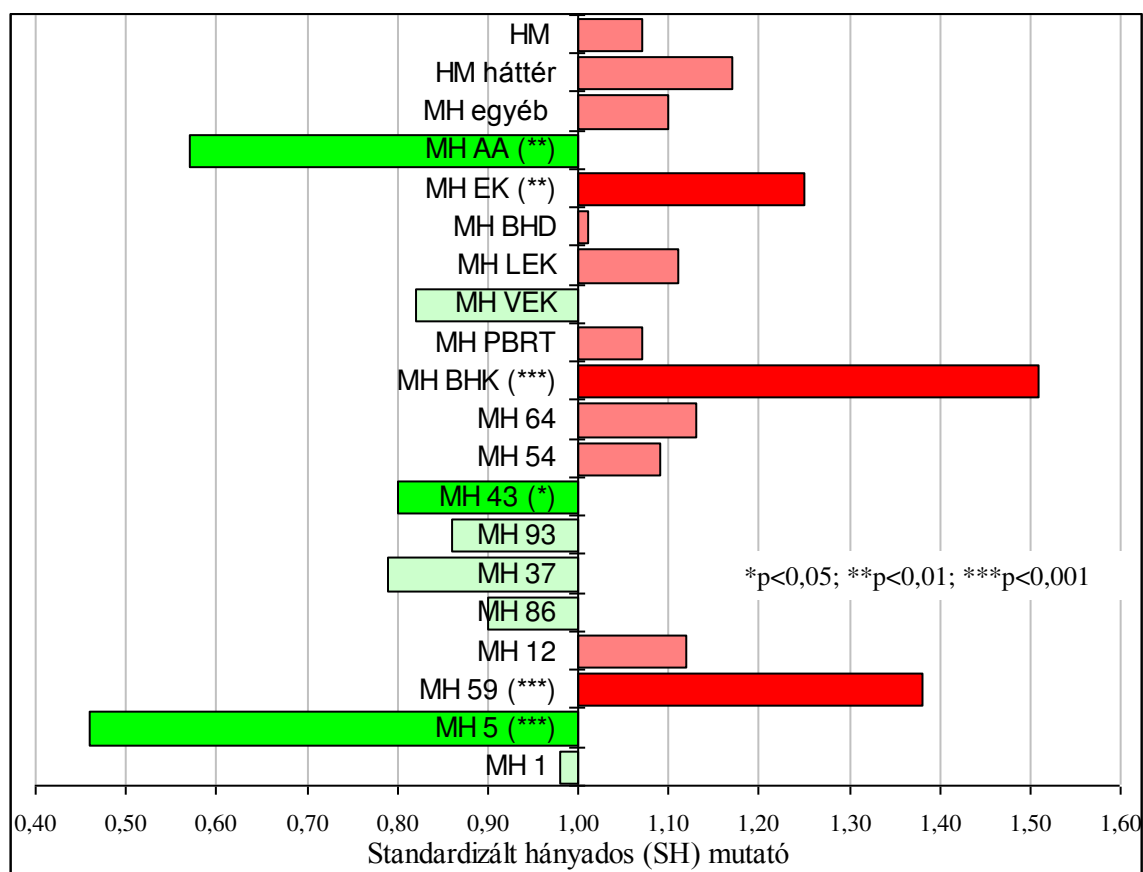
16. ábra: A honvédségi minta (N=8896 fő) standard korszpecifikus elégtelen fizikai aktivitási arányszámjai

Az elégtelen fizikai aktivitás prevalenciájának honvédségi standard értéke 24,20% (SH=1) volt, az alakulati egyenlőtlenségeket a 17. ábrán tüntettem fel. A standardizált hányados 7 alakulat esetében volt alacsonyabb a honvédségi átlagnál. Az MH AA (SH=0,57), az MH 43. (SH=0,80) és az MH 5. (SH=0,46) alakulatoknál az elégtelen fizikai aktivitás gyakorisága szignifikánsan alacsonyabb volt. Az MH VEK (SH=0,82), az MH 93. (SH=0,86), az MH 37. (SH=0,79) és az MH 86.

(SH=0,9) alakulatoknál az elégtelen fizikai aktivitás alatta maradt ugyan a honvédségi átlagnak, de az eltérés nem volt szignifikáns.

Az MH BHD (SH=1,01) és az MH 1. (SH=0,98) alakulatoknál az elégtelen fizikai aktivitás prevalenciája a honvédségi átlagnak megfelelően alakult.

A standardizált hányados mutató értéke 11 alakulat esetében volt magasabb a honvédségi átlagnál. Az MH EK (SH=1,25), az MH BHK (SH=1,51) és az MH 59. (SH=1,38) alakulatoknál szignifikánsan magasabb arányban fordult elő az elégtelen fizikai aktivitás gyakorisága a honvédségi átlaghoz képest. A HM (SH=1,07), a HM háttérintézmények (SH=1,17), az MH egyéb (SH=1,1), az MH LEK (SH=1,11), az MH PBRT (SH=1,07), az MH 64. (SH=1,13), az MH 54. (SH=1,09) és az MH 12. (SH=1,12) alakulatoknál az elégtelen fizikai aktivitás prevalenciája a honvédségi átlag felett volt, de az eltérés nem volt szignifikáns.

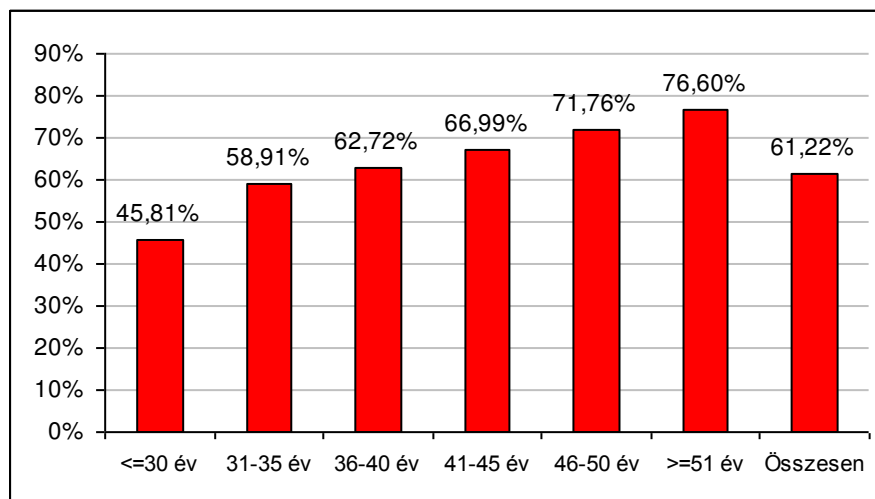


17. ábra: Az elégtelen fizikai aktivitás gyakoriságának eltérései a honvédségi standardtól

Korcsoportos elemzés alapján az elégtelen fizikai aktivitás gyakorisága az MH EK alakulatánál valamennyi korcsoportban meghaladta a honvédségi standard értéket, az eltérés a 31-35 év közöttiek esetében (SH=1,70***) volt szignifikáns. Az MH BHK alakulatánál valamennyi korcsoport esetében rosszabbak a mutatók, de szignifikáns eltérés az egyes korcsoportok vonatkozásában nem igazolódott. Az MH 59. alakulatánál valamennyi korcsoport esetében magasabb az elégtelen fizikai aktivitás gyakorisága a honvédségi átlagnál, szignifikáns eltérés két korcsoport esetében a 31-35 év közöttieknél (SH=1,35*) és a 41-45 év közöttieknél (SH=1,75***) igazolódott.

4.5.5. A túlsúllyal kapcsolatos eredmények

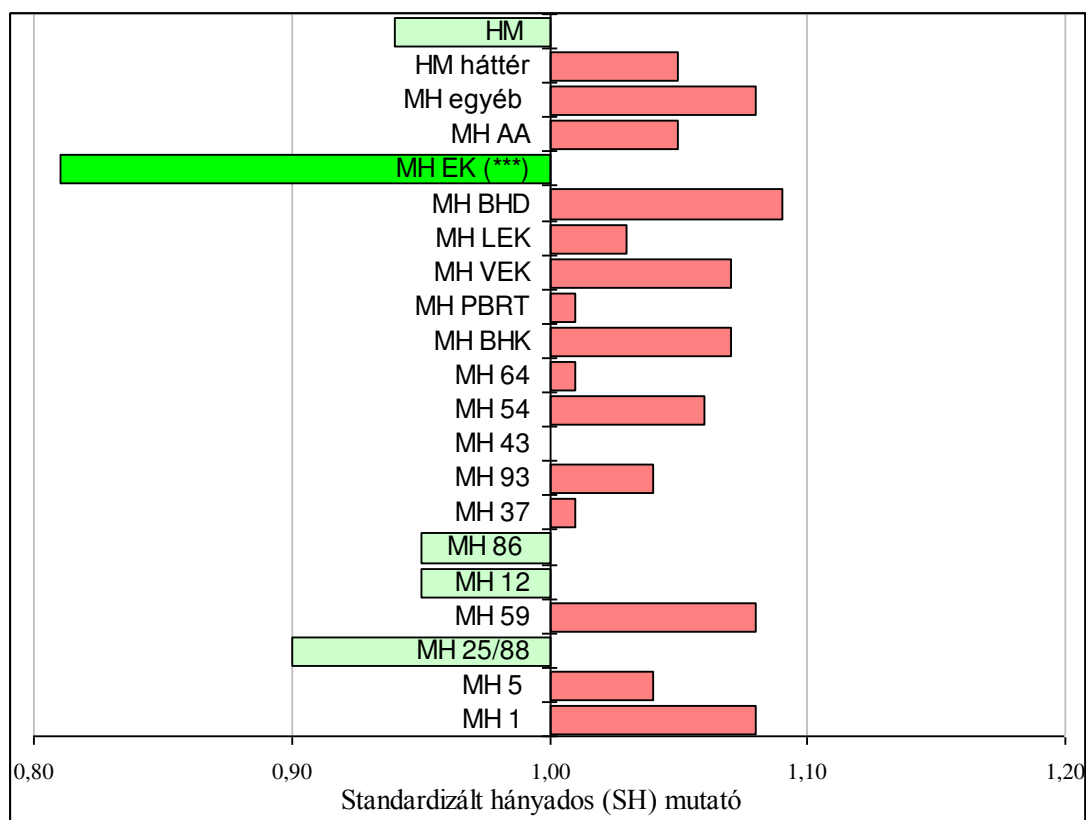
A honvédségi standard korszpecifikus mutatókból jól látszik, hogy a túlsúly gyakorisága az életkor előrehaladtával növekvő tendenciát mutat (18. ábra).



18. ábra: A túlsúly (BMI>25 kg/m²) standard korszpecifikus arányszámái a honvédségi mintában (N=7451 fő)

A túlsúly prevalenciájának honvédségi standard értéke 61,22% (SH=1) volt, az alakulati egyenlőtlenségeket a 19. ábrán tüntettem fel. A standardizált hányados 5 alakulat esetében volt alacsonyabb a honvédségi átlagnál. Az MH EK (SH=0,81) alakulatánál a túlsúly gyakorisága szignifikánsan alacsonyabb volt. A HM (SH=0,94), az MH 86. (SH=0,95), az MH 12. (SH=0,95) és az MH 25/88. (SH=0,9) alakulatoknál a túlsúly előfordulása alatta maradt ugyan a honvédségi átlagnak, de az

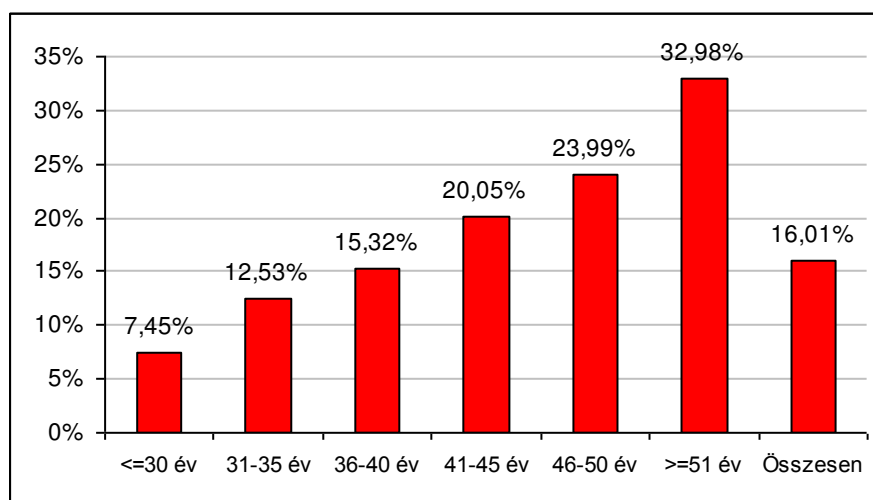
eltérés nem volt szignifikáns. Az MH PBRT (SH=1,01), az MH 64. (SH=1,01), az MH 43. (SH=1,00) és az MH 37. (SH=1,01) alakulatoknál a túlsúly prevalenciája a honvédségi átlagnak megfelelően alakult. A standardizált hányados mutató értéke 12 alakulat esetében volt magasabb a honvédségi átlagnál. A HM háttérintézmények (SH=1,05), az MH egyéb (SH=1,08), az MH AA (SH=1,05), az MH BHD (SH=1,09), az MH LEK (SH=1,03), az MH VEK (SH=1,07), az MH BHK (SH=1,07), az MH 54. (SH=1,06), az MH 93. (SH=1,04), az MH 59. (SH=1,08), az MH 5. (SH=1,04) és az MH 1. (SH=1,08) (SH=1,05) alakulatoknál a túlsúly prevalenciája a honvédségi átlag felett volt, de az eltérés nem volt szignifikáns.



19. ábra: Túlsúly gyakoriságának eltérései a honvédségi standardtól

4.5.6. A vélt egészséggel kapcsolatos eredmények

A honvédségi standard korszpecifikus mutatókból jól látszik, hogy a vélt egészség kedvezőtlenebb megítélésének gyakorisága az életkor előrehaladtával növekvő tendenciát mutat (20. ábra).

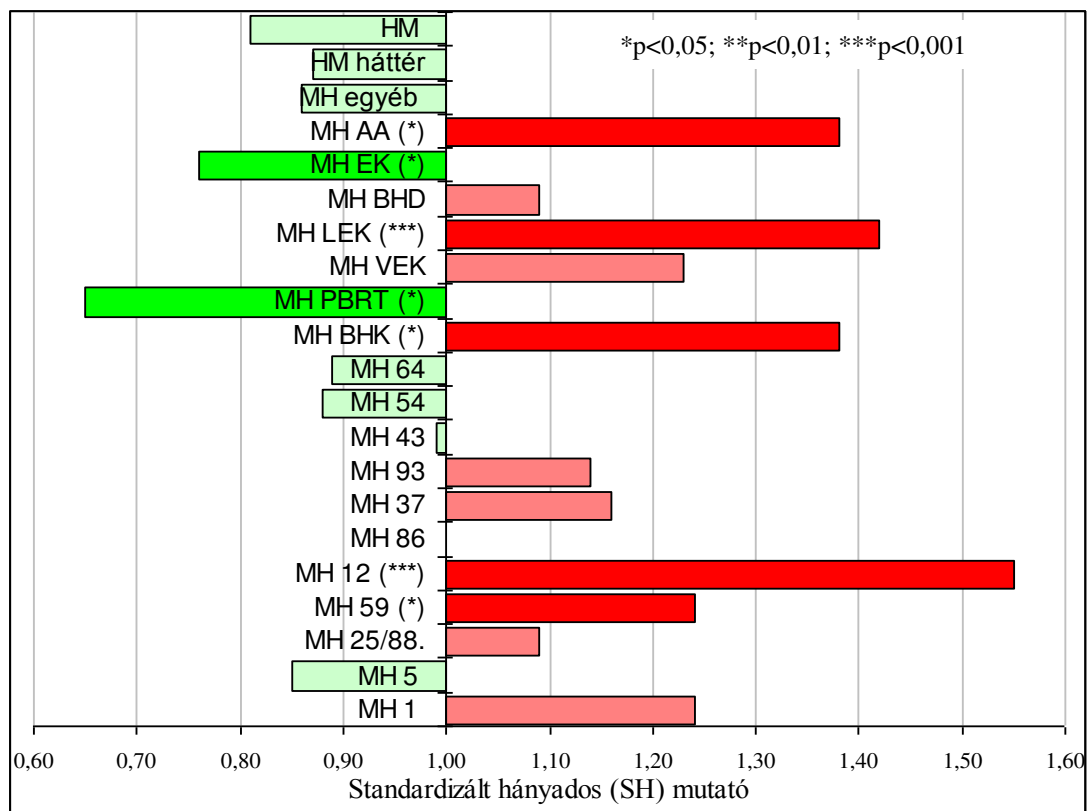


20. ábra: A kedvezőtlennek ítélt vélt egészség standard korszpecifikus arányszámai a honvédségi mintában (N=8593 fő)

A kedvezőtlennek ítélt vélt egészség honvédségi standard értéke 16,01% (SH=1) volt, az alakulati egyenlőtlenségeket a 21. ábrán tüntettem fel. A standardizált hányados 8 alakulat esetében volt alacsonyabb a honvédségi átlagnál. Az MH EK (SH=0,76) és az MH PBRT (SH=0,65) alakulatoknál a kedvezőtlen vélt egészség gyakorisága szignifikánsan alacsonyabb volt. A HM (SH=0,81), a HM háttérintézmények (SH=0,87), az MH egyéb (SH=0,88), az MH 64. (SH=0,89), az MH 54. (SH=0,88) és az MH 5. (SH=0,85) alakulatoknál a kedvezőtlennek ítélt vélt egészség előfordulása alatta maradt ugyan a honvédségi átlagnak, de az eltérés nem volt szignifikáns.

Az MH 43. (SH=0,99) és az MH 86. (SH=1) alakulatoknál a kedvezőtlenül megítélt vélt egészség prevalenciája a honvédségi átlagnak megfelelően alakult.

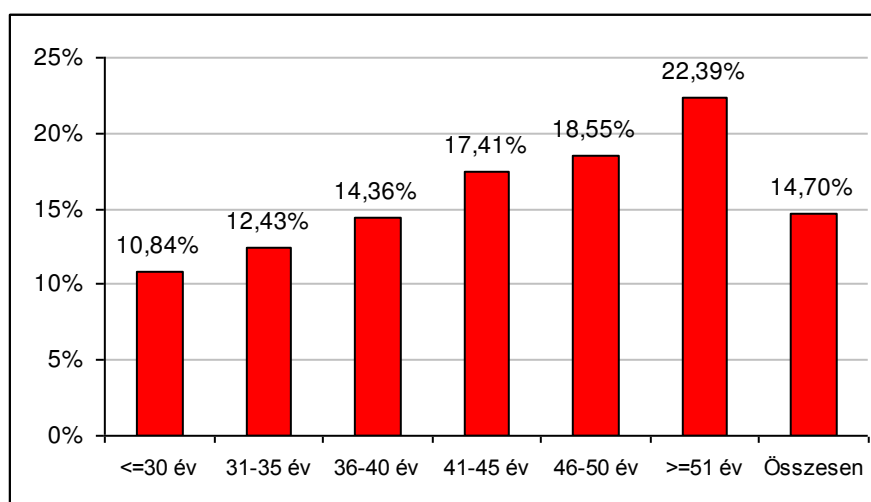
A standardizált hányados mutató értéke 11 alakulat esetében volt magasabb a honvédségi átlagnál. Az MH AA (SH=1,38), az MH LEK (SH=1,42), az MH BHK (SH=1,38), az MH 12. (SH=1,55) és az MH 59. (SH=1,24) alakulatoknál a kedvezőtlen vélt egészség prevalenciája szignifikánsan magasabb volt. Az MH BHD (SH=1,09), az MH VEK (SH=1,23), az MH 93. (SH=1,14), az MH 37. (SH=1,16), az MH 25/88. (SH=1,09) és az MH 1. (SH=1,24) alakulatoknál a kedvezőtlennek vélt egészségi állapot gyakorisága magasabb volt a honvédségi átlagnál, de az eltérés nem volt szignifikáns.



21. ábra: Kedvezőtlennek ítélt egészségi állapot gyakoriságának eltérései a honvédségi standardtól

4.5.7. A pszichoszomatikus tünetskálával kapcsolatos eredmények

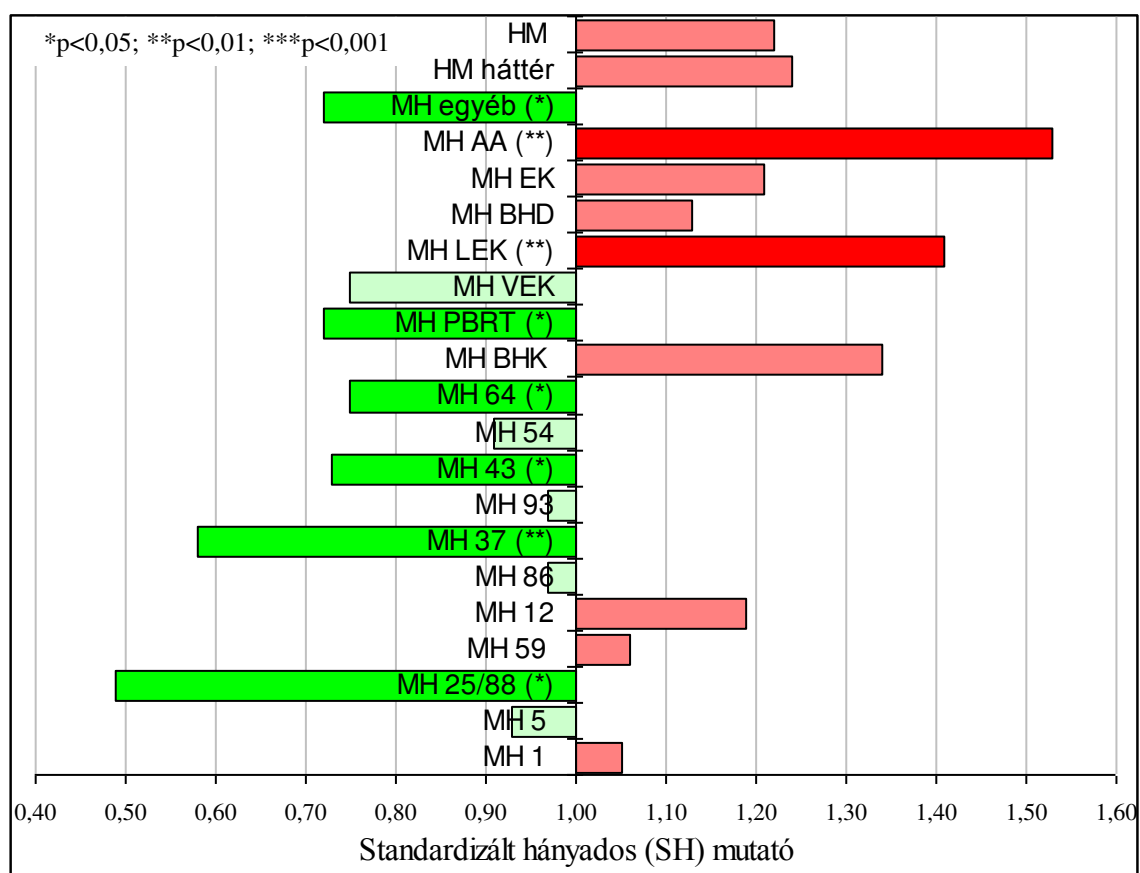
A honvédségi standard korszpecifikus mutatókból jól látszik, hogy a pszichoszomatikus tünetek gyakorisága az életkor előrehaladtával növekvő tendenciát mutat, a legfiatalabb és a legidősebb korosztály mutatói között kétszeres az eltérés (22. ábra).



22. ábra: A honvédségi minta (N=8374 fő) standard korszpecifikus arányszámai a pszichoszomatikus tünetlistán elért kedvezőtlen érték alapján

A pszichoszomatikus tünetlistán elért kedvezőtlen érték prevalenciájának honvédségi standard értéke 14,70% (SH=1) volt, az alakulati egyenlőtlenségeket a 23. ábrán tüntettem fel. A standardizált hányados 11 alakulat esetében volt alacsonyabb a honvédségi átlagnál. Az MH egyéb (SH=0,72), az MH PBRT (SH=0,72), az MH 64. (SH=0,75), az MH 43. (SH=0,73), az MH 37. (SH=0,58) és az MH 25/88. (SH=0,49) alakulatoknál a pszichoszomatikus tünetek gyakorisága szignifikánsan alacsonyabb volt. Az MH VEK (SH=0,75), az MH 54. (SH=0,91), az MH 93. (SH=0,97), az MH 86. (SH=0,97) és az MH 5. (SH=0,93) alakulatoknál a pszichoszomatikus tünetek előfordulása alatta maradt ugyan a honvédségi átlagnak, de az eltérés nem volt szignifikáns.

A standardizált hányados mutató értéke 10 alakulat esetében volt magasabb a honvédségi átlagnál. Az MH AA (SH=1,53) és az MH LEK (SH=1,41) alakulatoknál szignifikánsan magasabb arányban fordultak elő pszichoszomatikus tünetek a honvédségi átlaghoz képest. A HM (SH=1,22), a HM háttérintézmények (SH=1,24), az MH EK (SH=1,21), az MH BHD (SH=1,13), az MH BHK (SH=1,34), az MH 12. (SH=1,19), az MH 59. (SH=1,06) és az MH 1. (SH=1,05) alakulatoknál a pszichoszomatikus tünetek prevalenciája a honvédségi átlag felett volt, de az eltérés nem volt szignifikáns.



