

SÓTÉR Andrea

A MAGYAR HONVÉDSÉG SZEMÉLYI ÁLLOMÁNYÁNAK EGÉSZSÉGI STÁTUSZA

HEALTH STATUS OF HUNGARIAN ARMY

A cikk reprezentatív mintavételen keresztül kérdőíves és mélyinterjú vizsgálati módszerekkel mutatja be a Magyar Honvédség állományának 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 képet kapunk, hogy 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 éve, kötelező szűrővizsgálati rendszert, míg negatív sajátoságként hangsúlyozzák a stressz állandó magas szintjét. A mélyinterjúkban megjelenik az egészség-megőrzés intézményi szükségessége.

The article presents the health status of the representative sample of the substance of Hungarian Army via the examining methods of survey and interview. Through the questions of factors influencing the health status, considering health status, health complaints, taking the services of health care, participating at screening examinations and through the questions of psychological status a picture is obtained of how their health is considered compared to the civil population, of what internal and external circumstances are caused for the changes in their health status. It is established, that among the features of the army the annual, compulsory screening examination is considered to be obviously positive while the constant high level of stress is emphasised as negative. During interviews occurs the necessity of institutional health saving.

AZ EGÉSZSÉG-KUTATÁSOK INDOKOLTSÁGA, A VIZSGÁLAT MÓDSZEREI

A hadseregben szolgálatot teljesítő állomány egészség-magatartásának vizsgálata az epidemiológiai kutatások egyik kiemelten fontos területe világszerte, különösen alkalmas terep nagy mintán végzett longitudinális felmérések végrehajtására az egészségmagatartás témaköreiben is. A szervezet sajátosságaiból adódóan, a felmérés kivitelezése valamint az utánkövetéses vizsgálatok — a civil populáció körében végzett hasonló vizsgálatokhoz viszonyítva — könnyebben lebonyolíthatók.

A fegyveres szolgálat ténye különösen nagy körültekintést tesz szükségessé, mivel kiemelt felelősséget, szakmai felkészültséget, tiszta tudatállapotot, magas fokú ön- és realitáskontrollt feltételez. Ugyanakkor számos empirikus kutatás eredménye arra utal, hogy a hadseregbe jellemző stressz-helyzetek növelik az egészséget veszélyeztető kockázati tényezők megjelenésének valószínűségét. (Armstrong és munkatársai, 2000.; Bell és munkatársai, 2003.; Giotakos, 2003.; Lynch és munkatársai, 2004.), ezáltal a rizikótényezők azonosítása és preventív módszerek kifejlesztése a fegyveres testületeknél különös jelentőséggel bír (Bell és munkatársai, 2000.; Jedrzejczak és Kocur, 2003.). Ezek a tapasztalati tények felhívják a figyelmet a rizikótényezők korai, időben történő azonosítására és a hatékony preventív módszerek kifejlesztésének jelentőségére a Magyar Honvédség személyi állományában is.

A katonaság rendkívül alkalmas terep arra, hogy különböző mérőeszközöket próbáljanak ki, ellenőrizzék validitásukat és reliabilitásukat. Többek között az Egészség-rizikó Értékelési Kérdőívet próbálták ki a hadsereg keretei között példátlan esetszámon (404 966) (Bell és munkatársai, 2003.). Ezen kívül a magasság, testsúly és testtö-

meg index és a pszichiátriai-addiktológiai betegség közötti összefüggések feltárására is e keretek között került sor (Wyatt és munkatársai, 2003.).

A komplex egészség állapotának feltárására irányuló felmérésünk három, egymástól eltérő kvantitatív és kvalitatív kutatási módszer ötvözésén alapul: önjellemző kérdőíves felmérés, fókuszcsoportos beszélgetés továbbá mélyinterjú. Miután a kutatás során feltett kérdések kényes, a vizsgálati személy intim szféráját, illetve munkahe-lyével kapcsolatos problémáit is érintő témákkal fonódtak össze, nem hagyatkozhattunk egyetlen adatforrásra. A három, különböző megközelítésű adatforrás egymást kiegészítve, egymást erősítve vagy gyengítve adhatott csak megbízható információkat a Magyar Honvédség dolgozóinak egészségi állapotáról.

A VIZSGÁLATI MINTA

A kérdőíves felmérésben összesen 914 hivatásos katona (720 férfi és 167 nő, 27 fő nem adott választ) vett részt. A résztvevők átlagéletkora 31 év (szórás: 7,8), a legfiatalabb személy 20, míg a legidősebb 62 éves. A beosztást tekintve a túlnyomó többség beosztott (55,9%). A középvezetők és a csoportvezetők aránya 20,3 és 21,3%, a fel-sővezetők aránya 1,3%. A beosztottak körében a nők aránya több mint kétszeres a felsővezetők és a középveze-tők köréhez viszonyítva. A szolgálati időt tekintve a kérdőívet kitöltők mintegy 50%-a öt évnél kevesebb ideje dol-gozik a honvédség kötelékében. A 25 évnél hosszabb szolgálati idővel rendelkezők aránya 8,9%.

