

Doktori (PhD) értekezés

**Az egészségtudatosság és az egészségmagatartás sajátosságai és összefüggései a
rendvédelmi hivatásos állomány körében**

Ambrusz Aliz

Témavezető: Dr. Malét-Szabó Erika PhD.



DEBRECENI EGYETEM

BDT

Debrecen, 2026.

**Az egészségtudatosság és az egészségmagatartás sajátosságai és összefüggései a
rendvédelmi hivatásos állomány körében**

Értekezés a doktori (Ph.D) fokozat megszerzése érdekében
a Pszichológia tudományágban

Írta: Ambrusz Aliz okleveles pszichológus-pszichológia szakos tanár
klinikai és mentálhigiéniai felnőtt szakpszichológus, pszichoterapeuta

Készült a Debreceni Egyetem Humán Tudományok doktori iskolája
(Pszichológia programja) keretében

Témavezető:



Dr. Malét-Szabó Erika PhD

Az értekezés bírálói:

Dr.

Dr.

Dr.

A bírálóbizottság:

elnök: Dr.

tagok: Dr.

Dr.

Dr.

Dr.

A nyilvános vita időpontja: 20...

NYILATKOZAT

„Én Ambrusz Aliz teljes felelősségem tudatában kijelentem, hogy a benyújtott értekezés önálló munka, a szerzői jog nemzetközi normáinak tiszteletben tartásával készült, a benne található irodalmi hivatkozások egyértelműek és teljesek. Nem állok doktori fokozat visszavonására irányuló eljárás alatt, illetve 5 éven belül nem vontak vissza tőlem odaítélt doktori fokozatot. Jelen értekezést korábban más intézményben nem nyújtottam be és azt nem utasították el.”

2026.04.24.

Ambrusz Aliz

Ambrusz Aliz

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Köszönöm szépen Dr. Malét-Szabó Erika témavezetőmnek, hogy támogatott ezen az úton. Támogatásával, precizitásával és szakmai igényességével hozzájárult a munkámhoz.

Köszönettel tartozom a Szabolcs-Szatmár-Bereg Vármegyei Rendőrfőkapitányság jelenlegi vezetőjének, Szabó Csaba r. dandártábornok úrnak, és Farkas József r. dandártábornok úrnak, aki a kutatási időszak idején volt a vármegye rendőrfőkapitánya, Szomor Péter r. ezredes úrnak, a Humánigazgatási Szolgálat vezetőjének és Dr. Petyánszki Gábor főorvos úrnak, az Egészségügyi és Pszichológiai Alosztály alosztályvezető főorvosának.

Nagyon szépen köszönöm Dr. Vitrai József professzor úrnak, hogy rendelkezésemre bocsátotta az Egészségkommunikációs felmérés részeredményeit. Köszönettel tartozom Magyar Katalinnak az Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar Könyvtára könyvtárosának a segítségéért.

Ismeretlenül tartozom hálás köszönettel azon lektoroknak, akik egy-egy publikáció megírása során dicsérő szavakkal illeték a tanulmányokat, és építő kritikai észrevételekkel, konkrét segítséggel, javaslatokkal támogatták a megjelenést. Sokat tanultam ezáltal.

Ezúton is köszönetemet szeretném kifejezni kollegiális barátsággal Négyesi Andrásnak, Kovács Istvánné Mónikának és azoknak a kollégáknak, akik elismeréssel és bátorítással voltak irányomba.

Köszönettel tartozom kolléganőmnek és többszörös szerzőtársamnak, aki kézen fogott a statisztika érdekében. Dr. Braun Mihály kutatói objektivitása, érdeklődése, bátorítása is sokat jelentett. Dr. Hógye-Nagy Ágnes professzionálitása és emberi hozzáállása szintén nélkülözhetetlen segítség volt a számomra.

Hálát érzek a Sárospataki Református Hittudományi Egyetemen megtapasztalt akadémiai közegért, a támogatásukért, a biztatásukért, a barátságukért, a türelmükért, imájukért. Dr. Enghy Sándor professzor úr, csendes bátorítással figyelte munkámat. Köszönöm Dr. Rácsok Gabriella oktatási rektorhelyettes asszony és Dr. Nagy-Károly Zsolt tudományos rektorhelyettes úr támogatását. Dr. Barnóczki Anitának a Gyakorlati Teológia Tudományok Intézete vezetőjének a sok támogató beszélgetésért vagyok hálás. Nagy Klára korrektúrája elengedhetetlen segítséget jelentett.

Kiss Tibor tudása, embersége, türelme és segítőkészsége értékes segítség volt az idegennyelvi részek elkészítésében.

Hálával gondolok családomra, barátaimra, akik körében jó volt elmélyülni a tudományban.

Tartalom

1. Bevezetés.....	6
2. Szakirodalmi áttekintés.....	10
2.1. A Rendőrség	10
2.2. Az egészséghez kapcsolódó fő dokumentumok és az egészségmagatartás.....	23
2.3. Egészségmagatartási szokások	28
2.4. Egészségmagatartási szokások együtt járása	56
2.6. Életstílus kutatások	63
2.7. Magas vérnyomás, mint kiemelt terület	76
2.8. Az egészség és munka	81
3. A kutatás	94
3.1. A kutatás folyamata.....	94
3.4. Kutatási kérdések és hipotézisek.....	105
3.5. Leíró statisztikák	111
3.7. A hipotézisek vizsgálata.....	129
I/ H1: A magasabb iskolai végzettséggel rendelkezők kedvezőbb egészségmagatartási szokásokat mutatnak.....	129
I/ H2: A nők kedvezőbb egészségmagatartási mutatókkal rendelkeznek, mint a férfiak.	136
I/H3: A magasabb állományban eltöltött idő, a magasabb életkor kedvezőbb egészségmagatartási szokásokkal jár.....	140
II/H4: Együtt járás figyelhető meg az egészségmagatartási tényezők között.....	145
III/H5: A magasvérnyomás-betegség nem jár együtt a fő egészségmagatartási mutatók (dohányzás, alkoholfogyasztás, étrend, fizikai aktivitás) kedvezőbb mintázatával.....	148
III/H6: A hipertóniával élők egészségorientációja különbözik a magas vérnyomással nem küzdőkéétől.....	152
III/H7: A hipertóniával kezelték társas támasza különbözik a nem kezelték csoportjától	153
IV/H8: Meghatározhatóak homogén csoportok az egészségmagatartás különböző mintázatai alapján	157
4. Diskusszió	167
5. A vizsgálat erősségei és korlátai.....	179
6. Gyakorlati implikációk.....	183
7. Irodalomjegyzék	190
8. Melléklet.....	229

1. Bevezetés

Mindennapjaink biztonságát adja, hogy szükség esetén tárcsázzuk a 112-t, és a telefonhívást követően úton a segítség, jön a rendőr, a tűzoltó, a mentő. A rendőrök túlzás nélkül, az egészségük kockáztatásával is ellátják a szolgálati feladataikat. Civilként ilyen esetekben nem is gondolunk bele, hogy az egyenruha mögött emberek vannak. Feladataikat a hivatásuknak, a rendőrszerepnek megfelelően végzik. Nem lehetnek betegek, nem érezhetnek fájdalmat, érzelmeik, érzéseik teljes kontrollálásával kell munkájukat végezni. Az egyenruha azonban nem véd a fizikai megterheléstől, az egyenruha nem véd a tragédiák látványától, az egyenruha nem véd a magas vérnyomástól, nem véd a mozgásszervi panaszoktól, a saját gyermek miatti aggodalomtól, a házassági krízistől....

Az országban 2021-ben 36.874 fő rendőr teljesített szolgálatot (Országgyűlés Hivatala, 2023). A százezer főre jutó rendőrök száma 386 volt (KSH, nd.). A lakosság számát tekintve ez azt jelenti, hogy a teljes lakosság kb. 0,4%-a rendőr. Kiválasztásuk szigorú, szakmai kompetenciáik kialakítása hosszú folyamat, mely fontos befektetés az állam számára. Egészségük megőrzése kiemelt jelentőségű. Ha arra is rápillantunk, hogy Magyarországon a 30-64 éves munkaképes állampolgárok körében a munkanapok egyhetedében egészségproblémák miatt csökken a termelékenység, a teljesített munkaidő, ami 35 elveszett egészséges munkanapot jelent (Joó és mtsai, 2024) azt is látjuk, hogy ilyen tekintetben is fontos, hogy egészségesek, munkaképesek maradjanak. Finanziális szempontból a hivatásos állományú rendőrök az ún. betegszabadságuk idején a fizetésük 100%-át kapják, ami szintén jelentős kiadás az állam számára. A népességi adatok tekintetében 2019-ben minden ötödik hazai haláleset ebben a korosztályban történt, ahol a férfiak halálozási aránya kétszerese volt a nőkének. (Joó és mtsai, 2024) A közel 40 ezer rendőr, akik anyák, feleségek, férjek, apák és gyermekek, szeretnének jó életminőségben boldog életet élni. Mindemellett állampolgárként is az az érdekünk, hogy jó egészségnek örvendő, fizikailag és mentálisan is jó kondícióban lévő rendőrök lássák el a rendvédelmi feladatokat.

A hivatásos rendőri állomány tagjai jelentős mértékű, igen megterhelő munkahelyi stresszor hatásának vannak kitéve. Hazai viszonylatban különösen meghatározó az időkényszer alatti munkavégzés, a munkafeladatok feletti korlátozott kontroll, a döntéshozatalt meghatározó jogi szabályzás komplexitása, a fokozott felelősség, a rendőri szerepből fakadó szerepkonfliktusok. (Szabó, 2009) Nemzetközi kutatásokban az utóbbi

időben megjelentek a munkafeladatokon túl a munkakörülmények és a szervezeti tényezők mellett olyan stresszforrások is, mint a terrorfenyegetettség. A fokozott stressz negatív hatással van a rendőrök mentális és fizikai egészségére, teljesítményére, valamint a polgárokkal való interakcióra. (Queirós, 2020) A megfelelő egészségmagatartás nagy fokban hozzájárul a fizikai és mentális egészség megőrzéséhez, a jóllét megéléséhez. Hazánkban még nem készült azonban olyan nagyobb kutatás, mely középpontjában a rendvédelem hivatásos állományának egészségmagatartása áll. Egy komplex munkahelyi egészségfejlesztési program egyéni és szervezeti szinten is támogatni tudja az egészség megőrzését.

Az értekezés célja, a Szabolcs-Szatmár-Bereg Vármegyei Rendőr-főkapitányságon dolgozó hivatásos állományú rendőrök egészségmagatartási szokásainak feltérképezése. A kutatás során figyelmet kap, hogy az egészségmagatartási mintázatok miként viszonyulnak az átlag népesség adataihoz, milyen eltérések találhatók. Elemzésre kerül, hogy a szociodemográfiai tényezők (iskolázottság, nem, életkor, állományban eltöltött idő) milyen összefüggést mutatnak az egészséget védő, illetve az egészséget károsító magatartásformákkal. A vizsgálat kiterjed arra is, hogy kimutathatóak-e szignifikáns együtt járáások az egyes viselkedési tényezők között. Tekintettel arra, hogy a hipertónia előfordulási gyakorisága a vizsgált populációban kiemelkedően magas, indokoltá vált az egészségmagatartási mintázat megismerése. A kutatás célja ezek mellett annak meghatározása is, hogy azonosíthatók-e jól elkülöníthető csoportok a populáción belül.

Az értekezés két fő szálon indul. Az egyik fő szál a rendőrség, a másik az egészség. A két szál az egészségfejlesztésben, a munkahelyi egészségfejlesztésben kapcsolódik össze. A rendőrség történetébe való rövid bepillantást követően a rendőrség, mint sajátos, hierarchizált szervezet kerül bemutatásra. A centralizált, szigorú rendszer nemcsak a munkavégzés során, hanem a magánélet területére is elvárásokkal van. A vármegye sajátosságai, miszerint keleti határterületen helyezkedik el és magas a szegénység, hatással van a rendőri munkára. A „nagy megyékhez” tartozik, az állományszámot tekintve a legnagyobb megyék egyike. A 2021-ben bevezetésre kerülő új alkalmasságvizsgálati rendszer hivatott biztosítani, hogy bemenetkor mindenki megfeleljen annak a szigorú követelménynek, hogy hosszútávon, megfelelő színvonalon legyen képes szolgálati feladatait ellátni. A vizsgálati rendszer garantálja azt is, hogy az évek alatt folyamatosan monitorozva, támogatva az állományt, biztosítsa a megfelelő orvosi, pszichikai és fizikai alkalmasságot.

Az értekezés elméleti kerete a biopszichoszociális modell, kiegészítve Jessor probléma viselkedés elméletével. A biopszichoszociális modell az egészséget komplexen értelmezi. A modell szerint a biológiai, pszichológiai és szociális tényezők kölcsönösen hatnak és visszahatnak egymásra. E tényezők egymásra gyakorolt hatásai együttesen járulnak hozzá az egészségi állapot alakulásához. Ezt az átfogó keretet egészíti ki Jessor elméleti koncepciója, miszerint az egészségvédő és a problémás, káros egészségmagatartás háttérében olyan komplex tényezők állnak, melyek közvetlenül, vagy közvetve alakítják az egészségmagatartást. Az értekezésemben a két elméleti megközelítés integrálása lehetőséget teremt az egészségmagatartás átfogóbb értelmezésére. Az értekezés törekszik arra, hogy feltárja, hogy a biológiai (pl. életkor, BMI, testi tünetek), pszichológiai (pl. egészségorientáció) valamint szociális (társas támasz) és életmódbeli tényezők (pl. étrend, sportolási szokások) hogyan vezetnek specifikus egészség-sílus klaszterek kialakulásához. A kutatás szempontjából releváns egészségmagatartási szokások mintázatának bemutatása során a dohányzás és az alkoholfogyasztás tekintetében az absztinencia lenne a legmegfelelőbb. A szűrővizsgálatok, a tápláltsági állapot és a fizikai aktivitás tekintetében az ajánlás is áttekintésre kerül. Az egészségmagatartási szokásokkal párhuzamosan a népegészségügyi felmérések legfontosabb eredményei is bemutatásra kerülnek. Az Elef¹ jelentések az Európai Parlament és Tanács 1338/2008/EK rendelete alapján² 5 évente készült felmérések. E felmérések kikerdezésen alapuló kérdőíves felmérések, melyek az egészségi állapot, az egészséget meghatározó tényezők és az életmódbeli tényezők szubjektív megítélésén alapszanak. Az Elef így az Európai Unióval harmonizált egészségfelmérés, mely a 15 éves és annál idősebb lakosságra vonatkozóan szolgáltat adatokat. Eddigi adatfelvétel ideje: 2009, 2014, 2019, melyből a 2019-es év adatai vannak feltüntetve a disszertációban, valamint az évek alatt tapasztalt tendencia. (Papdi és Rikkné Benkei, 2011; Monostori és mtsai, 2021). Az Elef válaszadóinak egy kisebb csoportján az Országos Élelmezési- és Táplálkozástudományi Intézet, Országos Táplálkozási és Tápláltsági Állapot Vizsgálatot is végzett, mely elemei szintén megjelennek a disszertációban. A Hungarostudy vizsgálatok 1988-óta (1995, 2002, 2006, 2013, 2021) követik nyomon a népesség egészségi állapotát. Fókuszában a 18 év fölöttiek állnak, a testi-lelki egészség, az egészségüggyel és az öngondoskodással kapcsolatos beállítódás, és a pszichoszociális rizikófaktorok feltérképezése. Az évtizedek alatt az alapkérdőív

¹Európai Lakossági Egészségfelmérés

²Az Európai Parlament és a Tanács 1338/2008/EK rendelete (2008. december 16.) a népegészségre és a munkahelyi egészségre és biztonságra vonatkozó közösségi statisztikáról (EGT-vonatkozású szöveg)

revideálásra, bővítésre került. (Susánszky és mtsai, 2007; Susánszky és Székely, 2013) A jelen kutatás során használt kérdések, témakörök is az Elef és a Hungarostudy vizsgálatokon alapulnak, így óvatos összehasonlításra alkalmasak lehetnek, szem előtt tartva, hogy a rendőrség szigorú feltételrendszere ad egy szelekciós torzítást. Az „egészséges dolgozó hatás” (McMichael, 1976; Chowdhury és mtsai, 2017) fokozottan érvényesül, mivel az átlagos népesség adataihoz viszonyítva e kohorszba csak a hivatásos rendőri munka elvégzésére alkalmas, egészséges személyek kerültek be.

A munkahelyi egészségfejlesztés kapcsán Malét-Szabó Tevékenységi Alapmodell rendszerében (Malét-Szabó, 2015) bemutatásra kerülnek a Szabolcs-Szatmár-Bereg Vármegyei Rendőr-főkapitányság egészségmegőrzést támogató lehetőségei. Az értekezés ismerteti a jelenleg működő egészségfejlesztési lehetőségeket az országos szabályzók mentén és a vármegyében megvalósult programokat.

A kutatás ideje 2020-2022, mely a Covid-19 világjárvány idejére esett. Mindez nemcsak az adatfelvételt nehezítette, de befolyással lehetett az egyes mutatókra is. A Covid-19 járvány első hullámában, 2020. március 15. és június 1. között a 10/2020. (III.14.) EMMI-rendelet alapján szüneteltették a népegészségügyi szűréseket, amelyek a későbbi időszakban is többször felfüggesztésre kerültek. Bezárásra kerültek a konditermek is, ezzel az odajáróknak kevesebb lehetősége volt az addig megszokott sporttevékenységre. A 2022. február 24-én indult orosz invázió Ukrajna ellen kiemelt feladatokat rótt a vármegyében szolgálatot teljesítőkre a megnövekedett határfogalom miatt, mely szintén nehezítette az adatfelvételt. Mindemellett a megnövekedett szolgálati idő tovább nehezítette az egészségre kedvező magatartás gyakorlását is (pl. megfelelő étkezés, sportolásra szánt idő). A fentiekén túl megjegyzendő és egyben kiemelendő még, hogy a rendőrségi feladatok ellátása során mindig számolni kell rendkívüli helyzettel, még ha az nem is világméretű.

Az értekezés ajánlások megfogalmazásával zárul arra vonatkozóan, hogy a különféle már meglévő elemek megfelelő, tudatos támogatása és szervezése miként járulhatna hozzá egy komplexebb rendszer kidolgozásához. Ahogy Pfau fogalmaz paradigmaváltásra lenne szükség, amely alapján otthon, a munkahelyen, a közösségben az egészséges életmód választása egyszerű, hozzáférhető, megfizethető és természetes legyen. (Pfau és mtsai, 2018)

2. Szakirodalmi áttekintés

2.1. A Rendőrség

A Rendőrség 2020-ban volt 100 éves. Ahogy a pszichológiára szokták mondani hosszú múltja, rövid története van. Nyelvészeti alaposságot nélkülözve, mindenkinek ismerősen csengenek ezek a szavak: pandúr, rendbiztos, strázsamester, csősz, csendőr.³ A mai modern rendőrség elődjét, a Kiegészítést követően, az 1848-as Szabadságharcához kapcsolódóan létrejött Belügyminisztériumot, Szemere Bertalan vezette. Négy osztálya közül az egyik a rendőri osztály volt. Ténylegesen azonban csak 1920-ban vette kezdetét a magyarországi rendőrségek államosítása, az államrendőrségek szervezeti és hatásköri kiépítése. (Németh és Sallai, 2020) A két világháború viszonyosságai a rendőrség szervezetét, és működését megviselték, sok szervezeti szintű változás történt. (Sallai, 2015; Ernyes, 2020) A második világháborút követően a szovjet modell alapján működtek a fegyveres testületek. Az 1955-ben született törvények újra fogalmazták a népi demokratikus állam rendőrségének szervezetét, feladatrendszerét, fejlődési irányát. (Sallai, 2022)

1990-től tagozódott a rendőrség Országos Rendőrfőkapitányságra, rendőrfőkapitányságokra, rendőrkapitányságokra és rendőrőrsökre. A szakterületi tagozódás egységes lett. A jelenlegi Rendőrség szabályzásának alapját az 1994. évi XXXIV. törvény határozza meg, mely 2007-ben jelentősen módosult⁴. A 2008-ban történt változás Szabolcs-Szatmár-Bereg vármegyét kiemelten érintette. Ekkor történt a Határőrség és a Rendőrség integrációja. (Sallai, 2015; Ernyes, 2020) Történetiségében a mai rendvédelemben dolgozókat érintően ki kell emelni, hogy a hivatás szeretete mellett a korkedvezményes nyugdíj lehetősége is vonzóvá tette ezt a szakmát. 2011-ben azonban ezen kedvezmény megszűnt, de a civil szférához képest a nyugdíj előtt állók a munka terén továbbra is kedvezményekkel élhetnek pl. könnyített szolgálat, rendelkezési állományba vonulás.

A rendőrség alapvetően a „férfias szakmákhoz” tartozik. 1945-ig nők egyenruhasként nem szolgálhattak, adminisztratív feladatokat végezhettek csak. Az első 18 női hivatásos állományú rendőr főként gyermekvédelmi feladatokat látott el a világháború után, mivel sok árván maradt gyermek élt akkoriban az utcán. Később a foglalkoztatottságuk átgyűrűzött a közlekedési ügyek felé, majd a közterületi és a bűnügyi munkába. Jelenleg a

³ Rendészet, rendvédelem, rendőrség, rendfenntartás, fegyveres szervek mintha szinonimák lennének, pedig különböző jelentéssel bírnak. A rendvédelem szó a 1980'-as években kezdett elterjedni. (Finszter, 2013; Sallai, 2020) A disszertációban a rendőrség szó, illetve rendvédelemben, hivatásos szolgálatot teljesítő kifejezés szerepel. A fegyveres szervek megnevezés minden fegyvert viselő állami szervet jelöl. (Rendőrség, Büntetés-végrehajtási Intézet).

⁴ A 2007. évi CLXXI. törvény a Rendőrségről szóló 1994. évi XXXIV. törvény módosításáról

Rendőrség gender semleges, a nők ugyanolyan szerepeket tölthetnek be, ugyanolyan munkafolyamatokat láthatnak el, mint a férfiak. (Sárközi, 2008; Pirger, 2016; Országos Rendőr-főkapitányság, 2020)

A rendőri életpálya már fiatal, 14 éves korban elkezdődhet, hiszen az országban több helyen van lehetőség, hogy a fiatalok középiskolai tanulmányukat rendészeti és közigazgatási specializáción folytassák. A rendőrségen hivatásos állományban lévők így nagyon sokszor, de nem kizárólag, a középiskolai tanulmányaik során találkoznak először a rendőrségi munkával. Az érettségi megszerzése után alapvetően rendőrtiszthelyettesi képzésre jelentkezhetnek, illetve felsőfokú tanulmányokat is folytathatnak. A képzési rendszer az utóbbi években folyamatos változáson esett át. A Rendőrség humánstratégiájának és az oktatási törvényeknek megfelelően változtak a különféle képzési formák. (Vári, 2018; Borbély, 2019a)

1999-ben négy speciálisan rendőr szakközépiskolából, és három határőr iskolából egységesen rendészeti szakközépiskolák alakultak, és valamennyi integrálódott a Belügyminisztérium szervezetébe háttérintézményként. (Krauzer, 2020) Jelenleg 2020-tól a Rendőrségi Oktatási és Kiképző Központ Rendőrképző Akadémián és a Rendvédelmi Technikumokban indul tiszthelyettesi, érettségire épülő képzés, az országban 4 helyen: Kőrmend, Miskolc, Adyliget, Szeged. A rendészeti felsőoktatási képzés 2012-től a Nemzeti Közszerológati Egyetemen folyik, melyet előzőleg az 1971-ben alapított Rendőrtiszt Főiskola biztosított. (Christian és Erdős, 2020) A képzés így átível a szakközépiskolától a doktori képzésig, a tudományos tevékenységig. A rendvédelmi szervek nem kizárólag a Nemzeti Közszerológati Egyetemen szerzett diplomával vesznek fel soraikba kollégákat. Egyéb felsőfokú végzettség esetében egy – jelenleg szintén a Nemzeti Közszerológati Egyetemen elvégezhető – egyéves különbözeti képzés (röviden átképző) elvégzésével is válhat valakiből rendőrtiszt (Patyi és Barnucz, 2020). Ahogy látjuk a rendőrré válás folyamata már nagyon fiatal korban, 14 évesen intézményes formában is elindulhat, alakítva ezzel párhuzamosan a rendőri identitást, a hivatást.

2015-ben bevezetésre került az új életpálya modell, melynek deklarált célja, a hivatásos állomány megtartása és különleges szolgálatuk megbecsülése volt. (Országgyűlés, 2018). Az életpályamoddell lehetővé kívánja tenni, hogy akinek készségei és képességei engedik szakmai továbbképzések teljesítésével akár horizontális, akár vertikális irányba elmozdulhasson. A minőségi munkaerő megszerzése és folyamatos fejlesztése többek között az oktatási- és képzési rendszer, valamint az alkalmasságvizsgálatok specializálását is magával vonta. Nagyobb átjárhatóságot tett lehetővé a fegyveres testületek és a civil

közigazgatási területek között. (Pécsi, 2016) Azaz összefoglalva elmondható, hogy az új életpálya modell lehetővé teszi, hogy megfelelő motiváció mellett az egyén szakmailag lehetőséget kapjon a fejlődésre ezzel is hozzájárulva az egyén mentális egészségéhez.

2.1.1. A Rendőrség mint szervezet

A rendőrök egészségmagatartásáról gondolkodva elkerülhetetlen, hogy lássuk a rendőrség felépítését, a szolgálati viszony sajátosságait, a munkakörnyezet fizikai és pszichoszociális tényezőit. A rendvédelmi szervek az állam által létrehozott és állami költségvetésből finanszírozott államigazgatási szervek, amelyek szervezetét jogszabályok alapján meghatározott feladatrendszerük és az állami irányítás rendje szerinti tagozódás alapján építik fel. (Kónya, 2014)

A Rendőrség alapvető feladatait Magyarország Alaptörvényében határozták meg. A 46. cikk kimondja: „A rendőrség alapvető feladata a bűncselekmények megakadályozása, felderítése, a közbiztonság, a közrend és az államhatár rendjének védelme. A rendőrség részt vesz a jogellenes bevándorlás megakadályozásában.”⁵ A jelenleg is hatályos 1994-ben megjelenő rendőrségi törvény⁶ pontosítja a rendőrség feladatait, szervezetét, jogállását, irányítását.

Az általános rendőrségi feladatok ellátására létrehozott szerv központi szerve az Országos Rendőr-főkapitányság (ORFK). A kiemelt feladatok ellátására létrehozott szervek: Készenléti Rendőrség (KR), Repülőtéri Rendőr Igazgatóság (RRI), Rendőri Oktatási és Kiképző Központ (ROKK), Nemzeti Bűnügyi Együttműködési Központ (NEBEK), Nemzetközi Oktatási Központ (NOK). Az Országos Rendőr-főkapitánysághoz tartozóan önálló feladat- és hatáskörrel működnek a vármegyei (fővárosi) rendőr-főkapitányságok, amelyek illetékességi területein rendőrkapitányságok és határrendészeti kirendeltségek szintén önálló feladat- és hatáskörrel működnek. A szervezet fontos elemei még a rendőrőrsök, melyek már nem rendelkeznek feladat- és hatásköri önállósággal. (Országos rendőr-főkapitányság, nd.)⁷

Alapvetően a rendőrségi feladatok végrehajtására elkülöníthetők olyan területek, amelyek a szakmai feladatok végrehajtásáért, koordinálásáért felelnek, és olyan területek, amelyek

⁵ Magyarország Alaptörvénye (2011. április 25.)

⁶ 1994. évi XXXIV. törvény a Rendőrségről

⁷ 329/2007. (XII. 13.) Korm. rendelet a Rendőrség szerveiről és a Rendőrség szerveinek feladat- és hatásköréről

a szakmai munka funkcionális végrehajtását segítik, támogatják, optimalizálják. A bűnügyi szakterülethez tartozik a nyomozati és a vizsgálati munka, a bűnmegelőzés és a bűnügyi technikai feladatok. A rendészeti szakterület tevékenységeihez tartoznak: közrendvédelem, közlekedésrendészet, igazgatásrendészet, tevékenységirányítás, határrendészet. A gazdaság, a humánigazgatás, az ellenőrzés és a hivatal a „hátország” funkcióját látják el, arányaiban itt dolgozik a legkevesebb hivatásos állományú személy. (Tegyey, 2018; Fridrich, 2019) A struktúrának szükséges biztosítani a hatékony, gyors működést, az információk áramlását, a döntések megvalósulását éppen ezért sajátos jellemzője a folyamatos változás. Az idő múlásával megjelenő új feladatok ugyanis magukkal vonják az új szervezeti egységek felállítását, más részlegek esetleges megszűnését. (Fórizs, 2014)

A rendészetben jellemző a szigorú egyszemélyi vezetés, speciális kapcsolat jön létre a vezető és a beosztott között, mely törvényileg szabályozott, parancsnok-alárendelt viszony. A hatalomgyakorlási mód függőviszonyt alakít ki közöttük, a döntés felelősségét a parancsnokra ruházza, miközben végrehajtási kötelezettséget ró az alárendeltre. E függő viszony meglehetősen kiszolgáltatottá teszi a beosztottat. (Tőzsér, 2022) Aaptendenciának tűnik a szervezet fejlődése során a polgári jelleghez közelítés, a katonai vonások háttérbe szorulásával. A szervezet azonban még magán hordozza a bürokratikus szervezeti modell jegyeit:

- centralizált irányítás,
- az egyszemélyi vezetésen alapuló igazgatás,
- a legapróbb részletekig kidolgozott szabályok,
- a munkák pontos és szigorú felosztása,
- a vezetők és a beosztottak éles különválása,
- a rendszeren belül megvalósuló személytelen viszony. (Fórizs, 2014)

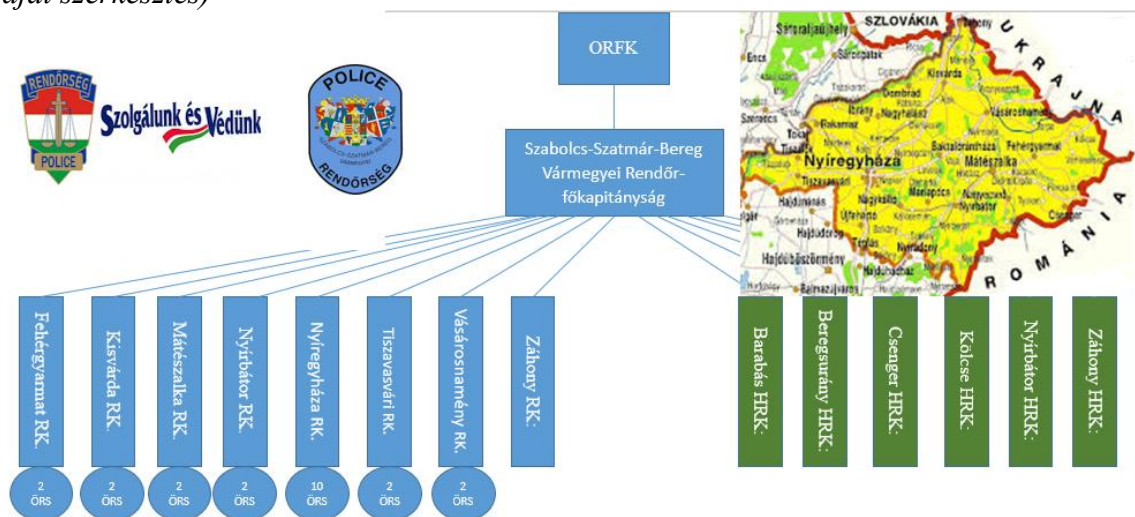
A rendőrség hivatásos tagjainak a munkavégzését, és életét szabályzó kiemelkedő jelentőségű dokumentum a HSZT.⁸ „ami a hivatásos szolgálati jogviszony szabályozását elvégző törvény – jellegében olyan, mint más, munkavégzésre irányuló jogviszonyok esetében a munka törvénykönyve vagy a közszolgálati tisztviselőkről szóló törvény” (Közszolgálati Online Lexikon, nd. <https://lexikon.uni-nke.hu/szocikk/hszt/>). A HSZT. és a hivatásos állományú rendőrökkel szemben támasztott etikai- erkölcsi követelményeket

⁸ 2015. évi XLII. törvény a rendvédelmi feladatokat ellátó szervek hivatásos állományának szolgálati jogviszonyáról

meghatározó dokumentum, a Rendőri Etikai Kódex, nemcsak a munkavégzés idejét érintően, hanem a szolgálati időn kívül is meghatározza és korlátozza a rendőrök életét. A rendőri munka így életvitelszerű hivatás. (Pesti, 2021, Rendőri hivatás etikai kódexe, n.d.). A rendőr magatartását, családi és lakókörnyezeti kapcsolatainak kifogástalanságát folyamatosan ellenőrzik. A rendőr „Szolgálati érdekből kötelezhető arra, hogy szolgálatteljesítési időn kívüli elérhetőségét bejelentsen, a tartózkodási helyéről a szolgálati előljárót tájékoztassa, szolgálatképes állapotát fenntartsa”.⁹ Ezen alapvető normák megszegése súlyos jogkövetkezménnyel jár. A rendvédelmi kultúra biztosítja a kívánt viselkedést és fegyelmet, támogatja az összetartást, redukálja az interperszonális konfliktusokat amellet, hogy biztosítja a munka stabilitását. (Balga, 2009)

Szabolcs-Szatmár-Bereg vármegye (1. ábra) földrajzi elhelyezkedését tekintve messze esik a fővárostól. Keleti határterület, északról Szlovákia, északkeletről Ukrajna, délkeletről Románia határolja, így a kutatás idején Schengeni övezet határa is volt egyben¹⁰, mely nagyban meghatározta a rendvédelmi feladatokat. Személyforgalom szempontjából a legforgalmasabb határátkelőhelyek: Záhony, Csengersima, Tiszabecs, Beregsurány. A határ közelsége meghatározza a bűnügyi területek munkáját is.