23. ábra: A pszichoszomatikus tünetek gyakoriságának eltérései a honvédségi standardtól

Korcsportos elemzés alapján a pszichoszomatikus tünetek gyakorisága az MH AA alakulatánál és az MH LEK alakulatánál valamennyi korcsportban meghaladta a honvédségi standard értéket, de szignifikáns eltérés az egyes korcsportok vonatkozásában nem igazolódott.

4.6. A Magyar Honvédség egészségkockázati rizikótérképe

A kutatási eredmények összegzéseként elkészítettem a Magyar Honvédség „rizikótérképét”, melynek alapján az egészségfejlesztési tevékenység fő irányvonalai az egyes alakulatok vonatkozásában meghatározhatók. A 3. táblázatban az egyes vizsgált tényezők akkor kerültek rizikótényezőként feltüntetésre, ha az adott alakulat esetében a standardizált hányados mutató nagyobb volt, mint 1,1, vagyis a vizsgált tényező prevalencia értéke 10%-al meghaladta a honvédségi standard alapján számított várható értéket. A táblázat oszlopaiban, a rizikótényezőket piros színű cellákkal jelöltem, feltüntetve a standardizált hányados értékét, jelölve az eltérés szignifikanciáját (* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$).

A kapott eredmények alapján az egészségfejlesztés fő irányvonalai az alakulatok vonatkozásában az alábbiak szerint alakulnak:

- 1) Dohányzás leszokást támogató intervenciókra leginkább az MH 1., az MH 64., az MH 93., az MH VEK, az MH BHK, az MH 37. és az MH 12. alakulatoknál van szükség.
- 2) A mindennapi testmozgást népszerűsítő intervenciókra főként az MH EK, az MH BHK, az MH 59., a HM háttérintézmények, az MH egyéb, az MH LEK, az MH 64. és az MH 12. alakulatoknál van szükség.
- 3) Az elegendő folyadékfogyasztás népszerűsítése főként az MH EK, az MH LEK, az MH 43., a HM és az MH 59. alakulatoknál szükséges.
- 4) Táplálkozással kapcsolatos ismeretek bővítésére a minőségi összetétel szempontjából az MH 64., az MH LEK, az MH VEK, az MH PBRT, az MH 43. és az MH 25/88. alakulatoknál, míg a rendszerességre vonatkozóan a HM, az MH AA, az MH EK, az MH BHD, az MH 1., a HM háttérintézmények és az MH 59. alakulatoknál van szükség.
- 5) Stresszel és pszichoszomatikus tünetekkel, betegségekkel kapcsolatos intervenciókra az MH AA, az MH LEK, a HM, a HM háttérintézmények, az MH EK, az MH BHD, az MH BHK és az MH 12. alakulatoknál van szükség elsősorban.

Alakulat	Dohányzás	Inaktivitás	Folyadékfogyasztás	Zöldségfogyasztás	Gyümölcsfogyasztás	Önminősített egészség	Pszichoszomatika	Rendszertelen		
								Reggeli	Ebéd	Vacsora
MH 5.										
MH 54.										
MH egyéb		1,10								
MH PBRT				1,18						
MH 86.										1,13
MH 25/88				1,38 *						
MH 93.	1,26					1,14				
MH 43.			1,4 ***	1,11						
HM háttér		1,17					1,24		1,34	
HM			1,14				1,22	1,25 **	1,57 ***	
MH BHD							1,13	1,21	1,35	1,47 **
MH 37.	1,11					1,16		1,10		1,11
MH 12.	1,11	1,12				1,55 ***	1,19			
MH VEK	1,19				1,12	1,23			1,21	
MH 64.	1,21 **	1,13		1,11	1,25 ***					
MH 59.		1,38 ***	1,17			1,24 *				1,11
MH AA						1,38 *	1,53 **	1,36 *	2,06 ***	1,3
MH 1.	1,38 ***					1,24		1,47 **	1,83 ***	1,29
MH EK		1,25 **	1,28 **				1,21	1,11	1,58 ***	1,21
MH LEK		1,11	1,22 *	1,22	1,17	1,42 ***	1,41 **			
MH BHK	1,19	1,51 ***			1,14	1,38 *	1,34	1,29		1,14

3. táblázat: A Magyar Honvédség rizikótérképe (Szerk.: Sótér Andrea)

Az egészségmagatartási mutatók alakulatonkénti korcsoportos elemzéseiből kiemelendő:

- Az MH 1. alakulatnál a dohányzás prevalenciája valamennyi korcsoportban meghaladta a honvédségi standard értéket, a 36-40 év közöttiek esetében az eltérés szignifikáns volt (SH= 1,66***).
- Az MH AA alakulatnál valamennyi korcsoport esetében rosszabbak a rendszertelen reggeli fogyasztás mutatói, az eltérések azonban nem szignifikánsak. Az MH 1. alakulatnál a rendszertelen reggeli fogyasztás a 36-40 közöttiek esetében az eltérés szignifikáns volt (SH71,91**).
- A rendszertelen ebédfogyasztás gyakorisága a HM alakulatánál valamennyi korcsoportnál meghaladta a honvédségi standard értéket. Az MH AA alakulatánál valamennyi korcsoport esetében rosszabbak a mutatók, az eltérések szignifikánsak. Az MH EK alakulatánál a rendszertelen ebédfogyasztás prevalenciája valamennyi korcsoportban meghaladta a honvédségi standard értéket. Az MH 1. alakulatánál valamennyi korcsoportban rosszabbak a mutatók, az eltérés a 36-40 év közöttiek esetében szignifikáns (SH=2,44***).
- A rendszertelen vacsora fogyasztás gyakorisága az MH BHD alakulatánál valamennyi korcsoportban meghaladta a honvédségi standard értéket, az eltérés a 41-45 év közöttiek esetében (SH=1,85*) volt szignifikáns.
- Az elégtelen gyümölcsfogyasztás gyakorisága az MH 64. alakulatánál valamennyi korcsoportban meghaladta a honvédségi standard értéket, az eltérés a 46-50 év közöttiek esetében (SH=1,69*) volt szignifikáns.
- Az elégtelen zöldségfogyasztás gyakorisága az MH 25/88. alakulatánál valamennyi korcsoportban meghaladta a honvédségi standard értéket, az eltérés a 36-40 év közöttiek esetében (SH=1,95*) volt szignifikáns.
- Az elégtelen folyadékfogyasztás gyakorisága az MH EK, az MH LEK és a MH 43. alakulatánál valamennyi korcsoportban meghaladta a honvédségi standard értéket.

- Az elégtelen fizikai aktivitás gyakorisága az MH EK, az MH BHK és az MH 59. alakulatoknál valamennyi korcsoportban esetében magasabb volt a honvédségi átlagnál.
- A pszichoszomatikus tünetek gyakorisága az MH AA alakulatánál és az MH LEK alakulatánál valamennyi korcsoportban meghaladta a honvédségi standard értéket, de szignifikáns eltérés az egyes korcsoportok vonatkozásában nem igazolódott.

További megállapítások:

- Két alakulat vonatkozásában (MH 5. és MH 54.) az MH standardizált hányadosától nem volt eltérés a vizsgált egészségmagatartási mutatókban.
- Hét alakulat vonatkozásában (HM háttér, MH egyéb, MH VEK, MH PBRT, MH 93., MH 37., MH 86.) az egészségmagatartási mutatók eltérése az MH standardizált hányadosától nem volt szignifikáns.
- A korábban a légierő fegyvernem alá tartozó alakulatok (MH 54., MH 86., MH PBRT, MH 25/88.) egészségmagatartási mutatói az MH 12. és az MH 59. kivételével jobbnak mutatkoztak, mint a szárazföldi fegyvernemhez tartozó alakulatok mutatói.

A korspecifikus mutatókból megállapítható, hogy:

- 1) A dohányzás és a minőségi táplálkozás alakulására az életkor pozitív hatással van, ami a korspecifikus mutatók alakulásának kedvezőbb életkori tendenciájában érhető tetten;
- 2) A testmozgás és a folyadékfogyasztás alakulására az életkor negatív hatással van, ami a korspecifikus mutatók kedvezőtlenebb életkori tendenciájában érhető tetten;
- 3) A táplálkozás rendszerességének alakulására az életkor nincs jelentős hatással, erre utalnak a viszonylag állandó korspecifikus mutatók.

Összességében, jelen vizsgálatomban számos alakulatonkénti és azon belül is korcsoportonkénti változatosságot mutató, az egészségi állapotot befolyásoló egészségmagatartási mutató státuszát határoztam meg az MH standardjához viszonyítva. Az eredmények birtokában - a területi egyenlőtlenségek csökkentése érdekében - egyrészt indokolt az alakulat specifikus prevenciós cselekvési tervek kidolgozása és bevezetése, másrészt a konkrét eredmények ismeretében célszerű az adott egészségmagatartási mutató háttérében álló tényező(k) pozitív irányú befolyásolása (pl. pszichés munkakörnyezet javítása, az egyéni fizikai felkészülésre fordított idő kihasználása, az infrastrukturális környezet javítása, a közétkeztetési szempontok újra definiálása, egészséget támogató programok biztosítása, stb.).

A negyedik fejezetben a Magyar Honvédség 2011. és 2012. évi kötelező egészségügyi szűrővizsgálatának összesített adatbázisán először - a dohányzás, a mennyiségi és minőségi táplálkozás, a folyadékfogyasztás, a fizikai aktivitás, a túlsúly, a vélt egészség és a pszichoszomatikus tünetek, mint legfőbb – egészségmagatartási tényezők korcsoportos prevalencia értékeit mutattam be. Majd indirekt standardizálás módszerével meghatároztam a Magyar Honvédség belső saját egészségmagatartási standardjait és ezekhez viszonyítottam a különböző alakulatok mutatóit. Az eredményeket a Magyar Honvédség rizikó-térképén összegeztem, melynek alapján valamennyi alakulat esetében meghatároztam az adott alakulatra vonatkozó egészségfejlesztési tevékenységek prioritási sorát.

„Az egészség az egyén optimális teljesítőképességének az az állapota, ami azoknak a szerepeknek és feladatoknak a betöltésére teszi képessé, amelyre szocializálódott.”

(Parsons)

5. A honvédségi egészségfejlesztés új irányai

Az előző fejezetben bemutatott vizsgálati eredmények az előkészületben lévő Magyar Honvédség Egészségfejlesztési Stratégiájának, valamint az ehhez kapcsolódó cselekvési terv, vagyis a munkahelyi egészségtervek elkészítésének kiinduló pontját adják. Ahhoz azonban, hogy alakulati szinten hatékony egészségfejlesztési programok kerülhessenek bevezetésre, szükséges áttekinteni a főbb elméleti kereteket.

5.1. Az egészségfejlesztés elméleti keretei

Az egészség nem statikus állapot, sokkal inkább viselkedés, magatartás, folyamat, amely az egyensúlyteremtést célozza, azaz a személyiség, mint dinamikusan fejlődő nyílt rendszer adekvát válasz-készlete a mindennapi kihívásokra.

Az ENSZ definíciója szerint „az egészség megőrzése olyan fogalom, amely az egészséget elősegítő életmód, és az ezt ösztönző társadalmi, gazdasági, környezeti és személyes tényezők támogatását öleli fel”. A definícióból következik, hogy az egészségfejlesztésnek alapvetően két formája létezik az egyéni és a közösségi egészségfejlesztés. A közösségi egészségfejlesztés a mindennapi élet színterein valósul meg (pl. lakóhely, munkahely, iskola), ahol a pozitív közösségi minta megkönnyíti az egyén számára az „egészségesebb” választását.

Az egészségfejlesztés modern koncepciója középpontjában életmódunk megváltoztatása áll. Az Ottawai Charta (1986)⁶⁹ az egészségfejlesztést egy olyan folyamatként határozta meg, mely képessé teszi az egyéneket és közösségeket az egészségük feletti kontrollra, azaz életmódjuk és környezetük befolyásolására. Az egészségfejlesztés az egészség megtartására, előmozdítására és fejlesztésére fókuszál, ami több az egészséget veszélyeztető kockázati tényezők elkerülésénél. Az életmód átalakítását jelenti.

Az egészségfejlesztésben azonban többféle szemléletmóddal találkozhatunk, csakúgy, mint az egészségdefinícióknál, vagy az egészségmodelleknél. Az egészségmodellek központi eleme, hogy milyen módon definiálják az egészség fogalmát, hiszen az egészséget meghatározó, befolyásoló tényezők összetett hatásrendszere ennek megfelelően kerül bennük feltérképezésre. Az egészségmodellekben szereplő egészségdefiníciók különbözősége és az egészséget befolyásoló tényezők sokfélesége miatt az egészségfejlesztés gyakorlatában is eltérő szemléletmódok érvényesülnek.

- 1) Az *orvosi vagy preventív szemlélet* a betegségek kialakulásának megelőzését hangsúlyozza, az egészségmegőrzés fő eszközének a primer prevenció programokat, a megelőzés rizikócsoport stratégiájának alkalmazását tartja.
- 2) Az *egészségnevelési szemlélet* az adekvát egészségnevelés és tanácsadás fontosságát emeli ki az egészségmegőrzésben, fő feladatának ítéli az egészségmagatartás tudatos alakítását.
- 3) Az *életmód-változtatási szemlélet* az életmóddal összefüggő rizikófaktorok feltárását és a rizikóhelyzet ismeretében az életmód-változtatást biztosító intervenció jelentőségét hangsúlyozza.

⁶⁹ Ottawa Charter for Health Promotion. World Health Organization, Ottawa, http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa-charter_hp.pdf, 1986. Letöltési idő: 2011. május 25.

- 4) Az *öntevékenységre és a közösségi munkára alapozó szemlélet* az egyén és a közösség együttműködését tartja fontosnak az egészségmegőrzésben, kiemelve a civil szervezetek és a kisebb közösségek kezdeményezéseit.
- 5) A *társadalmi változást sürgető vagy radikális szemlélet* célja az egészségi állapotban meglévő egyenlőtlenségek csökkentése, a szükségletekre reagáló egészségpolitika kialakítása. Módszertanilag a megelőzés populációs stratégiájának alkalmazását részesíti előnyben, és fontosnak tartja az egészségmegőrzés interszektoriális megközelítését.

Az egészségfejlesztés gyakorlatában e szemléletmódok együttes érvényesítésére kell törekedni, felhasználásuk aránya a probléma függvénye lehet. Az egyes szemléletmódok kizárólagos vagy domináns alkalmazása az egészségfejlesztést egyoldalúvá teszi és csökkenti annak eredményességét.

A helyzetet tovább árnyalja, hogy az utóbbi években már egyre több szó esik az ún. negyedleges (kvaterner) prevencióról, ami a túlzott medikalizációt (a szükségtelen vagy felesleges egészségügyi beavatkozásokat és ezek negatív következményeit) igyekszik csökkenteni, megelőzni. A napjainkban leginkább elterjedt percepciók egészségmodellhez a prevenciók szintek a 24. ábrán látható mátrix szerint határozhatók meg.

Prevenció szintjei		Orvosi oldal (Objektíven diagnosztizált betegség)	
		Van	Nincs
Páciens oldala (Betegségérzet)	Van	Betegségérzettel kísért betegség Tercier prevenció	Betegség nélküli betegségérzet Kvaterner prevenció
	Nincs	Betegségérzet nélküli betegség Szekunder prevenció	Jóllét betegség nélkül Primer prevenció

24. ábra: Prevenciók szintek

A modell értelmében az egészség szubjektív érzete akkor is előállhat, ha valaki krónikus beteg, az egyének betegség által kiváltott stressz kezelésük függvényében helyezhetők el egy egészség – betegség „egyenesen”, tehát a szubjektív betegség érzet és az objektív betegség megléte elválhat egymástól.

A '90-es évektől kezdve a preventív intervenciók klasszifikációs rendszerében három változatot különítettek el, a megelőzés célcsoportjainak figyelembevételével. Ennek alapján beszélhetünk az univerzális (általános) prevencióról, a szelektív (javallott) és a célzott prevencióról.

Az életmód egyik megnyilvánulása az egészségmagatartás, mely minden olyan viselkedés, amelyet a személy azzal a céllal végez, hogy védje, elősegítse, vagy fenntartsa egészségét függetlenül az általa észlelt egészségi állapottól és attól, hogy az adott viselkedés objektíven hatékony-e. Az egészségmagatartás, az egészséghez hasonlóan több – olykor egymással is összefüggő – komponens eredőjeként alakul. Az egészségmagatartást befolyásoló demográfiai faktorok közül Sarafino⁷⁰ három tényezőt emel ki:

- (1) *szocioökonómiai státusz* (SES): az alacsonyabb SES alacsonyabb várható élettartammal és több egészségkárosító viselkedéssel társul, melynek oka lehet az alacsonyabb iskolázottság, ismeretek hiánya;
- (2) *életkor*: felnőttkorban az életkorral párhuzamosan nő a tudatos viselkedés aránya;
- (3) *nem*: a férfiakra jellemzőbb a rizikómagatartás magasabb szintje (többet dohányoznak, több alkoholt fogyasztanak, veszélyesebb hobbikat és munkahelyet választanak).

Az egészségmagatartást és annak egyéni mintázatát, az egészséges életmódot meghatározó (segítő és nehezítő) tényezőket az egészségpszichológiai modellek vizsgálják. Matarazzo⁷¹ (1984) az egészségmagatartás két formáját különíti el:

⁷⁰ Sarafino, E.: Current Perspectives on Health and Illness. In: Sarafino, E. and Smith, T.(eds), Health Psychology: Biopsychosocial Interactions 7th edition (pp.12-15). 2010. New York: John Wiley and sons

- (1) Preventív (megőrző vagy immunogén) magatartásformák (pl. egészséges táplálkozás, fizikai aktivitás, szűrővizsgálatokon való részvétel), melyek háttérében főként a kognitív elemek a meghatározóak (erre utal, hogy az egészségmegőrző/egészségvédő magatartásformákat gyakran egészségtudatos magatartásformák néven is emlegetik).
- (2) Rizikó-, kockázati-, vagy patogén magatartásformák (pl. dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás), melyek háttérében a nem tudatos, érzelmi motivációk játszanak főként szerepet.

Az elméleti keretek bemutatásából láthatjuk az egészségfejlesztési programok kialakításánál az állomány demográfiai adatai (nem, kor, iskolázottság), az egészségi állapot, annak szubjektív megítélése, az életmódban megnyilvánuló egészségmagatartás (rizikó vagy protektív) mind-mind differenciálják a tervezett program célcsoportjait, a programok kiválasztását és a megvalósításuk formáit is. Ebből adódik, hogy egyforma, minden alakulatra egyformán hatékony komplex egészségfejlesztési tevékenység nem létezik, azonban az egységes szemléleten alapuló, egészségfejlesztési protokollok bevezetése és alkalmazása képessé teheti a közösségeket az egészségük feletti kontrollra, azaz életmódjuk és környezetük befolyásolására.

5.2. A munkahelyi egészségfejlesztési programok

Magyarország Alaptörvénye XVII. cikkely (3) pontja kimondja, hogy „Minden munkavállalónak joga van az egészségét, a biztonságát és a méltóságát tiszteletben tartó munkafeltételekhez.”, továbbá a XX. cikkely (1) pontja értelmében „Mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez. Az Európai Közösség 89/391/EEC számú keretutasításával összhangban született meg az 1993. évi XCIII. Munkavédelmi Törvény, ami kitér a munkahelyek szerepére az egészség

⁷¹ Matarazzo, J. : Behavioural immunogens and pathogens in health and illness. In: Hammonds, B. and Scheirer, C. (eds), Psychology and health (pp. 201-203.) 1984. Washington: American Psychological Association

megőrzésében. Ennek szellemében az elmúlt években országos szintű megelőző programok indultak az elmúlt években, melyek közül a legfontosabb a 2003-ban elfogadott Nemzeti Népegészségügyi Program (Az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programja), melynek egyik alap pillére az egyének, csoportok, intézmények és közösségek részvétele és felelőssége az egészség fejlesztésében. A program komponensei közül kiemelkedő a szintér program, melyek az élet azon közösségi színtereinek (munkahely, település, iskola) egészségesebbé tételét szolgálják, ahol az emberek az idejük nagy részét töltik. A munkahelyi szintér részprogram azt a célt tűzi ki, hogy az Egészséges Munkahelyekért mozgalom szélesedjen ki, kormányzati, önkormányzati munkáltatók is lépjenek be az egészséges munkahelyek körébe, illetve, hogy a munkahelyi önkéntes kölcsönös egészségpénztárak kiemelt partnerként jelenjenek meg a munkahelyi egészségfejlesztésben (MEF).

A munkahelyi egészségfejlesztési programok megjelenésének elsődleges kiváltó oka a dolgozók betegsége miatt a munkáltatókra nehezedő költségek radikális megnövekedése volt. A dolgozók hiányzása jelentős költségeket ró a vállalatokra. A programok célja tehát elsősorban a dolgozók egészségének javításán keresztül a költségek csökkentése volt. Időközben azonban kiderült, hogy a munkahelyi egészségfejlesztési programoknak a fentiekén kívül egyéb kedvező hatásai is vannak, melyek közvetett módon szintén javíthatják a vállalat eredményességét.

A munkahelyi egészségfejlesztés olyan modern vállalati stratégia, amely megcélozza, hogy a betegségeket a munkahelyen előzzék meg, növeljék az egészségesség lehetőségeit és a munkahelyi jólétet. E célok elérése érdekében szélesebb eszköztárat kell bevetnie, mint a hagyományos munkavédelemnek, nevezetesen a munkaszervezet ez irányba történő orientálását és a személyiségfejlesztést. A MEF magában foglalja az összes olyan, az alkalmazottak, a munkaadók és a civil szervezetek által közösen hozott intézkedést, amelyek a dolgozó emberek egészségét és jólétét szolgálják. A munkahelyen, mint egészségfejlesztési szintéren baleseteket és betegségeket lehet megelőzni, egészséges és biztonságos munkakörülményeket lehet kialakítani, terjeszteni lehet olyan

ismereteket és módszereket, amelyek az egészségtudatos magatartást és életmódot segítik megvalósítani.

A munkahelyi egészségfejlesztés alapelvei⁷²:

1. Költséghatékony
2. Elismeri és támogatja a munkahelyi egészség és biztonság fontosságát
3. A munkahely által kivitelezett
4. A munkahelyi egészségproblémák beazonosítását célzó szükségletfelmérésre épül
5. Önkéntes részvételt igényel
6. Az egészségfejlesztési alapelvek gyakorlatát magában foglalja
7. Fenntartható jellegű
8. Elfogadja a szociális igazságosság alapelveit
9. Értékelési eljárásokat is magában foglal
10. Szükség esetén vegyes stratégiákat alkalmaz
11. A családtagokat is bevonhatja, amennyiben szükséges
12. Figyelembe veszi a munkahelyi politikát, kultúrát, szerkezetet és jogi szabályozásokat

A munkahelyi egészségfejlesztési programok az Egyesült Államokból indultak a 1970-es évek végén, ahol a munkáltatók az egészséggel kapcsolatos költségeket akarták csökkenteni e programok bevezetésével.⁷³ Az 1980-as években az ún. „wellnessprogramok” terjedtek el elsőként, amelyek elsősorban a munkavállalók egészségét veszélyeztető rizikófaktorok megszüntetésére, illetve csökkentésére irányultak (pl: szűrések, stresszkezelő tréningek, táplálkozási tanácsadás, testedzésre ösztönzés, egészséginformációs szemináriumok, stb.), s többnyire csak egy-egy rizikófaktorra, a betegségek megelőzésére, illetve a munkavállalók életmódjának megváltozására fókuszáltak. Hatóköre már a munkavállalók egészségét közvetve befolyásoló szervezeti, környezeti és társadalmi determinánsokra is kiterjedt, az

⁷² GÁBOR Edina, KISS Júlia: Munkahelyi egészségfejlesztés- a minőség jegyében II. In: Egészségfejlesztés, 50 (5-6):3-11. 2009. p. 10.

⁷³ GÁBOR Edina, KISS Júlia: Munkahelyi egészségfejlesztés- a minőség jegyében I. In: Egészségfejlesztés, 50(4):2-8. 2009.

1990-as évektől interdiszciplináris megközelítése a vállalati kultúra integráns részévé vált.

A munkahelyi egészségfejlesztési tevékenység legelterjedtebb tipológiája alapján léteznek egyéni, szervezeti és a kettő kombinációján alapuló megközelítésmódok.⁷⁴

Az egyéni megközelítésmód alapján a munkavállaló saját maga felelős egészségi problémáiért, a munkáltató csupán segítséget nyújthat a jobb egészségi állapot eléréséhez ismeret-és készségfejlesztő, attitűdváltozást elősegítő programok segítségével. E szemlélet alapja az a feltételezés, hogy a hiányzó képességek és ismeretek megszerzése után a munkavállalók egészségesebb életmódot folytatnak majd. Számos problémát is felvet e megközelítés: az egyéneket hibáztatja, növelheti a munkavállalók pszichés megterhelését, büntudatképző hatású lehet. Emellett az ilyen típusú programoknak az egészségi állapotra csak kevés és rövid távú pozitív hatásuk van. Ezzel együtt ezek a programok népszerűek, mivel olcsóbbak, könnyebben megvalósíthatóak és értékelhetőek. Módszereiket tekintve változatosak lehetnek, irányulhatnak a munkavállalók egészségével kapcsolatos tudatosságának fokozására, ismereteinek bővítésére, másrészt életmódjuk megváltoztatására (alkalmazkodási stratégiák, relaxációs és meditációs technikák oktatása, stresszkezelő tréningek).