MÉRÉSI MÓDSZEREK

Az általános egészségi állapot felmérésére olyan tesztbattériát állítottunk össze, amely a következő főbb területek feltárását célozza: az általános egészségi állapot megítélése, testi panaszok, krónikus betegségek, egészségügyi vizsgálatokon való részvétel, gyógyszereszedés, általános hangulat és szocio-demográfiai adatok.

Ezek megbízható vizsgálatára nemzetközileg széles körben használatos néhány tételből álló skálát alkalmaztunk (pl. Beck-féle Depresszió Kérdőív rövidített változata (Beck és munkatársai, 1961.; Rózsa és munkatársai, 2001.)

AZ EGÉSZSÉGI STÁTUSZ BEMUTATÁSA

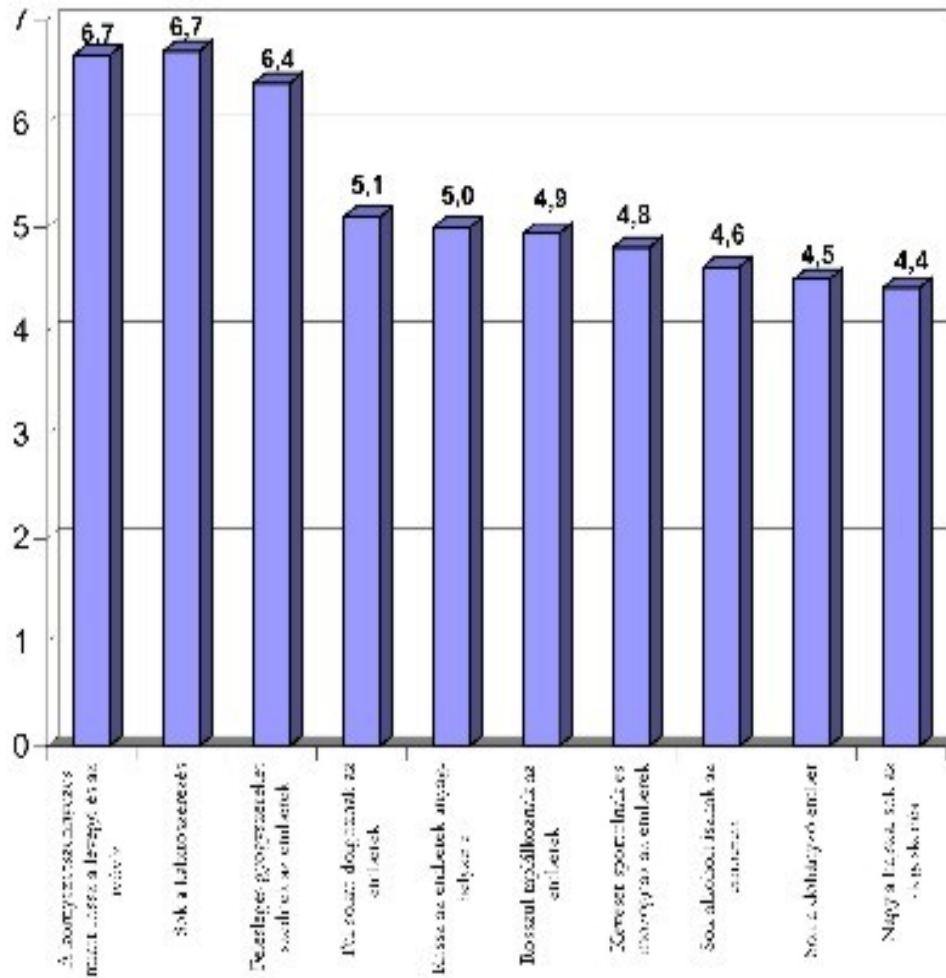
Az egészségi állapotot befolyásoló tényezők mértékének feltárásakor a „hajsztát és a sok idegeskedést” tekintik a leginkább egészségkárosító hatásúnak. A kutatásban résztvevők ugyancsak jelentős egészségkárosító hatású-nak tulajdonítják a sok dohányzást illetve az alkoholfogyasztást. A lakosság egészségi állapotának romlásában szerepet játszó tényezők sorrendjében az elsők között szerepelnek „a környezetszennyezés miatt rossz a levegő és az ivóvíz”, valamint a „sok a kábítószeresedés” (1. ábra). Az egészségkárosító faktorok együttes hatását vizsgál-va megállapíthatjuk, hogy a problematikus alkoholfogyasztók tisztában vannak az alkohol és a dohányzás egé-szégkárosító hatásával, és kevésbé hajlanak arra, hogy az egészségromlás hátterébe a stresszt helyezték. Akik egyfajta kontrollt gyakorolnak az egészségi állapotuk felett, azok hajlamosabbak a személyes és motivációs té-nyezőket (helytelen táplálkozás, mozgásszegény életmód) az egészségmagatartás szempontjából fontosabb helyre rangsorolni.

AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT MEGÍTÉLÉSE

Az egészségi állapot mérésének egyik fontos indikátora az ún. vélt egészség. Ez az indikátor azt a szubjektív egészségérzetet becsli, hogy a megkérdezett személy általában hogyan éli meg egészségi állapotát (2. ábra).

A vélt egészség mérésére szolgáló többféle megfogalmazás közül jelen vizsgálatban a WHO által használt és ja-vasolt változatot alkalmaztuk: „Hogyan ítéli meg egészségi állapotát általában?”

A fenti eredményeket összevetettük a nemben, korban és iskolai végzettségben illesztett népegészségügyi ada-tokkal. Ennek során azt kaptuk, hogy a „jó”-nak ítélt egészségi állapot a honvédség kötelékében dolgozók köré-ben mintegy 10 %-kal magasabb, ugyanakkor a „nagyon rossz”, „rossz” és „kielégítő” kategóriákban enyhén ala-csonyabb.



1. ábra: A lakosság egészségi állapotának romlásában szerepet játszó tényezők

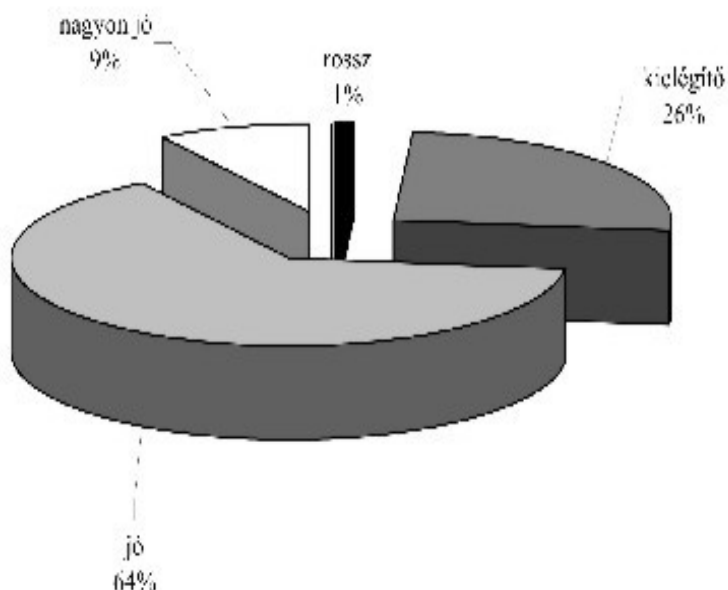
Az anyagi helyzet szignifikáns összefüggést mutat az egészségi állapot megítélésével (1. táblázat). Minél inkább jónak ítéli meg valaki az anyagi helyzetét, annál inkább van megelégedve egészségi állapotával is. Bevallásuk szerint a jó anyagi körülmények között élők körében senki sem tartotta egészségi állapotát rossznak, míg a magukat rossz anyagi körülmények között élőknek vallók közül 5% minősítette egészségi állapotát hasonlóan. S míg a jó körülmények között élők döntő többsége (91%), addig a rosszabb körülmények között élőknek kb. kétharmada (63%) tartotta jónak egészségét.

1. táblázat: Az egészségi állapot megítélése az anyagi körülmények függvényében (%-ban)

Egészségi állapot	Anyagi körülmények		
	Rossz	Megfelelő	Jó
Rossz	5	1	0
Kielégítő	32	27	9
Jó	63	72	91

A kutatás során vizsgáltuk azt is, hogy a megfelelő egészségi állapot elérésében és fenntartásában az egyén aktív közreműködését, a saját közreműködés lehetséges befolyását hogyan vélelmezik a megkérdezettek. Megállapítható, hogy a kérdezettek egyetértenek abban, hogy aktív közreműködői lehetnek egészségük mindenkor alakításának. A vélemények az egészségért való erőfeszítés mértékében differenciálódnak. A kérdezettek egyharmada

da (33%) gondolja úgy, hogy nagyon sokat tehet egészségéért, további 60%-uk szerint is sokat lehet tenni, míg 7%-uk vallja azt, hogy az egyénnek csak kevés szerepe lehet (3. ábra).



2. ábra: Hogyan ítéli meg egészségi állapotát?

Az életkor előrehaladtával valamelyest csökken azoknak az aránya, akik azt vallják, hogy nagyon sokat tehetnek az egészségükért (2. táblázat).