1. ábra Szabolcs-Szatmár-Bereg Vármegyei Rendőrfőkapitányság bemutatása (forrás: saját szerkesztés)



⁹ 2015. évi XLII. törvény 19§

¹⁰ 2025.01.01-től Románia Schengeni csatlakozását követően az érintett határőrségek megszűntek. A kutatás időszaka alatt azonban még a schengeni övezethez tartozó határvédelmi tevékenységek szerint teljesített az állomány szolgálatot.

Egy másik fontos tényező a rendvédelmi munka szempontjából, hogy a legszegényebb vármegyék egyike. Bár az utóbbi időszakban sok munkahely teremődött a vármegyében, a hazai átlagnál (4,3%) még így is jóval magasabb a 15-75 évesek közötti munkanélküliségi ráta (11,7%). A teljes munkaidőben alkalmazásban állók havi nettó átlagkeresete 2024. I. félévében 308.050 Ft, míg például Budapesten 512.292 Ft volt. (KSH, 2025)

A rendőrségen a vármegyében hozzávetőlegesen 2200 fő hivatásos állományú kolléga dolgozik. A dolgozók összlétszáma 3500 fő körül van. Alapvetően a „nagy” megyékhez tartozik. Szabolcs-Szatmár-Bereg vármegye tekintetében a következő szervezeti ábra rajzolható fel:

2.1.2. A Rendőrség alkalmasságvizsgálatának rendszere

Az Európai Unió tagállamaként az alkalmasságvizsgálatok vonatkozásában fontos és szükségszerű volt egy egységes álláspont kialakítása. A Rendőrség és a Határőrség integrációját követően a szervezet vonatkozásában megjelenő új irányelvek, a feladatorientált és stratégiai kihívások újra és újra szükségessé tették az alkalmasságvizsgálatok feltételrendszerének újrafogalmazását. (Révai, 2010)

A szervezetbe történő bekerüléskor, illetve a szolgálati idő alatt folyamatosan meg kell felelni speciális elvárásoknak, így például a magyar állampolgárság, állandó belföldi lakhely, büntetlen előélet, kifogástalan életvitel¹¹ és egészségügyi-, fizikai-, pszichológiai alkalmasság. (Pesti, 2021)

A 2000-es években a rendvédelmi szervekkel szemben támasztott elvárások, és az ide jelentkezők képességeinek folyamatos változásához igazodva új alapokra helyeződött a belügyi rendvédelmi szervek alkalmasságvizsgálati és kiválasztási rendszere. Így került sor az egyéni és szervezeti hatékonyságot együttesen szolgáló új rendszer kialakítására. E rendszer az objektivitást és a rendvédelmi specifikumokat figyelembe vevő tudományos kutatások eredményeire épül. (Malét-Szabó és mtsai, 2021) Így született meg a Kétlépcsős Integrált Alkalmasságvizsgálati Rendszer (KLIR), melyet a jelenleg is érvényben lévő

¹¹ A kifogástalan életvitel ellenőrzésének célja, hogy kizárólag olyan személyek lehessenek az állomány tagjai, akik felvételükkor, illetve életpályájuk során a magas szintű etikai elvárásoknak megfelelnek.

45/2020 (XXII.16.) BM Rendelet¹² 2021. január 1-jével kötelező érvénnyel bevezetett. (Malét-Szabó és mtsai, 2021)

A munkavédelmi törvény¹³ alapján a munkáltató felelőssége az egészséget nem veszélyeztető, biztonságos munkavégzés követelményeinek a megvalósítása. A kiválasztási eljárások egyik legfontosabb eleme, hogy egy munkakörben csak olyan munkavállaló foglalkoztatható, aki munkája végzése során sem önmaga, sem mások testi épségét nem veszélyezteti. A rendvédelmi feladatok specifikus jellemzőkkel bírnak, fokozott megterhelést jelentenek, így kiemelten fontos, hogy hivatásos állományba csak kizárólag olyan személyek kerüljenek, akik ezen munka hosszútávú végzése során is képesek megőrizni alkalmasságukat, testi-lelki egészségüket. A KLIR rendszerrel új alkalmasság vizsgálati kategóriák kerültek bevezetésre, mely az általános alkalmasságon túl biztosítja azt az alapelvet, hogy az alkalmasság megítélése mindig a betöltendő vagy a betöltött beosztáshoz igazodik. (Malét-Szabó és Takács-Fehér, 2021)

Az alkalmasságvizsgálati kategóriákba sorolhatók a különféle szolgálati beosztásokhoz tartozó szerepkörök:

- támogató szerepkör: az alapfeladatokba nem tartozó adminisztratív, az operatív működést segítő feladatok ellátása, mely hivatali munkarendben zajlik¹⁴, képernyő előtti, jellemzően ülő, szellemi munka, amelyhez felelősség, döntési kényszer, figyelmi terhelés kapcsolódik;
- adminisztratív, hatósági szerepkör: nagyrészt szellemi munkát végző, hivatali rendben történő szolgálatteljesítés, mely könnyű, vagy közepesen nehéz;
- beavatkozó, intézkedő szerepkör: alapfeladatok ellátása közepesen nehéz, vagy nehéz fizikai munkával, fokozott fizikai és pszichés megterheléssel, esetenként zajterheléssel, illetve fokozott balesetveszély lehetőségével jár;
- speciális szerepkör: olyan alapfeladatok ellátása, amely fokozott fizikai igénybevétellel, és jellemzően speciális egészségi és pszichikai megterheléssel jár.

¹² 45/2020. (XII. 16.) BM rendelet „a belügyminiszter irányítása alatt álló egyes rendvédelmi feladatokat ellátó szerveknél foglalkoztatott hivatásos állomány és rendvédelmi igazgatási alkalmazotti állomány alkalmasságvizsgálatáról”

¹³ 1993. évi XCIII. törvény a munkavédelemről

¹⁴ hétfőtől péntekig tartó; reggel 7.30-tól, délután 16. óráig tartó feladatellátás

Az alkalmasságvizsgálatok fő pilléreit továbbra is az egészségi, a fizikai és a pszichológiai vizsgálatok adják.

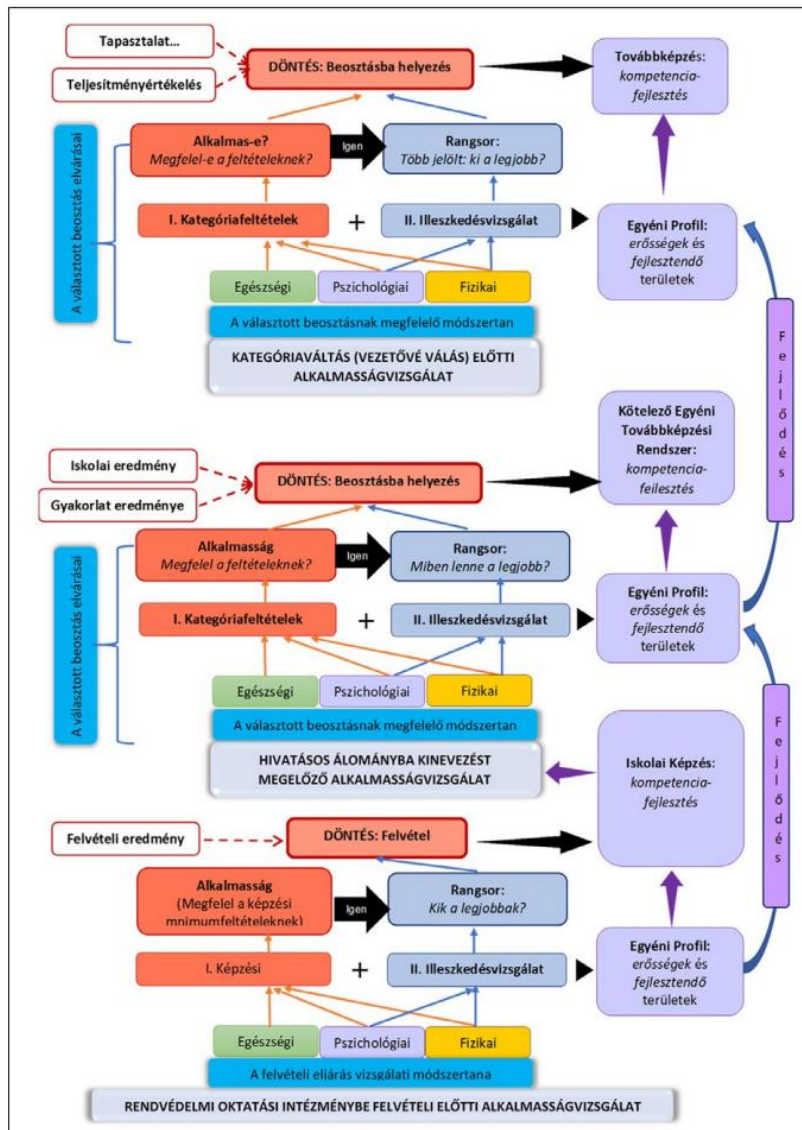
Az egészségi alkalmasságvizsgálat minimumfeltételének az tekintendő, hogy a vizsgált személy mentes legyen a hivatásos szolgálat szempontjából általános kizáró oknak minősülő betegségektől. Az egyes rendvédelmi szervek által a rendelet keretei között kidolgozott Alkalmasságvizsgálati Szakmai Protokoll határozza meg a konkrét vizsgálati módszertant és a minősítés kialakításának szabályait.

A 45/2020. (XXII.16.) BM rendelet alapján két évente, illetve 30 éves életkor alatt 3 évente kötelező az egészségügyi alkalmasságvizsgálat. Az egészségi alkalmasságvizsgálathoz a rendőrségi állomány esetében szükséges vizsgálatok: 3 hónapon belüli labor eredmény (teljes vizelet, teljes vérkép, éhgyomri vércukor, lipidpanel, máj- és vesefunkció, húgysav, TSH, CRP, ismert krónikus betegség esetén az adott betegségre specifikus kiegészítő labor vizsgálatok eredménye); 1 éven belüli fogászati szűrés lelet; nők esetében szükség van még 1 hónapnál nem régebbi keltezésű nőgyógyászati leletre, illetve 1 éven belüli nőgyógyászati citológiai vizsgálati leletre. Ennek hiányában az egészségi vizsgálaton nem tudják minősíteni. (A kutatás időtartama alatt a szükséges vizsgálatokhoz hozzátartozott az 1 éven belüli negatív tüdőszűrő leletet is.)

Az orvosi és pszichológiai alkalmasság és egészségfejlesztési törekvések segítésére bevezetésre került a prevenció kérdőív, mely információt ad a szakemberek számára a vizsgálaton résztvevők aktuális egészségmagatartásáról, másrészt hozzájárul az állomány egészét érintő egészségfejlesztési törekvések megtervezéséhez és megvalósításához. (Malét-Szabó és Takács-Fehér, 2021)

A 2. ábra jól szemlélteti, hogy a rendőri életpálya során az egészségügyi, fizikai és pszichológiai megfelelőség monitorozása folyamatos. Az idő előrehaladtával a szervezeti támogatottság biztosított, így a lehető legjobb egészségben, folyamatos fejlődés mellett épülhet karrierjük.

2. ábra KLIR Kiválasztási és képzési rendszerének folyamata (Malét-Szabó és Takács-Fehér, 2021, 1405.o.)



A fizikai alkalmasságvizsgálat minimumfeltételei között meghatározott gyakorlatsorok a keringési rendszer terhelhetőségét, illetve a láb és a felsőtest erő-állóképességét mérik. A gyakorlatok a rendvédelmi munkához leginkább szükséges izomcsoportok és a kardiovaszkuláris rendszer terhelhetőségét vizsgálják. A fizikai alkalmasságvizsgálatokhoz tartozó gyakorlatok pl. Cooper teszt (futás/ úszás/ kerékpár-ergométer/ evezős-ergométer), mellső fekvőtámasz, karhajlítás-nyújtás, hanyatt fekvésből felülés, fekvenyomás, hajlított karú függés, helyből távolugrás.

A pszichés alkalmasság megítélésében és a mentális egészség megőrzésében elkerülhetetlenül nagy szerepe van az alkalmasságvizsgálatok, valamint a rendvédelmi alapellátó orvosok által biztosított egészségügyi alapellátás mellett a pszichológiai

gondozási és fejlesztési tevékenységnek. A kilencvenes éveket megelőzően alapvetően a bűnügyi tevékenység segítésére alkalmaztak pszichológusokat speciális feladatokat ellátó szerveknél, valamint néhány vármegyei rendőr-főkapitányságon. 1996-ban¹⁵ emelkedett kötelezővé a rendőrségnél a hivatásos rendőri állománnyal kapcsolatos pszichológiai tevékenység, miszerint kötelező a pszichológiai alkalmasságvizsgálat a hivatásos állományba történő felvétel előtt, valamint annak fennállása alatt folyamatosan. Kezdetben a BM Központi Kórház és Intézményei látták el ezt a feladatot, majd később a 21/2000. (VII.23) BM-IM-TNM¹⁶ együttes rendelet kapcsán kezdték meg a pszichológus státuszok rendszeresítését a rendvédelmi szerveknél. 2008-ban a rendőrség és a határőrség integrációját követően kiszélesedett a pszichológia feladatköre. A szemléleti irányvonalak között a klinikai elemek mellett a munka- és szervezetpszichológiai és tanácsadó szakmai irányvonal is megjelent. (Malét-Szabó, 2020) Számos belső szabályzó is bevezetésre került, sokszor egy-egy kritikus eseményt követően. Ezen szabályzók többnyire az állományról való pszichés gondoskodást szolgálták. Így kerültek bevezetésre a különböző tréningek (konfliktuskezelő és kommunikációs-, stresszoldó tréningek) és a csapatszolgálati tevékenység¹⁷ pszichológiai támogatása. 2009-ben került sor egy komplex egészségmegőrzési és egészségfejlesztési programra. Megfogalmazásra és elfogadásra került a rendvédelmi szervek pszichológiai szakmai protokollja, melynek egyik deklarált célja az egészségmegőrzés, a munka- és intézkedőképesség fejlesztése pszichológiai módszerek alkalmazásával. (Szabó, 2009) 2021-től a KLIR rendszer bevezetésével újraíródott a rendőrségnél végzett pszichológiai alkalmasságvizsgálatok végrehajtására az alkalmasságvizsgálati szakmai protokoll is. Jelenleg az országban egyre növekvő számban, 50 fölötti létszámban dolgoznak alapellátó pszichológusok. Alapvetően a vármegyei rendőr-főkapitányságokon végzik feladataikat. Tevékenységi körük széles, szoros együttműködésben dolgoznak az orvosi teammel, a munkavédelmi főfelügyelőkel, a humánszolgálat különféle területeivel és az aktuális feladataikhoz kapcsolódó szervezeti egységekkel.

¹⁵ 1996. évi XLIII. törvény a fegyveres szervek hivatásos állományú tagjainak szolgálati viszonyáról

¹⁶ 21/2000. (VIII. 23.) BM-IM-TNM együttes rendelet a fegyveres szervek hivatásos, közalkalmazotti és köztisztviselői állományának munkaköri egészségi, pszichikai és fizikai alkalmasságáról, a szolgálat-, illetve keresőképtelenség megállapításáról, valamint a belügyi egészségügyi szolgálat igénybeviteléről

¹⁷ A csapatszolgálat: a rendőrségi feladatok megoldásához alkalmazott sajátos szolgálati forma, a csapaterőbe szervezett rendőrök szolgálati alkalmazásának összessége. A csapatszolgálat alkotórészei a csapatszolgálati feladat, a csapaterő és a csapattevékenység. (11/1998. (IV. 23.) ORFK utasítás a Magyar Köztársaság Rendőrségének Csapatszolgálati Szabályzata kiadásáról)

Az időszakos (orvosi, pszichológiai, fizikai) alkalmasságvizsgálatokra életkortól függően kettő-három évente kerül sor. Soron kívüli vizsgálat rendelhető el abban az esetben, ha kétség merül fel a hivatásos állomány tagjának egészségi, pszichológiai vagy fizikai alkalmasságával kapcsolatban. A folyamatos vizsgálatok lehetőséget teremtenek a fizikai- és pszichológiai egészség megőrzésére is.

A KLIR rendszer lehetővé teszi a munkaköri alkalmasság árnyaltabb szemléletét, így a munka és munkavállaló illeszkedésének segítése is megvalósul. Azon túl, hogy az adott munkakör követelményeket támaszt a munkavállalóval szemben, egyben lehetőséget is ad, hogy a munkavállaló bizonyos igényeit, szükségleteit kielégítse, elősegítve a dolgozók folyamatos fejlesztésének biztosítását. A KLIR rendszer továbbá magában foglalja az egészségfejlesztést és egészségmegőrzést célzó tevékenységeket, a mentálhigiénés támogatást, a kötelező egyéni továbbképzési rendszer keretében a kompetenciák fejlesztését, valamint a fizikai erőnléti állapot megővését is. (Malét-Szabó és Takács-Fehér, 2021; Malét-Szabó és mtsai, 2021)

A KLIR rendszer, mint komplex, kompetenciaalapú kiválasztási és képzési rendszernek fontos eleme a KOMP informatikai rendszer által támogatott kompetenciavizsgálat, és az ehhez kapcsolódó egyéni kompetencia fejlesztési terv. (Hegedűs és mtsai, 2021) A hatékony munkavégzéshez elengedhetetlen személyiségjellemzők, képességek és készségek, azaz kompetenciák tudományos kutatása a Belügyminisztériumban 2012-ben kezdődött. A 2013-ban létrehozott kutatócsoport háttérében a Belügyi Tudományos Tanács Alkalmazott Pszichológiai Munkacsoportja állt. A kutatócsoport célja, a rendészeti vezetői kulcskompetenciák feltérképezése volt. (Horváth és Malét-Szabó, 2014; Malét-Szabó és Horváth, 2014) 2014-ben folytatódott a kutatás a vezetői kompetenciák komplex mérésére alkalmas vizsgálati módszertan, a Komplet Vezetőkiválasztási Rendszer (KVR eljárás) kialakításával. A vizsgált személy kompetenciaprofilját három különböző pszichológiai vizsgálati módszer integrálásával mérik: informatikailag támogatott pszichológiai tesztrendszer, Assessment Center gyakorlatok (egyéni, páros és csoportos) és pszichológiai interjú segítségével. (Malét-Szabó, 2014; Malét-Szabó és mtsai, 2021) Ezt követően került sor az egységes közszolgálati alapkompentenciák meghatározására, valamint a vezetői és alapfeladatok végrehajtói közé ékelődő, irányítói kompetenciák is megfogalmazódtak. (Malét-Szabó és mtsai, 2018; Magasvári és Szakács, 2021; Malét-Szabó és mtsai, 2023a) Az irányítói beosztásokban dolgozók: mások munkáját irányító, tervező, szervező, ellenőrző feladatokat ellátó, de nem vezetői besorolású beosztások. (Malét-Szabó, 2023) Az irányítói beosztás a vezetői életpályamodell első lépcsőfoka (Szatmári, 2021), mely

során az irányítói, vezetői tehetségek kiválasztásra kerülhetnek, és továbbléphetnek a vezetői karrierúton. (Hegedűs és mtsai, 2021)

Az egységes közszolgálati alapkompenciák megléte minden közszolgálatban dolgozó - így a teljes rendvédelmi hivatásos állomány - esetében elvárt. Meghatározásra kerültek egyéni kompetenciák, melyek a feladatvégzés során felmerülő helyzetek optimális megoldását segítik, megfelelő szakmai tudással, a munkafolyamat ismeretével, abban való jártassággal. Az érzelmi, indulati élethez kapcsolódnak az adekvát érzelmi reakciók. A társas kompetenciák szintén kiemelkedően fontosak, hiszen a feladatellátás során alapvetően fontos a megfelelő kommunikációs készség, a konfliktuskezelés és az együttműködésre való törekvés. Irányítói és vezetői kompetencia területeken jelenik meg a munkatársak megfelelő motiválására való képesség, a komplexebb szervezeti szintű gondolkodási készség, valamint a példamutatás fontossága. (Malét-Szabó és mtsai, 2018; Malét-Szabó és mtsai, 2021; Malét-Szabó és mtsai, 2023).

A kompetenciák tudatos fejlesztését szolgálja a kötelező egyéni továbbképzési terv¹⁸, mely támogatja az egyén életpályáját. (Malét-Szabó és Takács-Fehér, 2021) Az irányítói feladatokkal kapcsolatban jöttek létre az innovatív módszereket alkalmazó kompetencia fejlesztő irányítói tréningek (Hegedűs és mtsai, 2021) és a vezetői kompetenciákkal párhuzamosan alakuló vezetőképzési rendszer.

Azok, akik hosszútávon elköteleződtek a rendvédelem felé, a szakmai és/vagy vezetői kompetenciákban tehetségesek voltak, és valószínűsíthető volt, hogy szakmai vagy vezetői karrierút áll előttük, 2020-2024 között részt vehettek a Rendészeti Tehetségmenedzsment-Programban (RTMP). (Hegedűs és mtsai, 2021) A program célja az volt, hogy a rendészeti szervek vezetői-, és szakmai igényeinek megfelelően biztosítani tudja a rugalmas reagálást a szervezeti és társadalmi változások indukálta munkaerőpiaci igényekre. A központi elem a tehetség, mint potenciál és a szervezet részéről hozzákapcsolódó esélybiztosító, nyitott szemlélet volt. A kompetenciarendszerek mintájára, a KLIR rendszerhez szervesen kapcsolódva meghatározásra kerültek a rendészeti tehetségkompetenciák és a hozzá kapcsolódó vizsgálati módszertan. (Fodor és Olajos, 2021; Olajos és Fodor, 2021; Malét-Szabó és mtsai, 2023b) Emellett 2015 óta a Nemzeti Tehetség Program keretében tematikus Rendészeti Tehetség Segítő Tanács is működik, melynek egyik célja, a középfokú

¹⁸ A hivatásos állományú tagoknak továbbképzési kötelezettségük van, melynek fő szabályzója a 2/2013. (I. 30.) BM rendelet a belügyminiszter irányítása alá tartozó szervek hivatásos állományú tagjainak továbbképzési és vezetőképzési rendszeréről, valamint a rendészeti utánpótlási és vezetői adatbankról

képzésben tehetséges fiatalok megtalálása, pályaorientációjuk erősítése, konkrét programokba történő bevonása. (Bagi és Tóth, 2022)¹⁹

Mint látjuk, a KLIR rendszer az alkalmasság, a kiválasztás és a képzés egymással szorosan összefüggő, szervesen egymásra épülő rendszere, mely az egyéni, a csoportos, és a szervezeti szintű fejlődést egyértelműen mérhetővé és követhetővé teszi. (Malét-Szabó és Takács-Fehér, 2021)

A Rendőrség szervezete az egészség megrendülése esetén vagy a kor előrehaladtával előforduló egészségi állapotváltozáskor is igyekszik a megfelelő támogatást biztosítani. Ha az egészségben bekövetkező változás a hivatásos szolgálatra alkalmassá teszi, de az addig betöltött szolgálati beosztásához kapcsolódó feladatokat ellátni már nem tudja, állapotának megfelelő szolgálati beosztást rendel el az állomány illetékes parancsnok.²⁰

A korhatár előtti öregségi nyugdíjak megszüntetéséről, a korhatár előtti ellátásról és a szolgálati járandóságról szóló 2011. évi CLXVII. törvény alapján az addig fennálló korkedvezményes nyugdíj megszűnt. A szolgálati nyugdíjrendszer megszűnésével, az általános öregségi nyugdíjkorhatárig kötelesek dolgozni a rendőrök. Ha erre eredeti munkakörében nem kerülhet sor, lehetőség van könnyített szolgálat ellátására, a megfelelő feltételek mellett rendelkezési állományba helyezésre, illetve rendvédelmi szervnél nem hivatásos állományban való tovább foglalkoztatásra (Pécsi, 2016, Vári, 2018)

¹⁹ <https://erett-net.hu/index.php> (letöltés ideje: 2024.10.18.)

²⁰ 2/2021. (I. 14.) BM rendelet a belügyminiszter irányítása alá tartozó rendvédelmi feladatokat ellátó szerveknél foglalkoztatott hivatásos szolgálati jogviszonyban állók és rendvédelmi igazgatási alkalmazottak egészségügyi és pszichológiai ellátással összefüggő kérdéseiről

2.2. Az egészséghez kapcsolódó fő dokumentumok és az egészségmagatartás

Az 1948-ban megalakult Egészségügyi Világszervezet célja, hogy valamennyi nép a lehető legmagasabb egészségügyi színvonalat érje el. Már 1948-ban megfogalmazódott a WHO által, hogy „az egészség a tökéletes fizikai, szellemi és szociális jóllét állapota, és nem csak a betegség vagy fogyatékosság hiánya.” (WHO, 1948; Schramme, 2023)

Az Alma Atai Nyilatkozat kimondja, hogy amellet, hogy az egészség alapvető emberi jog, társadalmi cél is, mely az egészségügyön kívül számos más gazdasági és társadalmi terület közreműködését igényli. A kormányok felelősséggel tartoznak népük egészségéért. Meghatározza az egészségügyi alapellátást, és az egészségben megnyilvánuló egyenlőtlenségek csökkentését tűzi ki célul (WHO, 1978; Kis, 2017).

Ezzel párhuzamosan számos tanulmány és kutatás készült melyek az egészség különféle aspektusait tárták fel. Ezek közül kiemelkedő a Lalonde jelentés (Lalonde, 1974), mely megfogalmazta az egészségmező elméletet. Ezen elmélet szerint négy fő tényező alapján lehet egy ország megbetegedési és halálozásai arányait elemezni és változtatni. E négy tényező: biológiai vagy genetikai háttér, környezet (természeti, épített és társadalmi egyaránt), az életmód és az egészségügyi ellátórendszer. A jelentés szerint az egészséget leginkább befolyásoló tényező, mintegy 43%-ban az egyén életmódja. A genetikai, biológiai háttér csak mintegy 27%-ban, a környezet 19%-ban, az egészségügy 11%-ban tehető felelőssé az egészségért. Az irat végén megjelölte azokat a szereplőket is, akiknek az egészség érdekében való együttműködése alapvető, így az egészséggel kapcsolatos szakmákat és intézeteket, a tudományos élet szereplőit, az oktatási rendszert, az önkormányzati- kormányzati rendszert, az üzleti szektort és a szakszervezeteket, az önkéntes szervezeteket és valamennyi állampolgárt (Lalonde, 1974; Kökény, 2015).

Az Ottawai Charta (1986) szerint: „Az egészséget az ember teremti és éli meg mindennapi élete színterein, ott, ahol tanul, dolgozik, játszik és szeret. Az egészség azáltal keletkezik, hogy az ember törődik saját magával és másokkal, hogy képes döntéseket hozni és életkörülményeit kézben tartani, továbbá bizonyos afelől, hogy a társadalom, amelyben él, olyan feltételeket teremtsen, amelyek lehetővé teszik az egészség elérését valamennyi tagja számára” (Kökény, 2015, 16-17.o.). Megfogalmazta az egészség, mint a mindennapi élet erőforrásának, alapfeltételeit és forrásait: béke, lakhatás, oktatás, élelem, jövedelem, stabil ökológiai rendszer, fenntartható erőforrások, társadalmi igazságosság és egyenlőség. Valamint azon túl, hogy az egészségfejlesztés komplex közpolitikai hozzáállást igényel, a munkát is az egészség forrásai közé sorolta. (Kishegyi és Makara, 2004)

Hazánkban az egészségügyről szóló 1997.évi CLIV. törvény²¹ ekképpen fogalmazza meg az egészséget: „az egészség az egyén életminőségének és önmegvalósításának alapvető feltétele, amely döntő hatással van a családra, a munkára és ezáltal az egész nemzetre”.

Az egészséghez szorosan kapcsolódik az egészségmagatartás fogalma. Az egészségmagatartás Harris és Guten (Harris és Guten, 1979) gyakran idézett definíciója szerint azoknak az egyéni viselkedéseknek és attitűdöknek az összessége, amelyek célja, hogy az egyén fenntartsa, elősegítse vagy helyreállítsa az egészségi állapotát, függetlenül attól, hogy a követett magatartás hatékony-e, ténylegesen kedvezően befolyásolja-e az egészségi állapotot (Harris és Guten, idézi Lampek és mtsai, 2022). Harris és Guten (Harris és Guten, 1979) elméleti koncepcióját alapul véve az egészségmagatartás 8 alkotóeleme: tudatos táplálkozás, személyes higiéné, rendszeres önellenőrzés, szerrel való visszaélések elkerülése, kiegyensúlyozott lelki élet, pihenés higiénája, szűrővizsgálatok, fizikai aktivitás. (Harris és Guten, 1979; Szakály, 2016)

Az egészséggel kapcsolatos viselkedésekkel kapcsolatban elkülöníthetünk kedvező, kedvezőtlen esetleg semleges viselkedéseket. Ennek objektív meghatározása azonban nehezebb. A kutatások elsősorban a fizikai egészségre összpontosítanak, másodsorban a mentális egészségre. Fontos egy egészségmagatartás értékelésénél, hogy milyen mutatókon alapszik pl. populáció szintű elemzésből (várható élettartam, mortalitás, morbiditási mutatók) vagy olyan mutatókból, mint az életminőség, a jóllét. Lényeges lehet egy-egy viselkedésnek a kultúrtörténeti jelentősége is pl. diéta, böjt esetében. (Urbán, 2001)

Az egészségmagatartás háttérében álló motivációs tényezők felmérése során célszerű áttekinteni az alábbi tényezőket is (Urbán, 2001):

- az egészséges életmódra vonatkozó naiv hiedelmeket (pl. vegetáriánus táplálkozás, természetgyógyászat preferenciája);
- a szokásszerűen, de nem egészségmegőrzési céllal végzett magatartásokat, melyekről kérdéses, hogy besorolhatóak-e az egészségmagatartások közé;
- más motivációs tényezők is közrejátszhatnak az egészségre kedvező viselkedés fenntartásában, pl. testedzés motivációja lehet az elismerésre való törekvés, kihívás, tevékenység élvezete, társas együttlét;
- az egészségizmust, mely az életmóddal kapcsolatos személyes döntéshozatalt hangsúlyozza, s melynek révén az egészség a boldogsághoz, gazdagsághoz, sikerhez, szépséghez hasonló fogalommmá vált.