A szervezeti megközelítésmód az egyénről a munkahelyi szervezetre helyezi a hangsúlyt. A munkahelyi ártalmak azonosítása után igyekeznek megelőzni vagy csökkenteni azokat, pl. a munkahelyi stressz csökkentését célzó szervezeti változtatások, képzési lehetőségek biztosítása, a vezetők számára szervezett képzések (pl. a munkahelyi stressz kezelésével kapcsolatban). Ezek a programok költségesebbek és nehezebben kivitelezhetőek és értékelhetőek. A program hatása nehezen különíthető el az egyéb hatásoktól, de emellett sokkal hosszabb távú hatásokkal bírnak és így költséghatékonyabbak is. Az egyén és a szervezet találkozási pontjára irányuló megközelítésmód célja, hogy javítsa és hatékonyabbá

⁷⁴ JUHÁSZ Ágnes: Az egyéni és a szervezeti fókuszú munkahelyi egészségfejlesztés. Doktori disszertáció. ELTE PPK Pszichológiai Doktori Iskola, Budapest, 2007. p.67.

tegye egyén és szervezet találkozását. Ezen programok keretében kommunikációs stratégiákat tanítanak, társas támogatottság javítására csapatépítő programokat szerveznek vagy munkacsoportokat alakítanak át.

A szalutogenetikus szemléletmód⁷⁵ Antonovsky felfogásában a hangsúlyt a munkahelyi károsító tényezők és stresszorok tanulmányozásáról a munkahelyi egészségfejlesztési faktorok kutatására helyezi át. Az elmélet szerint minél nagyobb koherencia érzékkel rendelkezik valaki, annál valószínűbb, hogy megfelelő módon tud megküzdeni a ránehezedő munkahelyi pszichoszociális stresszorokkal.

A munkahelyi egészségfejlesztés kulcsindikátorai:

1. Részvétel: a teljes munkahelyi gárda bevonása minden tevékenységi fázisba
2. Projektmenedzsment: probléma megoldási ciklus alapján kell felépülniük: szükségletfelmérés, prioritások meghatározása, tervezés, végrehajtás, folyamatos monitorozás és értékelés.
3. Integráció: a programokat a munkahely általános vezetési gyakorlatába kell integrálni, törekedni kell arra, hogy megfelelően illeszkedjenek a szervezet hosszú távú tervébe és filozófiájába.
4. Átfogó szemlélet: a programoknak egyéni és szervezeti, környezeti megközelítésű intézkedéseket egyaránt magukban kell foglalniuk.

Napjainkban minden munkavállalót törvényesen is megillet a foglalkozás-egészségügyi ellátás, ez azonban inkább csak az egészség szomatikus oldalát érinti, vagyis önmagában nem elegendő a munkavállalók egészségének fejlesztéséhez. Emiatt is szükség van olyan komplex kezdeményezésekre, amelyek a dolgozók egészségi állapotának minden aspektusát felölelik. Ez a munkahelyi egészségfejlesztés koncepciójának alapgondolata, amely olyan folyamatos és tervezett tevékenység, amelynek során egészségesebbé alakítjuk a munka- és életkörülményeket, illetve a munkavállalókat megtanítjuk arra, hogyan vegyenek részt saját egészségük fejlesztésében. A munkahelyi egészségfejlesztés elsődleges

⁷⁵ ANTONOVSKY, A.: Health promoting factor at work: the sense of coherence, In: Psychosocial factors at work and their relation to health. Eds. Kalimo, R.:El-Batavi, M.A., Cooper,C.L. WHO, Geneva, p. 153-167.

célja a munkavállalók fizikai, szellemi és szociális közérzetének javítása-fejlesztése, az elkerülhető megbetegedések és balesetek megelőzése munkahelyi egészségfejlesztési programok formájában, a munkavállalók aktív részvételére alapozva.⁷⁶

5.3. A jövő: az alakulati egészségterv

A katonai védelmi szektor hatékony működésének szempontjából a megelőzésnek kiemelt szerepe van a személyi állomány indokolatlan és idő előtti elhasználódása, felesleges túlterhelése, a foglalkozási ártalmak kialakulása elleni fellépésben, valamint az egészségi, pszichés és fizikai állapot fenntartásában egyaránt.

Az egészségmegőrzés, egészségfejlesztés, mint kötelező szakmai feladat súlyát jelzi, hogy a tevékenység a Magyar Honvédség Szolgálati Szabályzatának (Ált.23) több pontjában is szabályozásra került:

81. q) az egységparancsnok kísérelje figyelemmel az alárendeltek egészségi, pszichikai és fizikai állapotát, gondoskodjék a számukra előírt munkakörülményekről és az egészséges életmódra való nevelésükről, óvja egészségüket és testi épségüket

84. c) az egységparancsnok-helyettes segítse az egység sportbizottságának tevékenységét, irányítsa a személyi állomány fizikai felkészítésével, fizikai alkalmassági követelmények teljesítésének ellenőrzésével, katonasportjával, valamint a drogmegelőzéssel kapcsolatos feladatokat

92. k) az egység logisztikai főnök tegyen javaslatot az étkezési idő meghatározására, ellenőrizze a (külső szolgáltató által) megvalósuló étkezés színvonalát, pozitív és negatív hangulati hatásait, észrevételeit jelentse az egységparancsnoknak

102. l) az egység egészségügyi főnök (egészségügyi központ parancsnok) szervezze és végezze az egészségvédelmi, egészséges életmódra nevelési, egészségfejlesztési és drogmegelőzési felvilágosító munkát.

⁷⁶ JUHÁSZ Ágnes: Munkahelyi egészségpszichológia, oktatási segédanyag, Munka- és Szervetpszichológiai Szakképzés, Budapest, 2003. p. 48.

A Szolgálati szabályzat tehát az alakulatok vonatkozásában pontosan meghatározza az egészségfejlesztési tevékenységben résztvevők körét, feladatait.

Az egészségfejlesztési tevékenység központi, stratégiai szabályozásának vonatkozásában „a Magyar Honvédség feladatával kapcsolatos közegészségügyi-járványügyi követelményekről, azok ellátásának, valamint az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálattal való együttműködésének rendjéről” szóló 21/2003. (VI.24.) HM-ESzCsM együttes rendelet irányadó, mely szerint az Magyar Honvédség Egészségügyi Központ Közegészségügyi és Járványügyi Szolgálata (továbbiakban: MH EK KJSZ) az egészségfejlesztési tevékenysége keretében szervezi és összehangolja, irányítja és felügyeli a személyi állomány körében az egészség megőrzését, a betegségek megelőzését szolgáló programok és az egészségnevelési tevékenység végrehajtását, a korszerű egészségkultúra elterjesztését.

Az alakulatoknál végzett egészségfejlesztési tevékenység, vagy más néven munkahelyi egészségfejlesztés, olyan folyamatos és tervezett tevékenység, amelynek során egészségesebbé alakíthatóak a munka- és életkörülményeket, illetve az állomány megtanítható arra, hogyan vegyenek részt saját egészségük fejlesztésében. Célja a fizikai, szellemi és szociális közérzet javítása-fejlesztése, az elkerülhető megbetegedések és balesetek megelőzése munkahelyi egészségfejlesztési programok formájában, a résztvevők aktív részvételére alapozva.

Az alakulati egészségfejlesztés érdekében hozható intézkedések, lehetőségek:

1. Alakulati egészségterv készítése
2. Egészségtudatos humánpolitika kialakítása
3. Alakulati egészségfejlesztés tervezése, végrehajtása, értékelése
4. Társadalmi felelősségvállalás

Az alakulati egészségfejlesztésnek, mint minden egészségfejlesztési tevékenységnek az alapja egy egészségterv. Az egészségterv - célrendszerét tekintve - végső soron az egészségről szól, de nem az egészségügyi ellátás terve. Nem pusztán több, hanem valami egészen más. Nem egy hatóság, vagy néhány ember elképzeléseit tükröző feladatterv, hanem a színtereken, az alakulatoknál élők közös akaratát összegző

cselekvési program - melynek közvetlen és közvetett célja az egészségi állapot és az életminőség javítása egy adott katonai közösségben. Más megközelítésben, egy olyan közösségi problémakezelési módszer, amely az érintettek aktív részvételére épít.

Az egészségterv célja elsősorban az aktív cselekvés az egészségért, az egészséges munkahelyi közösség kialakulásáért, erősödéséért. Másodsorban az egészséggel kapcsolatos problémák belátható időn belüli megoldásának esélyét növeli a közösség szellemi és anyagi erőforrásainak bevonásával. Végül, de nem utolsó sorban célja az életminőség és egészség, mint „rendező elv” segítségével a közösség építése.

Az egészségterv tulajdonképpen egy stratégia, mely az adott alakulati szintér állományának egészségét hivatott támogatni, fejleszteni (promotálni). Egy tervezett, irányított változás, a közösségi problémák menedzselésének speciális „technológiája”, mely a 25. ábrán látható modellbe foglalható.



25. ábra: Az Egészségterv modellje

A 25. ábrán jól látható, hogy az egészségterv egy komplex programtervezet, amely egy adott közösség életminőségének, életfeltételeinek javítását szolgálja. Nem statikus programtervezet, hanem folyamat, amely magába foglalja:

1. A kiinduló helyzet felmérését (állapotleírás-egészségkép): az adott alakulathoz tartozó állomány egészségét, életminőségét befolyásoló tényezők leírása.
2. A célok meghatározását (az állapotleírásban meghatározott problémák kezelésével kapcsolatos rövid-, közép- és hosszútávú egészségfejlesztési célokat, stratégiákat, melyek érdekében tevékenykedünk).
3. A konkrét cselekvési terveket (konkrét intervenciók, teendők, javaslatok, programok a probléma kezelésére).
4. Az egészségterv folyamatos külső-belső kommunikációját, valamint a folyamatos értékelést, monitorozást, visszacsatolást.

Az egészségterv három fő fázisának (helyzetelemzés- stratégia-cselekvési terv) összhangban kell lennie, vagyis a stratégia a helyzetelemzésre, a program pedig a stratégiára épül. A jól megfogalmazott egészségterv értékkevető, attitűdformáló, pozitív változásokat generáló, együttgondolkodást igénylő „közös vállalkozás”, mely az adott katonai szervezet szereplőinek közreműködésével valósul meg.

Ma már elengedhetetlen követelmény, hogy tevékenységünket tudományos bizonyítékokra alapozottan végezzük, hogy teljesítményünket folyamatosan monitorozzuk és értékeljük (egészség-hatáselemzés, értékelés); hogy szolgáltatásainkat folyamatosan fejlesszük (új módszerek alkalmazása, tudásmenedzsment); hogy az univerzális megközelítés helyett kockázatarányos, kockázatbecslésre alapozott kockázatmenedzsment tevékenységet végezzünk.

Az alakulati egészségfejlesztési tevékenység feltételezi egy olyan egészségi állapot monitoring rendszer kiépítését és működtetését, mely alkalmas arra, hogy megállapítsa az egészségi státuszt, monitorozza és detektálja a változásokat, a kockázati faktorok regisztrálásával előre jelezze a megbetegedések kialakulásának lehetőségét, meghatározza a további ellátás, kezelés, gondozás szintjeit és formáit.

5.4. A komplex életmódváltást megcélzó preventációs modell program

A továbbiakban bemutatásra kerülő egyéni fókuszú modell program egy olyan komplex, többlépcsős preventációs egészségfejlesztési program, mely a MH személyi állományában egyéni szinten képes (abszolút és relatív) kockázatot becsülni az egészséget veszélyeztető állapotok, betegségek kialakulásával kapcsolatban, valamint kockázati csoportra, személyre szóló beavatkozási felületet ad a befolyásolható rizikótényezők minimalizálása érdekében.

Célja, hogy olyan általános jellegű, mindenki által betartható életmódbeli alapelveket adjon az állomány kezébe, melyeket ki-ki a maga személyiségének megfelelően - a saját egészsége érdekében - a mindennapi életébe különösebb nehézség nélkül be tud építeni és azt hosszútávon alkalmazni tudja. Célja továbbá a kockázati tényezők elkerülésének biztosítása során a pszichés megküzdés javítása mind a hétköznapi stressz forrásokkal, mind a speciális, fegyveres testületekre jellemző kockázati tényezőkkel szemben.

A modell program jellege szerint a szűrővizsgálati eredményekre alapozott, egyéni kockázatprofilnak megfelelő, célzott egészségfejlesztési tevékenység, - melynek részét képezi a klasszikus egészségügyi/népegészségügyi tevékenységen túlmenően (szűrővizsgálatok elvégzése, egyéni kockázatprofil meghatározása, életkilátások számszerűsítése, szükség szerinti szakellátás) az egészséges életmód kialakítását elősegítő pszichológiai „vezetés”, valamint a táplálkozási és testmozgási tanácsadás, - melyet az alakulatoknál jelenlévő orvos, testnevelő, pszichológus szakemberek is nyújthatnak.

A modellprogram szerkezetileg több egymás hatását erősítő modulból tevődik össze, melyek közül valamennyi modul központi célkitűzése az egészségtudatos magatartás kialakítása, az esetlegesen fennálló kockázati tényezők lehetőség szerinti eliminálása.

A modellprogram szerkezeti felépítését tekintve két nagy részre tagolódik, a szűrővizsgálati rész és az életmód program. Az életmód program, az esetleges rizikótényezőknek megfelelően további négy blokkra oszlik:

1. Pszichoeducációs, mentálhigiénés blokk
2. Testmozgási blokk
3. Dohányzás leszokást támogató blokk
4. Táplálkozási blokk

Szűrővizsgálati rész

Ebben a részben történik az éves egészségügyi szűréshez használt adatlap felvétele, az eredmények kiértékelését követően a főbb krónikus nem fertőző betegségek, valamint a helytelen életmódból adódó kockázati tényezők figyelembevételével számszerűsített egyéni kockázati profil készül a vizsgálaton résztvevő személyről.

A szűrővizsgálat elvégzését követően a modellprogram az eredmények értékelésével és ismertetésével folytatódik. A vizsgálaton résztvevő személlyel ismertetjük az egészségi állapotára vonatkozó adatokat (fizikális vizsgálatok, laborvizsgálatok, pszichológiai tesztek, kockázatbecslési eredmények). Természetesen amennyiben a szűrővizsgálati eredmények valamilyen betegség jelenlétére utalnak, a vizsgált személynél további vizsgálatokat végzünk, illetve továbbutaljuk az állapotának megfelelő szakellátási szintre. Amennyiben az egészségi állapotban elváltozás nem detektálható, de egészségfejlesztési tevékenységgel kedvező irányban befolyásolható rizikótényezők állnak fenn a vizsgált személynél, az életmódprogramban való részvétel lehetőségét ajánljuk fel.

Az életmód program rész

Az életmód programban az egyéni kockázatprofilnak megfelelő célzott egészségfejlesztési intervenciók tevékenységet végzünk. A program didaktikai szempontból, a főbb kockázati tényezőknek megfelelően 4 blokkból áll:

1. Pszichoeducációs, mentálhigiénés blokk: célja a pszichoszociális kockázati tényezők csökkentése (stressz, A-típusú személyiség, társas támogatás hiánya,

affektív zavarok). A pszichoedukációs blokkba azokat a személyeket irányítjuk, akiknél a szűrővizsgálati részben felvett pszichológiai tesztek alapján (MÁQ, SEMIQ) krónikus betegségek kialakulására vonatkozóan pszichés kockázat valószínűsíthető. A program résztvevőinél exploráció, további tesztek felvétele és pszichológiai támogatás (tanácsadás, relaxáció, AT) történik az egyéni szükségleteknek megfelelően.

2. Testmozgási blokk: célja a fizikai inaktivitásból eredő kockázat csökkentése. A testmozgási blokkba azokat a személyeket irányítjuk, akiknél a szűrővizsgálati adatok (testmozgásra vonatkozó itemek, szomatometriai mutatók) alapján a mozgásszegény életmódra visszavezethető betegségek illetve állapotok kialakulásának rizikója valószínűsíthető. A program résztvevőinél további vizsgálatok, felmérések történnek, melyek eredményeit figyelembe véve egyéni megközelítésű mozgásprogramot alakítunk ki. A résztvevők szakember segítségével sajátíthatják el a megfelelő mozgáselemeket, illetve egyéni edzéstervet kapnak.

3. Dohányzásról való leszoktatást elősegítő blokk: célja a dohányzásról való leszokás támogatása. A program résztvevői azok a dohányzó vizsgálati személyek, akik motiváltak a dohányzás abbahagyásában. A program résztvevőinél további kiegészítő műszeres vizsgálatokat (CO mérés, spirometria, arteriográf) végzünk, valamint pszichológiai tesztekkel vizsgáljuk fel. A program egyéni fókuszú és komplex megközelítésű melynek során a fiziológiai támogatást gyógyszeres terápiával, a pszichológiai támogatást mentálhigiénés tanácsadással és gondozással biztosítjuk.

4. Táplálkozási blokk: célja a helytelen táplálkozás következtében kialakuló krónikus nem fertőző betegségek prevenciója. A táplálkozási blokk résztvevői azok a személyek, akik a szűrővizsgálati rész eredményei (táplálkozásra vonatkozó itemek, szomatometriai mutatók és labor eredmények) alapján rizikótényezővel rendelkeznek a helytelen táplálkozással összefüggő betegségekkel kapcsolatban. A program résztvevői tájékoztatást kapnak az egészséges táplálkozással kapcsolatban, valamint egyénre szabott dietetikai tanácsadásban részesülnek.

Valamennyi blokk esetében az érintett kockázati tényező tekintetében további eszközös vizsgálatok, felmérések illetve személyes megbeszélések segítenek abban, hogy az egyéni szükségleteknek leginkább megfelelő programok kerüljenek kialakításra, figyelembe véve az egyén lehetőségeit a változások kialakításában és fenntartásában.

A program során alkalmazott intervenciós tevékenységek hatékonyságának mérésére, illetve az egyéni fejlődés ütemének monitorozására meghatározott időközönként kontroll vizsgálatok végezhetőek. Az esetlegesen felmerülő problémák kiküszöbölése érdekében az egyén számára a program során folyamatosan biztosítani kell a szükséges szakemberek elérhetőségét.

Tekintettel arra, hogy a szűrővizsgálatok elvégzésére, illetve a kapott eredmények értelmezésére vonatkozóan részletesen kidolgozott hazai és külföldi irányelvek és szakmai szabályok állnak rendelkezésre a szűrővizsgálati rész további bemutatására nem térek ki.

Az egészségfejlesztési intervenciók szakmai protokolljai, eljárásai lényegesen kevésbé pontosan definiáltak, igen sokféle módszer és eszköz használható az egyes rizikótényezők kedvező irányban történő befolyásolására, így ennek a területnek a részletesebb kimunkálása és bemutatása a program szempontjából kiemelten fontos.

A modellprogram, illetve az annak részét képező szűrővizsgálati adatlap bevezetése lehetőséget teremtett arra, hogy az egyén, illetve a közösség szintjén kockázat orientált egészségmegőrző programot dolgozzunk ki. Az egyén szintjén elsőrendű fontosságú szerepet kapna a kockázati faktorok kiszűrését követően a csapatorvosi rendelőben történő „gondozásba” vétel, illetve az egészségfejlesztés terén érvényesülő komplex egészségmegőrző tevékenység.

A gyógyító és megelőző tevékenység hatékony együttműködésével, illetve a szűrővizsgálati adatlapok korszerűsítésével és a felvett adatok feldolgozásához szükséges szoftver kifejlesztésével lehetőséget látok az MH teljes személyi

állománya egészségi állapotáról egy aktuális kép kialakítására, valamint annak folyamatos monitorozására. Mindez hozzájárulhatna az állomány egészségének fejlesztéséhez és a kockázati faktorok beazonosítását követően a betegségek kialakulásának megelőzéséhez.

5.5. A szakterület újratervezése a feladatok és a struktúra dimenziójában

A civil szférában ez évben valósult meg a népegészségügyi, egészségfejlesztési feladatok végrehajtásáért tett állami, kormányzati intézkedés a Társadalmi Megújulás Operatív Program (TÁMOP) keretében az Egészségfejlesztési szakmai Hálózat létrehozása. 2013. nyarán 58 Egészségfejlesztési Iroda (EFI) kezdte meg működését a járásokban és kistérségekben. Az EFI egy olyan új szolgáltatási forma az egészségfejlesztés területén, amely a lakosság számára ingyenesen, beutalási rendszer nélkül elérhető új szolgáltatásokat nyújt. Jelenleg az EFI-re épülő Lelki egészségfejlesztési központok kialakítása van folyamatban. Az egészségfejlesztési szakterület újra szervezése a katona egészségügyben is egyre sürgetőbb feladatként jelentkezik.

Az egészségfejlesztés hazai gyakorlatát áttekintve⁷⁷ elmondható, hogy a növekvő igényeknek és szakmai elvárásoknak való megfelelés érdekében elkerülhetetlennek látszik az egészségfejlesztési szakterület újratervezése és szervezése a feladatok-struktúra dimenzióiban. A honvédségi egészségfejlesztési tevékenységgel szemben támasztott új kihívásokat és a megoldást elősegítő szervezeti átalakításokat a következőkben foglalom össze.

A szakterület újratervezésének feladatok-struktúra dimenzióban történő kihívásainak meghatározásakor a peremfeltételeket (ti. egészségi állapot monitoring rendszer, prevenciók hálózat kialakítása, egészséghatás vizsgálatok) és szakmai kritériumokat

⁷⁷ SÓTÉR Andrea, HORNYÁK Beatrix, SZILÁGYI Zsuzsanna, NÉMETH András: Az egészségfejlesztés alapelvei, népegészségügyi prioritása – a munkahelyi egészségfejlesztés helyzete és stratégiai kihívásai a Magyar Honvédségben, Seregszemle, IX.évf., 1.szám, 36-58. 2011. p. 38.

(ti. interszektoralitás, konkrét cselekvési tervek, professzionális vezetés, elkülönített költségvetés) vettem alapul, melyek a hatékony népegészségügyi tevékenység végzéséhez elengedhetetlenek.

A MH szervezeti keretén belül végzett egészségfejlesztési tevékenységet mindezen szakmai kritériumoknak megfelelően kell átalakítani, ami jelentős kihívásként jelentkezik a szakterület számára. A szakmai kritériumok figyelembe vétele mellett különös tekintettel kell lennünk a speciálisan a honvédség keretein belül zajló haderővédelmi tevékenységekre, programokra is.

A NATO tagállamokban megvalósuló egészségfejlesztési programok tematikus összegyűjtése, az ún. jó gyakorlatok (good clinical practice) feltérképezése és adaptálása szintén kiemelt szerepet kell, hogy kapjon a minőségi kritériumoknak megfelelő egészségfejlesztésben.

A komplex, egyéni és szervezeti fókuszú egészségfejlesztési programok megvalósítása során figyelembe kell venni, hogy jelenleg szinte kizárólagosan egyéni fókuszú egészségfejlesztési tevékenység folyik a Magyar Honvédségben, azaz az egyén áll a beavatkozások középpontjában, őt próbáljuk meg a fennálló munkahelyi és egyéb megterhelésekkel szemben ellenállóbbá, egészségesebbé tenni. Ugyanakkor szakirodalmi adatok támasztják alá, hogy azok a komplex, longitudinális egészségfejlesztő programok, melyek ötvözik az egyéni és szervezeti fókuszt egyaránt- így foglalkoznak magukkal a munkahelyi, potenciálisan egészségkárosító körülményekkel is,- lényegesen hatékonyabbak.

A minőségi kritériumoknak megfelelő egészségfejlesztési tevékenység tervezéséhez, szervezéséhez elengedhetetlenek a konkrét cselekvési tervek, valamint a megvalósításhoz az eljárásrendek és protokollok. Az utóbbi években – tekintettel a minőségbiztosítási követelményekre - megkezdődött az eljárásrendek kidolgozása a tevékenység folytatása, várhatóan folyamatos és jelentős többlet feladatként lesz jelen a jövőben is.

Egyre sürgetőbb feladatként jelentkezik a közösségi egészségfejlesztő hálózat újrászervezése, valamint az egészségfejlesztést érintő új szabályozások (pl. belső utasítások, jogi normák) kidolgozása. Az egészségfejlesztés a személyi állomány harcképességének megőrzésében betöltött súlyát és jelentőségét tekintve nem tekinthető az egészségügyi szolgálat „belügyének”.

A hálózatosodás (network), irányában kell a rendszert fejleszteni oly módon, hogy a fejlődés motorja, az egészségfejlesztés koordinátora, szervezője, szakmai felügyelője a MH EK Védelem-egészségügyi Igazgatóság, a szakterület vezetői, irányítói tevékenységét a - szervezeti átalakítások miatt korábban megszüntetett – visszaállítandó beosztásként a MH prevenciós főszakorvos látna el. A további munkavégzéshez elengedhetetlen a stratégiai és taktikai szint szétválasztása.

A taktikai szint kialakítását prevenciós tiszti beosztások létesítésével lehetne megvalósítani, közvetlenül a parancsnok irányítása alatt. A stratégiai és taktikai szint közötti kommunikáció javítására, az összehangolt működés érdekében egy prevenciós főtiszti szint beiktatása megfontolandó az MH ÖHP és MH BHD alakulatoknál, szintén vezetési szinten. A különböző vezetési szintekhez rendelt feladatokat a 4.. számú táblázatban foglaltam össze.