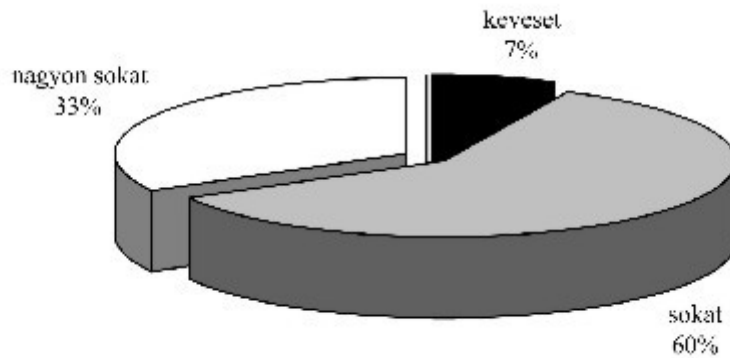
2. táblázat: Az egészségi állapot megítélése korcsoportonként (%-ban)

	20–29 éves	30–39 éves	40–49 éves	49 éves felett
Rossz	2	1	2	4
Kielégítő	22	28	37	42
Jó	76	71	61	54

Az iskolai végzettség is jelentősen differenciálja az egészségéért való közreműködésről kialakított véleményt. Az éles határ a magasabb szintű diplomával (főiskola, egyetem), valamint az ennél alacsonyabb végzettséggel — érettségi, szakmunkás — rendelkezők között húzódik. Az előbbi csoportba tartozók köréből feleannyian vélekednek úgy, hogy az egyén csak keveset tehet mindenkori egészségéért (4% és 8%), s ugyanakkor 41%-uk képviseli azt, hogy nagyon sokat lehet tenni, az alacsonyabb végzettségűek 30%-ával szemben.

3. táblázat: Az egészséghez való közreműködés az anyagi helyzet vonatkozásában (%-ban)

	Rossz	Megfelelő	Jó
Keveset lehet tenni	15	4	4
Sokat lehet tenni	57	63	49
Nagyon sokat lehet tenni	28	33	47



3. ábra: Véleménye szerint mennyit tehet az egészségéért?

Az anyagi helyzet nemcsak az egészségi állapot megítélésében, hanem az ahhoz való hozzájárulás mértékében is jelentős meghatározó tényező (3. táblázat). A rosszabb anyagi körülmények között élők inkább úgy ítélik meg, hogy kevés befolyásuk lehet egészségükre, mint azok, akik jobb anyagi körülmények között élnek. A rossz anyagi körülmények között élők körében mintegy három és félszeres azoknak az aránya a jó körülmények között élőkhez képest, akik úgy ítélik meg, hogy kevés személyes befolyásuk lehet általános egészségi állapotukra (15% és 4%). Az egészségi állapot megítélése és az arról alkotott vélemény, hogy az egyénnek milyen mértékű szerepe lehet abban, szignifikáns összefüggést mutat (4. táblázat).

Akik azt a véleményt fogalmazták meg, hogy a megfelelő egészségi állapot elérésében és fenntartásában nagy szerepe van az egyénnek is, saját egészségi állapotukat is jobbnak ítélték meg, szemben azokkal, akik kielégítőnek vagy rossznak ítélték meg azt, s ugyanakkor azzal értettek egyet, hogy annak állapotáért kevesebbet lehet tenni. Azok között, akik úgy vélték, hogy nagyon sokat lehet tenni, nem voltak olyanok, akik egészségi állapotukat rossznak ítélték volna meg, szemben azokkal, akik úgy vélekedtek, hogy keveset lehet tenni, közülük kb. minden tizedik válaszoló vélte egészségi állapotát rossznak. Az összefüggés fordítva is igaz. Azok között, akik véleménye szerint sokat lehet tenni, kb. két és félszer annyian vélték jónak jelenlegi egészségi állapotukat is, mint a másik csoportba tartozók.

4. táblázat: Az egészségi állapot és az egészség tudatos befolyásolásáról való vélemény összefüggése

Egészségi állapota	Mennyit tehet az egészségéért?		
	Keveset	Sokat	Nagyon sokat
Rossz	11	1	0
Kielégítő	54	28	15
Jó	35	71	85

EGÉSZSÉGI PANASZOK

A megkérdezett dolgozók közel egyharmadának (30%) voltak az elmúlt fél évben olyan egészségi panaszai, amelyekkel orvosi ellátásra szorultak (4. ábra).

Különösen a nők igényelték a nagyobb arányú ellátást. Közülük 41% vett igénybe valamilyen orvos által ellátott egészségügyi szolgáltatást, szemben a férfiak 27%-os arányával. Az életkor növekedésével emelkedik az orvosi kezelésre szorultak aránya.

A lakóhely is meghatározó tényezőnek bizonyult az orvosi ellátás igénybevételében. A nagyvárosokban lakó dolgozók közül mintegy kétszer annyian kértek valamilyen orvosi ellátást, mint azok, akik tanyán élnek, s 10%-kal többen, mint a kisebb lélekszámú városokban élők.