²¹ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről

Az egészséghez és az egészségmagatartáshoz kapcsolódóan az utóbbi évtizedekben több elméleti koncepció is született. Az egyik legismertebb, az értekezés szempontjából releváns modell a Biopszichoszociális modell (Engel, 1980). E modell szerint minden rendszer

3. ábra
Engel Biopszichoszociális modell
(Engel, 1980; 537.o) alapján saját
szerkesztés

↓Bioszféra
↑Társadalom
↑Kultúra-szubkultúra
↑Közösség
↑Család
↑Két személy
↑Egység
↑Idegrendszer
↑Szervrendszer
↑Szövetek
↑Sejtek
↑Sejtszervecskék
↑Molekulák
↑Atomok
↑Szubatomikus részecskék

eleme egyszerre egész és rész is. (3. ábra) Az elmélet kitágítja a gondolkodási keretet. A bioszférától a kultúrán át, a közösség és a család egészségre ható dimenzióit is figyelembe veszi. Az egyénen belül pedig az idegrendszer, a szervrendszerek, a sejtszintű elgondolásokon keresztül egészen a szubatomikus részecskékig. A személy egyszerre képviseli az organizmus hierarchiájának legmagasabb és a társadalom hierarchiájának legalacsonyabb szintjét. A hierarchia minden szintje egy szervezett, dinamikus egészet képvisel, egy olyan rendszert, amely kellően

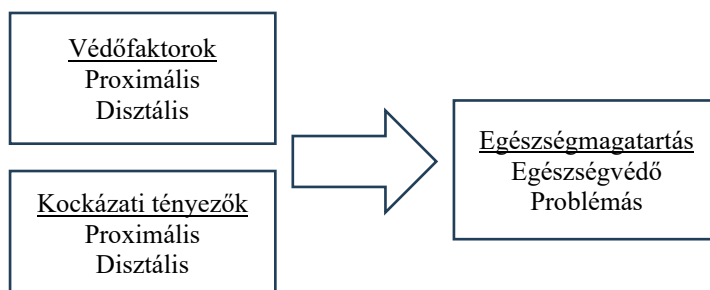
állandó és azonos ahhoz, hogy az elnevezését indokolttá tegye. A neve tükrözi jellegzetes tulajdonságait és jellemzőit. A sejt, szerv, személy, család mindegyike egy komplex, integrált szerveződési szintet jelöl, amelynek létezéséről nagyfokú konszenzus uralkodik. A rendszer elemei között dinamikus kapcsolat van. Minden rendszer az adott szerveződési szintre jellemző tulajdonságokat és kapcsolatokat feltételez, és mindegyik egyedi vizsgálati és magyarázati kritériumokat igényel az adott szintre vonatkozóan. A sejt, mint sejt tanulmányozására és megértésére alkalmas módszerek és szabályok semmilyen módon nem alkalmazhatók a személy- mint személy vagy a család,-mint család tanulmányozására. Hasonlóképpen, a sejt alkotóelemeinek azonosításához és jellemzéséhez szükséges módszereknek el kell térniük azoktól, amelyek annak megállapításához szükségesek, hogy mi alkotja a sejtet. A nagyobb rendszer nem pusztán az alkotó elemek összesége, egymással dinamikus kapcsolatban állnak. Így a rendszerorientált tudós sem csak a testtel, a betegséggel foglalkozik, hanem annak tágabb környezetével, amelynek alkotóeleme. A modell olyan keretet biztosít, amelyen belül a tudományos módszerek alkalmazhatóak. (Engel,1980; Bolton, 2023)

Jessor problémás viselkedés elméletének alappillérei a biológiai-genetikai háttér, a szociális környezet, az észlelt környezet, a személyiség és a viselkedés. A biológiai-genetikai faktor a testi, biológiai tényezők, adottságokat foglalja magába. A társadalmi környezethez tartoznak olyan elemek mint a szegénység, etnikai megkülönböztetés. Az

észlelt környezet elemei a társas kontrollok, a modellek és a támogatás. A személyiséghez tartoznak a hiedelmek, attitűdök, az önmagunkkal és a társadalommal kapcsolatos orientációk. A viselkedéshez tartoznak az egészségkárosító, vagy egészségvédő magatartásformák. Bármely problémás viselkedés növeli más kockázati viselkedés valószínűségét, mert szorosan kapcsolódik annak konstellációihoz, a szociális normákhoz, hasonló pszichológiai jelentéssel és funkcióval bír. (Jessor, 1991; Jessor és mtsai, 1998; Jessor, 2014)

Jessor az egészségmagatartáshoz kapcsolódóan megkülönböztet védőfaktorokat és kockázati tényezőket. (4. ábra) Mindkét faktornál pedig proximális és disztális hatásokat. Proximális hatás, ami közvetlenül fejt ki hatását pl. a táplálkozás, fizikai aktivitás. Disztális hatások közvetetten jelennek meg az egészségmagatartásban, ilyen például a vallásosság, az önértékelés, az iskolai teljesítmény, a családi kohézió. (4. ábra)

4. ábra Jessor probléma viselkedés elmélete (saját szerkesztés)



Védő tényezőkhöz tartoznak a pozitív, proszociális, egészséget javító komponensek. A proximális hatásokhoz tartoznak azok az egészségspecifikus változók, amelyek az

egészséghez közel állnak, és közvetlenül befolyásolják azt, ilyen az egészség iránti személyes orientáció és elkötelezettség (pl. az egészséggel kapcsolatos érték és a belső egészségkontroll helye), valamint az egészségmagatartás iránti észlelt társadalmi támogatás (pl. a szülői és kortársi modellek az egészségjavító viselkedéshez). A disztális változóknak, nincs közvetlen kapcsolatuk az egészséggel, és nincs nyilvánvaló vagy azonnali következménye az egészségjavító viselkedésre nézve. A disztális védőfaktorok kategóriájába tartoznak a személyiség, az észlelt társas környezet és a viselkedési változók, amelyek a hagyományos életmód iránti orientációt és az abban való részvételt tükrözik.

A kockázati tényezők pedig problémás vagy kockázati viselkedést, az egészséget veszélyeztető viselkedést váltanak ki. A kockázati tényezők proximális változóikhoz tartoznak pl. az alkoholfogyasztás kortárs modelljei (Jessor és mtsai, 2010) míg a disztális tényezőkhöz tartozik pl. a szegénység, amely csak közvetve fejt ki hatását a kockázati viselkedés kialakulására. ((Jessor, 1991; Jessor és mtsai, 1995; Jessor és mtsai, 1998; Egondi és mtsai, 2013; Jessor, 2014)

A védelmi tényezők hiánya, vagy alacsony volta nem jelent magasabb kockázatot pl. a vallásosság, protektív tényező, hiánya nem vált ki problémás magatartást. Mindemellett a disztális, és a proximális védőfaktorok mérsékelni tudják az egészséggel kapcsolatos kockázati tényezőket. (Jessor és mtsai, 2010)

Itthon Kopp Mária nevéhez fűződő interdiszciplináris életminőség modell azt a gyakorlati célt hivatott szolgálni, hogy a magyar népesség életminőségét és az ezt meghatározó társadalmi, pszichológiai, életmód-tényezőket multidimenzionálisan bemutassa (Kopp és mtsai, 1992; Kopp és Kovács, 2006). E modellben a veszélyeztető (negatív) magatartásformák és az életmód összefüggésein túl, a védő (protektív) faktorok is nagy szerepet kapnak.

A disszertációban a továbbiakban, a kutatásban szereplő egészségmagatartási szokások kerülnek kifejtésre, így a szubjektív egészségi állapot, dohányzás, alkoholfogyasztás, szűrővizsgálatokon való jelenlét, tápláltsági állapot, fizikai aktivitás-sport, szubjektív testi tünetek, boldogság-jóllét, társas támasz. A társas támasz esetén a rendvédelemben nem csupán kollegiális viszonyról van szó. Egy rendőri intézkedés során egymás testi épségére, életére is vigyáznak. E speciális kapcsolódásban egyszerre van jelen a kiszolgáltatottság és a védelem.

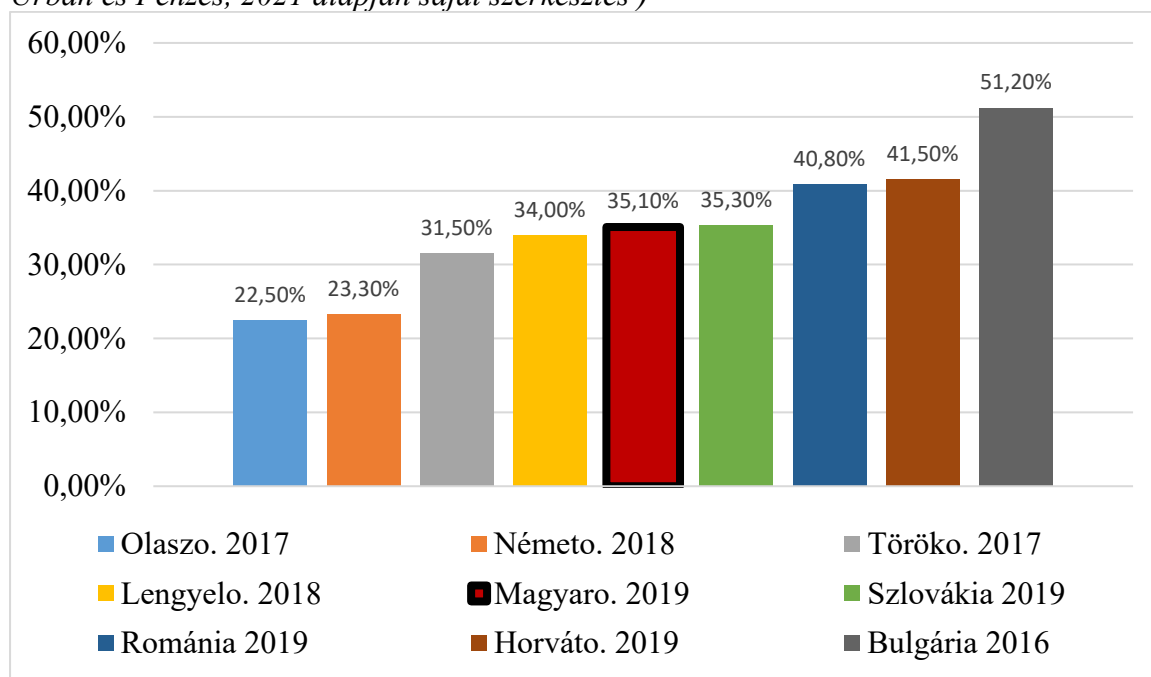
2.3. Egészségmagatartási szokások

2.3.1. Egészségkárosító magatartásformák

2.3.1.1. Dohányzás

Magyarország dohányzási helyzetét tekintve a kutatások eltérő indikátorai, eltérő célcsoportjai, a különböző mintavételi módszerek nehezítik a prevalencia adatok összehasonlítását. (Magyarország helyzetét bemutató 5. ábra a Statistical Bulletin alapján lett összeállítva, feltüntetve az adatfelvétel idejét.) A dohányzás elterjedésének közel 20 éves vizsgált időtartama alatt, a férfiak körében nem, de a nők körében kijelenthető a szignifikánsan csökkenő gyakoriság. A dohányzás kipróbálásának életkora is csökkenő tendenciát mutat. (Urbán és Péntes, 2021)

5. ábra A dohányzás prevalencia értékének alakulása Európa pár országában (forrás: Urbán és Péntes, 2021 alapján saját szerkesztés)



A Global Burden of Disease²² 2019 felmérés Magyarországi adatokat is tartalmazott, mely szerint a nők esetében az élettartam prevalencia 26,5%, míg férfiak esetén 34,2%, ami bár 1990-hez képest csökkenő tendenciát mutat, mégis magasnak mondható világszinten. (GBD, 2019)

²² 1991-ben indult legnagyobb nemzetközi átfogó egészségelemzés.

Ezt erősítik meg az Eurostat 2019-es adatai is, mely szerint (EHIS, 2019) Magyarországon a dohányzás prevalenciája európai szinten is magas. Magyarországon a 15 évesnél idősebb korosztályban a férfiak 21,5%-a dohányzik, a nők 17,3%-a, míg Svédországban, ahol a legkevesebben dohányoznak ez az arány a férfiak esetében 5,9%, nőknél 6,8%.

Egy 2018-as hazai felmérés (Brys és mtsai, 2022) célcsoportja a felnőtt magyar lakosság volt. Ennek keretében is születtek adatok a dohányzási szokásokat illetően, mely szerint a 18 évnél idősebb lakosság, vagyis a felnőtt magyar lakosság 28,7%-a, 65 évnél fiatalabb, érettségivel rendelkezők 23,9%-a, a felsőfokú végzettséggel rendelkezők 15,5% dohányzik. A naponta dohányzók aránya pedig 25,5%. A népegészségügyi minta 12,1%-a szokott le a dohányzásról.

Az OLAAP 2019²³ vizsgálat célja a 18-64 év közötti népesség addiktológiai mintázatának feltérképezése volt (Paksi és mtsai, 2021). OLAAP 2019 vizsgálat eredményei szerint a populáció 35,1%-a (férfiak:43,8%, nők: 21,8%) rendszeresen, napi szinten dohányzik hagyományos dohánytermékekkel. Alkalmi dohányos 3,0% ($\pm 0,9$). E-cigaretta használat 3,3%-ot ($\pm 0,9$) jellemez. Az életprevalencia érték 53,3%. Szignifikáns az eltérés a férfiak és a nők között, a férfiak 2,79-szer nagyobb eséllyel dohányoznak naponta, mint a nők. A dohányzásról való leszokás, legyen az napi szintű, vagy alkalmi fogyasztás a vizsgált minta 17,1%-ra jellemző. A nők nagyobb valószínűséggel szoktak le a dohányzásról, mint a férfiak, valamint szignifikáns különbség mutatkozott az urbanizáció tekintetében, vidéken háromszor nagyobb eséllyel szoktak le a dohányzásról. A legmagasabb iskolai végzettségűek körében a legkevesebb a dohányzók aránya, valamint iskolai végzettség összefüggésében a leszokottak aránya is a legmagasabb. A dohányosok étellel való elégedettsége alacsonyabb, magasabb a szenzoros élménykeresés és rosszabb az általános jóllét állapota. (Urbán és Pénzes, 2021)

Magyarország Átfogó Egészségvédelmi Szűrőprogramja 2010-2020-2030 (MÁESZ) (Kékes és mtsai, 2019) keretében a 2010 és 2018 közötti időszakban végzett szűrés eredményei a dohányzás vonatkozásában a 18-80 éves korosztály tekintetében az alábbiak: a dohányzók átlagos előfordulási gyakorisága nőknél 24,29%, férfiaknál 24,4%.

Az Elef 2019 jelentés szerint a 18-34 éves korosztály csaknem 31,7%-a dohányzik, a 35-64 éves korosztály 28,7%-a. A leszokottak arány a 35-64 éves korosztálynál 18,8%, a fiatalabbaknál 10,0%. A soha nem dohányzók aránya a fiatalabb korosztálynál kedvezőbb (18-34: 53,2%; 35-64: 50,9%). (KSH, 2019b)

²³ Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról

2021-es Hungarostudy vizsgálat eredménye szerint az 53,7% soha nem dohányzott, 12,2% leszokott és 34,1% jelenleg is dohányzó. Az elmúlt évekhez viszonyítva enyhe emelkedés tapasztalható, de a fiatalok körében csökken a dohányzók aránya. (Kopp Mária Intézet, 2022)

E földrajzi régiót érintően az Elef 2019 Észak-Alföldre vonatkozó adatai szerint a 15 éves és annál idősebb lakossági adatok a következőképpen alakulnak: ezen régióban naponta dohányzók aránya 32,6%, leszokott dohányos 16,1% és soha nem dohányzott 51,3%. (KSH, 2019c)

Nyíregyháza város életminősége - Háztartáspanel keretében 2018-ban végzett kutatás eredményei szerint nem dohányzik a válaszadók közel kétharmada (63,1% férfiak; 65,7 % nők). Napi rendszerességgel a férfiak 30,5%-a, a nők 24,0%-a dohányzik. A férfiak alkalmankénti dohányzása 6,4%, míg a nők esetében ez az arány 10,3%. (Rákóczi és mtsai, 2019)

Nemzetközi rendvédelmi tapasztalatok

A nemzetközi tapasztalatok alapján a rendvédelemben dolgozók körében magas a dohányzás előfordulása (Stellman és mtsai, 1988; Smith és mtsai, 2005). Boyce és munkatársai 2006-ban publikált eredménye alapján (2006) a vizsgálatban résztvevők 79%-a nem dohányzott, míg 21%-a dohányzónak vallotta magát. A dohányzó férfiak átlagéletkora magasabb volt, míg a nők esetében nem volt kimutatható ilyen különbség. 2008-ban Indiában egy metabolikus szindrómára irányuló kutatás egyik eredményeként a rendőrök körében 22,6% volt a dohányzók aránya. (Tharkar és mtsai, 2008) Bangladesben 2015-ben végeztek egy felmérést a rendőrök körében (Khan és mtsai, 2019). A válaszadók mintegy fele (48,6%) sohasem dohányzott. A válaszadók egynegyede (25,9%) dohányzott valaha, de leszokott róla, és 25,4% volt jelenleg dohányos. A jelenlegi dohányosok közül 7,0% volt alkalmi, míg 18,4% napi dohányos.

Basaza és munkatársai az ugandai rendőrök körében végeztek felmérést (2020) mely során azt találták, hogy a dohányzás legmagasabb prevalenciája a 25-33 éves korcsoportban volt 48,0%-kal, ezt követi a 34-44 évesek 36,0%-kal, a 18-24 évesek pedig 16,0%-kal. A tisztek közül a férfiak 25,2%-a és a nők 27,8%-a számolt be arról, hogy jelenleg dohányzik, ami jóval magasabb, mint az általános ugandai lakosságnál (16% férfi, 3% nő). A dohányzás kockázati tényezői között szerepelt a magasabb iskolai végzettség. Összeségében a dohányzás aránya 25,5% volt, szemben az általános népesség 5,3%-val.

Lengyel rendőrök körében végeztek Jankowski és munkatársai 2020-ban keresztmetszeti vizsgálatot (Jankowski és mtsai, 2021), ahol azt találták, hogy a válaszadók 19,5%-a napi szinten, 13,4%-uk pedig alkalmanként dohányzik. Napi e-cigarettahasználatról a válaszadók 3,1%-a nyilatkozott, a minta 3,2%-a pedig alkalmi e-cigaretta használó.

További nemzetközi rendvédelmi kutatási eredmény az Egészségmagatartási szokások együtt járása fejezetben található.

Hazai rendvédelmi tapasztalatok

Hazánkban a rendvédelemben dolgozók vagy rendészeti hallgatók dohányzási szokásaival kapcsolatban az utóbbi években több kutatás is volt. 2017-ben 1000 fős budapesti rendőri mintán végzett felmérés (Mácsár és mtsai, 2017) eredménye alapján a minta 33,4%-a dohányzik, ennek több mint a fele napi egy dobozzal.

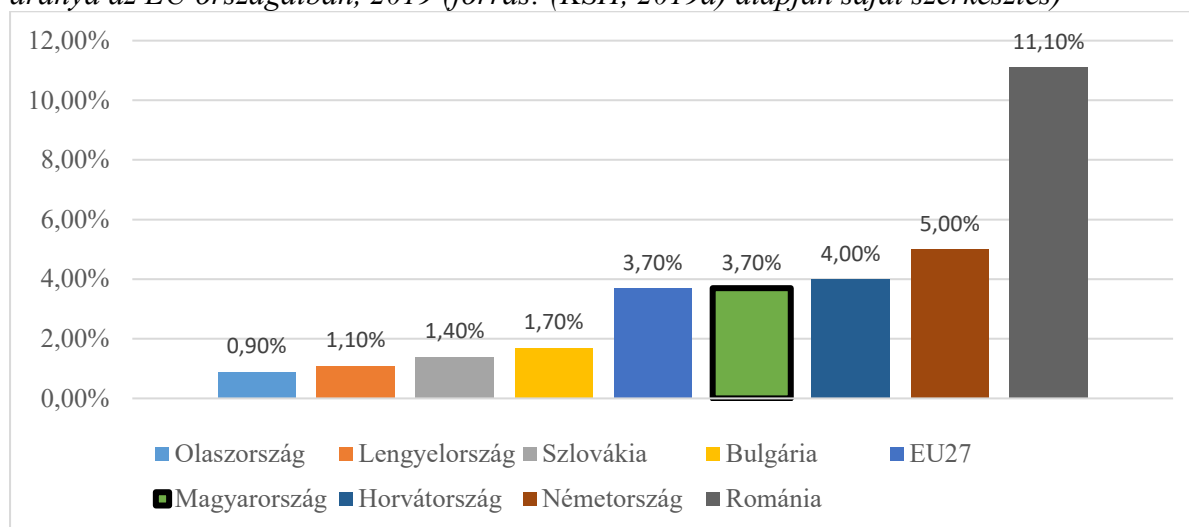
Középfokú rendészeti szakképzés tanulói körében 36,2%-os volt a dohányzók aránya. (Faragó, 2013) Borbély (2019b) próbaidős rendőr őrmesterek egészségmagatartási szokásait vizsgálta, mely az „Egészségkockázati tényezők a rendvédelem állományában” részben kerül bemutatásra. A Nemzeti Közsolgálati Egyetem Rendészettudományi Karának rendészeti hallgatói körében végzett kutatás eredményei alapján a hallgatók 24,4%-a dohányzik. A dohányzó férfi hallgatók aránya 29,1%, a női hallgatók aránya 18,2%. (Erdős, 2022a)

Magyarország európai összehasonlításban kedvezőtlen pozíciót foglal el, mivel a dohányzás prevalenciája továbbra is magas (24,3%-34,1%). A hazai vizsgálatokban a módszertani különbségek ellenére is kirajzolódik a nemek közötti különbség (a férfiak dohányzási prevalenciája magasabb), és a magasabb iskolai végzettség védőfaktorként való megjelenése. A magyar rendvédelmi állomány körében végzett kutatások eredményei összhangban állnak a hazai populációs adatokkal. A nemzetközi rendvédelmi vizsgálatok összeségében valamivel alacsonyabb dohányzási arányt mutatnak, bár vélhetően a kulturális és módszertani különbségek miatt jelentős szórás figyelhető meg (5,8%-70%). (A dohányzási szokások összefoglaló táblázata: melléklet: 87. táblázat)

2.3.1.2. Alkoholfogyasztási szokások

Magyarországon az európai lakossági egészségfelmérés szerint 2019-ben a rohamivók aránya az Európai Unió országaihoz képest átlagosnak mondható (6. ábra) (KSH, 2019d). A 2018-as alkoholfogyasztással összefüggő halálozási ráta azonban másfélszerese az EU átlagának. A 18 európai ország közül Litvánia, Lettország, Románia után Magyarország szerepel a negyedik legmagasabb értékkel. (KSH, 2019e) Ugyanakkor a heti gyakorisággal nagy mennyiségű alkoholt fogyasztók aránya átlagosnak tekinthető. (KSH, 2019d)

6. ábra A legalább heti gyakorisággal nagy mennyiségű alkoholt fogyasztók (rohamivók) aránya az EU országokban, 2019 (forrás: (KSH, 2019d) alapján saját szerkesztés)



Az elmúlt közel 20 évben a 18-53 éves népesség legtöbb mutatója kedvező irányú elmozdulást mutat, például az alkoholfogyasztás éves prevalencia értéke 2001-ben 82,2%, míg 2019-ben 70,4%, vagy az elmúlt hónapban legalább heti rendszerességgű fogyasztás 2001-ben 27,6%, míg 2019-ben 24,1% volt. (Elekes és mtsai, 2023)

Az OLAAP 2019 vizsgálat szerint a 18-64 éves népesség 70,4 %-a ($\pm 2,5$) fogyasztott alkoholt az elmúlt egy évben. Heti rendszerességgel körülbelül minden negyedik felnőtt ivott (24,1%, $\pm 2,3$). A napi szintű fogyasztók aránya 5% körül mozgott ($\pm 1,2$). A férfiak nagyobb arányban fogyasztottak alkoholt és a gyakoriság is magasabb volt. Valamint vidéken nagyobb az alkoholfogyasztási gyakoriság, mint Budapesten. (Paksi és Arnold, 2021; Elekes és mtsai, 2023)

A Elef 2019-es vizsgálat alapján a hazai 15 évnél idősebb lakosság 5,2%-a nagyivó, vagyis férfiak esetében hetente több mint 14, nők esetében több mint 7 pohár szeszes ital fogyasztása, vagy a heti rohamszerű italfogyasztás jellemzi őket. Mértékletes alkoholfogyasztó a 20,2%, akik heti rendszerességgel fogyasztanak alkoholt. Aki még heti

egy alkalommal sem fogyaszt alkoholt, ritka alkoholfogyasztónak minősül, ők adják a vizsgált csoport 45,5%-át. Soha nem fogyaszt alkoholt a 29,1%. Absztinenciáról a nők számoltak be nagyobb gyakorisággal. A nők esetében a kor előrehaladtával kedvezőbbek az alkoholfogyasztási szokások. A népesség nagy többsége mértékletesen vagy ritkán fogyaszt alkoholt. (KSH, 2019f)

Az Észak-Alföld régióban a nagyivók aránya 4,7%, mértékletes alkoholfogyasztó 14,3%. 47,8% fogyaszt ritkán alkoholt, és egyáltalán nem fogyaszt a 33,1%. A hazai adatokhoz mérten alacsonyabb a nagyivók és a mérsékelt alkoholfogyasztók aránya, és magasabb a ritkán vagy soha nem fogyasztók aránya. (KSH, 2019g)

A Hungarostudy 2021-es eredménye szerint a felnőtt népesség 44,7%-a soha nem fogyaszt alkoholt. Havonta vagy ritkábban 28,0%, havonta 2-4 alkalommal 13,5%, heti rendszerességgel pedig 13,8% fogyaszt alkoholt. (Kopp Mária Intézet, 2022)

Nemzetközi rendvédelmi tapasztalatok

Nemzetközi rendvédelmi kutatásokban az alkoholfogyasztási szokások más egészségmagatartási szokásokkal összefüggésben voltak vizsgálva. Bemutatásukra az 'Egészségmagatartás a rendvédelmi állományban' című részben kerül sor.

Hazai rendvédelmi tapasztalatok

Magyarországon, a rendvédelem területén a Nemzeti Közszerológiai Egyetem hallgatói körében végzett felmérések eredménye szerint az alkoholfogyasztás élet prevalencia értéke is magas. A 2020-as év végén, 2021-es év elején végzett vizsgálat eredményei szerint a vizsgálati minta 42,7%-a fogyaszt alkoholt havonta vagy ritkábban (férfiak=38,6%; nők=49,4%). Nagyivás, vagyis, egy alkalommal öt vagy több ital fogyasztása 33,7%-ra jellemző, ennek napi, heti, vagy havi rendszeressége 25,8%-ra. Az alkoholfogyasztók harmada (34,3%) számol be havi rendszerességű alkoholfogyasztásról. Heti rendszerességgel 21,3%, napi rendszerességgel 1,1% fogyaszt alkoholos italokat. Tanulmányi időt tekintve a férfiak és nők fordított tendenciája tapasztalható, miszerint az első évfolyamos férfiak körében kevésbé jellemző a kockázatos alkoholfogyasztás a negyedik évfolyamhoz képest, ezen értékek a nőknél fordítva tapasztalhatóak. (Erdős, 2022b)

Egy későbbi kutatás az alkoholfogyasztás háttérében álló motiváló tényezőket is bevonta a vizsgálatba. 2022-ben szintén rendészeti hallgatók között végzett felmérésben az aktuálisan, vagyis az elmúlt egy hónapban alkoholt fogyasztók 23,5%-ának legalább heti

rendszerességű a fogyasztása. A fővárosból, megyeszékhelyről érkezők között kisebb arányú volt az alkoholfogyasztás, a vidékről érkezőkhöz képest. A hallgatók nagy része, 81,5%-a alacsony kockázatú alkoholfogyasztónak minősül. 18,5% viszont problémás ivónak tekinthető. A fogyasztási motiváció első helyén a szociális motiváció áll, tehát a fő motiváló tényező a társas időtöltés élményének fokozása. Ezt követi a fokozásos motiváció, ahol magának az alkoholos élménynek a fokozása érdekében fogyaszt alkoholt. A megküzdéses motivációs tényező, mint maladaptív megküzdés beelőzi a konformitáshoz kapcsolódó motivációt. Az eredmények alapján kockázatnövelő prediktornak mutatkozik a szociális motiváció, melyhez férfiak esetében a fokozásos motívum, nők esetében a megküzdési motiváció társul. (Erdős, 2024)

Borbély (2019b) rendőr tanulók körében történő kapcsolódó kutatása az 'Egészségmagatartás a rendvédelmi állományban' című részben kerül bemutatásra.

Magyarországon az alkohollal összefüggő halálozás kiemelkedően magas, amellett, hogy a rohamivók aránya és a heti szintű nagy mennyiségű alkoholfogyasztás az európai átlag körül alakul. A felnőtt népesség közel egy negyede heti rendszerességgel fogyaszt alkoholt, vagy tekinthető mérsékelt alkoholfogyasztónak. Regionálisan kissé alacsonyabb a nagy ivók aránya, és magasabb az absztinenseké. A nemzetközi rendvédelmi kutatásokból úgy tűnik a rendvédelemben dolgozók alkoholfogyasztási szokásai kedvezőtlenebbek, melyet a hazai rendőrtanulók és hallgatók adatai is megerősítenek.

(Alkoholfogyasztási szokások összefoglaló táblázata: 88. táblázat)

2.3.2. Egészségvédő magatartásformák

2.3.2.1. Szűrővizsgálatok

A krónikus betegségek lappangási periódusában (amikor még nem okoz tünetet a betegség látszólag egészséges emberben) végzett speciális vizsgálat a szűrés, aminek szükséges gyakoriságát a lappangási időszak hossza határozza meg. Szűrővizsgálatnak tekinthető még a betegséget eredményező genetikai jelleg meghatározása, vagy a tünetmentes kórokozó hordozásának azonosítása is. A szűrés feltétele, hogy a hatékony kezelés révén jobb prognózist biztosítson. (Sándor, 2023) A szűrővizsgálat nem diagnosztikus eljárás, így további vizsgálat(ok) követhetik. A szűrővizsgálat olcsó, gyors, könnyen kivitelezhető és veszélytelen, mindamellett megbízhatónak, megismételhetőnek kell lennie megfelelő szenzitivitás és specifitás mellett. (Ádány, 2011)

Hazánkban az életkori sajátosságokhoz igazodó betegségek megelőzését és korai felismerését célzó szűrővizsgálatok a biztosítottak által térítésmentesen igénybe vehetőek.²⁴ Magyarország legnagyobb humanitárius formában működő egészségvédelmi programja²⁵ a lakosság számára ingyenesen biztosítja a szűrővizsgálatok elvégzését az Európai Unió irányelveknek megfelelően (Dankovics és mtsai, 2025), így lehetőség van arra is, hogy a támogatottnál gyakrabban vegyen részt valaki szűrővizsgálaton. (Mobil szűrőbuszok is tudják biztosítani a szűrési vizsgálatokat (Karácsony és mtsai, 2023; Karácsony és mtsai, 2024; Pénzes és mtsai, 2024)

Sándor (2023) szerint a legmegbízhatóbb szűrési ajánlást az 1984 óta működő amerikai U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) végzi. A szűrési ajánlásuk az 1. táblázatban kerül összefoglalásra

1. táblázat Szűrési ajánlások (forrás: Sándor, 2023.102-104.o.) alapján

A-szintű USPSTF ²⁶ szűrési ajánlások (infekciókkal és genetikai fogékonysággal kapcsolatos szűrések nélkül)
1. Colorectalis carcinoma szűrés: 50–75 éves életkorban évente nagy érzékenységgű gFOBT (guaiac fecal occult blood test), vagy évente FIT (fecal immunochemical test), vagy 1–3 évente sDNA-FIT (Stool DNA), vagy 10 évente colonoscopy, vagy 5 évente CT colonography, vagy 5 évente flexibilis sigmoidoscopy, vagy 10 évente flexibilis sigmoidoscopy évenkénti FIT-tel. 2. Hipertóniaszűrés: 18 éves kortól évenkénti vérnyomásmérés 40 felett és magas kockázatú csoportokban évente, egyébként 3–5 évente. 3. Méhnyakrákszűrés: 21–29 éves korban 3 évente méhnyak citológiai vizsgálattal; 30–65 éves korban 3 évente méhnyak citológiai vizsgálattal, vagy 5 évente HPV-tesztel, vagy 5 évente kombinált HPV-tesztel és méhnyak citológiai vizsgálattal.
B-szintű USPSTF szűrési ajánlások (infekciókkal és genetikai fogékonysággal kapcsolatos szűrések nélkül):
1. Colorectalis carcinoma szűrés: 45–49 éves életkorban évente nagy érzékenységgű gFOBT (guaiac fecal occult blood test), vagy évente FIT (fecal immunochemical test), vagy 1-3 évente sDNA-FIT (Stool DNA), vagy 10 évente colonoscopy, vagy 5 évente CT colonography, vagy 5 évente flexibilis sigmoidoscopy, vagy 10 évente flexibilis sigmoidoscopy évenkénti FIT-tel. 2. Depresszió szűrés: felnőttek körében, terhesség időszakában és postpartum kérdőív segítségével a kockázati profil változása által meghatározott gyakorisággal. 3. Egészséget veszélyeztető alkoholfogyasztás szűrés: kérdőív alapú szűrés 18 éves kor felett, amit a szűrést végző orvos által végzett rövid intervenció követ szükség esetén. 4. Egészséget veszélyeztető droghasználat szűrés: kérdőív alapú szűrés 18 éves kor felett abban az esetben, ha a kiszűrt eset kivizsgálásának és szükség esetén ellátásának adottak a feltételei. 5. Elhízás szűrés: testtömegindexének rendszeres mérése 6 éves kortól. 6. Emlőrákszűrés: 50–74 éves nők két évenkénti mammográfiás vizsgálata. 7. Gestációs diabetes szűrés: a terhesség 24. hetében vagy azt követően. 8. Hasi aorta aneurizma szűrés: egy alkalommal hasi ultrahangvizsgálat a 65-75 éves, valaha rendszeresen dohányzó férfiak körében. 9. Major depresszió és öngyilkossági kockázat szűrés: 12–18 éves korban kérdőív segítségével.