Feladatcsoport	Stratégiai szint	Taktikai szint
Stratégia alkotás	A Magyar Honvédség teljes személyi állományára	Helyi hatáskörben
Egészségterv	Facilitálás, jóváhagyás, értékelés.	Elkészítés, felterjesztés, végrehajtás, jelentés.
Éves cselekvési tervek	Facilitálás, jóváhagyás, ellenőrzés, értékelés.	Elkészítés, felterjesztés, végrehajtás, jelentés.
Egészségfejlesztési programok	Információ és tudás transzfer (pl. protokoll, szakmai útmutató, modell-program), hatékonyságelemzés.	Tervezés, szervezés, lebonyolítás, jelentés.
Továbbképzés, kiképzés	Az egészségfejlesztői hálózat részére	A személyi állomány részére
K+F tevékenység	Kutatások előkészítése és végrehajtása; tudományos tevékenység koordinálása, tervezése.	Kutatások, felmérések iránti igény felterjesztése.
Kapcsolattartás, együttműködés	Civil szervezetekkel, országos hatáskörű szervezetekkel, bizottságokkal, az egészségfejlesztői hálózat szakembereivel. A NATO tagországok azonos feladatot ellátó szerveivel, a szakterület nemzetközi szerveivel.	Helyi civil szervezetekkel és szervezetekkel, a stratégiai szinttel.
Elemző, értékelő munka	Értékelő, elemző tevékenység, egészséghatás vizsgálatok, indikátorok fejlesztése	Adatok, információk felterjesztése.

4. Táblázat: A stratégiai és taktikai szinthez rendelt lehetséges feladatkörök⁷⁸

⁷⁸ Szerkesztette: Sótér Andrea

A tervezett strukturális átalakítás eredménye egy olyan egészségfejlesztési hálózat, amely hozzáadott értékeket képez, kihasználva azt a szinergiát, amit valamennyi érdekelt fél saját erősségének, motiváltságának „tőkésítése” jelent. A koncepcióban megfogalmazott struktúra lehetővé teszi a magasan képzett munkaerő lehető leghatékonyabb igénybevételét, lehetőséget ad nagyobb fokú specializálódásra, és elősegíti a bizonyítékokon alapuló egészségfejlesztés tudományelméletének és gyakorlatának fejlődését, a minőségi kritériumoknak való megfelelés elérését.

Figyelembe véve az egészségfejlesztési tevékenység interszektoriális jellegét a hálózat kialakításával egyidőben feltétlenül indokolt egy olyan szervezeti struktúra kialakítása mind a stratégiai, mind pedig a taktikai szinten, melyben az egyes szakterületek képviselője biztosított.

A stratégiai szinten, figyelembe véve a feladat dimenzióból adódó kihívásokat célszerű lenne visszaállítani a MH EK jelenleg is meglévő, Védelem-egészségügyi Igazgatóság struktúrájában az Egészségfejlesztési Intézetet, az MH prevenció főszakorvos irányításával, mely ismét integrálhatná az egészségfejlesztéssel kapcsolatos egészségtudományokat.

Az Intézet szervezeti kialakításában három osztály létrehozása lenne indokolt, a Népegészségügyi (az adatgyűjtő rendszerek felügyelete, működtetése, az adatok elemzése és feldolgozása érdekében), az Egészségvédelmi Osztály (melynek tevékenysége a primer-, szekunder prevencióra egyaránt kiterjedne), valamint az Egészségpszichológiai Osztály (melynek fő tevékenysége az egészségmagatartás változását elősegítő programok szervezése, tervezése, illetve a pszichoedukáció az egészségmegőrzés érdekében).

Az egészségfejlesztési tevékenység szerepét és súlyát tekintve szükségeltetik egy olyan koordináló, irányító szervezet is, amely átjár a honvédelmi tárca különböző szintjein, valamint a civil és katonai nem egészségügyi szférák között és ellátja a tárca és a szakma képviselőit (pl. nemzeti és nemzetközi üléseken), ez lenne az összehangolt működés elengedhetetlen feltétele.

A csapategészségügyi szolgálatok kritikus személyi infrastruktúrája évek óta ismert probléma, 2012-ben a Magyar Honvédségben 5 olyan alakulat volt (MH 25. KGYLD, MH VEK, MH 64. BSZJLE, MH PBRT, MH 37 MŰE), ahol egyetlen orvos sem volt katona (!), és két olyan alakulat (MH 25/88 KVZ, MH 34. BLKMZ), ahol egyáltalán nem volt csapatorvos. A 2012. évben mindösszesen 35 orvos teljesített szolgálatot a csapategészségügyi rendelőkben, a tényleges feltöltöttség 46,3% volt. Elmondható, hogy a folyamatos képesség és kapacitásvesztésnek kitett csapat-egészségügyi szolgálatok jelenleg még rendelkeznek egy szakmailag magasan képzett, átlagon felüli missziós tapasztalattal rendelkező, pozitív értelemben kiszerektálódott - magasan kvalifikált - személyi állománnyal, mely szinte erején és lehetőségein felül képes az egészségügyi haderővédelmi tevékenységek ellátására, a személyi állomány egészségének, testi épségének megóvására. Ugyanakkor megállapítható, hogy az egészségügyi haderővédelem „első frontvonala” az utóbbi években jelentősen meggyengült és túllépte a teljesítőképessége határát. A rendszer tovább már nem terhelhető.

A tervezett egészségfejlesztési feladatok koordinálása és végrehajtása, az alakulati egészségterv kidolgozása, taktikai szinten indokolja a prevenciók tiszti beosztások kialakítását. A prevenciók tisztek irányításával egy olyan munkacsoport alakulhat ki, melyben szerepet kap a prevencióban érintett valamennyi szakterület - különösen az egészségügyi szolgálat, az élelmezési szolgálat, a munkavédelmi tisz, a környezetvédelmi tisz, a katonai testnevelő, a csapatpszichológus, a személyügyi tisz és a tábori lelkesítő szolgálat tagja – és az alakulat vezetési szintjeinek képviselői is.

Az MH egészségfejlesztési tevékenységének professzionális vezetését biztosíthatná egyrészt a stratégiai szint elválása a taktikai szinttől, másrészt a vezetési és igazgatási szint kialakítása a MH EK szervezeti keretén belül. A vezetési, igazgatási szint tevékenységének segítésére egy operatív, kidolgozó, tanácsadó funkcióval ellátott Bizottság kialakítása megfontolandó, hasonlóan az MH Drogprevenciók Bizottsághoz. Tekintettel a drogfertőzöttségi mutatók kedvező alakulására, megfontolandó a jelenlegi MH Drogprevenciók Bizottság átalakítása MH Prevenciók Bizottsággá, melynek egyik tevékenysége vonatkozna a drogprevenciók feladatok ellátására is.

A legnehezebben megoldható problémát a tevékenység önálló költségvetésének megteremtése jelenti, melyre megoldást jelenthet az MH Prevenációs Bizottság létrehozása, mely önálló költségvetéssel biztosíthatná a forrásokat, illetve a csapat-egészségügyi ellátás finanszírozásában a prevenció, mint tevékenység önálló költségként (CRK kód) történő megjelenítése.

A jövő egészségfejlesztési tevékenysége nem választható el a honvédségi integrált egészségügyi információs rendszer fejlesztésétől. Olyan egységes egészségügyi információs rendszer kialakítására van szükség, mely biztosítja a honvédség egészségügyi szervezeti elemei között az egészségügyi adatok, információk elektronikus nyilvántartását, tárolását, feldolgozását és megbízható továbbítását. Ennek a rendszernek kell biztosítania továbbá a honvédség egészségügyi szolgálatának, valamint a missziók magyar egészségügyi szervezeteinek és a NATO egészségügyi szervezeteinek egymás közötti egészségügyi információ áramlását is. A fejlesztéshez kapcsolódó feladat az Egészségügyi információs vezetési rendszer hazai kialakítása és csatlakozás a NATO MEDCIS⁷⁹-hez.

Az ötödik fejezetben az egészségfejlesztés elméletének, az egészségmagatartást befolyásoló tényezőknek, valamint az egészségfejlesztés gyakorlatában meghatározó szemléletmódoknak az elméleti kereteit mutattam be abból a célból, hogy hatékony munkahelyi egészségfejlesztési tevékenységet tudjunk kialakítani. Bemutattam az egyéni és szervezeti megközelítésű munkahelyi egészségfejlesztés előnyeit és hátrányait és ezt alapul véve az alakulati egészségtervek kialakításának főbb lépéseit. A komplex életmódváltást megcélzó prevenció program egy olyan, a gyakorlatban is jól alkalmazható többlépcsős prevenció program, mely a népegészségügyi jelentőségű megbetegedések magatartási kockázati tényezőinek hatékony kezelésére és megelőzésére is alkalmas. Az egészségfejlesztési tevékenység előtt álló feladatokat áttekintve, a növekvő igényeknek és szakmai elvárásoknak való megfelelés érdekében elkerülhetetlennek látszik a honvédségi egészségfejlesztési szakterület újratervezése és szervezése a feladatok-struktúra dimenzióiban, melynek irányvonalait a fejezet végén mutattam be.

⁷⁹ MEDCIS: Medical Communications and Informations Systems

6. Összefoglalás

A hidegháború vége óta hatalmas változások mentek végbe a gazdasági, a szociális, a politikai és az egészségügyi környezetben is. A vasfüggöny korszaka után a NATO tagállamainak fegyveres erői komoly kihívások elé tekintettek: az egyik oldalon a megnyírbált védelmi kiadások, míg a másíkról az egyre és jelentősen növekvő költségek által szorongatva. Utóbbi a haditechnika és a munkaerő megdrágulása, de leginkább a sorozást felváltó önkéntes haderők térnyerése következtében alakult ki. Az aszimmetrikus hadviselésben megívott harcok megváltották a tömeghadseregekben alkalmazott eljárási elveket, nem a mennyiségi, hanem a minőségi elemek kerülnek előtérbe, azaz a jól és drágán kiképzett katona értékke vált.

Elmondható, hogy a Magyar Honvédség ma Magyarország egyetlen olyan munkáltatója, ahol kiemelten kezelik a preventív medicina kérdéskörét, fokozott figyelmet fordítva a munkavállalók egészségi állapotának megőrzésére a prevenció valamennyi szintjének (ti. primer-, szekunder-, terciér) összehangolt működtetésével. A honvédségen belüli preventív medicina arra törekszik, hogy tagjai egészségét ne csak megtartsa, helyreállítsa, hanem szervezetüket edzetté, a terheléseket, megpróbáltatásokat elviselővé, a betegségekkel szemben ellenállóvá tegye. A Magyar Honvédség egészségügyi szolgálata képes ezen feladatok elvégzésére, de a rendszerrel szemben támasztott egyre fokozódó követelmények indokoltá teszik a jelenlegi rendszer újragondolását a feladatok-struktúra tekintetében a hatékonyabb és minőségi kritériumoknak megfelelő munkavégzés érdekében.

A tudományos értekezésemben arra kerestem a válaszokat, hogy az egészségmagatartás egyes dimenziói milyen szinten állnak az állomány körében, és ezeket összehasonlítva a különböző helyőrségekben szolgálatot teljesítők mutatóival, milyen eltéréseket mutatnak. A különbségek hátterét kutatva feltételeztem, hogy a szolgálati, fegyvernemi ágak a differenciált egészségügyi-pszichikai és fizikai alkalmassági követelmények is befolyásolják a különböző helyőrségekben szolgálók egészségi állapotát. Az eredmények birtokában olyan egészségfejlesztési irányelveket határoztam meg, melyek véleményem szerint segítik a területi

különbségek feloldását és hozzájárulnak az egyes helyőrségekben szolgáló katonák egészségi állapotának javulásához és ezzel harcképességük megőrzéséhez.

A MH Egészségügyi Doktrínában megfogalmazott küldetés és az új típusú kihívásoknak való megfelelés érdekében az utóbbi években a katonai preventív medicina szemléletmódjának és tevékenységi körének átgondolása, újrafogalmazása és aktualizálása vált szükségessé. A szemléletmód újragondolása és újrafogalmazása eredményeképpen a klasszikus biomedikális szemléletet fokozatosan felváltotta a biopszichoszociális szemléleten alapuló magatartásorvoslás – mint ahogyan azt a szűrővizsgálat tudományelméleti hátterének ismertetésénél már részletesen kifejtettem – a gyakorlatban pedig a klasszikus rizikótényezők azonosításán túl egyre nagyobb szerepet kap az ún. nem hagyományos védőfaktorok felkutatása is.

Kifejtettem, hogy az egyén egészségét a legnagyobb arányban az életmód, illetve annak megnyilvánulása az egészségmagatartás határozza meg. Ahhoz, hogy eredményes egészségfejlesztési programokat alakítsunk ki és valósítsunk meg, feltétlenül ismernünk kell a legfontosabb rizikótényezőket, valamint azokat a faktorokat, amelyek a védelemben játszhatnak szerepet.

Bemutattam a hadseregben működő egészségügyi szűrővizsgálati tevékenység egyes szakaszait, fejlődését és az ehhez kapcsolódó adatgyűjtési rendszer kifejlesztését. A jelenleg is zajló, és még nem befejezett alkalmassági és szűrővizsgálati rendszer racionalizálásával kapcsolatos témakört nem tárgyaltam a disszertációban, tekintettel arra, hogy az intézményi struktúra átalakítása sem fejeződött be 2013. év végéig.

A csökkenő (anyagi, infrastrukturális és humán) erőforrások következtében szükséges az egészségfejlesztési intervenciók irányának szükségletorientált meghatározása, melynek első lépése az alakulati egyenlőtlenségek korrekciójára irányuló célzott egészségfejlesztés. Ennek érdekében kutatásomban az egészségmagatartás alakulati egyenlőtlenségeit tártam fel, melynek alapján az egészségfejlesztési intervenciók alakulat specifikus irányait határoztam meg.

6.1. Összegzett következtetések

Az éves kötelező egészségügyi szűrővizsgálatok elvégzése továbbra is indokolt, tekintettel arra, hogy a személyi állomány egészségi állapotának folyamatos és pontos monitorozása⁸⁰ az egészségügyi haderővédelem szempontjából nélkülözhetetlen. A szűrővizsgálati rendszer az egyetlen olyan adatbázis, amely megbízható információkat tartalmaz a személyi állomány egészségi állapotával, gyógykezelésével kapcsolatban, valamint a MH-ban végzett prevenciók munka tervezett, szakmai szempontból alátámasztott indikációjához nélkülözhetetlen adatokat tartalmaz. Bizonyítékokon alapuló (evidence based) egészségfejlesztési tevékenység a morbiditási és egészségmagatartási adatok pontos ismerete nélkül elképzelhetetlen.

Az időszakos egészségügyi szűrővizsgálati eredmények alakulását tekintve számos olyan, az MH állományára speciálisan jellemző kockázati faktor és ezek mintázata került azonosításra, melyek támogatják az egészség-megőrzési és prevenciók programok minél hatékonyabb kialakítását és lefolytatását. Mivel ahhoz, hogy sikeres egészségfejlesztési programot alakíthassunk ki, ismernünk kell a megbetegedésekhez és az egészségkárosító magatartásokhoz köthető legfontosabb rizikótényezőket, valamint azokat a protektív faktorokat, amelyek a védelemben játszhatnak szerepet. Ezek a kockázati faktorok speciális mintázatban vannak jelen számos megbetegedés esetében, melyek nemcsak a megbetegedés velejárájaként értékelhetőek, hanem az adott megbetegedés kialakulásában is szerepet játszanak. Így igen szerteágazó és az élet szinte minden területét átfogó kockázati faktor-listát kapunk, mely megerősíti a többszintű és több szálon egy időben, párhuzamosan futó egészség-megőrzési és prevenciók programok szükségességét.

A nyolc, az egészségi állapotot negatívan befolyásoló egészségmagatartási mutató (dohányzás, fizikai inaktivitás, elégtelen folyadékfogyasztás, nem kielégítő zöldség- és gyümölcsfogyasztás, kedvezőtlennek ítélt egészségi állapot és a

⁸⁰ Módszertani útmutató az egészségügyi szűrővizsgálati adatrögzítő program használatához (társszerző Héja Gábor), Magyar Honvédség Egészségügyi Központ egészségügyi főnökségi kiadványa (kiadás alatt, 2013.)

pszichoszomatikus tünetek gyakorisága) halmozottan van jelen az MH LEK, az MH BHK, az MH EK, az MH 12. és az MH 1. alakulatoknál. A mutatók javítása érdekében a javított prevenció, és egyes esetekben már a célzott intervenciók beavatkozások mielőbbi beindítása ill. folytatása indokolt.

A MH 5., és az MH 54. alakulatok eredményei az egészségmagatartási mutatók egyik dimenziójában sem voltak az MH belső, saját standardja alatt, vagyis az univerzális prevenciók tevékenység folytatása a jövőben is eredményes lehet az állomány körében. Az egészségmagatartási mutatók az MH belső, saját standardjától alig tértek el az MH 25/88., az MH 86., és az MH PBRT alakulatoknál, ami szintén az univerzális prevenciók tevékenység folytatása mellett szólnak.

Az életkor egészségmagatartásra ill. egyes dimenzióira gyakorolt hatását az egészségfejlesztési intervenciók tervezése során fontos figyelembe venni, mivel a különböző életkori csoportoknál a beavatkozások hangsúlya más és más lehet.

Fentiekből is jól látható, hogy az alakulatok különböző egészségmagatartási mutatókkal rendelkeznek, eltérő sajátosságokat mutatnak. Ezen sajátosságok teszik szükségessé, hogy az alakulatok a saját eredményeikre alapozott és kidolgozott egészségfejlesztési programot valósítsanak meg a jövőben. Az alakulatonkénti prevenciók politika meghatározása a saját, alakulatonkénti egészségtervek megvalósítása⁸¹ teszi lehetővé az eredményes és hatékony prevenciók tevékenységet. Le kell azonban szögeznünk, hogy ez elszigetelt cselekvéssel nem valósítható meg, szükséges hozzá az egészségtudatos humánpolitikai támogató rendszer is.

Az egészségfejlesztés - a személyi állomány harcképességének megőrzésében betöltött súlyát és jelentőségét tekintve- azonban nem tekinthető az egészségügyi szolgálat „belügyének”, a hálózatosodás (network) irányában kell a rendszert fejleszteni oly módon, hogy a fejlődés motorja, az egészségfejlesztés koordinátora,

⁸¹ Módszertani útmutató a Magyar Honvédség személyi állomány egészségmegőrzéséhez (társszerzők Hornyák Beatrix, Kenessey Fanni), Magyar Honvédség Egészségügyi Központ egészségügyi főnökségi kiadványa (kiadás alatt, 2013.)

szervezője, szakmai felügyelője a visszaállítandó beosztásban a MH egészségfejlesztési főszakorvos legyen.

A stratégiai és taktikai szint szétválasztásával, a prevenciós (fő)tiszti beosztások kialakításával, az MH Prevenciós Bizottság felállításával biztosítható a professzionális vezetés és az interszektoriális, minőségi követelményeknek megfelelő munkavégzés is. A tervezett strukturális átalakítás eredményeként egy olyan egészségfejlesztési hálózat jön létre, amely hozzáadott értékeket képez, kihasználva azt a szinergiát, amit valamennyi érdekelt fél saját erősségének, motiváltságának „tőkésítése” jelent.

A koncepcióban megfogalmazott struktúra lehetővé teszi a magasan képzett munkaerő lehető leghatékonyabb kihasználását, lehetőséget ad nagyobb fokú specializálódásra, elősegíti a bizonyítékokon alapuló egészségfejlesztés tudományelméletének és gyakorlatának fejlődését, a minőségi kritériumoknak való megfelelés elérését is.

6.2. Az új tudományos eredmények bemutatása

1. Elsőként foglaltam össze és adtam kritikai áttekintést a Magyar Honvédségben 1996-tól kezdődő, új szemléletű egészségfejlesztési tevékenységről, és a jelenlegi kihívások tükrében javaslatot tettem a szakterületi feladatok és struktúra újratervezésére.
2. 2004-től összegyűjtöttem és elemeztem a Magyar Honvédség állományának éves egészségügyi szűrővizsgálatok adatait, melyre alapozva szakmai irányítással az informatikai szakemberek elkészítették az egészségügyi szűrővizsgálati adatbázis további epidemiológiai feldolgozása érdekében szükséges adatrögzítő programot, megteremtve ezzel a primer prevenciók programok tervezéséhez elengedhetetlen tudományos adatbázist.
3. Összegeztem a korábbi kutatási eredményeket és ennek birtokában, az állomány egészségmagatartási mutatóit alapul véve, kezdeményeztem az egészségügyi szűrővizsgálati adatlap átdolgozását, kibővítve olyan nemzetközileg is használt skálákkal, melyek alkalmasak lehetnek más NATO tagország katonáinak adataival való egybevetésre.
4. A 2011. és 2012. évi egészségügyi szűrővizsgálati adatokból meghatároztam a Magyar Honvédség személyi állományának egészségmagatartási dimenziói közül a vélt egészség, a dohányzás, a táplálkozás, a fizikai aktivitás, a testtömeg index, és a pszichoszomatikus betegségek előfordulásának honvédség állományára érvényes standardját, melyre alapozva meghatároztam az alakulatspecifikus egészségfejlesztési intervenciók főbb irányait, segítve ezzel a katonák egészségi állapotának javítását.

6.3. Az elméleti és gyakorlati felhasználhatóság, ajánlás

A disszertáció kutatási eredményei elméleti alapjául szolgálnak a Magyar Honvédség Egészségfejlesztési Stratégiájának és Cselekvési tervének, valamint az alakulatok egészségtervének az elkészítéséhez.

A kutatási eredmények alapul szolgálhatnak a honvédelmi tárcát is érintő népegészségügyi feladatok megvalósítása érdekében, a hosszú távú és interszektoralis együttműködésre alapuló egészségpolitikai döntések előkészítésében.

A komplex egyéni és szervezeti fókuszú egészségfejlesztési programok megvalósítása, melyek a katonák hadrafoghatóságát is pozitívan befolyásolják, - mint láthattuk - messze túlmutatnak az egészségügyi szolgálat kompetenciáján. Szükségesnek látom ezért, és ajánlom tanulmányozásra minden felsővezető részére, akik részt vesznek a tárca - humánpolitikát érintő - jogalkotó tevékenységében.

Javaslom áttekintésre minden szintű katonai vezetőnek, az egészségügyi, a kiképzési és az élelmezési szolgálatnál dolgozónak, egyszóval mindenkinek, akik mindennapi munkájukból adódó döntéseikkel hozzájárulhatnak a katonák egészségi állapotának javításához.

A disszertációt ajánlom minden olyan hallgatónak is, akik a katona-egészségügy területén belül az egészségtudományok területén végeznek tanulmányokat.

6.4. További kutatási irányok meghatározása

Elsőként azokat a hazai szinten is egyedülálló, egyéni megbetegedési esélyt előrejelző, kockázatbecslő programmal és a mentális állóképességgel megkezdett, validálási szakasz előtt álló kutatásokat látom szükségesnek folytatni és befejezni, melyek eredményei a civil szféra számára is példaértékűek lehetnek.

Az egészségügyi informatikai hálózat és monitoring fejlesztése terén olyan egységes rendszer kialakítására lenne szükség, mely egységesen magában foglalva a szűrővizsgálati, a betegforgalmi, és az EPIHUN jelentések rendszerét is, képes kompatibilisen együttműködni a jelenleg működő rendszerrel és valós idejű adatokkal, prognózissal kiszolgálni a katonai felsővezetést a hadműveleti tervek előkészítésében.

Fontosnak látom a humán erőforrás gazdálkodás érdekében, továbbá az egészségügyi ellátásfejlesztés érdekében is olyan költséghatékonysági elemzések elvégzését, mely a preventív beavatkozások indikátoraként segítséget nyújthatna a prioritási sorrendek felállításában.

További, tervbe vett kutatásként fontosnak tartom az elhunyt hivatásos és szerződéses katonák (és a rendszerből korábban kivált katonák) halandósági adatainak elemzését, olyan longitudinális, követéses rendszer kialakítását, mely segíti a halálozás okspecifikus trendjének elemzését.

A korszerűsödő Magyar Honvédség a folyamatos változások éveit éli. Ez a változás folyamatos szervezeti átalakításokat von maga után, amely már önmagában is komoly alkalmazkodó képességet kíván a szervezet minden egyes tagjától. Emellett a haderő új kihívása az expedíciós jellegű tevékenységek erősödése, azaz a NATO nemzetközi feladataiban, felajánlásaiban való részvétel egyaránt megköveteli az egészségi, fizikai és pszichés állapotváltozás monitorozását. Ennek az alapelvnek a főbb megvalósítandó irányai között szerepel, hogy az állomány egészségének a megtartása elsősorban szervezeti érdek. A sikeres megvalósítás érdekében minden együttműködőnek Siegfried Malich sorait ajánlva zárom értekezésemet:

„Hosszú távon csak az a alkalmazott képes jó teljesítményre, aki jól is érzi magát.”

Köszönetnyilvánítás

Köszönettel tartozom mindenekelőtt tudományos témavezetőmnek, Dr. Szilágyi Zsuzsanna PhD orvos-pszichológusnak, aki előljárámként közel 15 éven át a magas szintű követelmény támasztásával biztosította, hogy a szakmai fejlődésem nem csupán elméleti, hanem jelentős gyakorlati alapokra is helyezhettem.

Hálával tartozom kutatótársaimnak, a statisztikai gondolkodásmód közvetítésében: Hornyák Beatrix egészségpszichológusnak, aki egyben kiváló népegészségügyi szakemberként segített a tudományos evidenciák megalkotásában és Héja Gábor programozó matematikusnak, aki a monitorozó rendszer gyakorlati létrehozásával, fejlesztésével és az adatbázisok karbantartásával segítette munkámat.