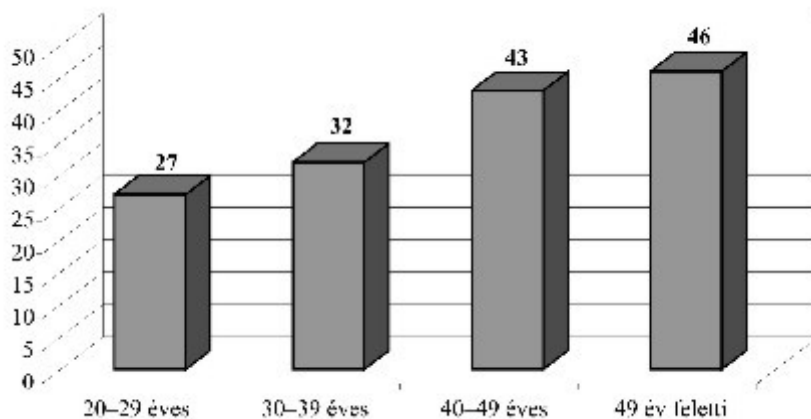
A megkérdezett dolgozók valamivel több, mint tizedének (11%) van olyan krónikus betegsége, ami jelenleg is befolyásolja az életét, mindennapjait (5. táblázat). Mindez inkább a nőkre, mint a férfiakra jellemző. A nők körében kétszer akkora (18%) azoknak az aránya, akiknek minden nap meg kell küzdeniük valamilyen krónikus betegséggel. A családi állapot szerint a többségében fiatalabb korosztályhoz tartozókat leszámítva leginkább az egyedül élőknek (elváltak, özvegyek) kell számolniuk mindennapjaikban valamilyen krónikus betegséggel, mintegy 20%-nak.

Az életkor növekedésének egyre inkább velejárója valamilyen krónikus betegség kialakulása.

A krónikus betegségek leginkább a nagyon rossz anyagi helyzetűeket jellemzik, közülük kb. egynegyedük (27%) számolt be ilyen jellegű betegségről, szemben a jobb körülmények között élők mintegy egytizedes arányával. A krónikus betegek mintegy háromnegyede vett részt valamilyen orvosi kezelésen az elmúlt fél évben. Megállapítható, hogy a krónikus betegek egynegyedét az elmúlt hat hónapban nem kezelte orvos. A krónikus betegségben nem szenvedők közül minden negyedik kérdezett keresett fel orvost valamilyen panasszal a jelzett időszakban.

5. táblázat: Orvosi kezelésben való részvétel a krónikus betegségek tükrében (%-ban)

	Krónikus betegség	
	Van	Nincs
Kezelte orvos	73	24
Nem kezelte	27	76



4. ábra: Az orvosi kezelésre szorultak számának alakulása a különböző életkori csoportokban

Rendszeresen szed valamilyen egészségi probléma miatt, orvos által felírt gyógyszert a dolgozók egytizede (6. táblázat).

6. táblázat: A rendszeres gyógyszeresedés a krónikus betegség tükrében (%-ban)

	Krónikus betegség	
	Van	Nincs
Szed gyógyszert	57	4
Nem szed gyógyszert	43	96

A gyógyszereszedők 62%-a azok közül kerül ki, akiknek krónikus betegségük van, a további 38% valamilyen más okból rendszeres gyógyszerhasználó. Ugyanakkor a krónikus betegek 43%-a nem szed rendszeresen gyógyszereket, így meglévő betegségére sem.

A nők nemcsak rosszabbnak ítélik meg egészségi állapotukat, a gyógyszert szedők között is nagyobb arányt képviselnek (15%), mint a férfiak (9%).

A gyógyszerfogyasztók aránya az életkor előrehaladtával rohamosan növekszik, a legidősebb korcsoportban (49 évesnél idősebb) a legfiatalabbakhoz képest (20–29 éves) mintegy megtízszereződik az arányuk. (7. táblázat). A fiataloknál nem éri el a rendszeres gyógyszerfogyasztás az 5%-ot, ami a legidősebeknél már 46%-os arányt képvisel.

7. táblázat: A rendszeres gyógyszerfogyasztás az életkor tükrében (%-ban)

	20–29 éves	30–39 éves	40–49 éves	49 éves felett
Szed gyógyszert	5	8	30	46
Nem szed	95	92	70	54

EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁS IGÉNYBEVÉTELE

A Magyar Honvédség valamelyik egészségügyi szolgáltatását a megkérdezett dolgozók 18%-a vette igénybe a kérdezést megelőző 30 napban. A munkahelyi egészségügyi szolgáltatást nagyobb arányban vették igénybe azok, akik anyagi helyzetüket nagyon rossznak minősítették, mintegy kétszer annyian, mint a jó anyagi helyzetűek (26 és 13%). Összehasonlításként: a jelenlegi eredménnyel szemben, az anyagi helyzet nem befolyásolta szignifikánsan az előző fejezetben tárgyalt fél évre vonatkozóan megkérdezett orvosi ellátások igénybevételét.

Az iskolai végzettség sem mutatott összefüggést, míg a honvédségi szolgáltatás igénybevétele esetében a magasabb iskolai végzettséggel nő az egészségügyi szolgáltatás iránti igény, így az alacsony iskolai végzettségűek 14%-a, a főiskolai, egyetemi diplomával rendelkezők 23%-a vette azt igénybe a megjelölt időszakban. Az életkor ez esetben is fontos tényező. A legidősebb korosztály közül több mint kétszer annyian fordultak meg a rendelésen, mint a legfiatalabbak (38 és 15%).