²⁴ 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól

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

²⁵Magyarország átfogó egészségvédelmi szűrőprogram 2010-2020-2030 (MÁESZ)

²⁶ U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF)

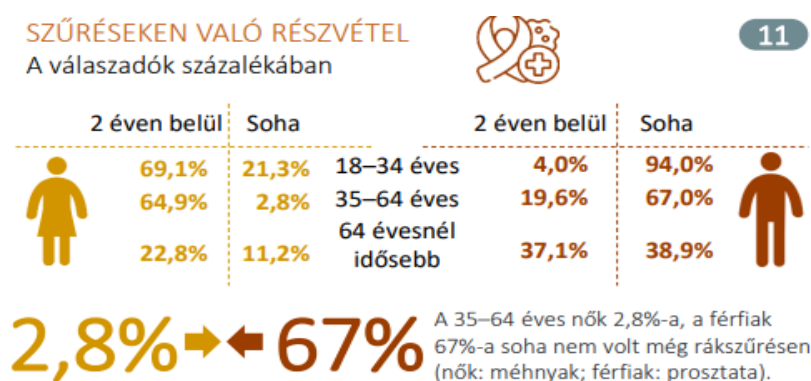
10. Osteoporosis szűrése: 65 év feletti nők csontsűrűségmérése (az ismételt vizsgálatok hasznosságára vonatkozóan nincsenek bizonyítékok).
11. Osteoporosis szűrése: menopausa után, 65 év alatti nők csontsűrűségmérése (az ismételt vizsgálatok hasznosságára vonatkozóan nincsenek bizonyítékok), ha a kérdőíves kockázatbecslés emelkedettnek jelzi a kockázatot.
12. Párkapcsolati bántalmazás szűrése: reprodukív korú nők vizsgálata kérdőívek segítségével kockázati státusz változásához igazodó gyakorisággal.
13. Prediabetes és 2-es típusú cukorbetegség szűrése: 35–70 éves korban a túlsúlyos vagy elhízás esetében éhomi vércukorszint vagy HbA1c-szint meghatározás, vagy glükóz tolerancia teszt segítségével (valószínűleg 3 évente elég ismételni a vizsgálatot).
14. Preeclampsia szűrése: a terhesség folyamán rendszeres vérnyomásméréssel.
15. Szorongás szűrése: 65 év alatti felnőttek (beleértve a terhesség és a gyermekágy időszakát) körében és 8–18 éves gyerekek, illetve adolescensek körében kérdőívek segítségével a kockázati profilhoz igazodó gyakorisággal.
16. Tompalátás és a tompalátás rizikófaktorainak (pl.: strabizmus, refraktív eltérések) szűrése: 3–5 éves korban egyszeri látásélesség vizsgálat.
17. Tüdőrákszűrés: évenkénti alacsony dóziszú CT-vizsgálat az 50–80 évesek körében, akiknek legalább 20 csomag/év az aktuális vagy a 15 évnél nem régebbi dohányzásintenzitása, abban az esetben, ha a kiszűrt probléma kivizsgálását és ellátását vállalja a páciens.

Az előző részekben bemutatott egészségfelmérések különféle szűrővizsgálatokon való részvételt mértek, komplex, minden szűrővizsgálatra kiterjedő vizsgálat még nem készült, vagy nem került publikálásra.

Az Elef 2019 adatai alapján a felvételt megelőző évben a lakosság 78%-ának mérte meg egészségügyi dolgozó a vérnyomását, 60%-ának a koleszterinszintjét, 62%-ának a vércukorszintjét. Méhnyakrákszűrésen a 18-34 éves nők fele (50,4%) vett részt, a 35-64 éveseknek pedig a 43,8%-a az utóbbi egy évben. Mammográfiai vizsgálaton a 18-34 évesek 4,7%-a vett részt az elmúlt évben, míg a 35-64 évesek 29,6%-a. Férfiak esetében a prosztatatarák szűrésen a 18-34 évesek közül 94,0% soha nem vett még részt, a 35-64 évesek közül 67,0% sohasem volt még ilyen vizsgálaton, és csak 11,9% volt az elmúlt egy évben. (7. ábra) (KSH, 2019h) A 2009-2019-es időszakban a rutinvizsgálatok (vérnyomás-, koleszterin-, vércukorszint) tekintetében pozitív változás figyelhető meg. Legszenbetűnőbbek a koleszterinszint méréssel kapcsolatos adatok. 2009-ben a 44,9% vett részt ilyen jellegű szűrővizsgálaton, 2019-ben már 60,1%. Az eredmények alapján a magasabb iskolai végzettséggel rendelkezőknek magasabb a szűrővizsgálatokon való részvételi hajlandósága, csakúgy, mint a magasabb jövedelműek esetében. Európai Unió összehasonlításban a méhnyakrákszűrés hazai helyzete (36%) jobb, mint az uniós átlag (30%). Mammográfiai vizsgálatokon részt vettek aránya (62%) az uniós átlaghoz (61%) közeli. A vastag- és végbéldaganat szűrésére szolgáló, 50 év felettieknek javasolt székletteszt, székletvérvizsgálat az uniós átlaghoz (20%) képest a hazai átlag (11%) jóval alacsonyabb. (KSH, 2019i)

7. ábra Szűréseken való részvétel hazai adatok (forrás: Szűréseken való részvétel Országgyűlés Hivatala, 2021,

https://www.parlament.hu/documents/10181/39233533/Infotablo_2021_34_europai_lakossagi_egeszsegfelmeres.pdf/6bc21158-5140-0fd6-ea21-d3dc55ebf824?t=1631863074168)



A Hungarostudy 2021-es adatai alapján a 18-44 éves nők közül 35,7% vett részt mammográfiai szűrésen az elmúlt egy vagy két évben, a 45-65 éves korosztály 45,1%-a. Soha nem vett még részt szűrésen a 18-44 évesek 47,2%-a, a 45-65 évesek 13,4%-a. Az iskolai végzettség növekedésével nő a szűrővizsgálaton való részvételi hajlandóság, bár ezt egyes statisztikai mutatók nem minden esetben igazolják. Sportolási szokásokkal összevetve azok, akik sohasem sportolnak, ritkábban vesznek részt szűrővizsgálaton. A nem dohányzók pedig nagyobb részvétellel vannak a szűrővizsgálatokon. Az egészségtudatosabb életmódot folytatók nagyobb valószínűséggel jelennek meg a szűrővizsgálatokon. Az emocionális tényezők is szerepet játszanak a szűrési hajlandóságban. Azok, akik sohasem vettek részt szűrővizsgálaton kevésbé elégedettek életükkel, kevésbé boldogok, mint azok, akik már voltak szűrővizsgálaton. (Döbrössy és mtsai, 2022)

Nyíregyházi adatok szerint a lakosság nagy része rendszeresen részt vesz szűrővizsgálatokon. A válaszadók 94%-ának már mérte egészségügyi dolgozó a vérnyomását, és ezen belül 76%-ának mérték egy éven belül. Vércukorszintet 74%-nak mérték, ezen belül, 69%-nak mérték egy éven belül. Vastag- és végbéldaganathoz kapcsolódó székletvizsgálaton a megkérdezettek 7%-a volt élete során. A válaszadó nők 1%-a volt már mammográfias vizsgálaton. A megkérdezettek 75%-a pedig volt már citológiai vizsgálaton. (Berencsiné Madácsi és mtsai, 2013)

Rendvédelemben „az Alkalmasságvizsgálati Szakmai Protokollban elrendelhető, hogy az időszakos egészségi alkalmasságvizsgálaton a hivatásos állomány tagja a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését

szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról szóló 51/1997. (XII. 18.) NM rendeletben meghatározott valamely népegészségügyi célú, célzott szűrővizsgálatok leletét bemutassa, azzal, hogy a hivatásos állomány tagja nem kötelezhető az ott meghatározottnál gyakoribb vizsgálatra”²⁷

Alapvetően elmondható, hogy a szűrővizsgálati hajlandóság messze elmarad a kívánatos 100%-tól. Leggyakrabban a fiatalabb nők vesznek részt méhnyakrák szűrésen. Kiemelendő a nyíregyházi lakosság citológiai vizsgálaton való magas részvétele és az alacsony mammográfiás vizsgálaton való megjelenése. A magasabb iskolai végzettségűek és az egészségtudatosabb életmódot folytatók között nagyobb a szűrővizsgálatokon való részvételi arány.

(Szűrővizsgálatokon való részvétel összefoglaló táblázata melléklet: 89. táblázat)

2.3.2.2. Táplálkozási szokások, tápláltsági állapot

Táplálkozási szokások

Az egészségben eltöltött évek számának egyik kulcsa a táplálkozás. 2019-ben az összes haláleset közel egy negyede (24%) az egészségtelen étrendnek volt tulajdonítható, ami meghaladja az uniós átlagot (17%). (OECD, 2023) Az egészséges táplálkozás előmozdítása, a dohányzás és az alkoholfogyasztás visszaszorítása mellett, a halálozásban és a korlátozottság miatt fellépő egészségveszteségekben²⁸ jelentős javulást eredményezne. Az egészségveszteségeink tekintetében a magas vérnyomás, magas testtömegindex és nők esetében a magas vércukorszint, férfiak esetében a dohányzás szerepel az első három helyen, mint a legnagyobb veszteséget okozó egészségkockázati tényező. (Vitrai és Bakacs, 2024; Vitrai, 2024a)

A táplálkozás fő problémái között van a túlzott energiabevitel a napi energiafelhasználáshoz képest és az energiaforrást biztosító táplálékok összetétele. (Simonyi, 2015) Ahhoz, hogy az egészséges táplálkozás megvalósuljon, a különféle élelmiszereket és folyadékokat megfelelő arányban, mennyiségben és változatosan kell

²⁷ 45/2020. (XII. 16.) BM rendelet a belügyminiszter irányítása alatt álló egyes rendvédelmi feladatokat ellátó szerveknél foglalkoztatott hivatásos állomány és rendvédelmi igazgatási alkalmazotti állomány alkalmasságvizsgálatáról

²⁸ Egészségveszteség: a megromlott egészség miatti életév veszteség. Összetevői: egészségprobléma miatti korlátozottság következtében kialakuló életév veszteség; a betegség miatt bekövetkező korai elhalálozás. (Vitrai és Kimmel, 2015)

fogyasztani. A táplálkozási irányelvek információkkal segítik az egészséges táplálkozási szokások kialakítását az egyén és családja számára. (Pfau és mtsai, 2018)

Az első hazai táplálkozási ajánlás 1987-ben készült a Magyar Tudományos Akadémia Élelmiszer-tudományi Komplex Bizottsága, az Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet, valamint a Magyar Táplálkozástudományi Társaság közös ajánlásaként. (Szűcs, 2016; Németh és Fritz, 2021) A hazai ajánlások figyelembe veszik a külföldi országok tudományos alapokon nyugvó étrendi javaslatait, a hazai fogyasztási szokásokat és a hatályos jogszabályokat. Irányadóként szolgál az Európai Élelmiszerbiztonsági Hatóság²⁹. (Szűcs, 2016) A jelenlegi ajánlás (8. ábra) felhívja a figyelmet az elfogyasztott ételek mennyiségére és minőségére. Napi 3-5 alkalommal történő étkezést javasolnak. Az egészségesség mellett a fenntarthatóságot is figyelembe veszi az ajánlás, így az évszaknak megfelelő, szezonális, frissen fogyasztható alapanyagokat és a kevésbé feldolgozott élelmiszereket kell előnyben részesíteni. A napi folyadékfogyasztás (kb. 2 liter) főként ivóvíz legyen. Zöldségfogyasztás vagy gyümölcsfogyasztás napi szinten öt egység, melyből 3-4 adag zöldség, a többi gyümölcs. Gabonafélék fogyasztásából 3 adag javasolt, melyből legalább 1 teljes értékű legyen. Tej és tejtermékek napi szintű fogyasztása javasolt. Húsfélék tekintetében a sovány húsok javasoltak, heti egy nap halfogyasztás, heti egy nap belsőségfogyasztás és heti egy húsmentes nap mellett. Heti legfeljebb kétszeri édesség fogyasztása javasolt. Az ajánlás az „Okostányér”-ban került megjelenítésre. (MDOSZ, 2021)

8. ábra Okostányér (forrás: Okostányér, MDOSZ, 2021, <https://mdosz.hu/hun/wp-content/uploads/2016/03/okostanyer.pdf>)



²⁹ Európai Élelmiszerbiztonsági Hatóság: European Food Safety Authority (EFSA)

A nem megfelelő táplálkozási szokások, életmódbeli tényezők állnak többnyire a túlsúly kialakulásának hátterében. Az ételmisszer optimális mennyiségét, az energiatartalmat tekintve, befolyásolja a napi energiaszükséglet, amely az életkortól, az aktuális testtömegtől, a sportolási szokásoktól és a napi fizikai tevékenységtől függ. (Pfau és mtsai, 2018)

Nemzetközi összehasonlításban Magyarország a harmadik azon országok közül, ahol a lakosságban a legmagasabb a túlsúlyosak, elhízottak aránya. (KSH, 2019j)

A 2019-es Elef felmérés szerint a megfelelő mennyiségű és minőségű zöldség és gyümölcsfogyasztók aránya az életkor emelkedésével nő. A 15 éves és annál idősebbek körében a férfiak 49%-ára, a nők 61%-ára jellemző a napi szintű fogyasztás. Elegendő mennyiségben a magasabb iskolai végzettségű nők között fogyasztanak többen. A napi adagokat tekintve 18%-nak a fogyasztási szokása felel meg az Okostányér feltételeinek. A nők előnye jelentős a férfiakkal szemben. Tej és tejtermékek fogyasztása hasonlóan alakul a zöldség, gyümölcsfogyasztáshoz. Sokan esznek napi rendszerességgel feldolgozott húskészítményeket. Fehér/vöröshúsból készült ételeket a népesség 7,4%-a fogyaszt naponta. A vizsgált népesség közel ötöde követ speciális étrendet, közülük minden negyedik egyszerre többet is. A legtöbben diabetikus és laktózmentes diétát tartanak. A diabetikus és sószegény étrend az idősebbek körében jellemzőbb, míg a fiatalok és középkorúak a gluténmentes és egyéb étrendeket követik. (KSH, 2019k)

Hazánkban 2009-ben, 2014-ben és 2019-ben került sor reprezentatív mintán a felnőttek tápláltságának és táplálkozásának felmérésére (OTÁP vizsgálat^{30,31}). Az OTÁP vizsgálat szerint a WHO ajánlása szerinti zöldség és gyümölcs fogyasztás csak a 65 évesnél idősebb nők körében valósul meg. Végzettség tekintetében pedig csak a felsőfokú végzettséggel rendelkező nők körében. Az ételmirost bevitele is elmarad az ajánlásoktól, egyedül a 35-64 éves férfiak átlagos bevitele haladta meg kismértékben a javasolt mennyiséget. A teljes kiőrlésű gabonafélék fogyasztása csekély. A fogyasztói szokások pandémia időszaka alatt tapasztalt változására hívja fel a figyelmet Pfau, melynek következtében a többség egészségesebb étkezési formákat követett (Pfau és mtsai, 2022).

A Nyíregyháza város felnőtt lakossága körében 2018-ban végzett felmérés eredménye szerint a lakosság több mint a fele naponta, vagy naponta többször fogyaszt zöldséget, gyümölcsöt. A nők szignifikánsan gyakrabban esznek gyümölcsöt, mint a férfiak. A

³⁰ OTÁP: Országos Táplálkozási és Tápláltsági Állapot vizsgálatok

³¹ Az Elef vizsgálat válaszadóinak egy kisebb csoportján indult 152 településen, 18 éves és idősebbek körében. Az adatfelvétel 2020-ban a Covid-19 miatt lezárásra került. (Bakacs, 2022)

tejtermékek napi szintű fogyasztása majdnem minden másodikként jellemző (45,6%), hasonlóan a baromfihús fogyasztásához. A halfogyasztás igen ritka, és inkább a férfiakra jellemző. (Sárvári és mtsai, 2019)

Az Elef 2019-es adatai alapján a (KSH, 2019 1) a lakosság 19%-a követ valamilyen étrendet. A leggyakoribb a diabetikus és a laktózmentes étrend. A speciális diéták előfordulási gyakorisága az életkor előrehaladtával növekszik, melynek hátterében az egészségtudatos életmód mellett az egyre gyakoribb táplálék allergiák, és ételérzékenységek állnak. A nők közül arányaiban többen tartoznak a diétázók közé, csakúgy mint a magasabb iskolai végzettségűek körében.

Étrend kiegészítők³² fogyasztásával kapcsolatban a 2019-es eredmények szerint a férfiak közel 50%-a (18-34 év=54%; 35-64 év=55%; 65+=41%), a nők több mint 60%-a (18-34 év=60%; 35-64=65%; 65+=66%) fogyaszt étrend-kiegészítőt. (Horacsek, 2022) 2015-ben publikált kutatás eredményei szerint a megkérdezettek leggyakrabban szenzonális jelleggel fogyasztanak étrend-kiegészítőt, melynek motivációs hátterében legfőképpen a vitaminpótlás áll. Akiket az egészség megőrzése motivál a fogyasztásukban szintén nagy arányban vannak jelen. A vonzó megjelenés is az indokok között szerepel, az ő esetükben naponta 1-2 alkalommal a fogyasztási gyakoriság. (Lehota és mtsai, 2015)

Tápláltsági állapot

A túlsúllyal kapcsolatos vizsgálat egyik mérőszáma a BMI³³, amelyet a felnőttek antropometrikus jellemzőinek meghatározására, kategorizálásra használnak. Széles körben használható egészségügyi problémák kialakulásának kockázati tényezőjeként, illetve közegészségügyi mutatóként populáció alapú vizsgálatokban. Az 1970-es években dolgozták ki, de csak az 1990-es években terjedt el szélesebb körben. 1993-ban a WHO négy fő kategóriát állapított meg: alultáplált, normál, túlsúlyos, elhízott. (Nuttal, 2015) Számításmódja: $BMI = \frac{\text{súly kg-ban}}{\text{magasság}^2}$ A BMI határértékek az élsportolók és a testépítők között nincs összefüggésben az egészségi állapotukkal, mert megnövekedett izomtömegük és súlyuk hamisan növeli a BMI-t (Weir és Jan, 2023). Bár széles körben használják a BMI mutatókat a túlsúly, és így a megbetegedésekkel összefüggésben, arra is

³²étrend-kiegészítő: a hagyományos étrend kiegészítését szolgáló olyan élelmiszer, amely koncentrált formában tartalmaz tápanyagokat vagy egyéb táplálkozási vagy élettani hatással rendelkező anyagokat, egyenként vagy kombináltan; adagolt vagy adagolható formában kerül forgalomba (például kapszula, pasztilla, tabletta, port tartalmazó tasak, adagolható por, ampulla, csepegtető üveg vagy más hasonló por-, illetve folyadékforma, amely alkalmas kis mennyiség adagolására). 37/2004. (IV. 26.) ESzCsM rendelet az étrend-kiegészítőkről.

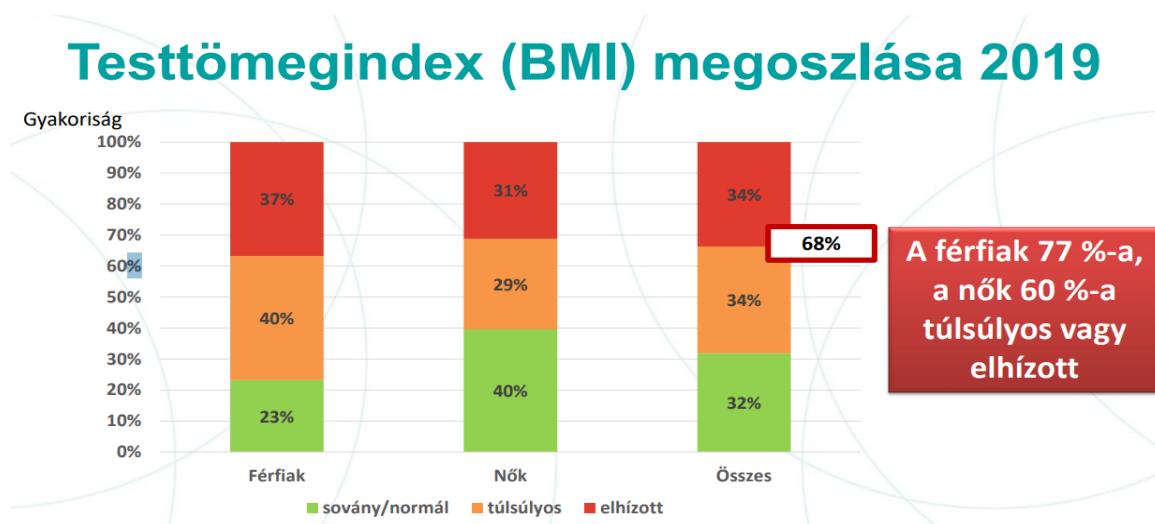
³³BMI= Body Mass Index, testtömegindex

vannak kutatási adatok, hogy ezen érték önmagában kevés. Észak-kelet kínai kohorsz vizsgálat eredménye szerint a derék-magasság arány (waist-to-height ratio-WHtR), a derék körfogat (waist circumference-WC), derék csípő (waist-to-hip- WHR), és a testtömeg (BMI) közül a derék-magasság arány az, ami a kardiovaszkuláris betegségek előfordulását a leginkább bejósolja. (Zhang és mtsai, 2022) Brit felnőttek körében végzett vizsgálat a derék-magasság arány, a BMI és a derékkörfogat mutatókat vizsgálva azt találta, hogy a derékbőség indexei, különösen a derék-magasság arány erősebb összefüggést mutat a szív és érrendszeri megbetegedésekkel, mint a BMI a férfiak esetében. Nők esetében ezen összefüggések nem voltak megtalálhatók, csak gyenge kölcsönhatást találtak a derékbőség és a magas vérnyomás között (Cox és mtsai, 1998). Nuttal (2015) szerint a BMI egy könnyen alkalmazható mérőszám, de a mortalitással és morbiditással való összefüggései nem bizonyulnak egyértelműnek, a testzsír eloszlás sokkal pontosabb előrejelző lehet, de mindig az egyén összetett mutatóit kell szem előtt tartani (Nuttal, 2015).

A 2019-es OTÁP vizsgálat a BMI alapján osztályozta a részvevőket elhízott, túlsúlyos, normál, illetve sovány övezetekbe. Ez alapján a felnőtt lakosság 34%-a túlsúlyos, és 34%-a volt elhízott. A magyar felnőttek körében igen magas a hasi elhízottak aránya (nők esetében 88 cm, férfiak esetében 102 cm-nél nagyobb haskörfogat) és növekvő tendenciát mutat. 2019-ben minden második felnőtt hasi elhízás jelentette egészségkockázattal számolhatott. (9. ábra) (Bakacs, 2022)

9. ábra Testtömegindex megoszlása hazai felnőtt reprezentatív mintán (OTÁP vizsgálat) (forrás: Feigl, E. (2022) MÉKISZ Konferencia Tápláltsági állapot és annak trendjei az OTÁP vizsgálat alapján, Testtömegindex (BMI) megoszlása. 13o.

<https://mekisz.hu/conference2022mekisz/1.%20Feigl%20Edit%20-%20OT%C3%81P2019%20besz%C3%A1mol%C3%B3.pdf>



A Hungarostudy vizsgálat alapján 2021-ben a nők átlagos BMI-je 25,66 volt, a férfiaké 26,27. Így a BMI alapján a nők 47,2%-a normál tápláltsági állapot kategóriába tartozik, a 3,4% alultáplált, problémás testsúllyal pedig csaknem a nők fele (49,4%) rendelkezik (túlsúly=32,3%; elhízás=15,9%, súlyos elhízás=1,2%). A férfiak esetében kissé nagyobb arányban vannak a testsúlyproblémákkal küzdők (alultáplált=0,6%; normál testsúlyú=38,4%; túlsúlyos=47,6%; elhízás=12,9%; súlyos elhízás=0,6%). (Kopp Mária Intézet, 2022)

A Nyíregyháza város adatai alapján a felnőtt nők átlagos BMI-je 25,7; a férfiaké 28,1. Férfiak esetében a legveszélyeztetettebb korcsoport a 35-64 éves kor, a túlsúly és az elhízás összeségében 80%-ban fordul elő. E korosztályban a nők 45,0%-a normál testsúlyú, az elhízottak, túlsúlyosak aránya jóval kevesebb (54,1%). A hasi elhízás a férfiak harmadát, a nők felét jellemezte. A férfiak adatai országos viszonylatban is aggasztóak. A nők esetében az eredmények megfelelnek az országos felméréseknek. (Sárváry és mtsai, 2019)

Külföldi rendvédelmi kutatások

Kis számú mexikói rendőr mintán (75fő) végzett felmérés során 60 fő férfi (80%) és 15 fő nő (20%) vett részt a vizsgálatban. Ideális testsúlyú 6,6% (5fő) volt. Túlsúlyos 28,0% (21 fő) volt, 65,3% (49fő) volt az elhízottak aránya. 10,6%-nak (8fő) volt mérhető magas vérnyomása. (Arredondo, 2018)

Amerikai rendőrök körében végzett felmérés szerint a rendvédelemben dolgozók a pályafutásuk elején megfelelnek, vagy meg is haladják az általános edzettségi normákat, a kor előrehaladtával a normálisnál nagyobb mértékben emelkedik és az ajánlásokat felülmúló lesz a testsírszázalékuk és a BMI értékük. A 20-29 éves korosztály több mint 40%-a normál övezetbe esett, csakúgy, mint a 40 év fölöttiek esetében. A köztes 30-39 évesek is megközelítőleg ebbe a kategóriába tartoztak. A 20-29 évesek több mint 30%-a alultáplált volt, ami az idősebb korosztályokat érintve kicsit több mint 10%-ot jelentett. A 29 év fölöttiek nagyobb valószínűséggel a normál vagy a túlsúlyos BMI tartományba tartoztak. (Frick és mtsai, 2024)

A külföldi tanulmányokban leggyakrabban a fittséggel kapcsolatos kutatásokban, illetve az egészségügyi megbetegedésekkel kapcsolatban végzett vizsgálatok részeredményeként találkozunk a BMI értékekkel, így a további kutatások eredményei az 'Egészségmagatartás a rendvédelmi állományban' című részben kerülnek bemutatásra.

Hazai rendvédelmi tapasztalatok

Magyarországon a Honvédség soraiban a missziós szolgálaton (12.713 fő) résztvevők vizsgálata során az átlagos BMI 26,1. Feltételezhetnénk, hogy a nagyobb izomtömeg adja a magasabb BMI értéket, azonban a vizsgálat szoros összefüggést mutatott a nagyobb BMI érték és a testzsírszázalék között. Az évek előrehaladtával a testtömegben fokozatos emelkedés figyelhető meg, ami együtt jár a fizikai teljesítmény csökkenésével. (Juhász, 2011)

Magyarországon a rendvédelemben dolgozók táplálkozásával vagy tápláltsági állapotával összefüggő kutatás az 'Egészségmagatartás a rendvédelmi állományban' című részben kerül bemutatásra.

A táplálkozási szokások vizsgálatára irányuló kutatások eredményei szinte egységes képet mutatnak. Az adatok alapján a leegészségesebb étrenddel a felsőfokú végzettségű nők rendelkeznek. Ezzel összhangban alakulnak a tápláltsági mutatók is mind az országos, mind a regionális populációt tekintve. A rendőri állomány körében végzett felmérések (amint azt a későbbi adatokból is alátámasztják) azt jelzik, hogy az életkor előrehaladtával fokozatosan növekszik a túlsúly és az elhízás előfordulási gyakorisága.

(Táplálkozási szokások, tápláltsági állapot összefoglaló táblázata: melléklet 90. táblázat)

2.3.2.3. Fizikai aktivitás, sport

A mozgás, a sport, az általános fizikai és szellemi jóllét igen fontos összetevője. Hozzájárul a jobb életminőséghez, a pihentetőbb alváshoz, a stresszel való megküzdés egyik leghatékonyabb formája. Pozitív hatással van az emberi szervezetre. A fizikai aktivitás egészségbefektetés. (Pfau és mtsai, 2019) Az aktív életmód növeli az immunaktivitást, a testmozgásnak kifejezett immunmoduláló hatásai vannak. (Arany és mtsai, 2020) A mentális egészség kialakulásában és fenntartásában fontos tényező. (Takács, 2020)

Az elégtelen fizikai aktivitás növeli a nem fertőző betegségek kialakulásának kockázatát. Rossz fizikai és kognitív funkciókat eredményez. Számos megbetegedés rizikófaktor. A mozgatórendszer megbetegedésein túl szerepet játszik az anyagcserezavarok kialakulásban (elhízás, diszlipidémia, diabétesz, epekövesség...) is. Akár közvetlen életveszélyt jelentő szív- és érrendszeri megbetegedések hátterében is meghúzódhat. Növeli a mentális betegségek, tünetek kialakulásának valószínűségét. (Pavlik, 2015) 2022-ben a világon a felnőttek 31,3%-a nem volt kellőképpen fizikailag aktív, ami a 2000-ben történt kutatási eredményhez (23,4%) képest növekedést jelent. (Strain és mtsai, 2024)

A WHO bizonyítékokon alapuló ajánlása szerint a felnőtteknek fizikailag aktívnak kell lenni, és csökkenteni kell az ülőmunka idejét. Törekedni kell arra, hogy végezzünk legalább heti szinten 150-300 perces közepes intenzitású aerob tevékenység, vagy 75-100 perc erőteljes intenzitású aktív mozgást. Ugyanakkor bármilyen mennyiségű fizikai aktivitás előnyt jelent. A fizikai tevékenység minden mozgásra vonatkozik, ideértve a szabadidő alatti mozgást, a munkavégzéshez kapcsolódó aktivitást vagy a háztartási tevékenységet (gyaloglás, kerékpározás, sport, aktív kikapcsolódás, tánc, otthoni takarítás, kertészkedés...). (10. ábra) (WHO, 2021; Bull és mtsai, 2020) A 2020-as ajánlás már nem tartalmazza, hogy 10 perces intenzívebb periódusok legyenek a fizikai tevékenység során, valamint a korábbi 150 perces közepes intenzitású fizikai tevékenység ajánlását sem, amit a 2010-es tartalmaz. A WHO a 2018-2030 közötti időszakra egy globális cselekvési tervet dolgozott ki 'Aktív emberek egy egészségesebb világért' címmel, melyben a mindenki számára elérhető, biztonságos környezet és mozgási lehetőség megteremtése kiemelten fontos. A megvalósulás érdekében, a különféle szakpolitikák megfelelő együttműködése szükséges, hogy a kitűzött cél megvalósulhasson. Cél, hogy 2025-ig 10%-kal, 2030-ig pedig 15%-kal csökkenjen a fizikai inaktivitás. (Varga és Horváth, 2019; WHO, 2018, 2022)

10. ábra WHO útmutató a fizikai aktivitáshoz és az ülő életmódhoz (forrás: WHO, 2021, Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour, Every Move Counts, <https://www.who.int/multi-media/details/who-guidelines-on-physical-activity-and-sedentary-behaviour>)



A Nemzeti Népegészségügyi Program Tervezet konkrét célkitűzései között szerepel a fizikai aktivitás fokozása, elsősorban a szabadidős és sporttevékenység fokozásával („felnőtteknél a napi legalább 10 percet sportolók és az izomerősítő gyakorlatokat végzők arányának emelése 10%-kal, az ajánlott heti legalább 150 perc közepes fizikai aktivitást végzők arányának növelése legalább 10%-kal”) (Belügyminisztérium Egészségügyi Államtitkársága, 2023)

Az Elef 2019-es felmérés szerint hazánkban a felnőttek 59%-a szabadidejében nem sportol, még heti 10 percet sem. A felnőttek egyharmada bár nem sportol, a mindennapi munkavégzése során teljesíti a megfelelő mennyiségű testmozgást. A lakosság 41%-a naponta legalább 7 órát tölt ülással vagy fekvéssel az alvásidőn túl. A leginkább veszélyeztetettebbek a felnőtt populációt tekintve a nagyvárosban élők (kifejezetten Budapest), és a hosszantartó egészségprobléma miatt nem dolgozók. Sokan, a lakosság 87%-a közlekedik gyalogosan. A 18-64 évesek több mint harmada használja kerékpárját. A fiatalok (18-34 év) jellemzően többet mozognak, mint az idősebbek. Azok, akik szabadidejükben nem aktívak, de munkájuk révén elegendő testmozgást végeznek, jellemzően alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkeznek és jövedelmük alacsonyabb. Azok, akik tudatosak, a fizikai testmozgás tekintetében jobb szubjektív egészségi állapotnak örvendenek. (KSH, 2019m)

A Hungarostudy 2021-es kérdésére, miszerint milyen gyakran sportol, fut, úszik, kerékpározik, focizik, tornázik, vagy végez más testmozgást, a válaszolók 50,1%-a mondta azt, hogy soha. 9,8% ritkábban, mint heti egy alkalommal végez ilyen jellegű fizikai aktivitást, heti egyszer 13,7%, hetente többször 26,5%. A más jellegű fizikai aktivitás felmérése³⁴ során a válaszadók 46,4%-a nem végez fizikai aktivitást. Ritkábban, mint heti egy alkalommal a lakosság 12,7%-a, heti egy alkalommal pedig 13,5%-a végez 10 percet meghaladó erőteljesebb fizikai aktivitást. Hetente többször csak 27,3%. Az eredmények tapasztalata az, hogy csekély, bár javuló a tendencia 2006 óta. A nők és férfiak közötti különbséget tekintve 2021-ben a nők 53,3%-a sohasem sportol, csak 23,7% végez testmozgást hetente többször is. A férfiak kissé nagyobb arányban, 29,5%-ban sportolnak hetente többször is, míg 46,4%-a egyáltalán nem végez testmozgást. (Kopp Mária Intézet, 2022)

³⁴ Hetente átlagosan hány alkalommal végez a sportoláson kívül olyan fizikai aktivitást, például kerti munkát, építkezést, ahol legalább 10 percen keresztül gyorsabban ver a szíve, kimelegszik, megizzad?