Köszönet illeti a Magyar Honvédség egészségügyi szolgálatfőnökeit, Dr. Svéd László PhD egyetemi docent és Dr. Németh András, akik az egészségügyi szolgálat élén mindvégig kiemelten kezelték, és támogatták az egészségfejlesztési tevékenység gyakorlati megvalósulását.

Köszönet és elismerés illeti a csapat-egészségügyi szolgálatban dolgozó valamennyi kollégát, akik az évek folyamán nyújtott igényes adatszolgáltató munkájukkal részt vettek az adatbázisok kialakításában és szervezik, irányítják az egészségfejlesztési programok megvalósulását az alakulatuknál.

Végül, de nem utolsó sorban, köszönettel tartozom a Hadtudományi Doktori Iskola munkatársainak türelmükért, és Prof. Dr. Padányi József egyetemi tanárnak, aki mentorként segített tudományos pályám fordulópontjainál.

Rövidítések jegyzéke

BMI: Body Mass Index (Testtömeg Index)

COMEDS: Committee of the Chiefs of Military Medical Services in NATO (A NATO Katona-egészségügyi Szolgálatfőnökök Bizottsága)

HEK: Honvéd Egészségügyi Központ

HM: Honvédelmi Minisztérium

HVKF: Honvéd Vezérkar Főnök

MH: Magyar Honvédség

HM: Honvédelmi Minisztérium

MH 1.: Magyar Honvédség 1. Honvéd Tűzszerész és Hadihajós Ezred (Budapest)

MH 5.: Magyar Honvédség 5. Bocskai István Lövész Dandár (Debrecen, Hódmezővásárhely)

MH 12.: Magyar Honvédség 12. „Arrabona” Légvédelmi Rakéta Ezred (Győr)

MH 25/88.: Magyar Honvédség 25/88. Könnyű Vegyes Zászlóalj (Szolnok)

MH 37.: Magyar Honvédség 37. Rákóczi Ferenc Műszaki Ezred (Szentés)

MH 43.: Magyar Honvédség 43. Nagysándor József Híradó és Vezetéstámogató Ezred (Székesfehérvár)

MH 54.: Magyar Honvédség 54. „Veszprém” Radar Ezred (Veszprém)

MH 59.: Magyar Honvédség 59. Szentgyörgyi Dezső Repülőbázis (Kecskemét)

MH 64.: Magyar Honvédség 64. Boconádi Szabó József Logisztikai Ezred (Kaposvár)

MH 86.: Magyar Honvédség 86. „Szolnok” Helikopter Bázis (Szolnok)

MH 93.: Magyar Honvédség 93. Petőfi Sándor Vegyvédelmi Zászlóalj (Székesfehérvár)

MH AA: Magyar Honvédség Altiszti Akadémia (Szentendre)

MH BHD: Magyar Honvédség vitéz Szurmay Sándor Budapest Helyőrség Dandár (Budapest)

MH BHK: Magyar Honvédség Bakony Harckiképző Központ (Várpalota)

MH EK: Magyar Honvédség Egészségügyi Központ

MH LEK: Magyar Honvédség Logisztikai Ellátó Központ (Budapest)

MH PBRT: Magyar Honvédség „Pápa” Bázisrepülőtér (Pápa)

MH VEK: Magyar Honvédség Veszélyesanyag Ellátó Központ (Pusztavacs)

A kutatásban szereplő „HM háttér” csoportot az alábbi szervezetek alkotják:

1. Honvédelmi Minisztérium Belső Ellenőrzési Hivatal (Budapest)
2. Honvédelmi Minisztérium Fegyverzeti és Hadbiztosi Hivatal (Budapest)
3. Honvédelmi Minisztérium Hatósági Hivatal (Budapest)
4. Honvédelmi Minisztérium Katonai Ügyészség (Budapest)
5. Honvédelmi Minisztérium Közgazdasági és Pénzügyi Hivatal (Budapest)
6. Honvédelmi Minisztérium Nemzetközi Együttműködési és Fegyverzet-ellenőrzési Hivatal (Budapest)
7. Honvédelmi Minisztérium Protokoll és Rendezvényszervező Igazgatóság (Budapest)
8. Honvédelmi Minisztérium Táborigényelők Szolgálat (Budapest)
9. Honvédelmi Minisztérium Társadalmi Kapcsolatok és Hadisírgondozó Hivatal (Budapest)
10. Honvédelmi Minisztérium Védelmi Hivatal (Budapest)
11. Katonai Nemzetbiztonsági Szolgálat (Budapest)
12. Nemzeti Közszolgálati Egyetem (Budapest)

A kutatásban szereplő „MH egyéb” csoportot az alábbi szervezetek alkotják:

1. Magyar Honvédség Béketámogató Kiképző Központ (Szolnok)
2. Magyar Honvédség Civil-Katonai Együttműködési és Lélektani Központ (Budapest)
3. Magyar Honvédség Geoinformációs Szolgálat (Budapest)

4. Magyar Honvédség Görgei Artúr Vegyvédelmi Információs Központ
(Budapest)
5. Magyar Honvédség Katonai Igazgatási és Adatfeldolgozó Központ
(Budapest)
6. Magyar Honvédség Katonai Közlekedési Központ (Budapest)
7. Magyar Honvédség Kelet-Magyarországi Hadkiegészítő Parancsnokság
(Szolnok)
8. Magyar Honvédség Légijármű Javító Üzem (Gödöllő)
9. Magyar Honvédség Műveleti és Doktrinális Központ (Budapest)
10. Magyar Honvédség Nyugat-Magyarországi Hadkiegészítő Parancsnokság
(Veszprém)

Mellékletek

1. számú melléklet: 1987. évben bevezetett Személyi szűrővizsgálati adatlap (8 lap) és összesítők (I.-V. táblázatok)
2. számú melléklet: 2008. évi MH Egészségügyi szűrővizsgálati adatlap (pilot study) (12 lap)
3. számú melléklet: 2009. évben bevezetett Egészségügyi szűrővizsgálati adatlap (12 lap)

Kitöltés után orvosi titoktartásra kötelezett!

SZEMÉLYI SZÜRŐVIZSGÁLATI ADATLAP

Az 1.-20 pont alatti kérdéseket a vizsgált válaszolja meg a 3.oldalon található kitöltési útmutató szerint!														
1.	N é v					Rend.f		Beo						
2.	Szem. szám	|	|	|	|	|	|	Kor-cso-port	-20	21-30	31-40	41-45	46-50	51-
3.	Anyja neve													
4.	Szolg. hely (MN szám)													
5.	Legmagasabb iskolai végzettség	Középfokú képesítés - katonai főiskola - Akadémia - - Egyetem (főiskola)												
6.	Gyermeke	Nincs - Van háztartásában él fő külön él fő												
7.	Szolgálati beosztásából adódó tevékenysége	Főleg szellemi (irodai) - Főleg fizikai (terep) - - Vegyes (szellemi + fizikai)												
8.	Napi munkaideje átlagosan	8 óránál kevesebb - 8 óra - 8-12 óra között - - 12 órát meghaladja												
9.	Dohányzik?	Nem - Igen napi 10 cigarettánál kevesebbet - napi 10-20 cigaretta között - napi 20 cigarettánál többet												
10.	Szeszes italt fogyaszt?	Nem - Esetenként - Rendszeresen sör üveg/nap bor dl/nap tömény dl/nap												
11.	Kávét fogyaszt?	Nem - Igen 1 - 3 csészével - - 3 csésznél többet												

12.	Fizikai aktivitás?	<p>Közlekedés (általában): gyalogosan - gk.-val - közületi járművel Sportol? Nem - Igen naponta - hetente többször- hetente - esetenként Más, fizikai elfoglaltság? Nincs - Van turisztika - kertészkedés - egyéb</p>
13.	Táplálkozási szokások?	<p>Főétkezések időpontja reggeli - ebéd - vacsora Főzési szokások zsír - olaj - vegyes</p>
14.	Vérszerinti családjában előfordultak-e a következő betegségek?	<p>magasvérnyomás cukorbetegség érelmeszesedés szív-koszorúér betegség elhízás rosszindulatú daganat</p>
15.	Korábbi kórházi kezelések (mikor, miért)?	<p>betegség műtét..... baleset</p>
16.	Egészségesnek érzi-e magát?	<p>Igen - Nem (mióta, miért)</p>

17.	Részesül-e rendszeres gyógykezelésben?	Nem - Igen (milyen betegség-(ek) miatt) ?
18.	Szed-e gyógyszert rendszeresen?	Nem - Igen (milyen)
19.	Van-e alvászavara?	Nincs - Van nehezen alszik el - túl korán ébred - egyéb
20.	Hogyan szokott reggel ébredni?	Frissen - Fáradtan

Kitöltési útmutató:

1. A személyi adatokat nyomtatott nagybetűkkel -
2. A korcsoport rovatokat a megfelelő korcsoport alatt lévő kockába tett X jellel -
3. Az előre megadott válaszokat aláhúzással -
4. A kipontozott helyeken a választ tömören, nyomtatott nagybetűkkel kérjük kitölteni.

A 21.-34. pont rovatait a Vizsgálatot végző orvos tölti ki !		
21.	Eü FÜV ?	Nincs - Van Minősítés Oka Kelte
22.	Szomatometria	Testmagasság cm Testsúly kg Többlet kg
ORVOSI VIZSGÁLATOK		
23.	Belgyógyászat	Testhőmérséklet C fok Vérnyomás Hgmm Pulzus ...../perc rythmosos - arythmiás Sziv Tüdő Hasi szervek Mellkas rtg EKG
24.	Sebészet	Végtagok Törzs, gerinc

		Sérv Digitalis rekt.vizsg..... Sérülés, műtét utáni állapot Érek, nyirokcsomók																																
25.	Ideggyógyászat	Agyidegek Reflexek Mozgatókör..... Érzőkör..... Romberg próba..... Vegetatív tünetek..... Psychés állapot																																
		Orrlégzés..... Hallás (súgott beszéd)..... Szájnyálkahártya, garat képletek																																
27.	Fogászat	Szanáció foka : I. II. III. J.o. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> B.o. hiány: x radix: R caries: c tömés: t korona: 0 hid: 0-0	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																			

28.	Szemészet	Látásélesség Kötőhártya Járulékos szervek Szemüveg : Nem visel - Visel közelpre - távolra
29.	Nemiszervek	Himvessző: Herék
30.	Bőr	Festenyzett - Festék szegény Kóros eltérés Nincs Van
31.	Nőgyógyászat (szakrendelési lelet)	
32.	Kötelező védő- oltások	
33.	Kockázati tényezők	a/ Dohányzás (20.cig./nap fölött) b/ Hypertonia (150/90 hgm fölött) c/ Testsúly többlet (10% fölött) d/ Cukor betegség (manifeszt) e/ Pozitív családi anamnézis f/ Zsíranyagcsere zavar g/ Életmód - fizikai aktivitás hiánya - helytelen táplálkozás - altatók,nyugtatók szedése - 3-nál több kávé

34. LABORATÓRIUMI VIZSGÁLATOK	
I. Első fokú (csapatórvosi) szűrővizsgálat során:	
<u>Vizelet:</u>	<u>Széklet:</u>
PH..... Feh.....	Vér.....
Cukor..... Biru.....	<u>Serologia: 3 évenként)</u>
Ascorb..... Ubg.....	VDRL:.....
Aceton..... Vér.....	<u>Süllyedés.....mm/óra</u>
Nitrit.....	<u>Vércukor.....mmol/l</u>
Üledék.....	(Dextrostix)
.....	
<u>Vérkép:</u>	
Vvs..... T/l vagy Htk.....l/l	Fvs..... G/l
II. Másodfokú (rendelőintézeti szakorvosi) szűrővizsgálat során a I-el jelölt vizsgálatokat ki kell egészíteni:	
<u>Vérkép:</u>	
Hb.....mmol/l	MCV.....fl MCHC.....mmol/l
<u>Qualitativ vérkép:</u>	
Ju.....	Se..... Ba..... Mo.....
St.....	Eo..... Ly..... Egyéb.....
<u>Kémiai vizsgálatok:</u>	
Vércukor.....mmol/l	Kreatinin.....Umol/l
Koleszterin.....mmol/l	Birn.....Umol/l
HDL Koleszt.....mmol/l*	Sehúgysav.....Umol/l*
HDL ₂ Koleszt.....mmol/l*	SGOT.....U/l
HDL ₃ Koleszt.....mmol/l*	SGPT.....U/l
Triglicerid.....mmol/l	GammaGT.....U/l
Összfehérje.....g/l*	Alk.foszf.....U/l*
Albumin.....g/l*	Ac.foszf.....U/l*
Egyéb.....	
<u>Megjegyzés:</u> A * -gal jelölt vizsgálatokat csak az MN főbelgyógyász által meghatározott esetekben kell elvégezni	

- 8 -
A SZŰRŐVIZSGÁLAT ÖSSZEGEZÉSE

KÓRISME	Kimutatható betegsége nincs	Kimutatható betegsége van	Dg.:	
Kockázati tényezők	Száma	Fajtái: a. b. c. d. e. f. g. Veszélyeztetettség: Nincs - Van		
Minősítés	Szolgálat képes	Szolgálat képes korlátozással	Szolgálat képtelen	Felmentve
Teendők	Ellátást nem igényel		Ellátást igényel	
	Gondozást : általánost - szakgondozást			
	Szakorvosit: szakrendelőben - kórházban			
	Megelőző gyógyüdülés javasolt			
	Szanatóriumi kezelés javasolt			
	Eü. FÜV történt - Eü.FÜV. javasolt			

Kelt,

.....
szűrést végző orvos

P.H.

II. táblázat

Szűrő- vizsgálati döntés és az ellátás szintje		KORCSOPORTOK						Össz.	
		20 év alatti	21-30 éves	31-40 éves	41-45 éves	46-50 éves	50 év feletti		
Kimutatható betegsége	nincs								
	van								
Kockázati tényező	Fajták szerint	dohányzás							
		hypertonia							
		testsúlyfelesleg							
		cukorbetegség							
		pozitív családi anamnézis							
		zsíryanycsere-zavar							
		életmód							
	Szám szerint	nincs							
		1 tényező							
		1-3 tényező							
4 vagy több tényező									
Minősítés	szolgálatképes								
	szolgálatképes korlátozással								
	szolgálatképtelen								
Teendők	Ellátást nem igényel								
	Megelőző gyógyüdülés szükséges	I. fokú javaslat							
		II. fokú döntés							
	Általános gondozás szükséges	I. fokú javaslat							
		II. fokú döntés							
	Szaggondozás szükséges	II. fokú döntés							
	Szakorvosi ellátás szükséges	járóbeteg							
(kórházi) fekvő									
Szanatóriumi beutalás szükséges	II. fokú döntés								
Eü. FÜV történt vagy folyamatban van	I. fokú javaslatra								
	II. fokú döntésre								

III. táblázat

A gondozásba vétel oka és az ellátás szintje szerinti megoszlás		Korcsoport szerinti megoszlás	KORCSOPORTOK						Össz.
			20 év alatti	20-30 éves	31-40 éves	41-45 éves	46-50 éves	50 év feletti	
1. Szív-érrendszer, Hypertonia	Általános gondozás								
	Szakgondozás								
2. Léguti, Légzőszervi	Általános gondozás								
	Szakgondozás								
3. Mozgásszervi	Általános gondozás								
	Szakgondozás								
4. Gyomor-bélrendszer	Általános gondozás								
	Szakgondozás								
5. Sebészet	Általános gondozás								
	Szakgondozás								
6. Idegyógyászat	Általános gondozás								
	Szakgondozás								
stb. Elhízás, Bőrgyógyászat, Nőgyógyászat, Szemészet	Általános gondozás								
	Szakgondozás								
Mindösszesen	Általános gondozás								
	Szakgondozás								

IV. táblázat

Korcsoportok		KORCSOPORTOK						Összesen
		20 év alatti	20-30 éves	31-40 éves	41-45 éves	46-50 éves	50 év feletti	
Betegségcsoportok								
Kóros eltérés nélkül								
Belgyógyászati betegségek	Szív-keringési szervek betegségei							
	Gyomor-bélrendszeri betegségek							
	Belső elválasztású mirigy rendszer betegségei							
	Léguti, légzőszervi betegségek							
Idegyógyászati betegségek	Exhaustio							
	Neurosisok							
	Psychopathiák							
	Organikus idegrendszeri betegségek							
Sebészeti betegségek /mozgásszervi nélkül/	Traumás							
	Egyéb							
Ízületi, mozgásszervi betegségek	Traumás							
	Egyéb							
Fogászati elváltozások ellátási szükséglet szerint	Konzerváló							
	Sebészi							
	Pótlás							
Fül-orr-gégészeti betegségek	Zajártalom /audiometriás vizsg. Után/							
	Egyéb							
Szemészeti betegségek	Látászavar							
	Egyéb							
Bőrbetegségek								
Nemi betegségek								
Urológiai betegségek								
Nőgyógyászati betegségek								
Egyéb betegségek								
Erőnléti állapot vizsg. alapján	Nem kielégítő fizikai állapot							
	Túltápláltság, elhízás							

V. Táblázat

	Korcsoportok	20 év alatt	20-30 év	31-40 év	41-45 év	46-50 év	50 év felett	Össz.
	Faktorok							
Átlagos napi munkaidő	8 óránál kevesebb							
	8 óra							
	8-12 óra között							
	12 óránál több							
Szexszital fogyasztás	Nem							
	Esetenként							
	Rendszeresen							
Napi Napi kávéfogyasztás	Nem							
	1-3							
	3 csészénél több							
Közlekedés	Gyalogosan							
	Gépkocsival							
	Tömegközlekedéssel							
Sport	Nem							
	Naponta							
	Hetente többször							
	Hetente esetenként							
Más fizikai elfoglaltság	Nincs							
	Van							
Főétkezés ideje	Reggeli							
	Ebéd							
	Vacsora							
Főzési szokások	Zsír							
	Olaj							
	Vegyes							

MH EGÉSZSÉGÜGYI SZŰRŐVIZSGÁLATI ADATLAP

Tisztelt Hölgyem/Uram!

Tájékoztatom, hogy a 2008-as évtől új egészségügyi szűrővizsgálati adatlap kerül bevezetésre.

A korszerűsített, átdolgozott adatlap jelenleg az előtesztelés fázisában van, melynek során annak megbízhatóságát, számítógépes adatbázisban történő feldolgozhatóságát és annak előrejelző hatását mérjük fel.

Az adatlap által nyert információk segítséget nyújtanak egy új kockázatbecslési eljárás kidolgozásához, melynek célja, hogy az egészségügyi állapotukban bekövetkezett legkisebb változások is a lehető legkorábban felismerésre kerülhessenek, illetve azok legkorábbi kezelésbe vétele megkezdődhessen.

A szűrővizsgálati adatlapon szereplő információk, vizsgálati eredmények az orvosi titoktartás részét képezik, ennek megfelelően kezelésük szigorúan bizalmas.

Értékes közreműködését megköszönve:

MH egészségügyi főnök

Egészségügyi Szűrővizsgálati Adatlap

Az 1-45 pont alatti kérdéseket a vizsgált személy válaszolja meg !

1.	Név		Rend. f.		Beo.				
2.	TAJ szám	| | | | | | | | | | | | | | | |	Kor- csoport	-20	21-30	31-40	41-45	46-50	51-
3.	Anyja neve	| | | | | | | | | | | | | | | |							
4.	Születési hely:		Születési idő: év hó nap						
5.	Lakhely:								
6.	Szolg. hely (MH szám, alakulat, telefon):								
7-8.	Szolgálati évek száma:			Munkaköri csoport:	T1 - T2 - T3 - T4				
9.	Napi munkaideje átlagosan		1. 8 óránál kevesebb 2. 8 óra 3. 8-12 óra között 4. 12 órát meghaladja						
10.	Jelenlegi családi állapota		1. Házas vagy élettárral él - évtől: 2. Egyedülálló A. szingli - évtől: B. elvált - évtől: C. özvegy - évtől:						
11.	Legmagasabb iskolai végzettsége		1. 8 általános 2. Középfokú (szakiskola, szakközépiskola, stb.) 3. Középfokúnál több (OKJ, technikus stb.) 4. Felsőfokú (főiskolai, egyetemi)						
12.	Gyermekek		1. Nincs 2. Van A. Háztartásában él fő B. Külön él fő						
13.	Dohányzik?		1. Soha nem dohányzott 2. Leszokott - hány évet dohányzott? 3. Igen - hány éve?						
14.	Érez-e dohányzási függőséget?		1. Igen 2. Nem						
15.	Jelentkezett-e az alábbi panaszok valamelyike: reggeli köhögés, köpetürítés, fulladás?		1. Igen 2. Nem						
16.	Koffein tartalmú italt fogyaszt?		1. Nem 2. Igen 2/A kávé.....csésze/nap 2/B energia ital..... dl/nap 2/C fekete tea..... dl/nap 2/D kóla.....dl/ nap						
17.	Szeszes italt fogyaszt?		1. Nem 2. Alkalmoszerűen 3. Rendszeresen						
18.	Átlagosan milyen mennyiségű szeszes italt fogyaszt?		sör:..... üveg/nap bor:..... dl/nap égetett szesz:..... dl/nap						

19	Fagerström-féle nikotinfüggőségi teszt (Csak azoknál, akik dohányoznak)
	1. Átlagosan hány cigarettát szív el naponta?
	A. Több mint 20 szálát B. 10-20 szál között C. 10 szálnál kevesebbet
	2. Milyen erősségű cigarettát szív?
	A. Erős B. Közepesen erős C. Gyenge
	3. Leszívja a cigaretta füstjét?
	A. Majdnem mindig B. Olykor C. Soha
	4. Mikor dohányzik többet?
	A. Reggel B. Délután/este/az egész nap folyamán
	5. Ébredés után mennyi időn belül szívja el az első cigarettát?
	A. Fél órán belül B. Fél óránál később
	6. Melyik cigarettáról mond le a legnehezebben?
	A. A reggeli elsőről B. A többiről
	7. Nehezen állja meg, hogy ne dohányozzon olyan helyen, ahol tilos? (Színházban, vonaton, étteremben, repülőn)
	A. Igen B. Nem
	8. Amennyiben elhatározta, hogy leszokik a dohányzásról, hisz abban, hogy sikerülni fog?
	A. Nagyon B. Eléggé C. Egy kicsit D. Nem igazán

20	Michigan Alkohol Szűrő Teszt	
1	Normálisnak tartja a viszonyát az alkoholhoz?	A. Igen B. Nem
2	Ébredt már fel úgy reggel valaha egy előző esti italozás után, hogy az előző éjszaka egyes részeire nem emlékszik?	A. Igen B. Nem
3	A felesége vagy a szülei aggályoskodtak vagy panaszkodtak már az Ön italozása miatt?	A. Igen B. Nem
4	Abba tudja hagyni az ivást egy vagy két pohár elfogyasztása után?	A. Igen B. Nem
5	Érezte már valaha rosszul magát az ivás miatt?	A. Igen B. Nem
6	A szülei vagy a barátai szerint Ön egy átlagos alkoholfogyasztó?	A. Igen B. Nem
7	Mindig akkor tudja abbahagyni az ivást, amikor akarja?	A. Igen B. Nem
8	Vett már részt névtelen alkoholisták találkozásán?	A. Igen B. Nem
9	Okozott már Önnek problémát az alkohol Ön és felesége/élettársa között?	A. Igen B. Nem
10	Szokott-e verekedni ital hatása alatt?	A. Igen B. Nem
11	Kérte-e már felesége vagy más családtagja segítséget valaki mástól az Ön italozása miatt?	A. Igen B. Nem
12	Vesztette-e már el barátját, barátnőjét az italozás miatt?	A. Igen B. Nem
13	Volt-e már munkahelyi problémája az ital miatt?	A. Igen B. Nem
14	Vesztette-e már el munkahelyét az ital miatt?	A. Igen B. Nem
15	Hanyagolta-e el már kötelességét, családját vagy munkáját több mint 2 napig az ital miatt?	A. Igen B. Nem
16	Ivott-e már alkoholt délelőtt?	A. Igen B. Nem
17	Mondták-e már Önnek, hogy májproblémái, vagy cirrhosisa van?	A. Igen B. Nem
18	Ivás után volt-e már delírium tremense, hallott-e már hangokat, vagy látott-e már olyan dolgokat amelyek nem is voltak ott?	A. Igen B. Nem
19	Kért-e már bárkitől segítséget az ivás miatt?	A. Igen B. Nem
20	Volt-e már kórházban az ivás miatt?	A. Igen B. Nem
21	Volt-e már pszichiátriai beteg úgy, hogy az alkohol a probléma egy része volt?	A. Igen B. Nem
22	Fordult-e már orvoshoz, szociális munkáshoz, vagy paphoz olyan lelki problémával, amelynek egy részében az alkohol játszott szerepet?	A. Igen B. Nem
23	Volt-e már akár csak néhány órára is letartóztatva ittas magatartásért?	A. Igen B. Nem
24	Volt-e már büntetve ittas vezetésért?	A. Igen B. Nem