A honvédségi szolgáltatást igénybe vevők között nagyobb arányban vannak azok, akik egészségi állapotukat rossznak ítélték meg, mintegy harmaduk látogatta meg a szolgálatot az elmúlt hónap során, szemben azzal a 16%-ot képviselő csoporttal, akik jónak minősítették egészségüket (8. táblázat).

8. táblázat: Az MH egészségügyi szolgáltatásának igénybevétele a szubjektív egészség tükrében (%-ban)

	Rossz	Kielégítő	Jó
Igénybe vette	33	24	16
Nem vette igénybe	67	76	84

A nem, a családi állapot nem mutat összefüggést a fogorvos látogatásával. Az anyagi helyzet annyiban, hogy a jó anyagi helyzetűek körében nincs olyan, aki még nem járt soha fogorvosnál, a rossz anyagi helyzetűeknél ez az arány 2%.

Az életkor előrehaladtával, a fogak romlásával csökken a fogorvosi rendelések látogatottsága, míg a legfiatalabbak tizede, a legidősebbek több mint ötöde több éve, vagy soha nem volt fogorvosnál (9. táblázat).

9. táblázat: A fogorvosi rendelés látogatása az életkor függvényében (%-ban)

	20–29 éves	30–39 éves	40–49 éves	49 éves felett
Féléven belül	59	54	46	46
1–2 éve	31	34	38	31
Több éve, soha	10	12	16	23

A szűréseken való részvétel fontos mutatója részben az egyén egészségtudatos viselkedésének, részben az egészségügyi ellátás mindenkori színvonalának, szervezettségének. Jelen vizsgálat nem terjedt ki az okok rész-

letes vizsgálatára, csupán annak bemutatására vállalkozott, hogy a megkérdezett dolgozók milyen időközönként vettek részt a különböző szűrővizsgálatokban.

A skálán a leggyakoribb részvételnek a féleven belüli megjelenést jelöltük meg, ezt követte az 1–2 éven belüli, majd a több éve, s végül a soha nem vett részt a megjelölt szűrővizsgálaton válaszalternatíva szerepelt.

Amennyiben a leggyakoribb megjelenést vesszük alapul (a kérdést megelőző fél éven belül), a felsorolt szűrővizsgálatok sorrendje a következő a válaszok alapján: vérnyomásmérés 83%, tüdőszűrés, 51%, vércukorszint mérés 50%, koleszterinszint mérés 37%, emlőrák szűrés 25%, HIV szűrés 13%, prosztatata vizsgálat 12%, nemi betegségek szűrése 11%.

PSZICHÉS ÁLLAPOT

Az általános jól-lét és a pszichés problémák mutatójaként a hazai és nemzetközi gyakorlatban széles körben alkalmazott Rövidített Beck Depresszió Kérdőívet használtuk (Beck és munkatársai, 1961.; Rózsa és munkatársai, 2003.). A 9 tételből álló skála a pszichés tünetek széles spektrumát térképezi fel: az érdeklődés elvesztése, döntésképtelenség, alvási probléma, kimerültség, túlzott aggodás az egészségi állapot miatt (hipochondria), munkaképtelenség, reménytelenség, elégedetlenség, önvádolás (10. táblázat).

A kilenc pontszámátlagokat megvizsgálva a fáradtság kérdésre adták a legnagyobb pontszámot, ugyancsak magas pontszámot adtak az alvási problémára és az érdeklődés elvesztésére. Összességében mindkét mintában a nők értek el magasabb pontszámot.

10. táblázat: A Rövidített Beck Depresszió Kérdőív tételeinek és összpontszámának alakulása

	Férfi	Nő
Minden érdeklődésemet elvesztettem mások iránt.	1,30 (0,57)	1,26 (0,53)
Semmiben sem tudok dönteni többé.	1,13 (0,36)	1,14 (0,44)
Több órával korábban ébredek, mint szoktam, és nem tudok újra elaludni.	1,32 (0,60)	1,37 (0,63)
Túlságosan fáradt vagyok, hogy bármit is csináljak.	1,46 (0,63)	1,52 (0,66)
Annyira aggódom a testi-fizikai panaszok miatt, hogy másra nem tudok gondolni.	1,16 (0,45)	1,19 (0,49)
Semmiféle munkát nem vagyok képes ellátni.	1,06 (0,26)	1,07 (0,29)
Úgy látom, hogy a jövőm reménytelen és a helyzetem nem fog változni.	1,28 (0,58)	1,34 (0,61)
Mindennel elégedetlen vagy közömbös vagyok.	1,27 (0,51)	1,22 (0,45)
Állandóan hibáztatom magam.	1,27 (0,53)	1,37 (0,60)
BDI összpontszám	11,23 (2,75)	11,46 (2,78)

A mérőeszközt gyakran szűrő céllal is használják, annak érdekében, hogy nagyobb mintából egyszerű önjellemző kérdőív segítségével „bejósolják” a kitöltő pszichés problémáit, depresszióját. Természetesen hangsúlyoznunk kell, hogy az önjellemző mérőeszközt nem alkalmazhatjuk „vak diagnosztizálásra”, de szűrő és figyelemfelhívó funkciója rendkívül fontos. Az adatbázison a teljes lekérdezettek 5,9%-a (53 fő) ért el a leválasztási kritériumnál (16 pont) magasabb értéket, vagyis ezeknél a személyeknél valószínűsíthető valamilyen pszichés probléma.