A külföldi tanulmányokban a rendőrök egészségmagatartási szokásainak kutatása során végeztek fizikai aktivitásra, sportolási szokásokra vonatkozó vizsgálatokat, melyek az 'Egészségmagatartás a rendvédelmi állományban' című részben kerülnek bemutatásra.

Az ajánlásoktól messze elmaradnak a sportolási és fizikai aktivitási szokások. Az eredmények alapján csaknem minden második embert jellemez mozgásszegény életmód. A nők, és a magasabb iskolai végzettségűek esetében kissé kedvezőbb a kép. A mozgásszegény életmód tekintetében a leginkább veszélyeztetettebbek a nagyvárosban élők. A későbbiekben látjuk, hogy a rendőri állományban lévők esetében mind nemzetközi, mind hazai szinten is magasabb a fizikai aktivitás.

(Sportolási szokások, fizikai aktivitás összefoglaló táblázata: Melléklet 91. táblázat)

2.3.2.4. Boldogság, élettél való elégedettség

A Hungarostudy vizsgálatokban az általános elégedettségre és boldogságra egy-egy kérdés során egy tíz fokú skálán válaszolhattak a megkérdezettek. E két kérdés főként az évek során tapasztalható tendenciák mérésére, illetve más mutatókkal való kapcsolatának vizsgálata miatt jelentős. A Hungarostudy 2002-2006-os adatai alapján a boldogság és az elégedettség összefüggésben áll az élet értelmével, a jóllétnemutatóval, az önhatékonysággal, és fordított kapcsolatban áll a depresszióval, anómiával, cinizmussal. A boldogság és az elégedettség igen szoros korrelációt mutat, de mégsem azonos. Míg a boldogság szoros kapcsolatban áll a társas támogatottsággal, addig az elégedettség nem. A boldogság legfontosabb meghatározója az élet értelmébe vetett hit, az önhatékonyság és a kompetencia volt. A 2006-os vizsgálat szerint a foglalkoztatási viszonyok szempontjából a közfoglalkoztatottak a legboldogabbak, bár árnyalja a képet, hogy közülük is azok, akiknek magas a munkahelyi kontroll érzete (leginkább a 40-69 éves korosztály esetében). Az elégedettség azonban szorosabb kapcsolatot mutat a szubjektív egészséggel. (Kopp és Skrabski, 2008)

2021-ben a boldogság átlagos értéke 7,37, az élettél való elégedettség átlagértéke 7,18 volt. 2006 és 2013 az általános elégedettség és boldogság csökken, majd növekedés volt tapasztalható 2013 és 2021 között, főként a nők és a fiatalok körében. (Kopp Mária Intézet, 2022)

A KSH 2019-es statisztikai adatai szerint a 16 éves és annál idősebb népesség élettel való elégedettsége 1-től 10-ig terjedő skálán 2019-ben 6,33 volt, ami a 2013 és 2017 között mért 6,10 körüli értéknél magasabb, a 2018-ban mért 6,51-nél pedig alacsonyabb. (KSH, 2020)

2.3.2.5. Társas támasz

A szociokulturális védőfaktorok a nem hagyományos protektív faktorok közé tartoznak. Ezek a társas kapcsolatok azon elemei, amelyek nem járnak stresszel, szorongással és a társas kapcsolati hálóhoz, a közösséghez, és a társas támogatáshoz kapcsolódnak (Kovács és Pikó, 2010; Kovács, 2012) A pszichoszociális védőfaktorok között tartjuk számon a vallásosságot, a családi kohéziót és a társas támogatást (Kopp és mtsai, 2006).

A társas támogatás koncepciója az 1970-es években került a kutatások középpontjába. Kaplan és munkatársai (1977; Heitzmann és Kaplan, 1988) a szociális igények kielégítéseként határozták meg, pl. megerősítés, megbecsülés, segítség, valahová tartozás, a szignifikáns mások által biztosított erőforrások.

Bizonyos támogatási források relevanciája helyzetfüggő. A munkahelyi konfliktusok esetén a házastársi támasz kevésbé hatásos, mint a munkatársi támogatás. (Forgács, 2015, 2017)

Csabai és Molnár (1999) felhívják a figyelmet arra, hogy óvakodnunk kell attól, hogy a társas támogatás kapcsán a „minél több annál jobb” elgondolás alapján csak pozitív jelenségnek tekintsük, hiszen például rossz példa mutatasával, bagatellizálással, a függőségigény növelésével negatív hatásai is lehetnek. Forgács is az egyéni jellegzetességek figyelembevételét javasolja (Forgács, 2015, 2017).

A társas támasz és az egészség kapcsolata számos kutatás alapját képezte és képezi ma is. A szociális támogatás pozitív összefüggésben áll az egészségi állapottal, az alkalmazkodással, az egészségmagatartással és a jólléttel, míg negatívan korrelál a testi és pszichés tünetekkel (Wang, és mtsai, 2003)

A szociális támogatás a fiziológiai folyamatok révén kedvezően befolyásolja a kardiovaszkuláris-, endokrin- és immunrendszert (Uchino, és mtsai, 1996). A szív- és érrendszeri betegségek tekintetében végzett vizsgálati eredmények szerint, a társas támasz az intenzív testmozgás mennyiségével pozitívan függ össze; a depresszivitással, az észlelt stressz szintjével és a jólléttel pedig negatívan. A dohányzás viszont, mint rizikófaktor a társas támasztól független (Ocsovszky és mtsai, 2020). A pszichoszociális beavatkozások az immunitás fokozódásával járnak együtt (Shields, és mtsai, 2020).

Egy áttekintő tanulmány szerint a házastársi kapcsolatok, a szociális kapcsolatok hiánya jelentős kockázati tényezők a depresszióknak és a szív- és érrendszeri megbetegedéseknek. (Compare, 2013). Az akut miokardiális infarktus és az akut életesemények kapcsán nincs a szociális támogatásnak kimutatható szerepe, viszont hosszú távon a támogatás hiánya növeli a szívkoszorúér betegségek kockázatát. (Greenwood, és mtsai, 1996)

A mentális egészség megőrzésében és fenntartásában is nagy jelentősége van a társas közegnek, hiszen egy támogató, biztonságos szociális közegben kisebb a valószínűsége a mentális betegségek kialakulásának (Kun, 2005).

A Hungarostudy 2013 vizsgálat alapján (Szabó és mtsai, nd) a legmagasabb támaszt a válaszolók a házastársától, élettársától kapták (átlag érték=2,21) ezt követi a gyermektől kapott támasz (átlag érték=2,10) amit a barátoktól kapott támogatás követ (átlag érték=2,01). Negyedik helyen a szülőktől kapott támogatás áll (átlag=1,90), ötödikként a rokonoktól kapott támasz (átlag érték=1,75) és csak ezt követi egybe véve a munkatársaktól, iskolatársaktól, szomszédoktól kapott támogatás (átlag érték=1,62).

Az Elef 2019 adatai szerint hazánkban a társas támogatottság javulása figyelhető meg a férfiak esetében. A nők körében a támogatottság nem változott, így a nemek között kiegyenlítődés tapasztalható. A legnagyobb arányban (48,1%) azok vannak, akik közepes támogatottságról számolnak be. A népesség 38,4%-a úgy érzi erős a társas támogatottsága, míg 12,5% érzi azt, hogy gyenge. Az egyedülállók, vidéken élők és alacsony iskolai végzettségűek érzik magukat támasz nélkül. Az Észak-Alföld régiót tekintve a 13,6% érzi azt, hogy társas támogatottsága gyenge, 51,9% közepes mértékűnek, 34,4% erősnek érzi a társas támogatottságát. Azok között, akinek erős a támogatottságuk, magasabb a pozitív érzelmi állapotok megtapasztalása, és alacsonyabb a depressziós tünetek jelenléte. (KSH, 2019n)

A munkahelyen a társas támasz, a kollégáktól, vezetőktől kapott támogatás hozzájárul a kiegyensúlyozottabb közérzethez. A munkahelyi társas támasz többek között a közérzeten, a személyes célok megvalósulásán, és az elismerésen keresztül befolyással van a mentális egészség alakulására (Kun, 2005). A szociális támogatás olyan erőforrás, amely a munkahelyi stresszorok hatását csökkenti (Daniels és Guppy, 1994).

Karasek és Theorell (1990) megterhelés-kontroll-támogatás modellje az alapvetően megterhelés-kontroll modellt bővítette ki a szociális támogatottsággal. A munkahelyi megterhelést olyan, a munkakövetelményhez, munkaterheléshez kapcsolódó tényezők adják, mint az idői nyomás, a konfliktusok, a túlóra, az állás elvesztésétől való félelem. A kontroll egyrészt a dolgozó lehetősége a saját készségeinek, képességeinek használatára,

másrészről a munkavégzés feletti kontrollja. A munkahelyi stressz a munkahelyi megterhelés és a kontroll egymáshoz való viszonyából fakad, amit a szociális támasz tud moderálni. A munkahelyi szociális támasz két formában valósul meg: az egyik a társas érzelmi támogatás, amely megteremti a bizalmat, és a munkacsoport kohézióját adja, a másik pedig a feladat elvégzéséhez kapott segítség. (Karasek és Theorell, 1990).

A szervezeti támogatottság modellje szerint az észlelt szervezeti támogatás minősége fontos a munkavállalók jólléte szempontjából. A munkavállalók észlelik a szervezet részéről az olyan szocioemocionális tényezőket, amilyen például a hovatartozás, a megbecsülés, az érzelmi támogatás. Ennek legfőbb közvetítője a munkavállaló felettese, de egy munkatárs, munkacsoport, felsővezető is megtestesítheti a szervezeti bánásmódot. A felettesek pozitív viszonyulása azt jelezheti a beosztottak felé, hogy hasonló bánásmódot vár el a munkatársakkal, ügyfelekkel szemben. Az alacsony szervezeti támogatottság növeli a fluktuációs szándékot, a hiányzásokat. (Kurtessis és mtsai, 2017; Eisenberger és mtsai, 2020)

Pikó (2001, Pikó és Piczil 2006) ápolónők körében végzett kutatásuk eredményeként megállapította, hogy a nővérek egészségi állapotának alakulásában döntő szerepet játszanak: munkahelyen észlelt stressz, az érzelmi megterhelést okozó pszichés problémák jelenléte és a kollegiális társas támasz hiánya. Tanárok körében végzett felmérések eredményei is alátámasztják a kollegiális támogatás stresszcsoökkentő szerepét: kisebb mértékű a kiégés azoknál, akik támogató közeggel rendelkeznek. (Russel és mtsai, 1987; Greenglass és mtsai, 1997; Bahari és mtsai, 2016) Ugyanakkor leginkább a családhoz, barátokhoz, kevésbé a kollégákhoz fordulnak a dolgozók támogatásért, és csak kis mértékben kérnek orvosi segítséget, azt is inkább alvász problémák, depresszió, szorongás esetében. A férfiak és a nők különböző mértékben veszik igénybe a társas támasz által nyújtott erőforrásokat, a férfiak kevésbé fordulnak a szociális támogatás felé. A szociális támogatás megléte ugyan nem elegendő a stresszel való megküzdéshez, de hatással van az elhivatottságra és az elégedettségre is (Fergusson és mtsai, 2017). A munkahelyi társas támasz mind a fizikai jóllétre, mind az életminőségre kedvező hatást gyakorol (Tanyi és mtsai, 2021). A munkahelyi támogatás mindemellett pozitív hatással van még az alvás minőségre is (Nordin és mtsai, 2012).

Fegyveres testületeknél is a munkahelyi szocializáció során tanulja meg az egyén a szervezeti kultúra szabályait, a szociális etikettet és a viselkedési modelleket, mind a hétköznapi élethelyzetekre, mind a problematikus helyzetekre vonatkozóan (Van Maanen és Shein 1979).

Nemzetközi rendvédelmi tapasztalatok

A jóllét és az észlelt szociális támogatás kapcsolatban áll egymással a fegyveres testületeknél is. (Padhy és mtsai, 2023) A munkahelyi stressz csökkentésében fontos szerepe van mind a munkahelyi, mind a magánéletéhez kapcsolódó támogatásnak (Graf, 1986). A megküzdés és a jó szociális támogatás pozitív hatással van a jóllétre önmagában is, illetve csökkenti a munkahelyi stressz kedvezőtlen hatásait (Singh és mtsai, 2021). A megfelelő szociális támogatottság hozzájárul a mentális jólléthez, a megküzdési stratégiák használatához, csökkentve a depressziós, szorongásos és a poszttraumás stresszbetegséghez kapcsolódó (PTSD-s) tüneteket. (Nero és mtsai, 2022; Frapsauce és mtsai, 2022; Hansson és mtsai, 2017) Sherwood és munkatársai (2019) áttekintő tanulmányában kiemelte, hogy az alacsony szociális támasz a leggyakrabban előforduló, kedvezőtlen pszichés következményekkel összefüggő kockázati tényező.

A rendőri munka során átélt események növelik a munkahelyi megterhelést, amelynek megküzdési folyamataiban szerepet játszik a szociális támasz, hozzájárulva mind az érzelem-, mind pedig a probléma központú megküzdési stratégiához. (Patterson, 2003)

Egy, az idősebb generáció körében végzett kutatásban azt találták, hogy a munkatársi támogatottság növelte a munkával és az élettel való elégedettséget és az elkötelezettséget. Ugyanakkor a munkahelyen észlelt időskorral összefüggő negatív diszkrimináció kapcsán a baráti és családi támogatás valószínűleg legitimálja és ezáltal mélyíti a sértettség érzését. (Redman és Snape 2006).

Hazai rendvédelmi tapasztalatok

A hadsereg tekintetében Barna (2018) fogalmazza meg, hogy a megküzdés gyorsabb, hatékonyabb olyan munkakörnyezetben, ahol a szociális közeg támogató, a kommunikáció aszertív, a személy igényei jól illeszkednek a szervezet és a munkakör követelményeivel. A csoportnormák elsajátítása, a kölcsönös bizalom és segítségnyújtás kialakulása a katonai szervezetbe való beilleszkedést segítő tényezők között szerepel (Lengyel, 2008). Györffy (2016) felhívja a figyelmet az alkalmazkodási zavarok, a mentális problémák esetén a társas közeg szupportív és prediktív funkcióira, illetve a csoporthoz való lojalitás fontosságára.

A magyar Rendőrség etikai kódexében külön bekezdés szól a bajtársiasságról: „A rendőr együttműködik munkatársaival, velük kulturáltan, a kölcsönös tisztelet és megbecsülés szellemében érintkezik. Önzetlen támogatást nyújt, a problémák megoldását elősegítő légkör kialakítására törekszik. Tudását, gyakorlati tapasztalatait megosztja munkatársaival.

Áldozatkészen védi társai életét, testi épségét, óvja jó hírnevüket. Követi a jó példával elől járókat, elítéli az erkölcstelen magatartást tanúsítókat.” (Rendőri Hivatás etikai kódexe, nd.; Gecse és Volter, 2009)

A rendőrség vezető kiválasztási és képzési rendszerében fontos szerepet kap a munkatársakkal, beosztottakkal való megfelelő kapcsolat kialakításának képessége, annak fejlesztése. A középvezetői szinten az empátia fontos, hiszen napi szinten emberekkel együtt dolgoznak, míg felsővezetői szinten a magas fokú empátia gátló tényezőként jelenhet meg, hiszen a felsővezetőnek a szervezet érdekeit kell szem előtt tartania. (Horváth és Malét-Szabó, 2014; Malét-Szabó és Horváth, 2014) Tőzsér, a generációs különbségek vizsgálata során is kiemeli a közösségépítést, a kapcsolatokat erősítést mint vezetői feladatot (Tőzsér, 2022). A parancsnoki gondoskodás ismert fogalom a rendvédelmen belül. A társak egymáshoz való viszonyának fontossága látszik az új kompetencia rendszerben is: a rendvédelemben olyan alapkompenciák kerültek megállapításra melyek az érzelmi indulati élettel (pszichés terhelhetőség, érzelmi intelligencia) és társas kompetenciákkal (kommunikációs készség, konfliktuskezelés, együttműködés) kapcsolatosak (Malét-Szabó és mtsai, 2018; Malét-Szabó és mtsai, 2021). Ezen kompetenciák elővételezik a megfelelő munkahelyi kapcsolatokat, illetve a társas támaszt. A kompetenciák fejlesztésére a rendvédelem szervezeti szinten is nagy gondot fordít (Hegedűs és mtsai, 2021).

A társas támasz egy másik aspektusára világítanak rá a rendvédelmen belül Szabó (2009) kutatási eredményei. A társas kapcsolatban élők, a családosak, az egyedülállókhoz képest nagyobb munkahelyi stresszterheltséget mutatnak amellet, hogy elégedettebbek munkájukkal, annak jellegével, és testre szabottságával. A családi életüket közvetlenül befolyásolni képes tényezők nagyobb fokú megterhelést jelentenek számukra. E mögött vélhetően a családról való gondoskodás, felelősségvállalás állhat (Szabó, 2009).

A társas támasz fontos védőfaktor az egészség megőrzésében. A kutatások szerint a szociális támasz pozitív összefüggésben áll a testi egészséggel, az adaptív megküzdéssel, csökkenti a stressz, depresszió előfordulását. A rendvédelmi tapasztalatok igazolják, hogy a kollegiális, vezetői és szervezeti támogatás csökkenti a pszichés problémák tüneteit, gyakoriságát.

(Társas támasz átlagértékeinek összefoglaló táblázata: Melléklet 92. táblázat)

2.3.3. Egészségi állapot

2.3.3.1. Szubjektív egészségi állapot

A szubjektív egészségi állapot, a mortalitással és az objektív egészségi állapottal szoros együtt járást mutat. Idősek körében végzett hosszú utánkövetéses vizsgálatok azt találták, hogy a mortalitás erős előrejelzőjének bizonyul (Piljs és mtsai 1993; Nielsen és Campbell 2008; Wuorela és mtsai 2020).

Azonban Bombak (2013) felhívja a figyelmet arra, hogy a szubjektív egészségi állapot megítélése során, vannak olyan egészségoptimista szemlélettel rendelkezők, akik például krónikus megbetegedésben szenvednek (cukorbetegség, magas vérnyomás) mégis jobbnak értékelik az egészségi állapotukat, és ezzel a megfelelő egészségmagatartásukat rontják. Picard és mtsai (2013) szerint az egyén szubjektív egészségi állapotának felhasználásakor komplex szempontokat kell figyelembe venni, mint például a biopszichoszociális egészség fogalmát.

Ennek ellenére a szubjektív egészségi állapotot különféle egészségkutatások előszeretettel alkalmazzák, hiszen jó mérőeszköz az egészségi állapot becslésére. Az alapvető európai egészségügyi mutatók között is szerepel, mint olyan szubjektív mutató, ami populációs szinten hozzájárul az egészségproblémák, a betegségterhek, és az egészségügyi szükségletek megítéléséhez. (Tokaji Károlyné és mtsai, 2011)

Az Elef 2019 adatai szerint Magyarországon a lakosság 61,5%-a tartotta jónak, vagy nagyon jónak az egészségi állapotát. Kielégítő egészségi állapotúnak érezte magát a népesség 28,8%-a, rossznak vagy nagyon rossznak pedig 9,7%. (KSH, 2019a)

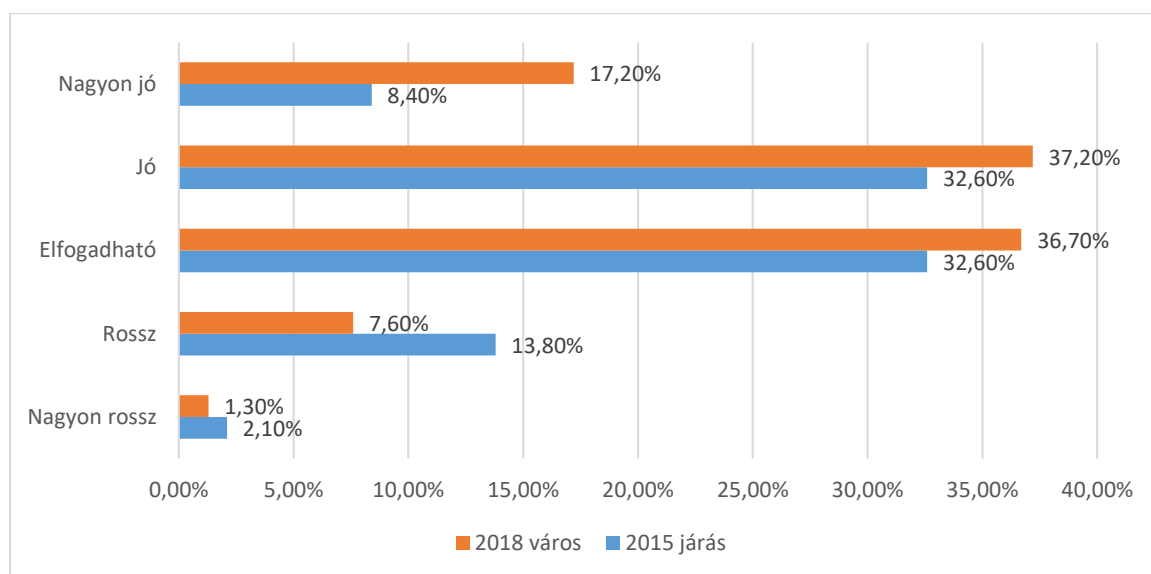
A Hungarostudy 2021-es felmérési eredményei szerint, a válaszadók 67,10%-a inkább jónak érezte az egészségi állapotát, 25,90% érezte közepesnek, míg inkább rossznak 6,90%. A felmérések alapján javuló tendencia figyelhető meg, illetve az az érthető arány, hogy a fiatalok között több a magát jó egészségi állapotúnak érző. (Kopp Mária Intézet, 2022)

Az Észak-Alföld régióban 2019-ben a felmérés adatai szerint az egészségi állapotát nagyon rossznak vagy rossznak vélte a populáció 11,4%-a, kielégítő egészségi állapotot jelölt a válaszadók 29,9%-a, jót vagy nagyon jót pedig 58,7%. (KSH, 2019a)

„Nyíregyháza város életminősége-Háztartáspanel vizsgálat” mintájába a nyíregyházi lakcímmel rendelkező, 18. életévüket betöltött felnőtt lakosok kerültek be. E vizsgálat szerint a város lakóinak egészségpercepciója kedvezőtlenebb a magyar és az európai népesség adataihoz viszonyítva. 2008, 2010, 2012, 2015 és 2018-ban végzett felmérések eredményei szerint a nyíregyházi lakosság leginkább elfogadhatónak tartja egészségi

állapotát. A 2015-ben készült vizsgálat nem csak a Nyíregyháza város lakosainak vizsgálta a szubjektív egészségállapotát, hanem a kutatás kiegészült egy járási mintával is. Az eredményeket foglalja össze a 11.sz. ábra. Látható, hogy a vizsgálatban résztvevők összességében csekély mértékben érezték nagyon rossznak az egészségi állapotukat. A rossz egészségi állapotot érzők aránya 10% körül mozgott. A válaszadók közel egyharmada szubjektíve elfogadhatónak, további egyharmada pedig jónak, míg 10%-a nagyon jónak minősítette az egészségi állapotát. (Jávorné Erdei és mtsai, 2014; Hüse, 2015; Jávorné Erdei és Takács, 2018)

11. ábra Nyíregyháza város és járás szubjektív egészségi állapota (forrás: saját szerkesztés)



A szubjektív egészségi állapot fontos mutató az egyén és a populáció egészségi állapotának felmérése során. Az országos adatok alapján (Elef2019, Hungarostudy) a lakosság többsége jónak, vagy kiválónak ítéli meg az egészségi állapotát. Az Észak-Alföld régióban, Nyíregyházán az országos adatokhoz viszonyítva kedvezőtlenebb a kép.

(A szubjektív egészségi állapottal kapcsolatos összefoglaló táblázat: melléklet: 93. táblázat)

2.3.3.2. Szubjektív testi tünetek

A fizikai tünetek, mint a mozgásszervi nehézségek, szédülés, fejfájás növekvő száma, erőssége, pozitív, szoros együtt járást mutat a rosszabb fizikai, érzelmi és szociális működéssel. Leggyakrabban a testi tünetek enyhék a napi tevékenységre gyakorolt hatást tekintve és csak kevesen fordulnak háziorvoshoz a tünetek miatt. (van der Windt és mtsai, 2008)

A PHQ-15³⁵ Kroenke és munkatársai (2002) által összeállított és validált szomatikus tüneteket felsoroló skála. Klinikus, vagy szubklinikus szintű tünetek, melyek a szomatizációs kórképekkel is kapcsolatba hozhatók, valamint jól alkalmazhatók a szomatikus tünetek súlyosságának megítélésében is. A mérőeszköz nem alkalmas arra, hogy különbséget tegyen orvosilag igazolható, vagy orvosilag megmagyarázhatatlan tünetek között. A kutatások szerint a megbetegedések szomatikus tüneteinek a súlyosságának felmérésére megfelelően alkalmazható eszköz. (Hyphantis és mtsai, 2014) Az orvosilag megmagyarázhatatlan, szubjektív testi tünetek néhány hónap alatt elmúlnak, bár funkcionális károsodáshoz is vezethetnek és gyakran szorongással, depresszióval járnak. Társadalmi szempontból direkt és indirekt költségeket is vonnak maguk után. Az egészségügyi rendszerben keletkező direkt költség, a folyamatos diagnózis keresés, a drága diagnosztikus eljárások, hospitalizáció. Indirekt költség, például a munkából való kiesés. A gyógyítás látszólagos eredménytelensége az orvos-beteg compliance minőségi romlásával jár. Az orvos részéről a biomedikális szemlélet helyett a biopszichoszociális szemlélet javasolt, életvezetési, életmód változtatási konzultatív lehetőség felajánlásával (Fábián és mtsai, 2018).

Németországban 2003-2008 között végzett felmérés eredményeként a populációban a tünetek prevalenciája 9,3%. A férfiak 8,1%-ának, a nők 10,3%-ának volt 10, vagy annál magasabb az összpontszáma. A leggyakoribb tünetek a különböző típusú fájdalmak voltak. (Kocalevent és mtsai, 2013)

A Hungarostudy 2006 országos reprezentatív felmérés eredményei szerint a felnőtt magyar népesség körében leggyakrabban a mozgásszervi fájdalmak okoznak panaszt, a lakosság kétharmadát (62,1%) zavarja a derékfájás, hátfájás, kar-láb- vagy más ízületi fájdalom. Gyakori panasz a fáradtság, az energiahány, a fejfájás, és az alvászavar. A tünetek gyakorisága a gyomorfájás és szexuális zavarok kivételével az életkorral szignifikáns összefüggést mutattak. A nemi különbségek tekintetében megállapítható, hogy a testi tünetek a középkorú (45-64) és az idős (65 éve feletti) nőket zavarják a leginkább. 2006 és 2021 között csökkenő tendenciát mutatnak a testi panaszok és fájdalmak, azaz a PHQ értékek csökkennek. 2021-ben a férfiak átlag értéke 3,49, a nőké 5,20, összesen pedig 4,40 volt. Szabolcs-Szatmár-Bereg vármegyében a lakosság 22,1%-a szenvedett testi tünetektől, így a vármegyék között a második helyet érte el. (Cserhádi és Stauder, 2008; Kopp Mária Intézet, 2022)

³⁵ Patient Health Questionnaire-15 / Szomatikus tünetlista

2.4. Egészségmagatartási szokások együtt járása

Az egészségmagatartáshoz kapcsolódó viselkedési jellemzők ritkán fordulnak elő elszigetelten, inkább együttesen jelennek meg a különböző mintázatok. A különböző egészségmagatartási mintázatok hatással vannak az egészségmagatartás szinergikus kölcsönhatásaira így a mortalitásra és a morbiditásra. (Mudryj és mtsai, 2019)

A módszertani különbségek és a vizsgált egészségmagatartási tényezők különbözősége miatt a szakirodalom meglehetősen heterogén. A különböző egészségmagatartási mintázatok vizsgálata során leginkább azok a magatartásformák kapnak helyet, amelyek közvetlen hatással vannak az egészségi állapotra, így a dohányzás, az alkoholfogyasztás, a nem megfelelő táplálkozás és a fizikai aktivitás (SNAP)³⁶. Ezek a kockázati tényezők különösen fontosak az olyan krónikus betegségek kialakulásában, mint a szív- és érrendszeri betegségek, daganatos megbetegedések, amelyek világszerte a vezető halálokokhoz tartoznak. A nemzetközi vizsgálatok alátámasztják, hogy e tényezők gyakran együttesen jelennek meg, és a különböző demográfiai, szociális háttérrel összefüggésbe hozhatók. Ezek az eredmények arra utalnak, hogy az egészségtelen szokások halmozódása bizonyos csoportokban intenzívebb, például a szociális hátránnyal küzdő vagy alacsony iskolai végzettségű személyek körében. Ezen vizsgálatokra látunk példát az alábbiakban.

Egy áttekintő tanulmány (Noble és mtsai, 2015) arra a következtetésre jutott, hogy a vizsgálatok több mint felében magas az alkohol és a dohányzás együtt járása, valamint a négy SNAP kockázati tényező együttes előfordulás is igen magas. A férfiak és a nagyobb szociális hátrányokkal küzdők kockázatosabb viselkedési mintákat mutattak, míg a fiatalabb életkor kevésbé volt összefüggésben a kockázatos magatartással.

Angliában végzett vizsgálat (Eaton és mtsai, 1995) a fizikailag nagyon aktív válaszolók több mint 7 egység gyümölcsöt és 5 egység gyümölcsöt fogyasztottak heti szinten, és a hús fogyasztásuk is kedvezőbb, mint az ülő életmódot folytóknak, valamint a dohányzási szokásaikat tekintve is szignifikáns a különbség.