21.	Közlekedés általában?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gyalogosan 2. Kerékpárral 3. Gépkocsival 4. Tömegközlekedéssel
22.	Mennyi idő alatt ér be szolgálati helyére?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kevesebb, mint 1 óra 2. 1-2 óra között 3. Több, mint 2 óra
23.	Legalább egy héten kétszer, rendszeresen végez olyan fizikai tevékenységet, melyben megizzad, szaporább lesz a szívverése, vagy elfogy a levegője?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Igen 2. Nem
24.	Sportol?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nem 2. Igen <ol style="list-style-type: none"> A. naponta minimum 30 perc B. hetente 2-3 -szor, minimum 30 perc C. havonta 4 -szer, minimum 30 perc D. fentieknél ritkábban
25.	Edzés során szokta-e a pulzusát mérni?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Igen 2. Nem
26.	Amikor a megszokott módon sportol, mozog, mennyire fárad el? (erőkifejtés szintje)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Egyáltalán nem 2. Alig 3. Gyengén 4. Közepesen 5. Erősen 6. Nagyon erősen 7. Szinte maximálisan
27.	Milyen típusú mozgást részesít előnyben?	<ol style="list-style-type: none"> 1. testépítés 2. ciklikus sportok (kerékpározás, futás, úszás stb.) 3. jóga, tai-chi 4. küzdősport 6. labdajáték 7. extrém sportok 8. egyéb:.....
28.	Táplálkozási szokások	
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Főétkezések időpontja: Reggeli:..... óra Ebéd:..... óra Vacsora:..... óra 2. Melyik főétkezéskor fogyasztja el a legtöbb kalóriát? A reggeli B ebéd C vacsora 3. Étkezések gyakorisága:..... alkalom/nap 4. Folyadékfogyasztás:..... l/nap 5. Folyadék típusa: A. víz, ásványvíz B. tea C. szénsavas üdítő D. gyümölcslé E. egyéb 	
29.	Fogyaszt-e naponta?	<ol style="list-style-type: none"> 1. zöldséget 2. gyümölcsöt 3. gabonafélét 4. tejterméket 5. magas szénhidrát tartalmú ételt (tészta, csokoládé, sütemény)

30.	Táplálkozása során mit részesít előnyben?	A. Fehér hús A. Fehér kenyér A. Fehér liszt	B. Vörös hús B. Barna kenyér B. Teljes kiőrlésű liszt
31.	Hogyan ítéli meg egészségi állapotát általában?	1. Nagyon rossz 2. Rossz 3. Kielégítő 4. Jó 5. Kiváló	
32.	Hogyan ítéli meg egészségi állapotát kortársaihoz képest?	1. Nagyon rossz 2. Rossz 3. Kielégítő 4. Jó 5. Kiváló	
33.	Hogyan ítéli meg egészségi állapotát munkatársaihoz képest?	1. Nagyon rossz 2. Rossz 3. Kielégítő 4. Jó 5. Kiváló	
34.	Hogyan ítéli meg jelenlegi élethelyzetét?	1. Fokozott igénybevétel, ezért stresszes 2. Nem megterhelő, kiegyensúlyozott	
35.	Korábbi kórházi kezelések, műtétek (mikor, miért)?	Krónikus betegség (BNO kód, név):..... Műtét:..... Baleset:.....	
36.	Részesül-e rendszeres gyógykezelésben/gondozásban?	1. Nem 2. Igen: a betegség BNO kódja, neve:	
37.	Jelenleg szed-e gyógyszert rendszeresen?	1. Nem 2. Igen:	
38.	Nőkre vonatkozó kérdések	1. Fogamzásgátlót szed? A. Nem B. Igen Mióta?	
		2. Menstruációs ciklusa: A. Rendszeres B. Rendszertelen	
39.	Van-e alvászavara?	1. Nincs 2. Van - Hány éve: Milyen jellegű a probléma? A. nehezen alszik el B. túl korán ébred C. több részletben alszik	
40.	Hogyan szokott reggel ébredni?	1. Frissen 2. Fáradtan	

41. Berlin kérdőív OSAS valószínűségére						
	1. Szokott horkolni a hét minimum 3 napján?	A igen	B nem			
	2. Nagyon hangosan horkol (áthallatszik az ajtón, falon?)	A igen	B nem			
	3. Mondták már valaha Önnek, hogy alvás közben kihagy a légzése?					
	A Soha B. Alkalmoszerűen C Gyakran					
	4. A nyak körfogata nagyobb-e, mint - férfi - 43 cm, ill. - nő - 40 cm?	A igen	B nem			
	5. Kezelték-e vagy jelenleg kezelik-e magas-vérnyomás miatt?	A igen	B nem			
	6. Szokott-e váratlanul fáradt vagy álmos lenni, ha éppen nincs elfoglalva, vagy nem tevékenykedik?	A igen	B nem			
	7. Szokott-e váratlanul fáradt vagy álmos lenni, ha autót vezet vagy megáll a forgalmi lámpánál?	A igen	B nem			
42. Családi anamnézis						
	Vérszerinti családjában előfordultak-e a következő betegségek, rendellenességek	Kiknél ? (több személyt is megjelölhet)	Hány évesen?			
	Magas vérnyomás					
	Cukorbetegség					
	Magas koleszterin szint					
	Asztma, allergia					
	Roszcindulatú daganat					
	Szív-koszorúér betegség					
	Kóros elhízás					
	Epilepszia					
	Mentális betegség (SCH, pszichózis)					
	Vesebetegség					
	Autoimmun betegség					
	Érszűkület					
	Depresszió					
43. Rokoni fok		Egészségi állapot		Életkor		
		1. Kiváló,	2. Jó,	3. Kielégítő,	4 Rossz	(ha elhunyt, "X" és utána kora a halálózása idején)
	anya	1.	2.	3.	4.	
	apa	1.	2.	3.	4.	
	leány testvér	1.	2.	3.	4.	
	fiú testvér	1.	2.	3.	4.	
	gyermek	1.	2.	3.	4.	
	házastárs	1.	2.	3.	4.	
	1.	2.	3.	4.	
	1.	2.	3.	4.	

44.	A felsoroltak közül milyen szűrővizsgálaton vett részt az utóbbi egy évben?	1. tüdőszűrés 2. labor (vérkép, vizeletvizsgálat) 3. nőgyógyászati vagy urológiai (prosztatata) vizsgálat 4. emlő szűrés 5. vérnyomásmérés 6. vércukorszint mérés 7. koleszterinszint mérés 8. Egyéb:.....
45.	MTP Profil- MAQ teszt	
	<p><i>A következőkben képzelje el, hogy az alábbi események éppen most történnek Önnel. Hogyan reagálna rájuk? A helyzetek alatt különböző véleményeket olvashat a kérdés alatti két oldalon, és köztük számokat 1-5-ig. Kérjük, hogy karikázza be azt a számot, mely legközelebb áll az Ön véleményét leginkább kifejező oldalhoz!</i></p>	
1.	Igen komoly anyagi gondjai lennének. <i>Mennyire tudna változtatni ezen?</i>	
	Egyáltalán nem tudna	Teljes mértékben
	1. 2. 3. 4. 5.	
2.	Nem kerülne magasabb beosztásba, pedig már biztosnak hitte az előmenetelét. <i>Mennyiben lenne felelős azért, hogy így alakult a helyzet?</i>	
	Egyáltalán nem felelős	Teljes mértékben felelős
	1. 2. 3. 4. 5.	
3.	Előjárója elégedetlen lenne az Ön munkájával. <i>Ez hogyan hatna Önre?</i>	
	Nagyon bántaná a dolog	Egyáltalán nem
	1. 2. 3. 4. 5.	
4.	Véletlenül súlyos hibát vétene a napi feladatában. <i>Milyen következményei lennének ennek?</i>	
	Kihatna az egész heti munkájára	Hamar elfelejtené
	1. 2. 3. 4. 5.	
5.	Törölnék azt a feladatot, amely megvalósítására már hosszabb ideje készült. <i>Ez mennyire befolyásolná az életét?</i>	
	Teljes mértékben	Egyáltalán nem
	1. 2. 3. 4. 5.	
6.	Egy kollégájával komolyan összekülönböznének. <i>Mennyiben lenne Ön felelős azért, hogy így alakult a helyzet?</i>	
	Egyáltalán nem felelős	Teljes mértékben felelős
	1. 2. 3. 4. 5.	
7.	Az Önnel együtt szolgálatot teljesítő társai elutasítóak lennének Önrel szemben. <i>Mennyire tudna változtatni ezen?</i>	
	Egyáltalán nem tudna	Teljes mértékben
	1. 2. 3. 4. 5.	
8.	Nem kapna szabadságot, pedig egy fontos dolgot kellene elintéznie. <i>Milyen következményei lennének ennek?</i>	
	Kihatna a munkájára	Hamar elfelejtené
	1. 2. 3. 4. 5.	
9.	Fontos szabályt szegne meg a szolgálat során. <i>Ez mennyire hatna ki az Ön szakmai megítélésére?</i>	
	Teljes mértékben	Egyáltalán nem
	1. 2. 3. 4. 5.	
10.	Hosszas próbálkozást követően rájönne, hogy nem képes elvégezni az Önre bízott feladatot. <i>Milyen következményei lennének ennek?</i>	
	Kihatna a munkájára	Hamar elfelejtené
	1. 2. 3. 4. 5.	

11	Túlzsúfolt lenne a szolgálati helye – elhelyezési körlete - és ez zavarná Önt. Mennyire tudna változtatni ezen?
	Egyáltalán nem Teljes mértékben
	1. 2. 3. 4. 5.
12	Elfeledkezne egy fontos megbeszélésről. Ez mennyire hatna ki az Ön szakmai Mennyiben lenne felelős azért, hogy így alakult a helyzet?
	Teljes mértékben Egyáltalán nem
	1. 2. 3. 4. 5.
13	13. Magánélete válságba kerülne. Mennyire tudna változtatni ezen?
	Egyáltalán nem Teljes mértékben
	1. 2. 3. 4. 5.
14	14. Tudomására jutna, hogy ugyanezért a munkáért máshol nagyobb anyagi elismerés jár. Milyen következményei lennének ennek?
	Kihatna teljesítményére Nem törődne vele
	1. 2. 3. 4. 5.
15	Egészségkárosító szert (pl. cigaretta) használ, pedig tudja, hogy káros az egészségére. Mennyire tudna változtatni ezen?
	Egyáltalán nem Teljes mértékben
	1. 2. 3. 4. 5.
16	A katonai szolgálat nem olyan lenne, mint amilyenre számított. Mennyiben lenne felelős Ön ezért?
	Egyáltalán nem Teljes mértékben
	1. 2. 3. 4. 5.
17	Munkaeszköze már harmadik alkalommal romolna el aznap. Mennyire tudna változtatni ezen?
	Egyáltalán nem Teljes mértékben
	1. 2. 3. 4. 5.
18	A feladatot, amit éppen végez, teljes időpocsékolásnak érezné. Mennyiben felelős Ön ezért?
	Egyáltalán nem Teljes mértékben
	1. 2. 3. 4. 5.
19	Lemaradna egy Ön számára igen fontos családi eseményről a munkája miatt. Milyen következményei lennének ennek?
	Kihatna teljesítményére Nem törődne vele
	1. 2. 3. 4. 5.
20	Egyik előljárója „pikkelve” Önre; pl. folyamatosan kritizálná a munkáját. Ez mennyire hatna Önre?
	Nem tudná emiatt ellátni feladatait Egyáltalán nem érdekelné
	1. 2. 3. 4. 5.

Adataim statisztikai célú feldolgozásához hozzájárulok:

.....
aláírás, rf

ORVOSI VIZSGÁLATOK

A 46-56 pont rovatait a vizsgálatot végző orvos tölti ki

46.	Szomatometria	1. Testmagasság:..... cm 2. Testtömeg:..... Kg 3. BMI:..... kg/m ² 4. Túlsúly (az ideálshoz képest):..... Kg 5. Derékkörfogat:..... cm 6. Csípőkörfogat:..... cm 7. Testzsír:..... %
47.	Belgyógyászati státusz A) Negatív (kóros eltérés nélkül) B) Pozitív, dg.:.....	1. Fizikális paraméterek: 1/A Testhőmérséklet:..... C fok 1/B Vérnyomás:..... Hgmm 1/C Pulzus:..... /perc rythmosos - arhythias Szív:..... Tüdő:..... Hasi szervek:..... Mellkas rtg:..... EKG:..... Nagyerek hallgatósági lelete:..... Nyirokcsomók tapintási lelete:.....
48.	Sebészeti státusz A) Negatív (kóros eltérés nélkül) B) Pozitív, dg.:.....	Végtagok:..... Törzs, gerinc:..... Sérv:..... Digitális rekt. Vizsg.:..... Sérülés műtét utáni állapot:..... Erek, nyirokcsomók:.....
49.	Ideggyógyászati státusz A) Negatív (kóros eltérés nélkül) B) Pozitív, dg.:.....	Agyidegek:..... Reflexek:..... Mozgatókör:..... Érzőkör:..... Romberg próba:..... Vegetatív tünetek:..... Pszichés állapot:.....
50.	Fül-orr-gégészeti státusz A) Negatív (kóros eltérés nélkül) B) Pozitív, dg.:.....	Orrlégzés:..... Hallás (súgott beszéd):..... Szájnyálkahártya, garat képletek:..... Nyak tapintási lelet:.....

51.	Fogászati státusz	<p style="text-align: center;">Szanáció foka: I. II. III.</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>J.o</td> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> <td>B.o</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">hiány: X radix: R caries: C tömés:T korona: 0 híd: 0 - 0 Dental Fitness Class: I II. III. IV.</p>	J.o	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	B.o																		
J.o	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	B.o																					
52.	Szemészeti státusz A) Negatív (kóros eltérés nélkül) B) Pozitív, dg.:	1. Szemüveg/kontaktlencse 1/A nem visel 1/B visel közelmre - távolra 2. Látásélesség:..... 3. Kötőhártya:..... 4. Járulékos szervek:.....																																				
53.	Nemi szervek A) Negatív (kóros eltérés nélkül) B) Pozitív, dg.:	1. Hímvesző:..... 2. Herék:..... 3. Nőgyógyászati szakrendelési lelet:..... 4. Emlő:.....																																				
54.	Bőrgyógyászati státusz A) Negatív (kóros eltérés nélkül) B) Pozitív, dg.:	1. 30-nál több anyajegye van? 1/A Igen 1/B Nem 2. Cyanosis? 2/A Igen 2/B nem 3. Icterus? 3/A igen 3/B nem 4. Oedema? 4/A igen 4/B nem 5. Egyéb? 5/A igen 5/B nem 6. Exanthema? 6/A igen 6/B nem																																				

I. Első fokú (csapatorvosi) szűrővizsgálat során:**Vizelet:**

PH Feh..... Szérum koleszterin:..... mmol/l
 Cukor..... Biru..... Vércukor szint:..... mmol/l
 Ascorb..... Ubg.....
 Aceton Vér
 Nitrit.....
 Üledék

Albuminuria: van nincs

II. Másodfokú (rendelőintézeti szakorvosi) szűrővizsgálat során a I-el jelölt vizsgálatokat ki kell egészíteni:**Vérkép:**

Hb Mmol/l MCV.....fl MCHC.....mmol/l

Qualitativ térkép

Ju..... Se..... Ba..... Mo.....
 St..... Eo..... Ly..... Egyéb.....

Kémiai vizsgálatok:

Vércukor mmol/l Kreatinin Umol/l
 Koleszterin mmol/l Bil Umol/l
 HDL Koleszterin mmol/l * Se. húgysav Umol/l
 HDL-2 Koleszterin mmol/l * SGOT U/l
 HDL-3 Koleszterin mmol/l * SGPT U/l
 Triglicerid mmol/l GammaGT U/l
 Összfehérje g/l* Alk. foszf. U/l *
 Albumin g/l* Ac. foszf. U/l
 Egyéb

Megjegyzés: A *-gal jelölt vizsgálatokat csak az MH főbelgyógyász által meghatározott esetekben kell elvégezni.

SZŰRŐVIZSGÁLAT ÖSSZEZÉSE

KÓRISME	Kimutatható betegsége nincs	Kimutatható betegsége van	Dg.:.....	
Kockázati tényezők	1. Hypertonia (140/90 Hgmm felett); vagy emelkedett vérnyomás érték ($\geq 130/85$ Hgmm) 2. Testsúly többlet (10 % felett) 3. Emelkedett derékkörfogat (férfinál > 102 cm, nőnél > 88 cm) 3. Albuminuria 4. Cukorbetegség (manifeszt); vagy emelkedett éhgyormi vércukorszint (> 6,1 mmol/l) 5. Pozitív családi anamnézis 6. Zsíranyagcsere zavar; vagy emelkedett triglicerid szint > 1,69 mmol/l 7. Életmódból eredő kockázati tényezők - mozgásszegény életmód - dohányzás - helytelen táplálkozás - stresszes életmód (vagy altatók, nyugtatók szedése) - alkohol fogyasztás			
Az előző szűrő/alkalmasságvizsgálat időpontja, helye				
Az előző vizsgálati státuszához képest eltérés	1. Van 1/A rosszabbodás:..... 1/B javulás 2. Nincs			
Minősítés	Szolgálatképes	Szolgálatképes korlátozással	Szolgálatképtelen	Felmentve:.....
Teendők	Ellátást nem igényel		Ellátást igényel	
	Gondozás: általános -- szakgondozás			
	Szakorvosit: szakrendelőben -- kórházban			
	Megelőző gyógyüdülés javasolt			
	Szánatóriumi kezelés javasolt			
Eü. FÜV történt -- Eü. FÜV javasolt				

Kelt,.....

.....
szűrést végző orvos

Bizonylatszám:

EGÉSZSÉGÜGYI SZŰRŐVIZSGÁLATI ADATLAP

SZEMÉLYES ADATOK	
Név, rendfokozat:	
Anyja neve:	
Születési hely, idő (év/hó/nap):	
TAJ szám:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Állandó lakcím (irányítószám, település, utca, házsám):	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Ideiglenes lakcím (irányítószám, település, utca, házsám):	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Családi állapota:	¹ <input type="checkbox"/> Házass vagy élettársal él: - évtől ² <input type="checkbox"/> Egyedülálló: - évtől <input type="checkbox"/> Egyedülálló (szingli) <input type="checkbox"/> Elvált <input type="checkbox"/> Özvegy, dátum (év)
Gyermeke:	¹ <input type="checkbox"/> Nincs ² <input type="checkbox"/> Van <input type="checkbox"/> Háztartásában él fő <input type="checkbox"/> Külön él fő
Legmagasabb iskolai végzettsége:	¹ <input type="checkbox"/> 8 általános ² <input type="checkbox"/> Középfokú (szakiskola, szakközépiskola, szakmunkásképző) ³ <input type="checkbox"/> Középfokúnál több (OKJ, technikus stb.) ⁴ <input type="checkbox"/> Felsőfokú (egyetem/főiskola)

MUNKAVÉGZÉSSEL KAPCSOLATOS KÉRDÉSEK	
Szolgálati hely (MH szám, alakulat, telefonszám):	
Beosztás:	
Napi munkaideje átlagosan:	<input type="checkbox"/> 8 óránál kevesebb <input type="checkbox"/> 8 óra <input type="checkbox"/> 8-12 óra között <input type="checkbox"/> 12 óránál több
Szolgálati évek száma:	
Munkaköri csoport:	<input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> T3 <input type="checkbox"/> T4

CSALÁDI ANAMNÉZIS

Az alábbi kérdések a vér szerinti családjára vonatkoznak (apa, anya, testvér(ek), nagyszülők). Ha valamelyik betegség előfordult az adott családtagnál, 50 évesnél fiatalabb életkorban jelölje X-el. Csak akkor jelölje meg a betegséget, ha 50 éves kor előtt diagnosztizálták!

Apa	Anya	Testvér(ek)	Nagyszülők
1 <input type="checkbox"/> Magas vérnyomás	1 <input type="checkbox"/> Magas vérnyomás	1 <input type="checkbox"/> Magas vérnyomás	1 <input type="checkbox"/> Magas vérnyomás
2 <input type="checkbox"/> Cukorbetegség	2 <input type="checkbox"/> Cukorbetegség	2 <input type="checkbox"/> Cukorbetegség	2 <input type="checkbox"/> Cukorbetegség
3 <input type="checkbox"/> Magas koleszterin szint	3 <input type="checkbox"/> Magas koleszterin szint	3 <input type="checkbox"/> Magas koleszterin szint	3 <input type="checkbox"/> Magas koleszterin szint
4 <input type="checkbox"/> Szív-koszorúér betegség	4 <input type="checkbox"/> Szív-koszorúér betegség	4 <input type="checkbox"/> Szív-koszorúér betegség	4 <input type="checkbox"/> Szív-koszorúér betegség
5 <input type="checkbox"/> Daganatos betegség (rák)	5 <input type="checkbox"/> Daganatos betegség (rák)	5 <input type="checkbox"/> Daganatos betegség (rák)	5 <input type="checkbox"/> Daganatos betegség (rák)
6 <input type="checkbox"/> Asztma, allergia	6 <input type="checkbox"/> Asztma, allergia	6 <input type="checkbox"/> Asztma, allergia	6 <input type="checkbox"/> Asztma, allergia
7 <input type="checkbox"/> Kóros elhízás	7 <input type="checkbox"/> Kóros elhízás	7 <input type="checkbox"/> Kóros elhízás	7 <input type="checkbox"/> Kóros elhízás
8 <input type="checkbox"/> Epilepszia	8 <input type="checkbox"/> Epilepszia	8 <input type="checkbox"/> Epilepszia	8 <input type="checkbox"/> Epilepszia
9 <input type="checkbox"/> Mentális betegség (SCH, pszichózis)	9 <input type="checkbox"/> Mentális betegség (SCH, pszichózis)	9 <input type="checkbox"/> Mentális betegség (SCH, pszichózis)	9 <input type="checkbox"/> Mentális betegség (SCH, pszichózis)
10 <input type="checkbox"/> Vesebetegség	10 <input type="checkbox"/> Vesebetegség	10 <input type="checkbox"/> Vesebetegség	10 <input type="checkbox"/> Vesebetegség
11 <input type="checkbox"/> Autoimmun betegség	11 <input type="checkbox"/> Autoimmun betegség	11 <input type="checkbox"/> Autoimmun betegség	11 <input type="checkbox"/> Autoimmun betegség
12 <input type="checkbox"/> Érszűkület (perifériás érbetegség)	12 <input type="checkbox"/> Érszűkület (perifériás érbetegség)	12 <input type="checkbox"/> Érszűkület (perifériás érbetegség)	12 <input type="checkbox"/> Érszűkület (perifériás érbetegség)
13 <input type="checkbox"/> Depresszió	13 <input type="checkbox"/> Depresszió	13 <input type="checkbox"/> Depresszió	13 <input type="checkbox"/> Depresszió
14 <input type="checkbox"/> Agyvérzés	14 <input type="checkbox"/> Agyvérzés	14 <input type="checkbox"/> Agyvérzés	14 <input type="checkbox"/> Agyvérzés

EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT MINŐSÍTÉSE

(Minden sorban egy választ adjon!)	1)	2)	3)	4)	5)	<i>Nincs ilyen személy</i>	
	Nagyon rossz	Rossz	Kielégítő	Jó	Kiváló		
1. Hogyan ítéli meg egészségi állapotát általában?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>		
2. Hogyan ítéli meg egészségi állapotát kortársaihoz képest?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>		
3. Hogyan ítéli meg egészségi állapotát munkatársaihoz képest?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>		
4. Hogyan ítéli meg édesanyja egészségi állapotát?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	
5. Hogyan ítéli meg édesapja egészségi állapotát?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	
6. Hogyan ítéli meg gyermeke egészségi állapotát?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	
7. Hogyan ítéli meg házastársa/élettársa egészségi állapotát?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	
Hogyan ítéli meg jelenlegi élethelyzetét?							
		1 <input type="checkbox"/>	Fokozott igénybevétel, stresszes				
		2 <input type="checkbox"/>	Nem megterhelő, kiegyensúlyozott				

ÉLETMÓDRA VONATKOZÓ KÉRDÉSEK: TÁPLÁLKOZÁS

Milyen gyakran szokott rendszeresen reggelizni? **Egy választ adjon munkanapokra és egyet hétvégére!**

<u>Munkanapokon</u>		<u>Hétvégén</u>	
1 <input type="checkbox"/>	Soha nem reggelizem rendszeresen	1 <input type="checkbox"/>	Soha nem reggelizem rendszeresen hétvégén
2 <input type="checkbox"/>	Egyszer egy héten	2 <input type="checkbox"/>	Általában csak az egyik napon reggelizem (szombaton VAGY vasárnap)
3 <input type="checkbox"/>	Kétszer egy héten	3 <input type="checkbox"/>	Mindkét napon reggelizem (szombaton ÉS vasárnap)
4 <input type="checkbox"/>	Háromszor egy héten		
5 <input type="checkbox"/>	Négyszer egy héten		
6 <input type="checkbox"/>	Ötször egy héten		

Reggeli időpontja általában:..... óra

Milyen gyakran szokott rendszeresen ebédelni? **Egy választ adjon munkanapokra és egyet hétvégére!**

<u>Munkanapokon</u>		<u>Hétvégén</u>	
1 <input type="checkbox"/>	Soha nem ebédelek rendszeresen	1 <input type="checkbox"/>	Soha nem ebédelek rendszeresen hétvégén
2 <input type="checkbox"/>	Egyszer egy héten	2 <input type="checkbox"/>	Általában csak az egyik napon ebédelek (szombaton VAGY vasárnap)
3 <input type="checkbox"/>	Kétszer egy héten	3 <input type="checkbox"/>	Mindkét napon ebédelek (szombaton ÉS vasárnap)
4 <input type="checkbox"/>	Háromszor egy héten		
5 <input type="checkbox"/>	Négyszer egy héten		
6 <input type="checkbox"/>	Ötször egy héten		

Ebéd időpontja általában:..... óra

Milyen gyakran szokott rendszeresen vacsorázni? **Egy választ adjon munkanapokra és egyet hétvégére!**

<u>Munkanapokon</u>		<u>Hétvégén</u>	
1 <input type="checkbox"/>	Soha nem vacsorázom rendszeresen	1 <input type="checkbox"/>	Soha nem vacsorázom rendszeresen hétvégén
2 <input type="checkbox"/>	Egyszer egy héten	2 <input type="checkbox"/>	Általában csak az egyik napon vacsorázom (szombaton VAGY vasárnap)
3 <input type="checkbox"/>	Kétszer egy héten	3 <input type="checkbox"/>	Mindkét napon vacsorázom (szombaton ÉS vasárnap)
4 <input type="checkbox"/>	Háromszor egy héten		
5 <input type="checkbox"/>	Négyszer egy héten		
6 <input type="checkbox"/>	Ötször egy héten		

Vacsora időpontja általában:..... óra

Hetente hány alkalommal fogyasztja a következő ételeket, italokat?