A FÓKUSZCSOPORTOS BESZÉLGETÉS VALAMINT A MÉLYINTERJÚK EREDMÉNYEI

A kérdőíves felmérést, az információgyűjtést további módszerekkel is kiegészítettük annak érdekében, hogy minél pontosabb képet kapjunk az abban felvetett problémakörökről. Az egyik módszer a személyes kérdezésem alapuló részben strukturált mélyinterjú volt, a másik a 10–12 fős, problématerületekre orientált ún. fókuszcsoport.

A mélyinterjúkat olyan vezető és felső vezető magasan kvalifikált főtisztekkel végeztük el, akik vezető beosztásuknál fogva feltehetőleg nagyobb rálátással bírnak az egyes problématerületekre, másrészt nagyobb befolyással lehetnek a különböző problémák orvoslásában hozott döntésekben, döntési folyamatokban.

A mélyinterjúk általánosságban kitértek az ország lakossága egészségi állapotának tárgyalására, a katonaság általános egészségi állapotának megítélésére, a problémák kezelésének lehetőségeire a honvédség egészét illetően, illetve saját hatáskörben.

A hazai lakosság egészségi állapotát az interjúk során mindenki rossznak ítélte meg. Az okokat egyrészt „külső”, a társadalmi berendezkedésből, a jelenlegi társadalmi fejlettségi szintből adódó problémákból, illetve az egyénre vonatkozó „belső” problémákból vezették le. A legtöbben, mint legfőbb „külső” egészségromboló tényezőt, a kedvezőtlen gazdasági helyzetet, az emberek elszegényedését, az ezzel járó létbizonytalanságot, valamint az ezzel összefüggő sok munkát, s a stresszt említették. Az egészségügyi rendszer is többször jelentette bírálata tárgyát.

Az okok másik nagy csoportját a nem megfelelő életvitellel kapcsolatos problémák sorolása jelentette, mint a mozgásszegény életmód, a túlzott dohányzás, az alkoholfogyasztás, a helytelen táplálkozás.

A honvédség hivatásos állományának egészségi állapotát többségében kielégítőnek vagy jónak, az országos átlaghoz képest jobbnak ítélték meg. Ennek egyik fő okaként a szűrővizsgálatok meglétét tekintették, „a munkatársaim egészségi állapota jobb, hiszen mi évente kötelezően veszünk részt az egészségügyi szűrővizsgálatokon és a fizikai állapotfelméréseken. Így a korai kiszűrésre nagyobb a lehetőség, mint az átlag populációnak. Ez nagy előnye a hadseregnek” (44 éves felsővezető).

A stressz, a túlzott bizonyítási vágy, a sok munka is egészségromboló tényezőként szerepelt az említésekben. A problémák megoldására sok javaslatot fogalmaztak meg az interjúalanyok, ezek egy része a közvetlen munkára, a munkakörülményekre vonatkozott, másik része a betegségmegőrzés, a szűrések szervezettebbé, sokoldalúbbá való tételére irányult.

A fókuszcsoportos beszélgetések többségénél a honvédségnél dolgozók egészségi állapotát jobbnak minősítették a résztvevők, mint az átlag, de véleményük szerint hatalmas nyomás és stressz nehezedik rájuk, ami pszichésen nagyon igénybe veszi őket. Többen is megemlítik, hogy hatalmas stressz forrás az, hogy még a hétvégén is készenlétben vannak, várva, mikor hívják be őket, hova vezénylik. A stressz egészségkárosító hatásáról már sokat tudnak, de tudatosan kivédeni csak elég kevés személynek sikerül. Sokan tudják, hogy a testmozgás is lehet egy ilyen tényező.

A egészségkárosító tényezők közül szinte valamennyi csoportban a káros szenvedélyeket, a mozgásszegény életmódot, a helytelen táplálkozást és a stresszt említették. Néhányan a korai felvilágosítás szerepét és fontosságát is hangsúlyozták.

AZ EREDMÉNYEK ÖSSZEFOGLALÁSA

Mind a kvantitatív, mind a kvalitatív adatok elemzéséből arra lehet 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 összehasonlítják 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 OLEF illetve a Hungarostudy adataival — szerint azok között, akik jónak ítélik egészségi állapotukat, valóban a honvédségi dolgozók vannak arányaikat tekintve többségben, ugyanakkor nagyon jónak, illetve kielégítőnek a lakosság arányosan nagyobb része tartja egészségi állapotát. A pszichológiai egészség tekintetében a kutatás nem támasztja alá a felsőbb vezetőkkel készített mélyinterjúkban elhangzottakat: a honvédségben előforduló „küszöb feletti” (jelzésértékű) depresszió szignifikánsan magasabb, mint a népegészségügyi felmérésben mért értékek.