Kaliforniában mérsékelt együtt járást talált a fizikai aktivitás és az egészséges ételek fogyasztása között Johnson és munkatársainak (1998) a vizsgálata is. Férfiak esetében

³⁶ egészségkockázati magatartások: „SNAP” (dohányzás-smoking; helytelen táplálkozás-poor nutrition; túlzott alkohol fogyasztás- excess alcohol consumption; fizikai inaktivitás physical inactivity)

szignifikáns összefüggés volt a fizikai aktivitás és az étkezés között, nők esetében gyenge volt az együtt járás, azonban más egészségmagatartás esetében nem találtak összefüggést. Gilmann és munkatársai (2001) az ülő életmód és a szuboptimális étrend összefüggését találták. A károsnak tekinthető tápanyagok, pl. telített zsír, étrendi koleszterin esetében a fizikai aktivitással való összefüggés fordított volt.

Hollandiában (Shuit és mtsai, 2002) is vizsgálták a dohányzás, az alkoholfogyasztás, a fizikai inaktivitás, és az alacsony zöldség és gyümölcs fogyasztás együtt járását. A felnőtt lakosság 20%-nál legalább 3 életmódbeli kockázati tényező volt jelen. A legerősebb összefüggést az alkohol és a dohányzás között figyelték meg, különösen a fiatalok körében. A kockázati tényezők előfordulása magasabb volt munkanélküliek, alacsony iskolai végzettségűek és egészségügyi állapotromlason átesettek körében.

A spanyolországi adatok szintén megerősítették az együtt járásokat. Felmérésük eredményeként a vizsgálati résztvevők csaknem 20%-nál 3-4 kockázati tényező egyszerre volt jelen. A leginkább kapcsolódó egyéni tényező a dohányzás volt. A kockázati tényezők halmozódása nagyobb volt férfiak esetében, a fiatalabb korcsoport között és az alacsony iskolai végzettségűek körében. Azok között, akiknél több kockázati tényező egyszerre volt jelen, nagyobb valószínűséggel szuboptimális volt a szubjektív egészségi állapot. (Galán és mtsai, 2005)

Az Új-Zélandi (Tobias és mtsai, 2007) egészségügyi felmérésben a dohányzási és alkoholfogyasztási szokásokat, a fizikai aktivitást, valamint a gyümölcs és zöldségfogyasztást tették a vizsgálat tárgyává. Azt találták, hogy a felnőtt lakosság hozzávetőleg 29%-a élt egészséges életmódot, azaz mellőzték a dohányzást, alkoholfogyasztásuk nem volt, vagy elfogadható mértékben volt jelen. Elegendő fizikai aktivitással rendelkeztek és megfelelő volt a gyümölcs és zöldségfogyasztásuk. Az egészséges viselkedésformák együtt járását csekélynek találták, az egészségtelen magatartásformák együtt járása erősebb volt. A felnőttek 1,5%-a négy egészségre kockázatos magatartásformával rendelkezik, míg 13%-a legalább hárommal. A fiatalok, a férfiak és a szűkösebb anyagi helyzetben lévők nagyobb valószínűséggel kerülnek ebbe a csoportba.

A különböző típusú fizikai aktivitás különbségét hangsúlyozza Camões és Lopez (2008) tanulmánya, miszerint a szabadidőben eltöltött fizikai aktivitás jár együtt a kedvezőbb táplálkozással és a kevesebb alkoholfogyasztással.

Hawaiin végzett kutatás (Woolcott és mtsai, 2013) során a fizikai aktivitás és a zöldség fogyasztás együtt járását vizsgálták. A keresztmetszeti vizsgálat gyenge együtt járást mutatott. A longitudinális szempont azonban ezt a gyenge együtt járást sem mutatta.

Brazíliaban (Silva és mtsai, 2013) a krónikus, nem fertőző betegségekkel összefüggésben vizsgálták a fent említett életmódbeli tényezőket: dohányzás, túlzott alkoholfogyasztás, egészségtelen táplálkozás, fizikai inaktivitás. A kutatás során megállapították, hogy több mint 32% rendelkezik egy rizikófaktorral, míg 42% kettővel. Kettő vagy több kockázati magatartás előfordulása összesen 59,4%. Négy rizikómagatartás egyidejű jelenléte 3,4% volt. 8,3% volt, akinél egyik kockázati magatartás sem volt jelen. Nagyobb volt a kockázati magatartás előfordulása azoknál, aki alacsonyabb jövedelemmel és alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkeznek, valamint a férfiak esetében is megnőtt az előfordulási gyakoriság.

Az életmódbeli kockázati tényezők között Ausztráliában vizsgálták az egészségtelen alvási szokásokat, és a hosszantartó ülést is, és azt találták, hogy a fizikai inaktivitás, az alkoholfogyasztás, a dohányzás és a hosszú alvásidő kombinációja mutatott a legerősebb együtt járást a halálozási adatokkal. A kutatásuk megerősítette az egészségkárosító viselkedések együtt járását, és azt, hogy szinergikus kapcsolat miatt az életmódbeli kockázati tényezők kombinációi károsabbak lehetnek. (Ding és mtsai, 2015)

Az Egyesült Királyságot (Meader és mtsai, 2016) érintően 32 keresztmetszeti és 5 longitudinális vizsgálat bevonásával készült tanulmány szerint a legmagasabb prevalencia (47-54%) két kockázati magatartás esetében volt. Nagyon szoros együtt járást mutatott az alkoholfogyasztás és a dohányzás, valamint gyakori az alacsony gyümölcs- és zöldségbevitel és az alacsony fizikai aktivitás egyidejű előfordulása. Az alacsony gyümölcs- és zöldségfogyasztás és a dohányzás kombinációja szintén magas volt. Az alacsony iskolai végzettséggel rendelkezők 2-6-szor nagyobb valószínűséggel tanúsítanak 2 vagy több kockázati magatartást. A férfiak esetében is nagyobb a valószínűsége, hogy 3 vagy több kockázati magatartást mutatnak, bár ezt nem minden vizsgálatban találták egyértelműnek.

Spanyol mintán végzett kutatás (Sandri és mtsai, 2025) pozitív összefüggést talált a fizikai aktivitás és az étrend között, bár felhívják a figyelmet a kapcsolat összetettségére, eltérő meghatározó tényezők alakítják őket. A magasabb fizikai aktivitás együtt jár a kedvezőbb étrenddel, míg az alacsonyabb fizikai aktivitás az ultra feldolgozott és a sült ételek nagyobb bevitelével mutat korrelációt. Viszont, ha a magasabb fizikai aktivitás a munkával kapcsolatos, akkor ezen viselkedések függetlenek.

2.5. Egészségmagatartás a rendvédelmi állományban

2.5.1. Nemzetközi rendvédelmi tapasztalatok

Zimmerman (2012) metaanalízisében a szív és érrendszeri megbetegedéseket és azok kockázati tényezőinek prevalenciáját vizsgálta a rendvédelemben. Megállapítása szerint, bár vannak ellentmondó vizsgálatok, a kutatások nagyobb része arra utal, hogy magas a rendőrök körében a szív és érrendszeri megbetegedés és a mortalitás kockázata (15,3-38,5%) főként az aktív és a nyugdíjas állományú rendőrök körében. A magas vérnyomás (15,3-38,5%), a diszlipidémia (25-76), az elhízottság (71,6-89%), a cukorbetegség (1,5-3,3%), a dohányzás (6-44%), és a mozgásszegény életmód kedvez a betegségek kialakulásának. Kiemeli, a szakmaspecifikus kockázati tényezőket, mint a hirtelen fizikai stressz (a nagyrészt ülő tevékenységet hirtelen megszakítja a szélsőséges fizikai megterhelés), munkafeladatok ellátásával kapcsolatosan megélt események, illetve a szervezeti rendszerből bekövetkező stressz. A műszakos munka az alvás és étkezési szokások megváltozásával szintén egészséget befolyásoló.

Magnavita és munkatársai (2018) metaanalízisükben szintén a rendőri stressz és a szív- és érrendszeri megbetegedések összefüggéseit vizsgálta. Megállapítása szerint a legtöbb tanulmány arra a következtetésre jutott, hogy a magas szintű stressz megnöveli a szív- és érrendszeri megbetegedéseket és azok kockázati tényezőit. A kockázati tényezők között szerepel a testsúlynövekedés, a magas vérnyomás, a diszlipidémia, és a cukorbetegség. Ezen összefüggéseket a longitudinális vizsgálatok jobban alátámasztották.

1995-96-ban Sydney-ben egy majdnem 1000 főt érintő keresztmetszeti vizsgálatot végeztek. (Richmond és mtsai, 1998) 76% férfi válaszadó volt, 23% nő. A válaszadók átlagéletkora 33 év (SD=9,4) volt. A férfiak csaknem fele (48%), a nőknek pedig a 40%-a fogyaszt túlzott mértékben alkoholt. A túlzott alkoholfogyasztás a fiatalabb (18-29 év) rendőrök között volt jelentősebb. Sohasem fogyasztott alkoholt a férfiak 8%-a, a nők 15%-a. A nők nagyobb arányban dohányoznak (32%) mint a férfiak (27%). 40-49 éves korosztályba tartozó nők dohányoznak a legnagyobb arányban. Nők esetében bár nem szignifikánsan, de az életkorral nőtt a dohányzás prevalenciája, mely a férfiak esetében nem volt kimutatható. Ők végeznek a legkevesebb fizikai aktivitást is, 55% nem sportol. Megközelítőleg a résztvevők negyede nem végez fizikai mozgást (férfiak=21%; nők=24%). A sportolók 38%-a heti 1-2 napon végez testmozgást, 32% heti 3-4 napon, 15%

5-6 napon végez fizikai aktivitást, míg csak 6% sportol napi szinten. A férfiak (46%) és a nők (47%) csaknem fele számolt be arról, hogy túlsúlyosnak gondolja magát. Közepes, vagy súlyos stressztünetekről a férfiak 12%-a, a nők 15%-a számolt be. Szignifikáns együttjárást találtak a dohányzás, a stressz és a mozgásszegény életmód között. Jelentős többségnek (83%) volt legalább egy egészségre káros viselkedése, 19% pedig 3-5 egészségtelen tényezőről számolt be. A 30-49 évesek között a legnagyobb valószínűségű 3-5 egészségkárosító magatartás együtt járásának. A legfiatalabb korcsoportban viszont (18-29 év) 20% azok aránya, akiknek egy egészségtelen magatartásuk sincs. Ehhez kapcsolódóan végeztek a káros magatartás csökkentésére irányuló intervenciókat, melynek keretében bár csökkent, nem szignifikánsan a káros szenvedélyek jelenléte. (Richmond és mtsai, 1999) A vizsgálatok azonban rámutattak fontos szervezeti változókra, amelyek befolyásolhatják az egészségtelen magatartásformák fennmaradását pl. a munkával való elégedettség az idő múlásával csökken. Fontos kérdésként merült fel a munkáltatóval szembeni bizalmatlanság. Az alkoholfogyasztási szokások hozzájárultak az információszerzéshez és a kollégákkal való szocializációhoz, hiszen főként a munka végeztével volt gyakori az alkoholfogyasztás, melyet a hierarchia és a konformitás kényszere erősített. A munkahelyi kultúra így hozzájárult a problémás alkoholfogyasztáshoz. Alapvetően a résztvevők 71%-a számolt be arról, hogy munkájuk stresszes, mégis csak 20% jelzett saját stressz tüneteket, ami arra utalhat, hogy a személyes érintettségű problémákat nem szívesen vallják be, inkább a munkahelyet tekintik problémának. Azok, akik az alkoholt öngyógyításra használják, nem szívesen ismerik be a problémáikat és segítséget sem kérnek. Ők azok, akik több időt töltenek betegszabadságon. A segítségkérést gyengeségnek tekintenék, amely veszélyeztető lenne egy esetleges előléptetés szempontjából. A rendőrségi szolgálati kultúra erősen befolyásolja az alkoholfogyasztást. A kutatás felhívja a figyelmet a rendőrségi kultúra igen fontos szerepére, melynek megváltoztatása hosszú, akár több évtizedes folyamat. Bármilyen változás sok évet vesz igénybe, még akkor is, ha a vezetéssel kezdődik, és a szervezeten keresztül lefelé terjed.

2021-es indiai vizsgálat hasonló eredményre jutott az egészségmagatartás vizsgálata kapcsán 630 rendőr vizsgálata (férfi= 93% (586 fő); nő=7% (44%)) alapján. Az elhízás és a fizikai aktivitás hiányának gyakorisága magas volt. A kardiovaszkuláris rizikófaktorok a következők voltak: a magas testtömegindex (67,3%), a fizikai aktivitás hiánya (47,1%), a magas vérnyomás (16,7%), az alkoholfogyasztás (24,2%), a dohányzás (17,3%) és a cukorbetegség (8,8%). (Padmanabhan és mtsai, 2024)

Brazíliaban egy keresztmetszeti tanulmány (Barreto és mtsai, 2021) a fegyveres szervek életminőségével összefüggő tényezőket vizsgált. 329 fő vizsgálata alapján, a 47,7% heti két alkalommal végez fizikai aktivitást, 52,3% pedig heti 3-7 alkalommal. 14,3%-ot jellemez az elhízottság. Csak 5,78% a dohányzók aránya, és 7,3% a túlzott alkoholfogyasztók aránya. Eredményeik alapján az egészséggel összefüggő életminőség erős összefüggést mutat a rossz munkaképességgel. A fegyveres szolgálatot teljesítők között 10,3% a rossz munkaképességű.

A kardiovaszkuláris megbetegedésekkel, a metabolikus szindróma előfordulásával és a morbiditást elősegítő tényezőkkel kapcsolatos vizsgálatok általában a vizsgálati módszertan miatt kisebb elemszámúak. Ennek ellenére azonban értékes adatokkal szolgálnak a testtömegindex, a dohányzás, az alkoholfogyasztás és a sportolási szokások tekintetében, bár nem mindegyik vizsgálat tartalmazza az összes tényezőt.

Olaszországban, 2009-2013 között végzett longitudinális vizsgálat a munkahelyi stressz és a metabolikus szindróma összefüggéseit kutatta. (Garbarino és Magnavita, 2015) Gyors reagálású rendőrtisztek körében végzett felmérés eredményeként a résztvevők 26,2%-a dohányzott, 14,0% volt túlsúlyos és 40,6%-nak volt magas a vérnyomása. A koleszterin- a glükóz- és triglicerid szintet is vizsgálták. Megállapították, hogy bár a válogatott rendőri dolgozók egészségi állapota sokkal jobb, mint az átlagnépesség, a munkával összefüggő stressz metabolikus szindrómát válthat ki.

Buffalóban (New York állambeli) (Hartley és mtsai, 2011) szintén metabolikus szindrómával kapcsolatos vizsgálatokat (BCOPS³⁷) végeztek. A vizsgált minta: 390 fő, 288 fő férfi és 102 fő nő volt; az átlagéletkor férfiak esetében 41,7 (SD=7,0) nők esetében 41,0 évvel (SD=5,7). Férfiak esetében 13,2% volt a dohányosok aránya, nők esetében 27,3%. Soha nem dohányzott a férfiak 66,7%-a, a nők 42,3%-a. Már leszokott a dohányzásról a férfiak 20,1%, nők esetében 30,3%. A férfiak átlagos testtömegindexe 30,5 (SD=4,2). 25 érték alatti BMI 6,9% esetében volt, 25-30 közötti értékkel bírt a 44,1%-a résztvevőknek, míg 30 fölötti BMI-vel a 4,90 % rendelkezett. Nők esetében a BMI átlag értéke 26,1 (SD=4,7). 25 BMI érték alatt a 49,0% arányban volt, 25-30 közötti értékű 34,3%-nak volt, míg 30 fölötti a nők 16,7%-nak volt.

Egy Indiai vizsgálat (Bannigida és mtsai, 2019), mely 400 fő eredményeit tüntette fel, a metabolikus szindróma és a szív és érrendszeri megbetegedések tekintetében vizsgálta a

³⁷ Buffalo Cardio-Metabolic Occupational Police Stress

rendőri állományt. Az átlagéletkor 38,2 (SD=11,1) volt. A résztvevők 70% dohányzó volt, dohányterméket fogyasztó 20,75%. 56,5% fogyasztott alkohol. Az átlagos BMI érték 25,1 (SD=2,4) volt. Összeségében az találták, hogy magas a megbetegedés kockázata a rendőrök körében.

Németországban végzett vizsgálat (Strauss és mtsai, 2021) is megerősítette, a kardiovaszkuláris és metabolikus megbetegedések magas kockázatát a rendvédelmi dolgozók körében. 55 férfi vett részt a vizsgálatban. Antropometrikus méréseket, vérvizsgálati eredményeket és terheléses spirometria eredményeit vették alapul. A résztvevők átlagéletkora 45,3 év (SD=7,8) volt. Megállapították, hogy a BMI átlagos értéke 28,0 (SD=3,2), átlagosan 4,83 órát (SD=4,29) sportolnak egy héten, 2,52 (SD=5,98) szál cigarettát szívnak el egy nap és a heti alkoholfogyasztásuk 1,52 nap átlagosan (SD=1,61).

2.5.2. Hazai rendvédelmi tapasztalatok

Próbaidős rendőrtanulók körében végzett felmérés az egészségmagatartást a munkahelyi stressz kontextusában vizsgálta. Ezen mintában a férfiak mintegy 37,8%-a, a nők 34,6%-a dohányzott rendszeresen. Egyáltalán nem dohányzik a férfiak 54,9%-a, míg a nők 48,1%-a. Már leszokott a 2,4%-a, illetve az 5,8%-a a vizsgált mintának. Ami előremutató a dohányzás leszokását érintően, hogy a férfiak majdnem 43%-a megpróbálna leszokni, bár még nem próbálta. Nők esetében ez az arány 39%. A férfiak szignifikánsan hosszabb ideje és többet dohányoznak, mint a nők. Az alkoholfogyasztás is a férfiakra jellemzőbb, a napi szintű alkoholt fogyasztók aránya a férfiak esetében 9,9%, nők esetében nincs ilyen. A heti szintű alkoholfogyasztás is jellemzőbb a férfiakra (férfiak=hetente:8,6%, hetente többször:3,7%; nők=hetente:5,8%, hetente többször:1,9%). A férfiak 82,9%-a végez rendszeresen testedzést, míg a nők 78,8%-a. Teljesítmény-, vagy izomtömeg növelőszert a férfiak 34,2%-a, a nők 8,2%-a használt. Más nem vitamin jellegű étrend-kiegészítő fogyasztása a férfiak 34,7%-át és a nők 10,2%-át jellemzi. (Borbély, 2019b)

Az Országos Rendőr-főkapitányságon, főként irodai dolgozók között kis mintán (34 fő) vizsgálták a fittségi állapot és az életmódbeli tényezők összefüggését. A résztvevők nem megfelelő fittségi állapota összhangban állt az életmódjukkal. Átlagos BMI értékük 25,86 ($\pm 4,14$). (férfiak=27,26; $\pm 3,26$; nők=24,62, $\pm 4,52$) volt. A megkérdezettek 17,6%-a nagyon jónak, 61,8%-a jónak ítélte meg az egészségi állapotát, 20,6% pedig kielégítőnek. 41,2%-nak van hosszantartó betegsége. 11,8%-nak van valamilyen korlátozottsága. A válaszadók leggyakoribb betegsége az asztma volt (8,8%), melyet a magas koleszterinszint és az

allergia követett. Gyümölcsfogyasztás tekintetében 8,8% soha nem fogyaszt gyümölcsöt, míg 32,5% naponta egyszer, 29,4% naponta többször is fogyaszt. 41,2% fogyaszt napi rendszerességgel zöldséget és/vagy gyümölcsöt. A résztvevők nagy része (73,5%) nem követ diétát. Speciális étrend közül a laktózmentes, energia szegény, diabetikus, gluténmentes étrendet követik. Sportolási szokásaik a WHO ajánlásokat meghaladják, átlagosan 307,94 percet sportolnak. Alkoholfogyasztási szokásaik a vizsgálati személyeknek: 32,4% ritkábban fogyaszt alkoholt, mint havi egy alkalom, havonta egyszer pedig 14,7%. A női megkérdezettek 27,7%-a soha nem volt még mammográfiai vizsgálaton. A férfiak prosztatarák szűrésen való részvétele pedig megfelel az országos átlagnak. (Gordos, 2022)

Az egészségmagatartáshoz kapcsolódó viselkedések sokszor nem izoláltan, hanem egymással összefüggő mintázatokban jelennek meg. Az egészségkárosító magatartásformák halmozódása szinergikus módon befolyásolja a morbiditási és mortalitási kimenetelt. Az átlagnépesség körében végzett vizsgálatok arra utalnak, hogy a kockázati tényezők nagyobb együtt járást mutatnak mint az egészségmegőrző szokások. Az egészségtelen viselkedések nagyobb arányban fordulnak elő a férfiaknál, a fiatalabbak körében és alacsony iskolai végzettség esetén.

A kutatások szerint a rendőrök körében magasabb a szív- és érrendszeri megbetegedés előfordulási aránya, amelyhez ha társul a túlsúly, a magas vérnyomás, a dohányzás, az alkoholfogyasztás és a fizikai inaktivitás, jelentős kockázatot jelentenek, mindamellett, hogy az átlagpopulációhoz mérten nem rosszabbak az egészségmagatartási mutatók, sportolási szokások tekintetében pedig kedvezőbb képet mutatnak.

(A kutatások számszerű eredményei az értekezés végén az összehasonlító táblázatokban szerepelnek.)

2.6. Életstílus kutatások

Az egészségmagatartási szokások és az életstílus mintázatok közötti kapcsolat vizsgálata jelentős segítséget nyújt a célzott egészségfejlesztési programok tervezéséhez. Az egészségügyi kampányok egyik kihívást jelentő problémája az, hogy meghatározzák a célcsoportokat, azaz a hasonló szükségletekkel rendelkező csoportokat, akik hasonlóan reagálnak egy adott meggyőzési stratégiára. Az egészségügyi kampányokat tág értelemben olyan kommunikációs stratégiákként lehet megfogalmazni, amelyek szándékosan arra ösztönzik az embereket, hogy vegyenek részt olyan tevékenységekben, amelyek megelőzik

a betegségeket, sérüléseket, és elősegítik a jóllétet. Az egészségügyi kampányok tartalmazhatnak személyes vagy közvetített üzeneteket verbális és nonverbális formában. Sokszor a kampányoknak gyakran kifejezett céljaik vannak az eredményeket illetően, például a védőoltással kapcsolatos átoltottság 95%-os elérése. A hatékony kampányok megfelelő meggyőző stratégiát biztosítanak a célközönség számára a változás inspirálásához a kezdeti állapotuk és a változás pszichoszociális előre jelzői alapján. (Smith, 2017)

Wind és Green (2011, 106.o.) megfogalmazása szerint „*Az életstílus az az általános mód, ahogy az emberek élnek, és ahogyan az idejüket és a pénzüket elköltik.*” Az egyén életstílusáról egész jó átfogó képet kaphatunk, ha leírjuk értékeiket, amelyeket cselekedeteik tükröznek, valamint leírjuk a szabadidő eltöltése, a munka és a fogyasztás iránti érdeklődésüket és attitűdjeiket. Szakály és munkatársai (2013) valamint Törőcsik és munkatársai (2019) megfogalmazásában az életstílus azon az emberi alapszükségleten alapuló szociális tényező, ami az emberek integráció (tartozni valahová) és differenciálódás (egyediség) iránti egyidejű igényét testesíti meg. Azonos szubkultúrából vagy társadalmi osztályból származó, hasonló foglalkozású emberek életstílusa nem feltétlenül azonos, ezért az életmód pusztán demográfiai jellemzőkkel (pl. nem, életkor, iskolai végzettség, jövedelem) nehezen jellemezhető. Az életstílus a kulturális és a szubkulturális magatartásmintákat jeleníti meg egy közösségen belül.

Az életstílus kutatások 1970-ben az Egyesült Államokból indultak, majd onnan terjedtek át a világ más részeire. Főként a piackutatásban alkalmazott módszerek és elemzési technikák fejlődése kapcsán indult útjára. Így került sor a fogyasztói szegmentációs kutatásokra. A számítógépek megjelenésével és terjedésével lehetőség teremtődött a nagy adatbázisok többváltozós elemzésekkel történő gyors feldolgozására. (Andics, 2010)

A szegmentáció alkalmazása révén olyan csoportok különíthetők el, amelyek tagjai hasonló viselkedésmintákat követnek, így hatékonyabb megközelítéseket lehet kialakítani az egyes szegmensek igényeihez igazodva. A szegmentálás lényege egy heterogén populáció viszonylag homogénebb alpopulációkra bontása, azaz olyan csoportokra, akik jobban hasonlítanak egymásra, mint más csoportok tagjai. A legáltalánosabb szegmentációs sémák, amelyeket a csoportok közötti megkülönböztetésre tesznek, olyan könnyen elérhető változók, mint például a demográfiai változók (iskolai végzettség, faj, jövedelem, nem). Néha azonban, ha a demográfiai alapú csoportokban nagyon eltérő hiedelmek, viselkedésminták és értékek vannak, produktívabb az olyan pszichoszociális változók mentén történő csoportok képzése, mint az önhatékonyság, kortársak- család támogatása.

Az egészségügyi kommunikációs kampányok során használatosak a különféle szegmentációs eljárások. Például, dohányzás abbahagyását célzó beavatkozás során a fókuszcsoportokat toborozhatják életkor, nem és etnikai hovatartozás alapján, függetlenül attól, hogy lehet hatékonyabbnak bizonyulna egy tudás-attitűd-viselkedés felmérés alapján. A szegmentálást széles körben elfogadták, mint alapvető fontosságú eljárást a kommunikációs kampányok lefolytatásában, amelynek célja az egészség és más társadalmilag releváns viselkedések befolyásolása. A szegmentálás célja a kommunikációs erőfeszítések hatékonyabbá tétele. (Slater, 1996)

A szegmentációs, klaszterelemzési módszerek alkalmazásával számos nemzetközi és hazai kutatás részletes képet nyújtott az egészségmagatartási mintázatokról.

Conry és mtsai, 2007-es írországi (2011) mintán nyugvó adatokat elemeztek (2. táblázat). A dohányzás, az alkoholfogyasztás és az étkezési szokások, valamint a fizikai aktivitás adatait használták a csoportokba rendezés során, valamint felmérték a mentális egészséggel, az életminőséggel és az egészségi állapottal való összefüggéseiket. Hat egészségmagatartási klasztert azonosítottak.

2. táblázat Ír lakossági mintán végzett kutatás klaszterei (forrás: Conry és munkatársai, 2011 alapján saját szerkesztés)

Volt dohányosok: (21,3%) A legmagasabb fizikai aktivitásról beszámoló csoport. Mérsékelt alkoholfogyasztás, több mint 40%-uknál egészséges táplálkozás volt jellemző. Energizáltságuk átlagos. Kiváló vagy nagyon jó egészségi állapotról és életminőségről számolnak be. Egészséges életmódúakhoz képest több férfi volt, és kevesebb magasabb társadalmi osztályba tartozó. Mérsékelték: (14,6%) Közepesen aktív, soha nem dohányzó, mérsékelt alkoholfogyasztó csoport. Főként egészséges étrendet követtek, de nem voltak kimagaslóak az értékek. Magas szintű vitalitás és distressz jellemzi őket. Az egyik legmagasabb életminőségről és egészségi állapotról beszámoló csoport. Az egészséges klaszterhez képest több a férfi, kevesebb a legmagasabb társadalmi réteghez tartozó. Főként 18-29 éves korosztály. Fizikailag inaktívak: (17,8%) A legalacsonyabb fizikai aktivitást mutató csoport. Több mint a fele számol be dohányzásról és megközelítőleg a fele veszelyes alkoholfogyasztó. Vitalitás szintjük az átlag alatt van. A legmagasabb szintű a pszichés distressz értékük. Csak 60% tartja kiválónak vagy jónak az egészségi állapotát, jó vagy nagyon jó életminőség mellett (88%). Az egészséges klaszterhez képest nagyobb valószínűséggel 18-29 év közöttiek, férfiak.	Egészséges életmódúak: (9,3%) Magasszintű fizikai aktivitás jellemzi őket. Sohasem dohányoztak. Kiváló étrendet követnek, Alkoholfogyasztásuk mérsékelt, harmaduk pedig egyáltalán nem fogyaszt alkoholt. Magas szintű vitalitással, kiváló egészséggel és életminőséggel rendelkeznek. Nagyobb valószínűséggel magasabb társadalmi osztályba tartozó 65 év feletti nők. Több kockázatú csoport: (17%) Mérsékelt fizikai aktivitásról számolnak be. 98% dohányzó. Mérsékleten, közel 50%-uk problémás alkoholfogyasztó. Több mint 50% nem megfelelő étrenddel rendelkezik. A legalacsonyabb energiaszintről és a legmagasabb szorongásról számoltak be. 49% számolt csak be kiváló, vagy nagyon jó egészségi állapotról. Mentális egészségük és szociális jólétük a legalacsonyabb. Vegyes éltmódúak: (20%) Bár sohasem dohányoztak, fizikai aktivitásról sem számolnak be. Alkoholfogyasztási szokásokat tekintve változó a kép. A résztvevők több mint a fele rossz étrendről számol be. Az energia és vitalitásszintjük átlagos, csakúgy, mint a szubjektív egészségi állapotuk megítélése. Az egészséges életmódúakhoz képest több volt a férfi, és a 18-29 év közötti korosztályba tartozó, és kisebb valószínűséggel tartoztak a legmagasabb társadalmi osztályba.
---	--

Egy 2016-os brit lakossági mintán végzett kutatás az egészséggel kapcsolatos viselkedések mintázatát tárta fel (3. táblázat), 1958-ban és 1970-ben születettek adatait használták fel 30 éves korukban. A dohányzás, alkoholfogyasztás, az étrend és a fizikai aktivitás értékei adták a csoportképzés alapját, mely során három fő klasztert határoztak meg. „Kockázatos” (Risky), „Mérsékelt dohányzók” (Moderate Smokers) és „Fősodrás” (Mainstream) csoportot különböztettek meg. A klaszterminták mindkét nem esetében hasonlóak voltak a dohányzás, a fizikai aktivitás és az étkezési szokások tekintetében, kivéve az édesség- és az alkoholfogyasztási szokásokat, ahol eltérés mutatkozott a különböző vizsgálati populációkban. (Mawditt és mtsai, 2016).

3. táblázat Brit lakossági mintán végzett kutatás klaszterei (forrás: Mawditt és munkatársai, 2016 alapján saját szerkesztés)

Kockázatos: (1-9%) alacsonyabb gyakorisággal fogyasztottak zöldséget, gyümölcsöt, és magasabb gyakorisággal sült ételeket. Alacsony a fizikai aktivitásuk. A legkevesebb édességet fogyasztók ebbe a klaszterbe tartoznak. Mérsékelt dohányzók: (20-30%). Ezt a klasztert a dohányzási viselkedés különböztette meg jelentősen a másik két csoporttól, bár alapvetően alacsonyabb volt, mint a kockázatos csoport esetében.	Fősodrás: (68-77%) itt a legmagasabb a szabadidős fizikai aktivitás gyakorisága. A legnagyobb arányban fogyasztanak édességet. Az alkoholfogyasztás a legalacsonyabb. Nagy részük nem dohányzik.
---	--

Fleary és Nigg (2019) amerikai felnőttek egészségmagatartási mintázatát vizsgálta 2003-2015 között. A gyümölcs- és zöldségfogyasztás, a fizikai aktivitás, a dohányzás és alkoholfogyasztási szokások képezték a csoportalkotás alapját. Eredményeik megerősítették, hogy meghatározhatóak időben is stabil egészségmagatartási klaszterek. Három csoportot különítettek el: Egészségesek, Közönyösek, és Nagy ivók (4. táblázat).

4. táblázat Amerikai mintán végzett kutatás klaszterei (forrás: Fleary és Nigg, 2019 alapján saját szerkesztés)

Egészségesek: nagy valószínűséggel a zöldség- és gyümölcsfogyasztásuk megfelel az ajánlottaknak. Alacsony a dohányzás és alkoholfogyasztás valószínűsége. Közönyösek: A legnagyobb csoport. Főként alacsony jövedelmű, alacsony iskolázottságú fiatalok tartoznak ebbe a csoportba. Nem folytatnak kifejezetten kockázatos viselkedést, azonban aktív egészségmegőrző magatartást sem tanúsítanak.	Nagy ivók: ritkán fogyasztanak zöldséget és gyümölcsöt. Valószínű a mértéktelen alkoholfogyasztás. Férfiak nagyobb valószínűséggel kerülnek ebbe a csoportba.
--	---

Rabel és munkatársai (2019) Németországi adatok alapján egy populáció alapú, 7 éves utánkövetésű kohorsz vizsgálat eredményei alapján három fő csoportot különböztettek meg (5. táblázat). A fizikai aktivitás, étkezési szokások és alkohol és dohányzási szokások mellett az életminőséget is vizsgálták.