(Minden sorban egy választ adjon!)	<i>Soha</i>	<i>Ritkábban, mint hetente</i>	<i>Hetente</i>	<i>Hetente 2-4-szer</i>	<i>Hetente 5-6-szor</i>	<i>Minden nap egyszer</i>	<i>Minden nap többször is</i>
Gyümölcs	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Zöldségfélék	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Tejtermék	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Gabonaféle	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Magas szénhidrát tartalmú étel (cukorka, csokoládé, sütemény, tészta)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Koffein tartalmú ital (kávé, energia ital, fekete tea, kóla)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Szeszes ital	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>

Hetente milyen mennyiségű alkoholos italt fogyaszt általában?

Sör üveg
Bor dl
Égetett szesz dl

Mennyi folyadékot fogyaszt naponta? liter

Milyen típusú folyadékot fogyaszt általában?

¹ Víz, ásványvíz ² tea ³ gyümölcslé ⁴ szénsavas üdítő

Táplálkozása során mit részesít előnyben? (Minden oszlopban egy választ adjon!)

Húsfélék ¹ Fehér húsok ² Vörös húsok ³ Vegyesen ⁴ Nem fogyaszt

Gabonafélék, péksütemények ¹ Fehér lisztből ² Barna lisztből ³ Tejes kiőrlésű ⁴ Vegyesen

Zsírok, olajok (sütéshez, főzéshez) ¹ Növényi zsíradék (margarin, olaj) ² Állati zsíradék (zsír, vaj) ³ Vegyesen ⁴ Nem, vagy kevés mennyiségű zsíradékot használok

ÉLETMÓDRA VONATKOZÓ KÉRDÉSEK: DOHÁNYZÁS

Dohányzik-e jelenleg? (Egy választ adjon!)

¹ Nem, és soha nem is dohányzott ² Nem, leszokott: éve ³ Igen: éve

Érez-e dohányzási függőséget?

¹ Igen ² Nem

Jelentkezett-e az alábbi panaszok valamelyike? (Betegség nélkül!)

(Minden sorban egy választ adjon!)

	Igen	Nem
1. Reggeli köhögés	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>
2. Köpetürítés	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>
3. Nehézlégzés, fulladás	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>

A következő teszt a nikotinfüggőség mértékének mérésére szolgál. Amennyiben dohányzik, kérjük válaszoljon az alábbi kérdésekre! (Minden sorban egy választ adjon!)

1. Átlagosan hány szál cigarettát szív el naponta? ¹ Több, mint 20 szál ² 10-20 szál között ³ Kevesebb, mint 10 szál

2. Milyen erősségű cigarettát szív? ¹ Erős ² Közepes ³ Gyenge

3. Leszívja a cigaretta füstjét? ¹ Mindig ² Olykor ³ Soha

4. Mikor dohányzik többet? ¹ Reggel ² Délután/este/egész nap folyamán

5. Ébredés után mennyi időn belül szívja el az első cigarettát? ¹ Fél órán belül ² Fél óránál később

6. Melyik cigarettáról mond le a legnehezebben? ¹ Reggeli első ² A többiről

7. Nehezen állja meg, hogy ne dohányozzon olyan helyen, ahol tilos? ¹ Igen ² Nem

8. Amennyiben elhatározta, hogy leszokik a dohányzásról, hisz abban, hogy sikerülni fog? Nagyon ¹ Eléggé ² Egy kicsit ³ Nem igazán ⁴

ÉLETMÓDRA VONATKOZÓ KÉRDÉSEK: TESTMOZGÁS

Közlekedés általában? (Egy választ adjon!)

- ¹ Gyalogosan, kerékpárral ² Gépkocsival ³ Tömegközlekedéssel

Mennyi idő alatt ér be szolgálati helyére?

- ¹ Kevesebb, mint 1 óra ² 1-2 óra között ³ Több, mint 2 óra

Legalább egy héten kétszer, rendszeresen végez olyan fizikai tevékenységet, melyben megizzad, szaporább lesz a szívverése, vagy elfogy a levegője?

- ¹ Igen ² Nem

Sportol?

- ¹ Igen ² Nem

Amennyiben sportol, milyen gyakorisággal? (Egy választ adjon!)

- ¹ Naponta minimum 30 perc ³ Havonta 4-szer minimum 30 perc
² Hetente 2-3-szor minimum 30 perc ⁴ Fentieknél ritkábban

Edzés során szokta a pulzusát mérni?

- ¹ Igen ² Nem

Amikor a megszokott módon sportol, mozog, mennyire fárad el? (erőkifejtés szintje)

- ¹ Egyáltalán nem ⁴ Közepesen
² Alig ⁵ Erősen
³ Gyengén ⁶ Nagyon erősen, szinte maximálisan

Milyen típusú mozgást részesít előnyben?

- ¹ Testépítés ⁴ Küzdősport
² Ciklikus sportok (futás, úszás) ⁵ Labdajáték
³ Jóga, tai-chi ⁶ Extrém sportok

Van-e olyan tartós betegsége vagy egészségügyi problémája, amit orvos állapított meg, és ami miatt rendszeres orvosi ellenőrzésre kell járnia? Ha igen, nevezze meg!

- ¹ Van rendszeres orvosi ellenőrzést igénylő egészségügyi problémám:
1.).....
2.).....
3.).....
² Nincs ilyen problémám

Jelenleg szed-e gyógyszert rendszeresen? Ha igen, nevezze meg!

- ¹ Igen, szedek gyógyszert rendszeresen:.....
² Nem

Szed fogamzásgátlót? Ha igen, mióta és mit?

- ¹ Igen, szedek fogamzásgátlót:.....éve . Gyógyszer neve:.....
² Nem

Menstruációs ciklusa általában:

- 1 Rendszeres
2 Rendszertelen

Korábbi kórházi kezelések, műtétek (mikor, miért?):

- 1 Betegség: 1.).....; évben
2.).....; évben
3.).....; évben
- 2 Műtét: 1.).....; évben
2.).....; évben
3.).....; évben
- 3 Nem volt

ALVÁSSAL KAPCSOLATOS KÉRDÉSEK

Szenved-e alvászavarban?

- 1 Nem
2 Igen:..... éve

Milyen jellegű a probléma?

- 1 Nehezen alszom el
2 Túl korán ébredek
3 Több részletben alszom

Hogyan szokott reggel ébredni?

- 1 Frissen
2 Fáradtan

A következő kérdések segítenek eldönteni, hogy fennáll-e az Ön esetében az alvás közbeni légzéskihagyások kockázata. (A nyakkörfogat mérését kérje az egészségügyi személyzettől!)

(Minden sorban egy választ adjon!)

	Igen	Nem	
Szokott horkolni a hét minimum 3 napján?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
Nagyon hangosan horkol (áthallatszik a falon, ajtón)?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
Kezelték-e vagy jelenleg kezelik magas-vérnyomás betegség miatt?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
Szokott-e váratlanul fáradt vagy álmos lenni, ha éppen nincs elfoglalva, vagy nem tevékenykedik?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
Szokott-e váratlanul fáradt vagy álmos lenni, ha autót vezet vagy megáll a forgalmi lámpánál?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
A nyak körfogata nagyobb-e, mint - férfi - 43 cm, ill. - nő - 40 cm?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
Mondták már valaha Önnek, hogy alvás közben kihagy a légzése?	1 <input type="checkbox"/> Soha	2 <input type="checkbox"/> Alakalomszerűen	3 <input type="checkbox"/> Gyakran

Milyen szűrővizsgálaton vett részt az utóbbi egy évben? (Több választ megjelölhet!)							
<input type="checkbox"/> 1 Tüdőszűrés							<input type="checkbox"/> 5 Vérnyomásmérés
<input type="checkbox"/> 2 Labor (vérkép, vizelet)							<input type="checkbox"/> 6 Vércukorszint mérés
<input type="checkbox"/> 3 Nőgyógyászati vagy urológiai (prostatata) vizsgálat							<input type="checkbox"/> 7 Koleszterinszint mérés
<input type="checkbox"/> 4 Emlő szűrés							<input type="checkbox"/> 8 Egyéb:.....
<p>A következőkben képzelje el, hogy az alábbi események éppen most történnek Önnel. Hogyan reagálna rájuk? A helyzetek alatt különböző véleményeket olvashat (két szélsőséges válasz), közöttük számokat 1-5-ig. Kérjük, hogy jelölje be azt a számot, mely legközelebb áll az Ön véleményét leginkább kifejező oldalhoz!</p>							
(Minden sorban egy választ adjon!)		1	2	3	4	5	
Igen komoly anyagi gondjai lennének. Mennyire tudna változtatni ezen?	Egyáltalán nem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Teljes mértékben
Nem kerülne magasabb beosztásba, pedig már biztosnak hitte az előmenetelét. Mennyiben lenne felelős azért, hogy így alakult a helyzet?	Egyáltalán nem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Teljes mértékben
Előjárója elégedetlen lenne az Ön munkájával. Ez hogyan hatna Önre?	Nagyon bántaná	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Egyáltalán nem bántaná
Véletlenül súlyos hibát vétene a napi feladatában. Ez hogyan hatna Önre?	Nagyon bántaná	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Egyáltalán nem
Törölnék azt a feladatot, amely megvalósítására már hosszabb ideje készült. Ez mennyire befolyásolná az életét?	Teljes mértékben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Egyáltalán nem
Egy kollégájával komolyan összekülönböznének. Mennyiben lenne Ön felelős azért, hogy így alakult a helyzet?	Egyáltalán nem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Teljes mértékben
Az Önnel együtt szolgálatot teljesítő társai elutasítóak lennének Önnel szemben. Mennyire tudna változtatni ezen?	Egyáltalán nem tudna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Teljes mértékben
Nem kapna szabadságot, pedig egy fontos dolgot kellene elintéznie. Milyen következményei lennének ennek?	Kihatna a munkájára	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hamar elfelejténé
Fontos szabályt szegne meg a szolgálat során. Ez mennyire hatna ki az Ön szakmai megítélésére?	Teljes mértékben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Egyáltalán nem
Hosszas próbálkozást követően rájönne, hogy nem képes elvégezni az Önre bízott feladatot. Milyen következményei lennének ennek?	Kihatna a munkájára	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hamar elfelejténé
Túlszűfolt lenne a szolgálati hely-elhelyezési körlete - és ez zavarná Önt. Mennyire tudna változtatni ezen?	Egyáltalán nem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Teljes mértékben
Elfeledkezne egy fontos megbeszélésről. Mennyiben lenne felelős azért, hogy így alakult a helyzet?	Teljes mértékben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Egyáltalán nem
Magánélete válságba kerülne. Mennyire tudna változtatni ezen?	Egyáltalán nem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Teljes mértékben
Tudomására jutna, hogy ugyanezért a munkáért máshol nagyobb anyagi elismerés jár. Milyen következményei lennének ennek?	Kihatna teljesítményére	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nem törődne vele

Egészségkárosító szert (pl. cigaretta) használ, pedig tudja, hogy káros az egészségére. Mennyire tudna változtatni ezen?	Egyáltalán nem	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	Teljes mértékben
A katonai szolgálat nem olyan lenne, mint amilyenre számított. Mennyiben lenne felelős Ön ezért?	Egyáltalán nem	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	Teljes mértékben
Munkaeszköze már harmadik alkalommal romlana el aznap. Mennyire tudna változtatni ezen?	Egyáltalán nem	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	Teljes mértékben
A feladatot, amit éppen végez, teljes időpocsékolásnak érezné. Mennyiben felelős Ön ezért?	Egyáltalán nem	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	Teljes mértékben
Lemaradna egy Ön számára igen fontos családi eseményről a munkája miatt. Milyen következményei lennének ennek?	Kihatna teljesítményére	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	Nem törődne vele
Egyik előljárója „pikkelne” Önre; pl. folyamatosan kritizálná a munkáját. Ez mennyire hatna Önre?	Nem tudná ellátni feladatait	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	Egyáltalán nem érdekelné

Az elmúlt 6 hónapban milyen gyakran érezte a következőket?					
(Minden sorban egy választ adjon!)	Szinte naponta	Hetente többször	Kb. hetente	Kb. havonta	Ritkábban vagy soha
Fájt a fejem	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Fájt a gyomrom vagy a hasam	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Fájt a hátam	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Kedvetlen rosszkedvű voltam	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Ingerlékeny, indulatos, veszekedős voltam	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Ideges voltam	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Nem tudtam elaludni	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Szédültem	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Fáradt, kimerült voltam	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Adataim statisztikai célú feldolgozásához hozzájárulok:

.....
aláírás, rf.

ORVOSI VIZSGÁLATOK:	
Szomatometria	Testmagasság: cm
	Testtömeg: kg
	BMI: kg/m ²
	Túlsúly: kg
	Derékkörfogat: cm
	Csípőkorfogat: cm
	Testzsír: %
Belgyógyászati státusz ¹ <input type="checkbox"/> Negatív ² <input type="checkbox"/> Pozitív:.....	Nyakkörfogat: cm
	Vérnyomás: Hgmm
	Pulzus: /min
	Szív:
	Tüdő:
	Hasi szervek:
	Mellkas rtg.:
	EKG:
	Nagyerek hallgatózási lelete:
	Nyirokcsomók tapintási lelete:
Sebészeti státusz ¹ <input type="checkbox"/> Negatív ² <input type="checkbox"/> Pozitív:.....	Végtagok:
	Törzs, gerinc:
	Sérv:
	Digitális rekt. vizsg.:
	Sérülés, műtét utáni állapot:
	Erek, nyirokcsomók:
Fül-orr-gégészeti státusz ¹ <input type="checkbox"/> Negatív ² <input type="checkbox"/> Pozitív:.....	Orrlégzés:
	Hallás (súgott beszéd):
	Szájnyálkahártya, garat képletek:
	Nyak tapintási lelet:

LABORATÓRIUMI VIZSGÁLATOK:

I. Első fokú (csapatorvosi) szűrővizsgálat során:

Vizelet			
PH		Fehérje	
Cukor		Biru.	
Ascorb.		Ubg.	
Aceton		Vér	
Nitrit		Üledék	
Albuminuria: Van		Nincs	

Szérum koleszterin:..... mmol/l

Vércukor szint: mmol/l

II. Másodfokú (rendelőintézeti szakorvosi) szűrővizsgálat során:

Vérkép:

Hb..... mmol/l MCV..... fl MCHC..... mmol/l

Qualitativ vérkép:

Ju..... Se..... Ba..... Mo.....

St..... Eo..... Ly..... Egyéb.....

Kémiai vizsgálatok:

Vércukor	..... mmol/l	Kreatinin	..... Umol/l
Koleszterin	..... mmol/l	Birn	..... Umol/l
HDL Koleszterin	..... mmol/l	Se. húgysav	..... Umol/l
HDL-2 Koleszterin	..... mmol/l	SGOT	..... U/l
HDL-3 Koleszterin	..... mmol/l	SGPT	..... U/l
Triglicerid	..... mmol/l	GammaGt.....	U/l
Összfehérje	..... g/l	Alk. foszf.....	U/l
Albumin	..... g/l	Ac. foszf.....	U/l

SZŰRŐVIZSGÁLAT ÖSSZEZÉSE:	
KÓRISME	1 <input type="checkbox"/> Kimutatható betegsége nincs 2 <input type="checkbox"/> Kimutatható betegsége van:.....
KOCKÁZATI TÉNYEZŐK:	1 <input type="checkbox"/> Hypertonia vagy emelkedett RR érték 2 <input type="checkbox"/> Testsúlytöbblet (10% feletti) 3 <input type="checkbox"/> Emelkedett derékkörfogat (ffi>102 cm, nő>88 cm) 4 <input type="checkbox"/> Albuminuria 5 <input type="checkbox"/> Manifeszt diabetes vagy emelkedett éhgyomri vc. érték (>6,1 mmol/l) 6 <input type="checkbox"/> Pozitív családi anamnézis 7 <input type="checkbox"/> Zsíranyagcsere zavar, vagy emelkedett triglicerid szint (>1,69 mmol/l) 8 <input type="checkbox"/> Mozgásszegény életmód 9 <input type="checkbox"/> Dohányzás 10 <input type="checkbox"/> Helytelen táplálkozás 11 <input type="checkbox"/> Stresszes életmód, vagy altató/nyugtató szedése 12 <input type="checkbox"/> Túlzott mértékű alkoholfogyasztás
AZ ELŐZŐ SZŰRŐ/ALKALMASSÁGVIZSGÁLAT IDŐPONTJA, HELYE:	
AZ ELŐZŐ VIZSGÁLATI STÁTUSZHOZ KÉPEST ELTÉRÉS:	1 <input type="checkbox"/> Nincs 2 <input type="checkbox"/> Van: 1 <input type="checkbox"/> Rosszabbodás 2 <input type="checkbox"/> Javulás
MINŐSÍTÉS:	1 <input type="checkbox"/> Szolgáltatképes 2 <input type="checkbox"/> Szolgáltatképes korlátozással 3 <input type="checkbox"/> Szolgáltatképtelen Felmentve.....
TEENDŐK:	1 <input type="checkbox"/> Ellátást nem igényel 2 <input type="checkbox"/> Ellátást igényel: 1 <input type="checkbox"/> Gondozást: általános szakgondozás 2 <input type="checkbox"/> Szakorvosit: szakrendelő kórház 3 <input type="checkbox"/> Megelőző gyógyüdülés javasolt 4 <input type="checkbox"/> Szanatóriumi kezelés javasolt 5 <input type="checkbox"/> Eü. FÜV javasolt

Kelt:.....

.....
Szűrést végző orvos

Felhasznált irodalom

ÁDÁNY Róza (szerk.): A magyar lakosság egészségi állapota az ezredfordulón, Medicina, Budapest, 2003.

ÁDÁNY Róza (szerk.): Megelőző orvostan és népegészségtan, Medicina, Budapest, 2006.

AJKAY Zoltán: Amit a szűrővizsgálatokról tudnunk kell, a népbetegségek szűrése és gondozása, Az egészséges életért sorozat, Magyar Honvédség Egészségügyi Csoportfőnökség kiadványa, 1996.

ANTONOVSKY, A.: Health promoting factor at work: the sense of coherence, In. Psychosocial factors at work and their relation to health. Eds. Kalimo, R.:El-Batavi, M.A., Cooper,C.L. WHO, Geneva, p. 153-167.

BÉKÉSI Livia et al. (szerk. SVÉD László): A katona-egészségügy, Zrínyi Kiadó, Budapest, 2009.

BÉKÉSI Livia: A munkaegészségügy helyzetelemzése, fejlesztésének irányelvei, a honvéd munkaegészségügy békeellátásban, illetve rendkívüli helyzetben ZMNE, PhD disszertáció, 2007.

BENKŐ Zsuzsa: Egészségfejlesztés módszertani kézikönyv, Mozaik kiadó, Szeged, 2009.

BERENCSI György, FALUDI Gábor, SZILAGYI Zsuzsanna, Rókus László, MINÁROVITS JÁNOS: HIV/AIDS járvány, mint nemzetbiztonsági kérdés. Magyar Orvos, X., (1). p 46-47. 2002.

CSABAI Márta, MOLNÁR Péter: Orvosi pszichológia és klinikai egészségpszichológia, Medicina, Budapest, 2009.

CSABAI Márta, MOLNÁR Péter: Egészség, betegség, gyógyítás, Springer Orvosi Kiadó Kft, Budapest, 1999.

FALUDI Gábor: A biológiai fegyver és az ellene való védelem – biovédelem orvosi kérdései, ZMNE, PhD disszertáció, 2011.

FALUDI Gábor: A katonai megelőző orvostani biztosítás az MH megújuló egészségügyi biztosítási rendszerében, Honvédorvos, L. évf. 4. szám, 249-264. 1998.

FEDOR Tímea: A katona-egészségügy sajátosságai, problémák és javaslatok, szakdolgozat, Eötvös Lóránt Tudományegyetem, Társadalomtudományi Kar, Egészségpolitika, tervezés és finanszírozás Szak, 2011.

FEKETE István: Az integrált egészségügyi prevenció távlatai a Magyar Honvédségben a NATO tagság tükrében, Honvédorvos supplementum 1999/1., 80- 87. 1999.

GÁBOR Edina, KISS Júlia: Munkahelyi egészségfejlesztés- a minőség jegyében I. In: Egészségfejlesztés, 50 (4):2-8. 2009.

GÁBOR Edina, KISS Júlia: Munkahelyi egészségfejlesztés- a minőség jegyében II. In: Egészségfejlesztés, 50 (5-6):3-11. 2009.

GORDON, R. S.: An operational classification of disease prevention. Public Health Reports, Vol. 96, Issue 2, pp. 107-109. 1983.

GŐCZE István: A tudományélet és kutatómódszertan alapjai, tudományos kutatás és publikálás, Zrínyi Miklós Nemzetvédelmi Egyetem, Tudomány- és Kutatásszervező Koordinációs Központ, egyetemi jegyzet, Budapest, 2005.

HAJTMANN Béla: Bevezetés a biostatistikába, nem csak orvosoknak, Edge 2002., Budapest, 2012.

HEGEDŰS Csaba: A fizikai aktivitás és a pszichoszociális egészségfaktorok kapcsolata a Magyar Honvédség személyi állományának körében, záródolgozat, Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Egészségfejlesztő-wellness terapeuta Szak, 2013.

HORNYÁK Beatrix: Mentális állóképesség összefüggése az egészségmagatartással, diplomamunka, Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Népegészségügyi Kar, Egészségpszichológia Szak 2011.

HORNYÁK Beatrix et al. (szerk. MEGLÉCZ Katalin): Módszertani útmutató a Magyar Honvédség személyi állomány egészségmegőrzéséhez, Magyar Honvédség Egészségügyi Központ egészségügyi főnökségi kiadványa (kiadás alatt, 2013.)

HÉJA Gábor et al. (szerk. MEGLÉCZ Katalin): Módszertani útmutató az egészségügyi szűrővizsgálati adatrögzítő program használatához, Magyar Honvédség Egészségügyi Központ egészségügyi főnökségi kiadványa (kiadás alatt, 2013.)

Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. World Health Organization, Letöltési idő: 2011. május 25.
http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_en.pdf, 1997.

JUHÁSZ Ágnes: Munkahelyi egészségpszichológia, oktatási segédanyag, Munka- és Szervezetpszichológiai Szakképzés, Budapest, 2003.

JUHÁSZ Ágnes: Az egyéni és a szervezeti fókuszú munkahelyi egészségfejlesztés. Doktori disszertáció. ELTE PPK Pszichológiai Doktori Iskola, Budapest, 2007.

JUHÁSZ Zsolt: A magyar katonák külföldi katonai szolgálatra történő fizikai alkalmasság-vizsgálatának tapasztalatai. PhD értekezés, Zrínyi Miklós Nemzetvédelmi Egyetem, 2012.

JONES, B.H., KNAPIK, J.: Physical training and exercise – related injuries: surveillance, research and injury prevention in military populations, Sport Medicine, Vol. 27. Num. 2. pp. 111-125. 1999.

KALÓ Zoltán, INOTAI András, NAGYJÁNOSI László: Egészség-gazdaságtani fogalomtár I. Egészségügyi technológiák gazdasági elemzése, Professional Publishing Hungary Kft., Budapest, 2009.

KALÓ Zoltán, INOTAI András, LUKOVICS Ferenc: Egészség-gazdaságtani fogalomtár II. Az egészségügy piacának, finanszírozásának és beruházásának gazdasági elemzése, Professional Publishing Hungary Kft., Budapest, 2009.

KARDOS László: Biostatistikai módszerek alkalmazási lehetőségei a populációs szintű egészségkockázat-bebecslés területén, PhD értekezés, Debreceni Egyetem, Orvos- és egészségtudományi Centrum, Népegészségügyi Iskola, 2005.

KERTAI Pál: Megelőző orvostan, A népegészségügy elméleti alapjai, Medicina Könyvkiadó RT 1. kiadás Budapest, 1999.

KISHEGYI Julianna, MAKARA Péter (szerk.). Az egészségfejlesztés alapelvei. Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai. Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest, 2004.

KOCSIS Bernát (szerk.): Anyagi-technikai, egészségügyi biztosítás – részletek hadtudományi disszertációkból MH VK Hadműveleti csoportfőnökség, Tudományos Munkaszervezési Osztály kiadványa, Budapest, 1991.

KOPCSÓ István: A Magyar Honvédség egészségügyi szolgálatának jelen századbeli kihívásai, különös tekintettel a NATO egészségügyi transzformációs folyamatának támogatására. PhD értekezés. ZMNE KLHK Hadtudományi Doktori Iskola, Budapest, 2009.