A mély-interjúk alanyai a külső tényezők közé az egészségügyi rendszer fogyatékosait is felsorolják. A javaslatok megfogalmazásában is az egészségügyi rendszer fejlesztése, az egészség-megőrzés és szűrővizsgálatok színvonalának emelése hangsúlyosan jelenik meg.

A Nemzeti Népegészségügyi Program alapelveit és a kidolgozott stratégiákat szem előtt tartva számos egészségfejlesztési vonatkozású feladat jelentkezik, amelyek célja az egészségtudatos magatartás kialakítása és fejlesztése mind az egyén, mind a szűkebb katonai közösség és a családtagok szintjén. Az ily módon nyert tapasztalatokat felhasználva, a kutatás során vizsgálni kívánt protektív (megerősítő-védő) ható tényezők programjainkba építésével a gyakorlatban is eredményes egészség-megőrző, egészségfejlesztő munka végrehajtására nyílik lehetőség.

A kutatás megállapításait alapul véve szükséges folytatni az új irányoknak megfelelő életmód és egészségmagatartást fejlesztő program kidolgozását, számos életmódbeli tényező szerepének figyelembevételével. Az előbbieket fontos része az egészségi állapotot pozitív, illetve negatív irányban befolyásoló tényezők ismertetése, önismeret fejlesztése, az életstílus, illetve életvitel formálása, az életmód tanácsadás feltételeinek megteremtése, melyek segítségével hatékony és értékelhető egészségmegőrző- és fejlesztő programok működtethetők.

A kockázati faktorok széles körű feltérképezésének segítségével a magas kockázati tényezőkkel járó egészségkárosító magatartásformák csökkentésével, illetve kiküszöbölésével az egészségtudatos viselkedés kialakítása révén lehetővé válik az egyének számára az „egészségesebb” tudatos választása.

Kulcsszavak: egészségi és pszichológiai állapot, egészségügyi panaszok, egészségügyi rizikómagatartás, orvosi ellenőrzés, gyógyszerszedés, egészség fejlesztés

Keywords: health and psychological status, health complaints, health risk behavior, medical check up, drug using, health promotion

FELHASZNÁLT IRODALOM

- ARMSTRONG, M. L., MURPHY, K. P., SALLEE, A., WATSON, M. G.: *Tattooed Army Soldiers: examining the incidence, behaviour, and risk.* -In.: *Military Medicine*, 165. 2., 2000., -p. 135–141.
- BÁCSKAI E., GEREVICH J., RÓZSA S., SZILÁGYI Zs.: *Komplex pszicho-szociális szűrővizsgálat a Magyar Honvédség hivatásos állományában lévő dolgozók körében.* -Budapest, 2003. Kutatási zárótanulmány.
- BELL, N. S., WILLIAMS, J. O., SENIER, L., STROWMAN, S. R., AMOROSO, P. J.: *The reliability and validity of the self-reported drinking measures in the Army's Health Risk Appraisal Survey.* *Alcohol Clin Exp Res*, 27. 5., 2003., -p. 826–834.
- BELL, N. S., AMOROSO, P. J., YORE, M. M., SMITH G. S., JONES, B. H.: *Self-reported risk-taking behaviors and hospitalization for motor vehicle injury among active duty army personnel.* -In.: *American Journal of Preventive Medicine*, 18. 3. Suppl., 2000., -p. 85–95.
- GEREVICH J., BÁCSKAI E., RÓZSA S., SZILÁGYI Zs.: *Pszichiátriai, addiktológiai és szomatikus problémák a Magyar Honvédség hivatásos állományában lévő dolgozóknál.* -Budapest, 2003. In.: *Psychiatria Hungarica*, 18. évf. -p. 137–139.
- GIOTAKOS, O.: *Suicidal ideation, substance use, and sense of coherence in Greek male conscripts.* -In.: *Military Medicine*, 168. 6., 2003. -p. 447–450.
- JEDRZEJCZAK, M., KOCUR, J.: *Threat of drug addiction in the army.* -In.: *Psychiatr Pol.* 37. 3., 2003. -p. 511–518.
- LYNCH, J. P., HANSON, K., KAO, T. C.: *Health-related behaviours in young military smokers.* -In.: *Military Medicine*, 169. 3. 2004. -p. 230–235.
- SÓTÉR A.: *Életmód és egészség-rizikómagatartás – egészségfejlesztés szociológiája.* -Budapest, 2007. In.: *Kard és Toll*, 2007/2. -p. 65–72.
- RÓZSA, S., RÉTHELYI, J., STAUDER, A., SUSÁNSZKY, É. : *A középkorú magyar népesség egészségi állapota: a Hungarostudy 2002 országos reprezentatív felmérés módszertana és a minta leíró jellemzői.* -Budapest, 2003. In.: *Psychiatria Hungarica*, 18. évf. 2. -p. 83–94.