5. táblázat Németországi mintán végzett kutatás klaszterei (forrás: Rabel és munkatársai, 2019 alapján saját szerkesztés)

1. csoport: 84%-ban férfiakból álló csoport. Átlagéletkor 56,1 év. Főként felsőfokú, középfokú végzettséggel rendelkeznek. 74% normál testsúly fölött van. 51% kockázatos alkoholfogyasztó, többnyire megfelelő az étrendjük, mérsékelt a fizikai aktivitásuk, és többnyire a dohányzásról leszoktak. 2. csoport: A legnagyobb létszámú osztály. Kizárólag nőkből áll. Legnagyobb arányban felsőfokú végzettségűek. Átlagéletkor 52,4 év. Nagy valószínűséggel nem fogyasztanak alkoholt, vagy csak mérsékeltén. Megfelelően táplálkoznak. Nem dohányoznak. Fizikai aktivitásuk mérsékelt.	3. csoport: 71%-ban férfiak. A legtöbben felsőfokú végzettségűek. A legfiatalabb osztály, az átlag életkor: 38,1 év. A legtöbb résztvevő normál testsúlyú, vagy túlsúlyos. Mérséklet vagy kockázatos alkoholfogyasztási szokások jellemzik. Étrendjük nem megfelelő. Rendszeresen dohányoznak, fizikai aktivitásuk mérsékelt.
--	---

Magyarországon főként marketing kutatások kapcsán végeztek ilyen jellegű felméréseket. (Töröcsik és Szűcs, 2019) Az egészségmagatartás nem a vizsgálatok célterülete volt, csak mellékes szerepet kapott. Az egészségmagatartás ételmisszerfogyasztási aspektusát vizsgálva megállapították, hogy a társadalmi értékek hatással vannak az ételmisszer fogyasztói életstílusra, hiszen az ez alapján képzett fogyasztói csoportok jellemzői meghatározzák, hogy az egyén milyen lépéseket tesz az egészsége megőrzésére. (Szakály és mtsai, 2013)

Nárai Erzsébet (Nárai, 2009) a doktori disszertációjában 1500 fős országos reprezentatív mintán végzett kutatás eredményei alapján, 9 egészségstílust határozott meg, melyek az eredményei szerint jobb bejósolói az egészségmagatartásnak, mint a demográfiai változók. A következő egészségstílusokat határozta meg: Törekvő attraktív, Veszélyeztetett passzív, Mérsékelt szenvedélyfüggő, Impulzív hedonista, Gondtalan ingyenc, Egészségtudatos passzív, Cigarettafüggő, Érdektelen nihilista, Önpusztító nihilista (6. táblázat).

6. táblázat Egészségstílus klaszterek (forrás: Nárai, 2009. alapján saját szerkesztés)

Törekvő, attraktív: (21%) a legnagyobb szegmens. Inkább női szegmens. Alig dohányoznak. 50% fogyaszt alkoholt. Ez a csoport törekszik leginkább az egészséges életmód követésére. A legtöbbet ők foglalkoznak az étkezésükkel, és sokat gondolnak az étkezés kellemetlen következményeire. Fontos számukra a jó megjelenés. Bár sokat foglalkoznak az egészség témájával és érzik, hogy nagy az elvárás a mozgás tekintetében mégis, csak átlagos mennyiségű a testmozgásuk. Képzettségük, státuszuk az átlagnál magasabb. Átlagos a testtömegindexük (BMI:24,4), súlyuk normál tartományba esik. Veszélyeztetett passzív: (17%) a második legnagyobb szegmens. Nők vannak többségben (70%) Alig dohányoznak (4%), mérsékeltén fogyasztanak alkoholt. Életmódjuk azonban egészségtelen, keveset mozognak, és táplálkozási szokásaik sem megfelelőek. 80% túlsúlyos, 40% elhízott (átlagos BMI:29). Tudatában vannak, hogy egészségük veszélyben van, de nem tesznek érte. Legidősebb szegmens, átlagéletkoruk 57 év feletti. Alulképzettek, alsó- alsóközéposztályhoz tartozóak. Mérsékelt szenvedélyfüggők: (13%) szinte mindenki dohányzik, lemondani a dohányzásról nem szeretnék. 65% fogyaszt alkoholt. Átlagos a testtömegindexük (BMI:25), normál súlyúak. Szocioökonómiai tekintetben átlagos státuszúak. Impulzív hedonista szegmens: (12%) a minta 12%-a. Nagyon szeretik az élet könnyebbik oldalát, lazák, gondtalanok. Nincs meghatározó káros szenvedélyük. A legtöbb intenzív testmozgást ők végzik. Legegészségesebb átlagos testsúlyúak (BMI:23,5). A legfiatalabb csoport, átlagéletkoruk alig több mint 31 év. Átlagosnál magasabb társadalmi státuszúak.	Gondtalan ingyenc: (9%) a dohányzás ritka, azonban szeretnek enni. 93% fogyaszt alkoholt. Inkább férfi szegmens. Étkezési szokásaikba igényesek, azonban nem diétáznak. Az átlagnál többet mozognak, sokan nehéz fizikai munkát végeznek. 70% túlsúlyos (BMI:27). Státusz szerinti megoszlásuk polarizált. Egészségtudatos passzív: (9%) kevesen dohányoznak, 31% fogyaszt alkoholt. Inkább női szegmens. Testmozgásuk kevés. Étkezésük azonban egészségtudatos. Testsúlyuk magas (BMI:28,1). Idősebbek, átlagos státuszúak. Cigaretta függők: (8%) 99% a dohányzók aránya. Jellemzően alkoholt is fogyasztanak. Kiegyenlített női és férfi szegmens. A dohányzásnak központi szerep jut az életükben. Testsúlyuk normális (BMI:24,7). Alacsony társadalmi státuszúak. Érdektelen nihilista: (5%) nagy része dohányzik (81%), és 100% fogyaszt alkoholt. Az egészségükkel nem törődnek. Több mint a fele a résztvevőknek túlsúlyos, átlag BMI-jük, 26,1. Képzetlenebbek, alacsony státuszúak. Önpusztító nihilista: (5%) 89% dohányzó, 99% fogyaszt alkoholt. Többnyire férfiakból álló csoport. Ők élvezik a legjobban az evést, ivást, semmivel sem törődnek, az étellel viszont ők a legelégedetlenebbek. Átlag BMI-jük 24,9. A legképzetlenebbek és a legalacsonyabb státuszúak.
--	--

A személyes értékek, a pozitív egészségmagatartásra történő áttérés és az egészségtudatos élelmiszervásárlói magatartás összefüggéseiben végeztek kutatást Szakály és munkatársai (2014). Az értékek közül külső értékek: a biztonságérzet, a valahova tartozás érzése, a társadalmi elismerés. Interperszonális értékek: a boldogság, az élvezetes élet és a szoros emberi kapcsolatok. A belső értékek pedig az önmegvalósítás, az önbecsülés, az eredményesség és az izgalom. (Az eredmények alapján a külső és az interperszonális értékek dominálnak, vagyis a biztonság és a szociális szükségletek kielégítése a legfontosabb.)

A kutatás során 4 értékalapú fogyasztó szegmentumot különítettek el: Mérsékeltén érték vezéreltek, Biztonságra törekvők, Kiábrándultak, Értékorientáltak (7. táblázat). Az eredményeik alapján elmondható, hogy az értékorientáció meghatározó tényezője az egészségtudatos élelmiszervásárlói magatartásnak. A feltárt fogyasztói csoportok szignifikáns különbséggel az értékorientáció mértékének sorrendjében szerveződnek. Az egészségtudatosság erősödésével párhuzamosan egyre nő a fenntarthatóságot hangsúlyozók aránya.

7. táblázat *Élelmiszervásárlói magatartással összefüggő vizsgálat klaszterei (forrás: Szakály és munkatársai, 2014 alapján saját szerkesztés)*

Mérsékeltén értékvezéreltek: főként fiatal férfiak alkotják a csoportot. Nagyon kis arányban gondolkodnak magatartásváltoztatásban, számukra inkább az élvezetek keresése az elsődleges. Számukra az egészségtudatosság kevésbé fontos. A biztonságot alulértékelik, a leginkább kockázatvállaló csoport. Biztonságra törekvők: zömében 40-es éveikben járó nők, akik között kevés a felsőfokú végzettségű. Az átlagosnál alacsonyabb jövedelemből élnek. Fontosak számukra a szoros emberi kapcsolatok, a boldog és tartalmas élet. Biztonság iránti igényük a tudatos élelmiszerfogyasztásban is megnyilvánul, így az határozza meg a tudatos táplálkozásra történő áttérést.	Értékvesztettek/ Kiábrándultak: jellemzően idősebb férfiak, aki átlag alatti jövedelemmel rendelkeznek. Az értékek devalvációja, a csalódottság, bezárkózás jellemezi a csoportot. Több mint háromnegyed részük a következő félévben nem szándékozik áttérni egy számára egészségesebbnek vélt táplálkozásra. Egyáltalán nem fontos az egészségtudatosság az élelmiszervásárlás során. Értékorientáltak: fiatalos, nyitott, optimista, a jövőbe tekintő személyek, akiknek a társadalmi státusza az átlagnál magasabb. Fontosak számukra az önkiteljesítő értékek. Kifejezetten fontosak a jó szociális kapcsolatok. A legnagyobb arányban térnek át az egészségesebbnek vélt táplálkozásra. A leginkább elkötelezettek az egészségtudatos élelmiszervásárlás iránt.
---	--

A 2015-ben végzett Egészségkommunikációs Felmérés (EKF) is célul tűzte ki a magyar lakosság körében a hasonló egészségstílusú személyek csoportjainak az azonosítását a COM-B modell szerint. Az eredmények alapján 13 klaszter különítettek el. (8. táblázat) Az adatok publikálása azóta is folyamatos, mind a gyermekek (Zsíros és mtsai, 2016; Járomi és mtsai, 2016), mind a felnőttek tekintetében (Birkás és mtsai, 2020; Balku és mtsai, 2017; Balku és Vitrai, 2016). A felmérés eredményei alapján a magyar lakosság 11%-a tekinthető „szuper egészségesnek”, azaz elegendő zöldséget és gyümölcsöt fogyaszt, megfelelő mennyiségű fizikai aktivitást végez, nem dohányzik, és nem, vagy mérsékeltén fogyaszt alkoholt, a testtömegindex alapján pedig normál testsúlyúnak tekinthető. A spektrum túlsó végén található „szuper egészségtelenek” a magyar lakosság 0,3%-ban fordulnak elő. E két szélsőség a klaszterek meghatározásánál nem jelent meg külön kategóriaként.³⁸

³⁸ Rendelkezésre bocsátotta: Vitrai József

8. táblázat Egészségkommunikációs felmérés klaszterei (forrás: Vitrai József rendelkezésemre bocsátott adatait felhasználva saját szerkesztés)

Csoport	Képesség	Motiváció	Környezet	Viselkedés
1. Egészségutódos falusi nyugdíjasok	65 évnel idősebbek Szakképesítéssel rendelkeznek. Magabiztosak, megértőek, melegszerűek. Problémamegoldóképességük jó, nyugodtak, kiegyensúlyozottak. Egészségi állapotukat tekintve hosszantartó egészségproblémájuk van, de a mindennapi életvezetésben nem korlátozó módon.	Ínkább változás ellenesek. Kelletlenül nagyobbakat ítélik meg a súlyukat. Fontos számukra, hogy mobilisak maradjanak, hogy jól nézzenek ki. Mások elismerése, a másokon való segítés, a világ jobbítása is lényeges számukra	Jellemzően vidéken élnek párjakkal, jó szociális kapcsolati hálával rendelkeznek.	Gyakran fogyasztanak alkoholt, dohányzás nem jellemzi ezt a csoportot. Törekednek a testúlyuk csökkentésére. Megbetegedés esetén informálódnak, igyekeznek saját magukat meggyógyítani, de szükség esetén orvoshoz fordulnak.
2. Magányos, betegkedő nyugdíjas nők	65 évnel idősebb nők. Általános iskolai végzettséggel rendelkeznek. Fáradság, feszültség, boldogtalannak érzik magukat. Életükkel elégedetlenek. Nehezen oldják meg a problémáikat önerőből. Hosszantartó egészségproblémái vannak.	Túl idősek tartják magukat, kerülik a változásokat. Ragaszkodnak a szokásaikhoz, a megszokott dolgokhoz.	Jellemzően egyedül élnek, rossz anyagi helyzetben.	
3. Lecsúzott, elbizonytalanodott városiak	Alapvetően bizalmatlanok. Változóak az egészségismeret és a pszichés képességek tekintetében.	Az önállóság központi kérdés számukra, mert nem kell orvoshoz menniük, gyógyszerre költeniük, és képesek másokról is gondoskodni. Elhatározásaik azonban bizonytalanok, mind az egészségre vonatkozó attitűddel kapcsolatosan, mind a fogadalmak megtartásában.	Megyei jogú városban élnek, de rossz anyagi és lakáskörülmények között. A változásokat a környezet ellenezné.	Jellemzően leszoktak a dohányzásról, szívesen olvasnak újságot, de nem nyilatkoznak a rádió- és tévézési szokásairól.
4. Kiegészítő, yozott kisvárosi nyugdíjasok	55 év fölöttiek. Szakképesítés és érettségi nélküliek. Ha van egészségproblémájuk alapvetően nem jelent korlátozást. Pozitív lelki egészség jellemzi őket.	Az egészség önállóságot jelent számukra. A kihívásokat, a kockázatos dolgokat nem szeretik. Jellemzően próbálták az utóbbi időben lefogyni, mert testúlyosnak ítélték magukat.	Anyagi helyzetüket tekintve éppen kijönnek a jövedelemből. Kisvárosban élnek jellemzően párkapcsolatban. Számíthatnak a társas támogatottságra	Alapvetően nem dohányoznak. Életvezetésről, kockázati magatartásról nem keresnek információkat.
5. Egészséges, fiatal, középkorú fővárosiak	18-45 év közötti dolgozó, vagy gyermekek miatt otthon levők. Középfokú, vagy magasabb iskolai végzettséggel rendelkeznek. Problémamegoldóképességük, lelki egészségük pozitív hozzáállást tükröz. Könnyen vesznek akadályokat. Egészségproblémájuk nincs.	Testúlyukat megfelelően ítélik. Változóan, de alapvetően motiváltak a változásra, a felfedezésekre.	Jellemzően a fővárosban élnek, jó jövedelmi viszonyokból. Bár egyedülállóak, de jó a szociális támogatottságuk.	Alkoholfogyasztás ritka, dohányzás is alkalmasszerűen fordul elő. Internethasználat jellemzi őket.
6. Egészségutódos közfoglalkozásos	45-65 éves nők alkotják a csoportot. Érettségi nélküli szakképesítéssel rendelkeznek. Lelki egészséget tekintve változóak. Hosszantartó egészségproblémái vannak, de súlyosan nem korlátozza őket.	Testúlyukat nagyobbak ítélik. Főlismerik, hogy az egészség kiemelten fontos terület. Fogadalmainak a betartását segítené, ha az életmód lazítását jelentené.	Jellemzően nem a fővárosban élnek, többnyire párkapcsolatban, jó társas támogatottsággal.	Az utóbbi 6 hónapban szerették volna csökkenteni a testúlyukat. Széles körben keresik az információkat.
7. Kockázatos, fiatal, közfoglalkozásos	18-45 éves férfiak csoportja, akik középfokú végzettséggel rendelkeznek. Egészségi állapotuk jó.	Alapvetően élménykeresők, szeretik az élvezeteket. Az egészség és törvények tisztelete háttérbe szorult.	Bár fontos számukra a gazdaság, városi környezetben, de rossz anyagi helyzetben élnek, rendszerint egyedül.	Alkohol fogyasztanak, dohányoznak. Információforrásaik széleskörűek, de egészséggel, betegséggel kapcsolatos tartalmakat nem keresnek.
8. Egészséges, fiatal, közfoglalkozásos	18-55 éves, aktív dolgozók. Jó egészségi állapotban vannak.	A szereteten alapuló kapcsolatok központi jelentőségük számukra. Fontos a betegségek elkerülése. Az egészséggel kapcsolatos motivációjuk változó.	Városban élnek, nagyobb jövedelemmel rendelkeznek. Társas támogatottságuk nem túl erős.	Ritkán fogyasztanak alkoholt, dohányoznak. Törekednek az utóbbi időben a fogásra.
9. Betegkedő falusi nyugdíjasok	A csoport tagjai jellemzően 65 év fölötti nyugdíjasok, vagy rokkantnyugdíjasok. Iskolai végzettségüket tekintve érettségivel nem rendelkeznek, többnyire nehéz fizikai munkát végeztek. A probléma megoldásuk és a kihívásokra való válaszuk változó. Van hosszantartó egészségproblémájuk, aminek súlyosan korlátozó a mértéke.	Testúlyukat a kelletlenül többnek vélik. Fontos számukra az egészség, a másokkal eltöltött idő, és a munka. Időseket tartják magukat a változtatáshoz.	Jellemzően társal, vidéken élnek, rossz anyagi helyzetben, szerény társas támogatottsággal.	Nem, vagy ritkán fogyasztanak alkoholt, nem dohányoznak, rendszeresen testedzést nem végeznek. Internetet nem használnak.
10. Egészségutódos, fiatal, középkorú, tehetséges fővárosiak	18-45 év közöttiek, akik tanulnak, vagy már dolgoznak. Iskolai végzettségüket tekintve legalább érettségivel rendelkeznek. Egészségi állapotuk jó. Biznak magukban, jó a problémamegoldó képességük, céljaik megvalósítása nem jelent számukra nehézséget.	Életfeladatai között szerepel, hogy hozzájáruljanak a világ jobbításához. Szeretik a kihívásokat, az új dolgokat. A testedzést nem csak a külsőségek miatt, hanem a stressz kezelésére is hasznosnak gondolják. Be tudnak tartani az egészséges táplálkozássra, a rendszeres testmozgásra és a több szabadidőre vonatkozó fogadalmakat.	Jellemzően párkapcsolatban élnek, a fővárosban. Magas jövedelemmel rendelkeznek.	Testedzést több mint hat hónapja rendszeresen végeznek. A szabadidejüket is aktívan töltik. Sohasem dohányoztak, ritkán fogyasztanak alkoholt. Tévét nem néznek, de újságot olvasnak, rádiót hallgatnak, interneteznek. Egészséggel kapcsolatos információgyűjtésük az alternatív gyógyászat, a szűrések, és a testápolás témakörében találhatók. A leghitelesebb információforrásnak az internetet tartják.
11. Bizonytalan, közfoglalkozásos	Jellemzően általános iskolai végzettségű munkanélküliek. Pszichés képességek változóak. Szükségük, hiányosan egészségutódosak.	Az egészség számukra nem fontos. Fogadalmait nem tartanák be.	Kisvárosban élnek, éppen kijönnek a jövedelmükből. Társas támogatottságuk nem megfelelő.	Egészséggel kapcsolatos információigényük csekély, többnyire a barátok, az ismerősök jelentenek információforrást.
12. Egészségutódos, közfoglalkozásos, szociális	45-55 év közötti, dolgozó, középkorúak csoportja. Pszichésen kiegyensúlyozottak. Érettek, egészségutódosak, szociálisak, egészségmenedzser típusúak. Jellemzően egészségesek, ha van egészségproblémájuk nem korlátozó szintű.	Fontos számukra az egészség és a szeretet kapcsolatok és ezért tenni is képesek.	Élettársal élnek, társas támogatottságuk jó.	Széles körű információforrásokat használnak. Egészséggel kapcsolatos tájékozódásuk főként a családtagokhoz és az internethez kapcsolódik.
13. Ingerkérő, közfoglalkozásos, eszement	18-45 év közötti férfiak csoportja, akik szeretik az extrém dolgokat, a kockázatot, a meglepetéseket. Egészségproblémáik nincsenek, testúlyukat megfelelően tartják.	A gazdaság, az élet élvezete fontos számukra. Az egészség motivációjában a másokon való segítés érdektelen számukra.	Életvitelük elfogadott a környezet által.	Dohányoznak, előfordul kontrollálatlan alkoholfogyasztás. Naponta több órát interneteznek. Étkezési szokásaik nem megfelelőek. Egészségükkel nem törődnek.

A hazai életstílusokkal kapcsolatos kutatások közül kiemelendő még Törőcsik és Szűcs (2019) vizsgálata, ami alapján megalkották az Életstílus Inspirációs modellt (Törőcsik és Szűcs, 2019). A modell az értékorientációt és az élettempót határozza meg, mint csoportképzésre alkalmas tényezőt. A hipotézis az volt, hogy aki gyors életet él, annak jobb a jövedelme, tudásszintje, és a modern technikával szoros kapcsolatban van. 9 életstílust határoztak meg. (Törőcsik és mtsai, 2019)

(Az életstílusok bemutatásánál jelenleg kiemelésre kerülnek az egészségmagatartási jellemzők (9. táblázat))

9. táblázat Az Életstílus Inspirációs modellhez kapcsolódó klaszterek az egészségmagatartási jellemzők kiemelésével (forrás: Törőcsik és munkatársai, 2019 alapján saját szerkesztés)

Karrier építők: a megkérdezettek 4,8%-a. Jelentős része fiatal férfi. Törekvő, kalandvágyó, aktív csoport. „Jól élő fiatalok”: (15,3%) főként 44 év alatti férfiak csoportja. Gyors élettempójú, modern értékeket valló csoport, mely kissé idősebb a karrier építők csoportjánál. Jellemzően nem küzdenek egészségügyi problémákkal, megjelenik az egészséges, aktív életmódra törekvés, az egészségmegőrzés igénye. Életélvezők: (16,0%) közép generáció tagjai, jellemzően jövőt érintően tudatosak, tradicionális értékrendjük a természet szeretetében, a helyi termékek előnyben részesítésében és az étkezés fontos szerepében jelenik meg. Biztonságra törekvők: Főként 45 év fölötti nők, Szívesen töltik idejüket a természetben, amelynek már egészségmegőrző szerepe is van. Előnyben részesítik a gyógyturisztikai célpontokat. Bulvárdigitálisok: (17,2%) Jellemzően 34 év alatti nők. Jövedelmük szerényebb, bizonytalanabb. Alacsonyabb iskolázottság, átlagos vagy lassúbb élettempó jellemzi őket.	Elismerésre vágyakozók: (7,8%) főként középkorú férfiak, akiket a jobb élet és a környezet elismerése iránti vágyakozás jellemez, de hiányzik a kitartás és a lehetőségek megfelelő kihasználásának képessége. Alacsonyabb iskolázottság és jövedelem jellemzi őket. Hatalomra, kalandokra és valószínűtlen élethelyzetekre vágnak. Beletörődők: (16,1%) 45 év fölötti egyedül élő, középiskolai végzettségű, átlagos jövedelműek csoportja. Egészségi állapotukból vagy korukból kifolyólag gazdaságilag inaktívak. Prekáriusok: 55 év feletti egyedül élők, akik értékvesztettek. Alacsony életkörülmények jellemzik őket, így élethelyzetük, egészségi állapotuk tekintetében hátrányban vannak. Bezárkózó leszakadók: (8,6%) 65 év feletti egyedül élők alkotják a csoportot. Korlátozott, szűkös anyagi körülmények között élnek. Fogyasztásuk középpontjában az aktuális egészségügyi állapot fenntartása áll, a tartós gyógyszeresedés miatt. Tradicionális értékek és digitális lemaradás jellemzi őket.
--	--

2.6.1. Külföldi rendvédelmi tapasztalatok

Irizar és munkatársai (2022) brit rendőrök körében végzett kutatása során az egészségmagatartási szokások alapján 5 csoportot alkottak (10. táblázat). Az egészségmagatartási szokásokon belül vizsgálta az alkohol- és dohányzási szokásokat, az étkezési szokásokat, a fizikai aktivitást. Külön vizsgálta a nőket és a férfiakat.

Az öt fő csoport: legegészségesebbek; egészséges absztinensek; egészségkockázati magatartások, de fizikailag aktívak; alacsony kockázatú alkoholfogyasztók és egyéb egészségkockázati magatartások; legmagasabb egészségkockázati magatartások.

10. táblázat Brit rendőrök egészségmagatartási klaszterei (forrás: Irizar és munkatársai, 2022 alapján saját szerkesztés)

1. Legégszségesebb osztály: férfiak 17,6%-a, a nők 28,7%-a. Alacsony kockázati szintű alkoholfogyasztási szokások jellemzik őket. Megfelelő mennyiségű gyümölcsöt és zöldséget, kevés vöröshúst tartalmaz az étrendjük. Nem dohányoznak, fizikailag aktívak. (Átlagos BMI férfiak:27,50 $\pm$3,90; nők: 25,97 $\pm$4,76) 2. Egészséges absztinensek: a férfiak 13,8%-a, a nők 16,2%-a. Az 50 év felettiek másfélszer nagyobb eséllyel kerülnek ebbe a kategóriába. Többnyire absztinensek, vagy alacsony kockázatú alkoholfogyasztók. Közepes vagy magas fizikai aktivitásúak. A második legtöbb gyümölcs- és zöldség fogyasztás jellemzi őket, illetve második legalacsonyabb vörös hús fogyasztás. Az alacsonyabb jövedelmű férfiak szignifikánsan nagyobb valószínűséggel ebbe a csoportba tartoznak. (Átlagos BMI férfiak:27,86 $\pm$4,14; nők: 26,63 $\pm$5,65) 3. Fizikailag aktív, de egészségkockázati magatartásformák/ mérsékelt egészségkockázati magatartás: férfiak 28,86%-a, nők 12,19%-a tartozik ebbe a csoportba. Veszélyes ivásproblémák jellemzik a csoportot. Zöldség- és gyümölcsfogyasztásuk átlagos, vagy mérsékelt. Enyhén vagy mérsékelten dohányzók. Magas fizikai aktivitás mellett. (Átlagos BMI férfiak:28,11 $\pm$3,82; nők:26,13 $\pm$4,33)	4. Alacsony kockázatú alkoholfogyasztók és egyéb egészségkockázati magatartásformák: A legnagyobb csoport. A férfiak 35,6%-a, a nők 39,1%-a. Ritkán fogyasztanak alkoholt. Elégtelen zöldség és gyümölcs bevitel, magas vöröshús fogyasztás jellemzi az étrendjüket. Nem, vagy mérsékelten dohányoznak. Alacsony fizikai aktivitás jellemzi őket. 29 év alatti nők nagy valószínűséggel kerülnek ebbe a csoportba, valamint azok a nők, akik egyedülállóak. Alapvetően fiatalabb életkorúak, 5 évnél kevesebb szolgálati idővel. (Átlagos BMI férfiak:27,77 $\pm$3,94; nők: 25,75 $\pm$4,85) 5. Magas egészségkockázati magatartásformák: a férfiak 4,14%-a, a nők 3,8%-a. Ártalmas alkoholfogyasztási szokásokról számolnak be. Alacsony zöldség és gyümölcsfogyasztás, magas vöröshús fogyasztás jellemzi az étrendjüket. Dohányoznak. Fizikai aktivitásuk alacsony. A 40 év felettiek kétszeres valószínűséggel kerülnek ebbe a csoportba. Az érettségivel, vagy alacsonyabb végzettséggel rendelkező férfiak nagy eséllyel kerülnek ebbe a csoportba, illetve azok, akik több mint 10 éve teljesítenek szolgálatot. (Átlagos BMI férfiak:29,00 $\pm$3,84; nők: 27,00 $\pm$4,87)
--	---

2.6.2. Hazai rendvédelmi tapasztalatok

A Magyar Honvédség állományában foglalkozás egészségügyi alkalmasságvizsgálat során kitöltött prevenciós adatlap alapján 16 homogén, egészségmagatartási csoportot tudtak megalkotni, amelyek közül 10 szignifikánsan különbözött egymástól (11. táblázat). (Novák és mtsai, 2019) 24 egészségmagatartási tényező értékelése volt az alapja a csoportok képzésének. E tényezők között voltak objektív mutatók (például életkor, diagnosztizált megbetegedés, testtömegindex) és szubjektív mutatók (táplálkozás minőségi és mennyiségi mutatói, dohányzás, fizikai aktivitás, alvási légzéskihagyás, mentális állóképesség, pszichoszomatikus tünetek). Nincs olyan csoport, amely a lehető legjobb egészségmagatartási attitűddel jellemezhető. (Novák és mtsai, 2019)

11. táblázat Magyar Honvédség egészségmagatartási klaszterei (forrás: Novák és munkatársai, 2019 alapján saját szerkesztés)

1. Élenjárók: Megbetegedés nélkül, az átlagos életkornál fiatalabb csoport, akik közül senki nem dohányzik. Magas mindennapi fizikai aktivitás és magas sportolási gyakoriság jellemző. A pszichoszomatikus terheltség alacsony, a mentális állóképesség magas. 2. Üldözők: Legfiatalabb csoport, magas fizikai aktivitás és megfelelő sportolási szokások jellemzik. Átlag alatti pszichoszomatikus terheltséggel, átlagos mentális állóképességgel rendelkeznek. Dohányosok előfordulnak a csoportban. 3. Iránymutatók: Átlagos életkor, megbetegedés nélkül. Senki sem dohányzik, a napi fizikai aktivitás magas, sportolási szokásaik kissé átlag alattiak. Pszichoszomatikus tünetek jelenléte az átlagnál kissé alacsonyabb. Mentális állóképesség a második legmagasabb értékkel bír. 4. Jó formák: Normál testsúlyú csoport, magas fizikai aktivitással, közel átlagos sportolási szokásokkal. Dohányoznak, megbetegedésük nincs. Kevés pszichoszomatikus tinnettel, és alacsonyszintű mentális állóképességgel rendelkeznek. 5. Terhelhetők: A fizikai aktivitás bár alacsony, a sportolással eltöltött idő a legmagasabb. Dohányzás és megbetegedés nincs. Mentális állóképességük az átlagnál magasabb, alacsony pszichoszomatikus tünetképződéssel. 6. Kockázatvállalók: A legmagasabb fizikai aktivitás és sportolási gyakoriság. Megbetegedésük nincs, viszont dohányzási szokásaikat illetően vagy leszoktak, vagy jelenleg is dohányoznak. Mentális állóképesség magas, alacsony pszichoszomatikus terheltség mellett. Az élen végzett klaszterekből az étkezési szokásokban különböznek. 7. Átlag felettiek: Alacsony fizikai aktivitás és átlagos vagy átlag alatti sportolási gyakoriság jellemzi őket. A megbetegedés és a dohányzás nincs jelen. A legmagasabb mentális állóképességgel rendelkeznek, a pszichoszomatikus tünetek jelenléte az átlagnál kevesebb. 8. Feltörekvő: Középkorú férfiak csoportja. Átlagosnál magasabb mentális állóképesség, megbetegedés hiánya és alacsony pszichoszomatikus leterheltség jellemzi őket. Leszokott vagy aktívan dohányzók. Mindennapi fizikai aktivitásuk alacsony, napi szinten sportolnak.	9. Átlagosak: Túlsúlyosak, átlag feletti életkor mellett. Leszokott vagy aktívan dohányzók. Átlag alatti pszichoszomatikus tünetképződés és átlag körüli mentális állóképesség jellemzi őket. Betegségeik nincsenek. Kissé átlag feletti napi fizikai aktivitás, kissé átlag alatti sportolási szokások jellemzik őket. 10. Könnyelműek: Fiatal, dohányzókból álló csoport. Fizikai aktivitásuk alacsony, átlag közeli sportolási szokásokkal. Mentális állóképességük átlag fölötti, pszichoszomatikus terheltségük átlag alatti. 11. Átlag közeliek: Átlagnál idősebbek, az átlagosnál többen elhízottak. Fizikai aktivitásuk alacsony, sportolással eltöltött idejük átlag közeli. A dohányzók és a dohányzásról leszokottak száma átlagnál alacsonyabb. Pszichoszomatikus tüneti terheltség átlagos, a mentális állóképességük átlag feletti. 12. Túlélők: A második legnagyobb arányban nőket tartalmazó csoport. Nem dohányoznak. Regisztrált megbetegedésük van, nagy számban vannak közöttük a súlyproblémákkal küzdők. Átlagos a fizikai aktivitásuk és sportolási gyakoriságuk. Pszichoszomatikus terheltségük átlag fellelti. Átlag feletti az alvási apnoé előfordulása. Mentális állóképességük átlagos. 13. Küszöbön állók: Megbetegedéseik nincsenek. Rendkívül alacsony a fizikai aktivitásuk, átlagoshoz közeli sportolási szokásokkal. Erősen terheltek pszichoszomatikus tünetekkel, fáradtan ébrednek, a mentális állóképességük alacsony. 14. Elengedő: A második legidősebb csoport. Az elhízottak száma átlag feletti, bár a fizikai aktivitásuk és a sportolási szokásaik átlagosak. Dohányoztak vagy dohányoznak jelenleg is. Mindenkinnek van egy vagy több krónikus megbetegedése. 15. Tétlenkedők: Átlagnál idősebbek. Nem végeznek testmozgást, és a fizikai aktivitásuk is alacsony. Átlagosnál gyakoribb az elhízás. Megbetegedések jellemzik őket. 16. Küszködők: Legnagyobb arányban a nők és az idősebbek tartoznak ide. Krónikusbetegek. A legalacsonyabb mentális állóképesség mellett, az éjszakai alvás a pszichoszomatikus tünetek tekintetében a legrosszabb helyzetben vannak.
---	---

A 12. táblázatban összegezve látható, hogy a fentebb áttekintett kutatások milyen klasztereket kaptak eredményül. Fontos kihangsúlyozni azonban, hogy ezen kutatások mindegyik más szempontrendszer alkalmazott, ezért ezek a klaszterek nem feltétlenül jellemezhetőek egy közös szempontrendszer mentén.