KOPP Mária, KOVÁCS, M. Erzsébet: A magyar népesség életminősége és egészsége az ezredfordulón. Semmelweis, Budapest, 2006.

KOPP Mária: A nők és férfiak egészsége ma Magyarországon. Semmelweis, Budapest, 2006.

KOPP Mária: „A közép-kelet európai egészség paradoxon” in: Egészségpszichológia a gyakorlatban. szerk: KALLAI, VARGA, OLÁH, Medicina, Budapest, 2007.

KÓSA Karolina: Van e hazai közmegegyezés arról, hogy mi az egészségfejlesztés? Népegészségügy, 88. évf. 1.szám, 3-10. 2010.

LALONDE, M.: A new perspective on the health of Canadians- a working document. Minister of Supply and Services, Canada 1981.

NÉMETH András, SZILÁGYI Zsuzsanna, GACHÁLYI András, SÓTÉR Andrea: A drogfogyasztás epidemiológiája a Magyar Honvédségnél, Honvédorvos supplementum 1999/1., 78- 79. 1999.

OMRAN, A. R.: The epidemiologic transition. A theory of the population change, Milbank Memorial Found Quarterly, 49. (4.) 509-538. 1971.

ÓNODI István: A Magyar Néphadsereg gyógyító-megelőző ellátása fejlődési tendenciáinak feltárása prognosztikai módszerekkel, Kandidátusi értekezés, 1986.

Ottawa Charter for Health Promotion. World Health Organization, Ottawa, http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf, 1986. Letöltési idő: 2011. május 25.

PIKÓ Bettina Egészségszociológia, Új Mandátum, Budapest, 2003.

PIKÓ Bettina, Keresztes Noémi: Sport, lélek, egészség, Akadémiai Kiadó, Budapest, 2007.

RAY, R.: Department of Defence Survey of health related behaviors among active duty military personnel, a component of the defence lifestyle assesment program (DLAP), Diane publishing, Philadelphia, 2009.

RÉVAI Róbert: Az egészségi alkalmassági vizsgálatok és a prevenció szerepe a megváltozott életkörülmények és veszélyhelyzetek tükrében a rendészeti szerveknél, PhD értekezés, Zrínyi Miklós Nemzetvédelmi Egyetem, 2010.

RIDDLEA, R. J.: Millennium Cohort: The 2001-2003 baseline prevalence of mental disorders in the US military, Journal of Clinical Epidemiology, Vol. 60. Issue 2, Pages 192-201. 2007.

SCHARRER János, SVÉD László: A Magyar Honvédség személyi állományának egészségi állapota, fizikai kondíciója, Új Honvédségi Szemle, 1993, 47 (12): 77-87. 1993.

SLESINA W. Primordiális, elsődleges, másodlagos és harmadlagos megelőzés. Orvostovábbképző Szemle XV. évf. 3. szám, 2008.

SÓTÉR Andrea, HORNYÁK Beatrix, MAJOR Mária Gyöngyi: Kardiovaszkuláris betegségek prevenciója, szűrés és intervenció az alakulatoknál, Hadtudomány, XLV. 5. szám, http://mhtt.eu/hadtudomany/2011_e_11.pdf 2011. máj. 25. Letöltési idő: 2011. május 25.

SÓTÉR Andrea, HORNYÁK Beatrix, SZILÁGYI Zsuzsanna, NÉMETH András: Az egészségfejlesztés alapelvei, népegészségügyi prioritása – a munkahelyi egészségfejlesztés helyzete és stratégiai kihívásai a Magyar Honvédségben, Seregszemle, IX.évf., 1.szám, 36-58. 2011.

SÓTÉR Andrea, SCHUBERT Katalin: Drogprevenációs szakemberek továbbképzése, Honvédségi Szemle, 64.évf. 6. szám, 41-43. 2010.

SÓTÉR Andrea, SIMÓ Andrea: Az afganisztáni misszió egészségügyi kockázatai, a saját csapatok egészségügyi haderővédelme, Felderítő Szemle, IX. évf. 3-4. 165-184. 2010.

SÓTÉR Andrea, SZABÓ Ildikó: A táplálkozási szokások a prevenció szemszögéből, Honvédorvos, LXIV. évf., 2012/3-4. szám, 161-176. 2013.

SÓTÉR Andrea, SZÚCS Boglárka, NÉMETH András: Előtérben a prevenció - új stratégia a honvédelmi üdültetés rendszerében (1), Honvédségi Szemle, 65. évf. 5. szám, 34-38. 2011.

SÓTÉR Andrea, SZÚCS Boglárka, NÉMETH András: Előtérben a prevenció - új stratégia a honvédelmi üdültetés rendszerében (2), Honvédségi Szemle, 65. évf. 6. szám, 38-42. 2011.

SÓTÉR Andrea, SZÚCS Boglárka: Az egészségfejlesztés összetevői és jelentősége a Magyar Honvédség egészségpolitikájában a gender mainstreaming tükrében, Hadtudományi Szemle, 3. évf. 4. szám, 69-82. 2010.

SÓTÉR Andrea, SZÚCS Boglárka: Az esélyegyenlőség helyzete, szerepe és lehetőségei a katonai szervezetben belül a gender mainstreaming tükrében, Hadtudományi Szemle, 4. évf. 1. szám, 81-90. 2011.

SÓTÉR Andrea: Az egészségmegőrzés, egészségnevelés lehetséges módszerei a Magyar Honvédség állományában, Honvédorvos supplementum 1999/1., 78- 79. 1999.

SÓTÉR Andrea: Életmód és egészség-rizikómagatartás, Kard és Toll, 8.évf. 2.szám, 65-72. 2007.

SÓTÉR Andrea: A Magyar Honvédség személyi állományának egészségi státusza, Hadtudományi Szemle, 1.évf. 4.szám 37-47. 2008.

SÓTÉR Andrea: Az MH egészségkockázati térképe, a személyi állomány egészségmagatartásának helyőrségi különbségei, Hadmérnök, IV.évf. 3.szám, 196-211. 2009.

SÓTÉR Andrea: A katonai szolgálat egészségkockázat?
http://193.224.76.4/download/konyvtar/digitgy/publikacio/Soter_Andrea1.pdf
Letöltési idő: 2010.november 23.

SVÉD László: Szűrőcsoporttal végrehajtott szűrővizsgálat tapasztalatai a hivatásos állomány körében. Hadtápbiztosítás, 11 (2): 69-76. 1978.

SVÉD László, MOLNÁR Béla: Magasabbegység egészségügyi és ételmezési szolgálatánál végrehajtott témavizsgálat eredményei, tapasztalatai, Hadtápbiztosítás, XIV.évf. 4. szám, 111-119. 1981.

SVÉD László: Az MH egészségügyi szolgálatának helye, szerepe, feladatai betegségmegelőzésben és az egészség megőrzésben. Honvédorvos Supplementum 1999/1, 13-16. 1999.

SVÉD László: A Magyar Honvédség egészségügyi biztosítása elvének és gyakorlatának változásai, sajátosságai, különös tekintettel a haderő átalakításra, a NATO-ba történő integrálásra, a különböző fegyveres konfliktusok, valamint a békefenntartó, béketeremtő és -támogató tevékenységekre, doktori disszertáció, ZMNE, 2003. Budapest, Letöltési idő: 2005. május 25.

http://193.224.76.4/download/konyvtar/digitgy/phd/2003/sved_laszlo.pdf 2003.

SVÉD László: A védelem-egészségtudomány kihívásai, Hadtudomány, 2009/3-4. szám, 28-30. 2009.

SZABÓ János (szerk.): Hadtudományi Lexikon M-Zs. Magyar Hadtudományi Társaság, Budapest, 1995.

SZÉLES György: A magyarországi morbiditás regisztrációs rendszer kidolgozása, működtetése és értékelése, Egyetemi doktori értekezés, Debreceni Egyetem, Orvos és Egészségtudományi Centrum, Népegészségügyi Iskola, Debrecen, 2005.

SZEPESVÁRI Elemér, SZEPESVÁRI Szabolcs: Szűrővizsgálatok, Springer Hungarica, Budapest, 1995.

SZILAGYI Zsuzsanna, NÉMETH András, RUSZ Edit: „Egészségesebb Laktanyáért” projekt modell kísérlet mentálhigiénés programja. Honvédorvos, 1996/2, p. 115-135. 1996.

SZILAGYI Zsuzsanna: Egészségmegőrzés, egészségvédelem, egészségnevelés a Magyar Honvédségnél; Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift. Új Honvédségi Szemle különszáma, p. 76-83. 1996.

SZILAGYI Zsuzsanna: A Magyar Honvédség állományában végezhető mentálhigiénés tevékenység. Honvédorvos supplementum, 1999/1. p. 64-74. 1999.

SZILAGYI Zsuzsanna: A kábítószerrel való visszaélés pszichológiai háttértényezőinek feltárása és preventív törekvések a fegyveres testületek állományában. Honvédorvos, LVII., (1). p. 25-43. 2004.

SZILAGYI Zsuzsanna, SVÉD László, KUGLER Gyöngyi: Külszolgálatot teljesítő katonák összehasonlító vizsgálata a stressz és coping jellemzőkre. *Katonai Logisztika*, 2005/2, p. 241-285. 2005.

SZILAGYI Zsuzsanna, KUGLER Gyöngyi: Kiscsoportos módszerekkel kiképzett mentálhigiénés és drog-prevenációs szakemberhálózat hatásvizsgálati eredményei a Magyar Honvédségnél. *Alkalmazott Pszichológia*, VII., (3). p. 62-87. 2005.

SZILAGYI Zsuzsanna SVÉD László, KUGLER Gyöngyi: Misszióban szolgálatot teljesítő katonák interjúval támogatott, összehasonlító tesztbattériás vizsgálata a missziós tünetekre, illetve stressz és coping jellemzőire nézve. *Honvédorvos*, 58, (1-2), pp. 7-50. 2005.

SZILAGYI Zsuzsanna, VENDREI Gábor, JUHÁSZ Zsolt, KOVÁCS Gabriella, NÉMETH András: Missziós szolgálatot teljesítő katonák alkalmasság-vizsgálati rendszere. *Seregszemle*, IX. 1. pp. 51-73. 2009.

SZILAGYI Zsuzsanna, KOPCSÓ István, NÉMETH András, CSUKONYI Csilla: Comparative analysis of stress coping features of Hungarian soldiers serving in missions *AARMS Vol. 9/1*. pp. 87.-105. 2009.

SZILÁGYI Zsuzsanna, NÉMETH András, CSUKONYI Csilla: A magyar Honvédség állományának 2004-2007 évi szűrővizsgálati eredményeire alapozott összehasonlító longitudinális vizsgálata, *Hadtudomány*, XLV. 5. szám, http://mhtt.eu/hadtudomany/2011/2011_elektronikus/2011_e_1.pdf 2011. máj.25. 2011.

URBÁN Robert, OLÁH Attila, KUGLER Gyöngyi, SZILAGYI Zsuzsanna: A pszichológiai egészség, az iskolai végzettség és a dohányzás összefüggései fiatal felnőtt férfiaknál-keresztmetszeti vizsgálatban. *Pszichológia*, XL. évf., 3. p.71. 2005.

URBAN Róbert, KUGLER Gyöngyi, SZILAGYI Zsuzsanna: A nikotindependencia mérése és korrelátumai magyar felnőtt mintában. *Addictologia Hungarica*, III.évf., 3, p.331. 2001.

URBÁN Róbert, KUGLER Gyöngyi, OLÁH Attila, SZILÁGYI Zsuzsanna: Smoking and education: Do psychosocial variables explain the relationship between education and smoking behavior? *Nicotine and Tobacco Reseach*, Vol. 8. Num. 4. pp. 565-573. 2006.

URBÁN Róbert: Útban a magatartásszempontról egészségpszichológia felé: az egészségmagatartás pszichológiai elemzése, *Magyar pszichológiai Szemle*, 2001. LVI. 4. 593-622. 2001.

V. HAJDÚ Piroska, ÁDÁNY Róza: *Epidemiológiai szótár* Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2003.

VITRAI József: Egészségmonitorozás, egészségfelmérés I., Epiinfo, Epidemiológiai Információs Hetilap, 9. évf., 7. szám, 2002.

VOKÓ Zoltán: Epidemiológiai alapismeretek, előadások és gyakorlatok, ELTE Egészségpolitika tervezés és finanszírozás mesterszak, jegyzet, 2010.

Jogszabályok, ajánlások

51/1997. (XII. 18.) NM rendelet „a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról”

7/2006. (III. 21) HM rendelet „a hivatásos és szerződéses katonai szolgálatra, valamint a katonai oktatási intézményi tanulmányokra való egészségi, pszichikai és fizikai alkalmasság elbírálásáról, és az egészségügyi szabadság-, a szolgálatmentesség-, a csökkentett napi szolgálati idő engedélyezésének a szabályairól”

703/2007. (HK 18.) MH HEK pk. intézkedés A Magyar Honvédség Összhaderőnemi Egészségügyi Doktrína kiadásáról

2011. évi CLXVII. törvény A korhatár előtti öregségi nyugdíjak megszüntetéséről, a korhatár előtti ellátásról és a szolgálati járandóságról

AJP 1.10 (A): Szövetségi Összhaderőnemi egészségügyi biztosítási doktrína

AMedP-21 Deployment Health Surveillance

Army Regulation 600-63 The Army Health Promotion, 2007.

Army Regulation 600-85 The Army Substance Abuse Program,
MC 326/2 A NATO egészségügyi biztosításának alap és irányelvei, 2012.

htp/16 Csapathadtáp szakutasítás az állandó harckészültség időszakára IV. rész: A személyi állomány egészségügyi ellátása, Magyar Honvédség kiadványa, 1990.

Eü/20 Az egészségügyi biztosítás szervezésének alapjai, Honvédelmi Minisztérium kiadványa, Budapest, 1971.

Zsebkönyv az egészségügyi szolgálatvezetők részére (segédlet), KRISTÓF Sándor (szerk.) Honvédelmi Minisztérium kiadványa, Budapest, 1954.

Publikációs lista

Folyóirat cikkek

1. A drogprevenció lehetősége a Magyar Honvédségen belül (társszerző Szilágyi Zsuzsanna), Új Honvédségi Szemle, 51 évf. 1997.
2. A kábítószerfogyasztás kialakulása és a megelőzés (társszerzők Németh András, Szilágyi Zsuzsanna), Új Honvédségi Szemle, 52 évf. 4. szám, 124-134. 1998.
3. Az egészségmegőrzés, egészségnevelés lehetséges módszerei a Magyar Honvédség állományában, Honvédorvos supplementum, 1999/1. 78-79. 1999.
4. A drogfogyasztás epidemiológiája a Magyar Honvédségnél (társszerzők Németh András, Szilágyi Zsuzsanna, Gachályi András), Honvédorvos supplementum, 1999/1., 55-63. 1999.
5. CINDI 2000 Hagyd abba és nyersz, Magyar Honvéd, XI. évf. 16. szám, 21-22. 2000.
6. Életmód és egészség-rizikómagatartás, az egészségfejlesztés szociológiája, Kard és Toll, 8. évf. 2. szám, 65-72. 2007.
7. A Magyar Honvédség személyi állományának egészségi státusza, Hadtudományi Szemle, 1. évf. 4. szám, 37-47. 2008.
8. Az MH egészségkockázati térképe, a személyi állomány egészségmagatartásának helyőrségi különbségei, Hadmérnök, IV. évf. 3. szám, 196-211. 2009.
9. A katonai szolgálat egészségkockázat? http://193.224.76.4/download/konyvtar/digitgy/publikacio/Soter_Andrea1.pdf
Letöltési idő: 2010. nov.23.
10. Drogprevenációs szakemberek továbbképzése (társszerző Schubert Katalin) Honvédségi Szemle, 64.évf. 6. szám, 41-43. 2010.
11. Az egészségfejlesztés összetevői és jelentőgéje a Magyar Honvédség egészségpolitikájában a gender mainstreaming tükrében (1) (társzerző Szücs Boglárka) Hadtudományi Szemle, 3. évf. 4. szám, 69-82. 2010.

12. Az afganisztáni misszió egészségügyi kockázatai, a saját csapatok egészségügyi haderővédelme (társszerző Simó Andrea) Felderítő Szemle, IX. évf. 3-4. 165-184. 2010.
13. Az esélyegyenlőség helyzete, szerepe és lehetőségei a katonai szervezeten belül a gender mainstreaming tükrében (2) (társszerző Szücs Boglárka), Hadtudományi Szemle, 4. évf. 1. szám, 81-90. 2011.
14. Az egészségfejlesztés alapelvei, népegészségügyi prioritása – a munkahelyi egészségfejlesztés helyzete és stratégiai kihívásai a Magyar Honvédségben (társszerzők témavezető, Hornyák Beatrix, Németh András), Seregszemle, IX. évf., 1. szám, 36-58. 2011.
15. Kardiovaszkuláris betegségek prevenciója, szűrés és intervenció az alakulatoknál (társszerzők Hornyák Beatrix, Major Mária Gyöngyi), Hadtudomány, http://mhtt.eu/hadtudomany/2011_e_11.pdf Letöltési idő: 2011. máj. 25.
16. Experiences from the New Screening Procedure and the Complex Lifestyle Programme of the Hungarian Army's Military Health Centre (társszerző Major Mária Gyöngyi) <http://193.224.76.4/download/konyvtar/digitgy/publikacio/Major03.pdf> Letöltési idő: 2011. ápr. 11
17. Egészségügyi szakdolgozók és testnevelők közös továbbképzése a hatékony fizikai felkészülés érdekében (társszerző Hegedűs Csaba), Honvédségi Szemle, 65. évf. 4. szám 39-41. 2011.
18. Előtérben a prevenció - új stratégia a honvédelmi üdültetés rendszerében (1), (társszerzők Szücs Boglárka, Németh András), Honvédségi Szemle, 65. évf. 5. szám, 34-38. 2011.
19. Előtérben a prevenció - új stratégia a honvédelmi üdültetés rendszerében (2), (társszerzők Szücs Boglárka, Németh András), Honvédségi Szemle, 65. évf. 6. szám, 38-42. 2011.
20. A kábítószeres hatása, a fogyasztóvá válás folyamata és a fogyasztás aktuális trendjei – a honvédség drogszűrő rendszere (társszerző Hullám István), Társadalom és Honvédelem, XV. Évf. 1-2. szám, 93-121. 2011.
21. Kábítószerpiac, kábítószer-bűnözés – Részletek az EMCDDA jelentésből, http://193.224.76.4/download/konyvtar/digitgy/publikacio/Soter_Andrea2.pdf Letöltési idő: 2011. jún. 3.
22. Mit tegyünk a hatékony fizikai felkészítés érdekében? (társszerző Hegedűs Csaba) Honvéd Altiszti Folyóirat, XXIII. Évf., 2011/3. 18-19. 2011.

23. Tudományos eszem-izsom, avagy táplálkozási jótanácsok, (társszerző Szabó Ildikó, Hegedűs Csaba), Honvéd Altiszti Folyóirat, XXIII. Évf., 2011/4. 14-16. 2011.
24. A katonák táplálkozási szokásai a prevenció szemszögéből, (társszerző Szabó Ildikó), Honvédorvos, LXIV. évf., 2012/3-4. szám, 161-176. 2013.
25. Index of the troop unit medical centre in 2012, Hadtudományi Szemle, 6.évf. 4. szám, 24-31. 2013.
26. Preventive Programme Aiming Complex Life-style Change (társszerzők Hornyák Beatrix, Kósáné Koppányi Éva) Hadmérnök, VIII. évf. 4. szám, 252-257. 2013.
27. Módszertani segédlet a Magyar Honvédség személyi állomány egészségmegőrzéséhez (társszerzők Hornyák Beatrix, Kenessey Fanni), Magyar Honvédség Egészségügyi Központ kiadványa (kiadás alatt, 2013.)
28. Módszertani segédlet az egészségügyi szűrővizsgálati adatrögzítő program használatához (társszerző Héja Gábor), Magyar Honvédség Egészségügyi Központ kiadványa (kiadás alatt, 2013.)
29. A csapategészségügyi rendelők betegforgalmi mutatói 2012. évben (társszerző Hornyák Beatrix), Honvédorvos (közlésre elfogadva, 2013.)

Konferencia előadások

1. Az MH egészségkockázati térképe, a személyi állomány egészségmagatartásának helyőrségi különbségei, Magyar Katonai- és Katasztrófaorvostani Társaság XI. Tudományos Konferenciája, Budapest, 2008. nov.20.
2. A katonák egészségmagatartása, különös tekintettel a fizikai állapot aspektusaira, VII. Országos Sporttudományi Kongresszus, Budapest, 2009. máj. 28.
3. Komplex életmódváltást megcélzó prevenció modellprogram a Magyar Honvédségnél (társszerző Hegedűs Csaba) VII. Országos Sporttudományi Kongresszus, Budapest, 2009. máj. 28.
4. A preventív medicina helye és szerepe a honvédegészségügyi ellátásban, Magyar Higiénikusok Társasága XXXIX. Vándorgyűlés, Balatonvilágos, 2009. okt. 8.

5. Komplex életmódváltást megcélzó prevenciók modellprogram a Magyar Honvédségnél (társszerző Hornyák Beatrix), Magyar Higiénikusok Társasága XXXIX. Vándorgyűlés, Balatonvilágos, 2009. okt. 8.
6. Az egészségmagatartási és az életminőségi faktorok előrejelző hatása, a pilot study kockázatbecslő modell-vizsgálat eredményei (társszerző a témavezető), Magyar Katonai- és Katasztrófaorvostani Társaság XII. Tudományos Konferenciája, Budapest, 2009. nov.11.
7. Drogszűrővizsgálatok a Magyar Honvédségben, az elmúlt 10 év eredményei, Magyar Addiktológiai Társaság VII. Országos Kongresszusa, Siófok, 2009. nov. 19.
8. Az új egészségügyi szűrővizsgálati adatlap felhasználásának tapasztalatai, a katonai állomány egészségstátusza „A Magyar Tudomány Napja” tudományos konferencia, HM ÁEK, Budapest, 2009. nov. 27.
9. Egészségügyi szakdolgozók szerepe a prevencióban a Komplex Életmódváltást Megcélzó Prevenciók Modell tükrében (poster bemutató) (társszerző Hornyák Beatrix), „A Magyar Tudomány Napja” tudományos konferencia, HM ÁEK, Budapest, 2009. nov. 27.
10. A mentális állóképesség (MÁQ) és a dohányzási szokások közötti összefüggés a Magyar Honvédség személyi állománya körében (társszerző Tápai Balázs), Magyar Pszichológiai Társaság XIX. Országos Tudományos Nagygyűlése, Pécs 2010. máj. 27.
11. A Magyar Honvédség, mint az életmódváltás színtere, Magyar Pszichológiai Társaság XIX. Országos Tudományos Nagygyűlése, Pécs, 2010. máj. 27.
12. Az MH személyi állomány egészségügyi ellátásának mutatói a 2011. évi betegforgalmi adatok alapján (társszerző Hornyák Beatrix), MH Főszakorvosi és Belügyi Tudományos Tanács közös szakmai konferenciája, Balatonkenese, 2012. Szept. 27-28.
13. Az egészségmagatartás főbb dimenzióinak összehasonlító elemzése az MH Művelési Tanácsadó és Összekötő Csoport (OMLT) állományában (társszerző Hornyák Beatrix), Magyar Hadtudományi Társaság Katasztrófa- és védelemegészségügyi Szakosztály és a Biztonságpolitikai és Honvédelmi Kutatások Központja közös szakmai konferenciája, Budapest, 2012. nov.15.
14. „Na milyen volt Afrika?”: a trópusi medicina tnfolyam tapasztalatai, Magyar Katonai- és Katasztrófaorvostani Társaság XV. Tudományos Konferenciája, Budapest, 2012. nov.28.

15. A külföldön szolgálatot teljesítő személyi állomány egészségügyi mutatói az EPIHUN jelentések alapján, (társszerzők Meglécz Katalin, Országné Faragó Éva) Magyar Katonai- és Katasztrófaorvostani Társaság XV. Tudományos Konferenciája, Budapest, 2012. nov.28.
16. A drogpolitika kihívásai: designer drogok (társszerző Hornyák Beatrix), Magyar Katonai- és Katasztrófaorvostani Társaság XV. Tudományos Konferenciája, Budapest, 2012. nov.28.
17. Az MH személyi állomány egészségügyi ellátásának mutatói a 2011. évi betegforgalmi adatok alapján (társszerző Hornyák Beatrix), poster, Magyar Katonai- és Katasztrófaorvostani Társaság XV. Tudományos Konferenciája, Budapest, 2012. nov.28.
18. Comparison of sport habits between Hungarian and US soliders serving in Afghanistan, (Molnár Andor, Dittrich Róbert, Balogh László, Orosz Kornélia), 18th Annual Congress of the European College of Sport Sciences, Barcelona, 2013. jún. 26-29.
19. Az egészségmonitorozás gyakorlati haszna: a Magyar Honvédség rizikótérképe (társszerző Hornyák Beatrix), A rendvédelem és a honvédelem területén végzett orvosi és pszichológiai tevékenység kihívásai napjainkban, Belügyi Tudományos Tanács tudományos-szakmai konferencia, Budapest, 2013. nov. 8.
20. Az egészségmonitorozás gyakorlati haszna: a Magyar Honvédség rizikótérképe (társszerző Hornyák Beatrix), Magyar Hadtudományi Társaság Katasztrófa- és védelem-egészségügyi Szakosztály és a Magyar Katonai- és Katasztrófaorvostani Társaság XVI. Tudományos Konferenciája, Budapest, 2013. nov.27.