A fenti kutatások során azonban látható, hogy mind a hazai (Nárai, 2009; Szakály és mtsai, 2014; Balku és Vitrai, 2016; Balku, 2017; Törőcsik és mtsai, 2019; Birkás és mtsai, 2020), mind a nemzetközi kutatásokban (Mawditt és mtsai, 2016; Conry és mtsai, 2011; Fleary és Nigg, 2019; Rabel és mtsai, 2019) az egészségmagatartási mutatók mentén jól elkülöníthető, homogén csoportok voltak azonosíthatóak, csakúgy mint a fegyveres testületekben végzett vizsgálatok során (Novák és mtsai, 2019; Irizar és mtsai, 2022). A hazai vizsgálatok többnyire az egészségmagatartást szélesebb életstílus- és értékorientációs keretben értelmezik, tovább gazdagítva a csoportokat.

Irizar és munkatársai (2022) kutatását kivéve, a vizsgálatok többsége nem tudott egyértelműen teljes mértékben egészséges vagy teljes mértékben egészségtelen csoportokat azonosítani. A legtöbb tanulmányban inkább tendenciózus különbségek voltak kimutathatók az egyes klaszterek között. Az Egészségkommunikációs Felmérés eredményei szerint csak a magyar lakosság 11%-a tekinthető szuperegészségesnek, míg mindössze 0,3% szuperegészségtelennek, és ezek a csoportok a klaszterelemzés során nem jelennek meg önálló kategóriaként (Birkás és mtsai, 2020; Balku, 2017; Balku és Vitrai, 2016).

Óvatos összehasonlítás szerint az ír lakossági mintán végzett vizsgálatban (Conry és mtsai, 2011) a „Fizikailag inaktív” és a „Több kockázatú” csoportok voltak azonosíthatóak, amelyekre a magas distressz-szint, a kedvezőtlen egészségmagatartási szokások, valamint az alacsonyabb vitalitás volt jellemző. A „Több kockázatú” csoport esetében a szociális jóllét szintje is alacsonyabbnak bizonyult. Magyar mintán Törőcsik és Szűcs (2019) „Prekáriusok” klasztere elsősorban 55 év körüli, egyedül élő személyeket foglalja magába, akik kedvezőtlen életkörülmények mellett rosszabb egészségi állapottal rendelkeznek. A Magyar Honvédség állományában végzett kutatásban (Novák és mtsai, 2019) három olyan csoport volt azonosítható (Elengedők, Tétlenkedők, Küszködők), amely hasonló jellemzőket mutattak a megbetegedések, a pszichoszomatikus tünetek és a krónikus betegségek előfordulása tekintetében.

12. táblázat Életstílus kutatások klasztereinek összesítő táblázata (forrás: saját szerkesztés)

Kutatás	Ország, mintavételi csoport	Eredményként kapott klaszterek
Conry és munkatársai, 2011	Ír lakossági minta	1.Volt dohányosok 2.Mérsékelttek 3.Fizikailag inaktívok 4.Egészséges életmódúak 5.Több kockázati csoport 6.Vegyes életmódúak
Mawditt és mtsai, 2016	brit lakossági minta	1.Kockázatos 2.Mérsékelt dohányzók 3.Füsdörés 4.Egészségesek 5.Közönyösök 6.Nagy ivók
Fleary és Nigg, 2019	amerikai lakossági minta	1.Egészségesek 2.Közönyösök 3.Nagy ivók 4.Különböző csoport
Rabel és munkatársai, 2019	Németországi lakossági minta	1.Törék, attraktív 2.Veszélyeztetett passzív 3.Mérsékelt szenvedélyfüggők 4.Impulzív hedonista szegmens 5.Gondtalan nyevenc 6.Egészségtudatos passzív 7.Cigaretta függők 8.Érdektelen nihilista 9.Önpusztító nihilista
Nárai, 2009	Magyarországi lakossági adatok	1.Mérsékelt éntévezéreltek 2.Biztonságra törekvők 3.Értékvesztettek/Kiábrándultak 4.Értékorientáltak 5.Egészségtudatos középkerüri nők 6.Kockázatos, fiatal középkerüri férfiak 7.Egészséges, fiatal, középkerüri, tehetséges városiak 8.Betegkedő falusi nyugdíjasok 9.Lecsúszott, elbizonytalanodott városiak 10.Kiegyensúlyozott kisvárosi nyugdíjasok 11.Egészséges, fiatal, középkerüri fővárosiak
Szakály és munkatársai (2014)	Magyarországi lakossági adatok	1.Egészségtudatos falusi nyugdíjasok 2.Magányos, betegkedő nyugdíjas nők 3.Lecsúszott, elbizonytalanodott városiak 4.Kiegyensúlyozott kisvárosi nyugdíjasok 5.Egészséges, fiatal, középkerüri fővárosiak
Életstílus Inspirációs modell, (Töröcsik és Szűcs, 2019)	1.Karrier építők 2."fől élő fiatalok" 3.Életvezők	4.Biztonságra törekvők 5.Bulvárdigitalisok 6.Elismerésre vágyakozók 7.Beletörődők 8.Prekarusok 9.Bezárkózó leszakadók
Írizar és munkatársai (2022)	Brit rendvédelmi minta	1.Legégségesebb osztály 2.Egészséges absztinensek 3.Fizikailag aktív, de egészségkockázati magatartásformák/ mérsékelt egészségkockázati magatartásformák
Novák és munkatársai, 2019	Magyarországi Honvédelmi minta	6.Kockázatrállalók 7.Átlag felettek 8.Feltörékvő 9.Átlagosak 10.Könnyelműek 11.Átlag közleiek 12.Türelők 13.Küszöbön állók 14.Elengedő 15.Tétlenkedők 16.Küszködők

2.7. Magas vérnyomás, mint kiemelt terület

Európában a szív- és érrendszeri megbetegedések az összes halálozás 48%-át teszik ki. (Allender és mtsai, 2008). A háziorvosok morbiditási jelentései alapján a 19 évnél idősebbek körében jelentősen nőtt a hipertónia előfordulási gyakorisága (KSH, 2024). Európában a hipertónia prevalenciája 30-45% körül mozog (Nemcsik és mtsai, 2024). A hipertóniás szívbetegség a szívelégtelenség okainak nagyjából egynegyedéért felelős. A magas vérnyomás megfelelő kezelése csökkenti a szív- és érrendszeri betegségek kimenetelének kockázatát, beleértve a szélütést, a szívinfarktust és a szívelégtelenséget. (SPRINT, 2017)

A rendőrök munkájukból fakadóan fokozott stressznek vannak kitéve. A rendszertelen munkarend, a magas fizikai és mentális megterhelés, a potenciálisan egészségkárosító környezeti hatások (pl. szélsőséges időjárási viszonyok) fokozott igénybevételt jelentenek. (Cooper, 1978, 1987, id. Szabó, 2009). Nem megfelelő egészségmagatartási szokások mellett, és egyéb kockázati tényezőkkel együtt (dohányzás, mozgásszegény életmód, egészségtelen étkezési szokások) fokozott kardiovaszkuláris megbetegedést jelenthetnek. Ez veszélyt jelent az egyén egészségére és veszélyezteteti közvetetten az egyén munkahelyi hatékonyságát, így a jelen értekezés keretében vizsgált rendőrök esetében a szolgálati feladatok hatékony és biztonságos ellátását is.

2.7.1. A Rendvédelem területén

A magas vérnyomás előfordulása rendőrök körében a különböző tanulmányok áttekintése alapján igen magas. A különböző országok különféle módon vizsgálták a magasvérnyomás-betegség előfordulását és az azt megelőző egészségügyi tényezőket.

Egy Indiában készült vizsgálatban az egyik kerületben dolgozó rendőrök 67,90%-a bizonyult magas vérnyomásúnak, aminek a 75,8%-a volt diagnosztizálva. A szolgálati idő, a magasabb beosztás és a nem megfelelő étkezés magasabb együtt járást mutatott a hipertónia esetében. A vizsgálat során azt találták, hogy a BMI és derékbőség növekedése is növeli a magas vérnyomás prevalenciáját. (Chauhan és mtsai, 2022) Egy Nyugat Bengál térségében végzett vizsgálat eredményei is azt mutatják, hogy a rendőrök több szív- és érrendszeri kockázati tényezővel küzdenek, mint az ottani átlag népesség, a BMI, a magas vérnyomás, a koleszterin-, a triglicetrid és a lipoprotein szint is magasabb volt a rendőrök körében. (Saha és mtsai, 2010)

Zimmerman (2012) - mint ahogy fentebb is láthattuk - a rendvédelemben végrehajtott metaanalízisében a szív és érrendszeri megbetegedéseket és azok kockázati tényezőinek prevalenciáját vizsgálta. Bár vannak ellentmondó vizsgálati eredmények, a kutatások nagyobb része arra utal, hogy magas a szív és érrendszeri megbetegedés és a mortalitás kockázata az aktív (15,3-38,5%) és a nyugdíjas állományú rendőrök körében. A magas vérnyomás, a dislipidémia, az elhízottság, a cukorbetegség, a dohányzás, és a mozgásszegény életmód kedvez a betegségek kialakulásának.

Magnavita (Magnavita és mtsai, 2018) fent említett metaanalízisében a rendőri stressz és a szív- és érrendszeri megbetegedések összefüggéseit vizsgálta. A legtöbb tanulmány arra a következtetésre jutott, hogy a magas szintű stressz megnöveli a szív- és érrendszeri megbetegedések, és azok kockázati tényezőinek a gyakoriságát. A kockázati tényezők között szerepel a testsúlynövekedés, a magas vérnyomás, a diszlipidémia, a cukorbetegség, melyet a longitudinális vizsgálatok megerősítettek.

2.7.2. Hipertóniával kezelték egészségmagatartása

Több vizsgálat is született átlagnépességi adatokat felhasználva a hipertóniával kezelték körében a fő egészségmagatartási jellemzőiket kutatva. Voltak olyan vizsgálatok, ahol azt találták, hogy a hipertóniával kezelték egészségük megőrzése érdekében javítottak az életmódjukon, de több vizsgálat eredményeiben ez az életmódbeli változás nem volt tapasztalható. A legtöbb ország figyelemmel kíséri a népessége egészségmagatartását, hogy változások eszközésével segítse a jobb életminőség kialakítását.

Egy görög vizsgálat szerint a hipertóniások esetében kimutatható volt az érendbeli változás, mely egy egészségesebb étkezést jelentett. (Pitsavos és mtsai, 2006)

Egy 2008-ban publikált kanadai felmérés azt találta, hogy az újonnan diagnosztizált hipertóniás betegekkel kapcsolatos fő életmódbeli módosítás a dohányzás abbahagyása volt. Majdnem minden ötödik dohányzó leszokott, miután megtudta, hogy magas vérnyomása van. Kisebb változás volt megfigyelhető a fizikai inaktivitás csökkenésében. Azoknál a személyeknél, akik nem szedtek vérnyomáscsökkentő gyógyszert, nem volt nagyobb valószínűséggel életmódjavítás. Azok az emberek, akik vérnyomáscsökkentő gyógyszert fogyasztottak, nagyobb valószínűséggel hagyták abba a dohányzást, és nagyobb valószínűséggel növelték fizikai aktivitásukat. Az elhízottak aránya a magas vérnyomás diagnózisát követően inkább nőtt, mint csökken. A súlygyarapodás különösen jelentős volt a vérnyomáscsökkentő gyógyszert használók körében, és a legnagyobb a béta-blokkolót

használó nők körében, mely felveti a gyógyszer hatásának lehetőségét. (Neutel és Campbell 2008)

Holland mintán azt tapasztalták, hogy azok az alanyok, akik általában tudatában vannak a magas vérnyomásuknak, egészségesebb életmódot folytatnak, mint azok, akik nem. Étrendbeli változás, alacsonyabb BMI és alacsonyabb alkoholfogyasztás jellemzi őket. (Scheltens és mtsai, 2010)

2012-ben publikált adatok szerint a kanadaiak nagy része a magas vérnyomás diagnózis után változtatott az életvitelén. Akik kevesebb fizikai aktivitásról számoltak be, azok többnyire krónikus betegséget jelöltek meg okaként. Az étkezési szokások megváltoztatásának hátterében a motiváció hiányát találták. Az alacsony vágy, érdeklődés vagy tudatosság gyakran gátat szab a sófogyasztás korlátozásának, az étrend megváltoztatásának, a fogyásnak, a dohányzás abbahagyásának és az alkoholfogyasztás csökkentésének. (Gee és mtsai, 2012)

Egy Angliában 50 év fölöttiek körében végzett vizsgálat eredménye szerint a hipertóniások esetében alacsonyabb a dohányzás prevalenciája, ami a megnövekedett leszokási gyakoriságnak köszönhető. Az ülő, mozgásszegény életmód jellemző rájuk, de emögött inkább a társuló betegségek, a mozgási problémák állnak, nem pedig az a hiedelem, hogy a gyógyszereszedéssel kompenzálják az egészségi állapotot, és így nem szükséges az életmódváltás. A magas alkoholfogyasztás és a mozgásszegény életmód valószínűleg már eredetileg is hozzájárult a magas vérnyomás kialakulásához. (Steptoe és McMunn, 2009)

Iráni mintán végzett kutatás eredménye szerint a betegségről való tudás szignifikánsan nem mutatott ki viselkedésváltozást. Két csoportot hasonlítottak össze. Az egyik csoport tudott a magasvérnyomásos-betegségről, a másik csoport viszont nem tudott róla, de a vizsgálatok kimutatták a magas vérnyomást. A só-alkohol fogyasztás és a dohányzás tekintetében volt különbség a betegségükről tudók és a nem tudók között. Azok, akik tisztában voltak betegségükkel és nem szedtek gyógyszert, jobb életmódot folytattak, mint azok, akik magas vérnyomásban szenvedtek és vérnyomáscsökkentő gyógyszert szedtek. Akik nem voltak tudatában betegségüknek, magasabb szintű fizikai aktivitással rendelkeztek, mint azok, akik tudatában voltak betegségüknek. Ennek oka az életkorhoz köthető. Azok, akik nem voltak tudatában betegségüknek, fiatalabbak voltak, és nagyobb valószínűséggel végeztek nagyobb fizikai aktivitást, mint az idősebb, magas vérnyomásban szenvedők (Akbarpour és mtsai, 2018).

Egy koreai longitudinális vizsgálat során megállapították, hogy a hipertóniások körében az egészséges alanyokhoz viszonyítva, a magas vérnyomással diagnosztizált csoport

elhízottabb volt, mint a nem diagnosztizáltak csoportja. Azonban a dohányzás és az alkoholfogyasztás idővel minden résztvevőnél csökkent, a testmozgás pedig nőtt. Csoportonkénti kölcsönhatást figyeltek meg a dohányzásnál: magas vérnyomással diagnosztizált csoportban a dohányzás nagyobb mértékben csökkent. Nem találtak szignifikáns kölcsönhatásokat azonban más viselkedési formák esetében. (Ahn és mtsai, 2023)

Indonéziában hipertóniások körében végzett felmérés során pozitív összefüggést találtak a magas vérnyomással küzdők felelősségvállalása és a táplálkozás, mint egészségvédő viselkedés között. A testmozgás azonban a motiváció és tervezés hiányában kevésbé volt jellemző. (Wicaksana és mtsai, 2022)

Egy brazil vizsgálat során a beszámolókból kiderült, hogy az étrenddel kapcsolatos javaslatokat betartották, ami azonban az antropometrikus mutatókban nem mutatkozott meg. A családi támogatás fontossága például az étkezések megváltozásánál volt jelentős, de inkább, mint hátráltató tényező. A rendszeres testmozgás nem volt jellemző. (Barros és mtsai, 2014) Egy másik vizsgálat Brazíliában az találta, hogy a hipertóniások 63,8%-a nem mutatott megfelelő egészségmagatartást. A tendencia az, hogy nem hagynak fel az egészségkárosító magatartásformákkal (dohányzás, alkoholfogyasztás). Legkevésbé a zöldség- és gyümölcsfogyasztás jelent meg. A nem megfelelő viselkedésváltozást leginkább befolyásoló tényező a diagnózis óta eltelt kevés idő, a gyógyszerek nem szedése, az orvosi látogatás hiánya és a szubjektíve megélt jó egészségi állapot. (V.Dionato és mtsai, 2021)

Elnaem és munkatársai (2022) a metaanalízisükben azt találták, hogy magas vérnyomás szabályozásában az olyan tényezők, mint a szociodemográfia tényezők, komorbiditás, voltak a leggyakoribb akadályok. Ezt követték a gyógyszeres adherencia korlátai, majd az életmóddal kapcsolatos korlátok (étkezési szokások, fizikai inaktivitás), valamint a megfizethetőséghez és a hozzáférhetőséghez kapcsolódó akadályok. Az ellátás, a tudatossággal kapcsolatos akadályok (tudás, egészségműveltség) a nehezítő tényezők sorában az utolsó között szerepelt, az előírt gyógyszeres terápiával kapcsolatos akadályokkal együtt (Elnaem és mtsai, 2022).

2.7.3. Hipertóniával kezelték egészségmagatartásának háttérében meghúzó tényezők

A hipertóniával küzdők egészségmagatartásának háttérében álló tényezők is több kutatásban fellelhetők.

Egy több országon átívelő vizsgálat (Ausztria, Belgium, Anglia, Németország, Görögország, Magyarország, Hollandia, Lengyelország, Wales) a gyógyszerszedéssel kapcsolatban azt találta, hogy az alacsony életkor, az alacsony önhatékonyság és az észlelt akadályok (költségek) állnak a gyógyszerek nem szedésének háttérében. Magyarországon még a társas támogatás jelent meg, mint befolyásoló tényező: azoknál, akiknél alacsonyabb a társas támasz, magasabb a gyógyszer nem szedők aránya. (Morrison és mtsai, 2015) A betegekkel való kapcsolat kiépítése, és a személyre szabott tanácsadás javítja az önhatékonyságot, a szociális támogatást, ezáltal elősegítve a megfelelő gyógyszerszedést is. (Criswell és mtsai, 2010) A magas önhatékonysággal rendelkező felnőttek nagyobb valószínűséggel ragaszkodnak az öngondoskodáshoz a magas vérnyomás kezelésében, így célszerű olyan beavatkozások tervezése, melyek az önhatékonyságon keresztül javítanak az öngondoskodáson. (Tan és mtsai, 2021)

Wiener és munkatársai (2017) kutatási eredményei szerint, akik magas vérnyomásban szenvednek szignifikánsan nagyobb sebezhetőségről számolnak be, és alacsonyabb önhatékonyságról, mint akiknek nincs magas vérnyomásuk, ami elősegítheti az aktív életmódra való törekvést. Akiknek az orvosi kezelés hatására és az életmódváltás következtében (rendszeres fizikai aktivitás) már nem magas a vérnyomásuk, nem emelkedett a sebezhetőségük. A jelenleg magas vérnyomásúak cselekvéstervezés és önhatékonyság értékei alacsonyabbak voltak, mely nehezíti a megfelelő egészségmagatartás kialakulását. (Wienert, 2017)

Az egészségmagatartás szignifikáns kapcsolatban állt a jövedelemmel, a szociális támogatással, a magas vérnyomásról szóló ismeretekkel és az észlelt akadályokkal. A magas vérnyomásban szenvedők egészségmagatartása javítható a magasvérnyomás-betegséggel kapcsolatos ismeretek, a szociális támogatás és az észlelt akadályok csökkentésével. (Oo és mtsai, 2018). Eshah és munkatársai (2021) azonban azt találták, hogy a viselkedésváltozást a szociodemográfiai tényezők és a klinikai előzmények nem befolyásolták. Dohányzás tekintetében fordított arányosság állt fenn, miszerint ha magasabb volt a mozgás és a testsúlykontroll, kevesebb volt a dohányzás csökkentésére irányuló tendencia, aminek háttérében esetleg a vizsgálat során a nem dohányzók arányának magasabb száma is állhat. (Eshah és mtsai, 2021)

2.8. Az egészség és munka

A munkahely a Jessor elméleti modelljét alapul véve az egészségmagatartást befolyásoló tényező. A munkahely protektív faktor is lehet, hiszen többek között a biztonságos anyagi háttér megteremtésével, az élnélküliség megélésével, az önmegvalósítás lehetőségével, a kedvező társas támasszal jelentős hatást gyakorol az egészségre mind proximálisan, mind disztálisan. A munkahelyi stressz különféle módjai, a nem megfelelő modellek, normák káros irányba mozdíthatják az egészségmagatartást.

Az egészség és a munka kapcsolata alapvetően igen komplex. Önmagában az anyagi jövedelem ott számít sokat az emberek boldogságérzetében, ahol az alapszükségletek (pl. étel-miszer, otthon, szabadság) kielégítése hiányos (Gebauer, 2007). A munkahely egyrészt adja az anyagi biztonságot a megfelelő életszínvonal, az egészség feltételeinek megteremtéséhez, másrészt hozzájárulhat egy egészséges énkép kialakulásához, fenntartásához, hiszen az elvégzett munka mindig magával hozza a minősítést is, mely az önértékelés egyik alappillére. A munkafolyamatok során megélt szociális kapcsolatok, a társas támogatottsághoz járulhatnak hozzá (Naidoo és Wills, 1999). A munka így, az egészség velejárója, feltétele és fenntartója is egyben.

Az egészségnek van egy társadalmi, gazdasági vetülete. Az emberi erőforrásgazdálkodás számára jelentős tényező a dolgozók, a munkát végző, termelő emberek egészségi állapota. Színvonalas, jó munkát, csak az egészség teljes birtokában lehet végezni. A személyes erőforrásból integrálódik a szervezeti erőforrás. (Juhász, 2007) A meglévő munkaerő megőrzése kifizetődőbb, hiszen az új munkaerő toborzása és betanítása költséges, csakúgy, mint a következményes okok miatti kiesés (pl. betegszabadság, személyes konfliktus) (Malét-Szabó, 2015). A dolgozók egészségével kapcsolatban alapvetően kétféleképpen keletkezhet költség. Egyrészt a kedvezőtlen munkakörülmények rejtett költségei, hiszen nagyobb a megbetegedések, balesetek okozta hiányzások kockázata. A másik tényező, amikor a beteg, vagy sérült dolgozó nem hiányzik a munkából, pl. mert félti az állását. Ilyenkor a dolgozó feladatait nem tudja képességeinek megfelelően ellátni, csökken a teljesítménye, ezáltal romlik a termelékenység. (Gábor és mtsai, 2012) E „szükséges jelenlét” (presenteeism) mind a munkateljesítményre, mind pedig a munkavállaló egészségi állapotára kihat (Schultz és Edington, 2007). Egy hazai felmérés során megállapították, hogy a vizsgált nagyvállalat dolgozói, betegség esetén 66,2%-ban nem mentek el betegállományba. Válaszaikból kiderült, hogy a válaszadók legnagyobb százaléka az öt érő anyagi teher miatt nem ment betegállományba, de indokként a helyettesítés elmaradása, az

állás veszélybe kerülése is számottevő volt. (Kapás és Kaprielian, 1998) Ezen tényezőkből is látszik, hogy az egészségmegőrzés mind az egyén, mind pedig a munkáltató érdeke, legyen az állami vagy más fenntartású intézmény.

A munkahelyi egészségfejlesztésből fakadó nyereség szervezeti szinten és egyéni szinten való megnyilvánulását az alábbi táblázat foglalja össze (13. táblázat) (Garaj, 2015).

13. táblázat Munkahelyi egészségfejlesztésből fakadó nyereség (Galaj, 2015 alapján saját szerkesztés)

Szervezeti szinten	Egyéni szinten
• kisebb költségek; • növeli az egészségi állapottól függő eredményeket; • javul a vállalati imázs; • javul a cég pozíciója a munkaerő piacon; • növekszik a vevői megelégedettség; megteremti és javítja a vállalat jó hírét; • csökken a fluktuáció; • javítja a humánerőforrás hatékonyságát; • fokozza a termelékenységet	• kevesebb a baleset; • az egészséges munkavállalók egzisztenciális biztonságához vezet; • javuló egészségi állapot; • hozzájárul a munkavállaló munkaerő-piaci értéknövekedéséhez; • magasabb életminőség; • nagyobb munkavállalói megelégedettség;
javítja a lojalitást, az elkötelezettséget, ezzel a munkavállaló hatékonyságát és teljesítményét	

2.8.1. Az egészség-munka-hatékonyság kapcsolati modelljei

Számos elméleti modell született, hogy a munka és körülményei hogyan hatnak a dolgozó egészségére. Az egyik legismertebb modell, az 1970-es években kidolgozott Személy és Környezet Illeszkedése modellje, mely a személy és a környezet illeszkedésére helyezi a hangsúlyt. A modell azzal foglalkozik, hogy a személy készségei, képességei milyen kapcsolatban állnak a munka által adott lehetőségekkel, elvárásokkal. Optimális esetben a munkahely az egyén képességeinek megfelelő mértékben kínál lehetőséget a motiváció kielégítésére, így növeli az egyén kompetencia érzését, önértékelését, hatékonyságát (Harrison, 1978; Juhász, 2002).

A munka és az egészségi állapot közötti kapcsolat másik modellje Siegrist (1996) Erőfeszítés és Jutalom Egyensúlya modellje. E modell három fő eleme: erőfeszítés, jutalom és megküzdési komponens. Az erőfeszítéshez tartozó munkahelyi jellemzők: idői nyomás, felelősségvállalás, túlóra, fizikai megterhelés. A jutalom három lehetséges forrása pedig az anyagi juttatás, az elismerés és a karrier támogatás. A harmadik komponens a munkahelyi követelményekkel való megküzdés mintázata (Juhász, 2007; Szilas, 2014, Salavecz és mtsai, 2006).

A legtöbbet vizsgált modell Karasek (Karasek és Theorell, 1990) Megterhelés-Kontroll-Támogatás modellje, mely szerint a munkahelyi stressz a munka két alapvető jellemzőjének (megterhelés és kontroll) egymáshoz való viszonyából fakad, melynek hatását a szociális

támogatottság módosítani képes. A munkakövetelmények vagy megterhelések olyan tényezőket takarnak, mint idői nyomás, konfliktusok, túlóra, félelem az állás elvesztésétől. A kontroll, vagyis a döntési jogkör egyik tényezője arra utal, hogy a dolgozónak mennyire van lehetősége arra, hogy munkáját, aktivitását, készségeit, képességeit felhasználhassa, míg a másik tényező, a munkavégzés módja fölötti kontroll. Az egyén, illetve a szervezet képes ezen tényezők dinamikus megváltoztatására, a szociális támogatottság pedig képes moderálni a negatív irányú változásokat egy bizonyos szintig (Szabó, 2009).

A szervezeti igazságosság aspektusával foglalkozó vizsgálatok célja az igazságosság észleléséhez vezető feltételek, az igazságosság és igazságtalanság következményeinek feltárása. Megállapítható, hogy az igazságosságnak a szervezeti hatékonyság és a dolgozók jóléte szempontjából egyaránt van jelentősége. Az igazságosság vagy annak hiánya befolyásolja a szervezeti tagok elégedettségét, elkötelezettségét, engedelmességét ezen keresztül teljesítményét, de vezethet a szervezet szempontjából nemkívánatos viselkedésekhez is, például „visszavonulási reakciókhoz” (pl. hiányzás, kilépés) vagy „szervezeti megtorló viselkedéshez” (pl. személyközi agresszió, lopás, szabotázs). Az igazságosság észlelése tehát a teljesítményen és a tagok önértékelésén, jólétén keresztül is befolyásolja a szervezet működését (Sass, 2011; Szilas, 2011; Kovács, 2000).

2.8.2. Munkahelyi egészségfejlesztés

A munkahelyi egészségfejlesztés történeti előzményei a 19. századig nyúlnak vissza a munkaidő csökkentését és a gyermekmunka megszüntetését célzó állami beavatkozással. A XX. századi első nagyvállalatok számára fontossá vált a munkavédelem, mint kifizetődő és megtérülő munkáltatói érdek, illetve megjelentek a sport- és rekreációs programok (Gábor és mtsai, 2012).

Az Ottawai Charta az egészséget, az egyént övező társadalom kontextusában értelmezte (WHO, 1986). E dokumentumban a munkahely egészségfejlesztésben betöltött szerepe is megjelenik, miszerint a munka és a szabadidő az egészség forrásai kell hogy legyenek az ember számára (Kis, 2017; Kökény, 2015; Juhász, 2002). Az Egységes Európai Okmányban is megjelenik (EEO, 1986), hogy a tagállamok különös figyelmet fordítanak arra, hogy javításokat ösztönözzenek a munkakörnyezet tekintetében, a dolgozók egészségének és biztonságának védelme érdekében. Az Európai Közösség (89/391/EEC,

1989)³⁹ keretutasítása pedig pontosan meghatározza, hogy a munkáltató feladata biztosítani a dolgozók egészségét, biztonságát, a megelőzés elvén alapulva. A kockázatok értékelésére, leküzdésére, elkerülésére irányuló lépéseket ír elő (Juhász, 2007; Salavecz és mtsai, 2006; Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2007). A Maastrichti és az Amszterdami Szerződésben a tagállamok kinyilvánították szándékukat egy aktívabb egészségpolitikára és hatékonyabb egészségügyi együttműködésre (EU, 1992, 1997; Gábor és Kiss, 2009). A közös együttműködés és a tapasztalatok megosztása kapcsán 1996-ban megalakult a Munkahelyi Egészségfejlesztés Európai Hálózata (ENWHP). A cél, hogy a tagok közötti információ- és tapasztalatcsere révén meghatározza, és elterjessze a példás munkahelyi egészségfejlesztési programokat, beavatkozásokat (ENWHP, 2004; Juhász, 2007). A Luxemburgi Deklaráció szerint *„a munkahelyi egészségfejlesztés a munkaadók, a munkavállalók, és a társadalom valamennyi olyan együttes tevékenységét jelenti, amely a munkahelyi egészség és jóllét javítására irányul. A cél eléréséhez szükséges három eszközrendszer együttes alkalmazása szükséges: 1. munkaszervezet javítása; 2. a dolgozói részvétel biztosítása; 3. a személyi kompetencia fejlesztése”* (EU, 2007. 2.o.; Gábor és Kiss, 2009. 6.o.). Az Európai Tanács 2001-ben kiadott Zöld könyve szerint egyetemleges felelősség áll fenn az élet-és munkakörülmények terén is (EU, 2001; Gábor és Kiss, 2009). Az utóbbi évtizedekben jól látszik az egészséghez köthető szemléletváltozás és a növekvő felelősségérzet az osztársadalmat érintően. Az EU egészségügyi programjai 2003 óta olyan tudásanyagot hoztak létre, amelyekre a politikai döntéshozók és kutatók bátran támaszkodhatnak és építkezhetnek. Napjaink meghatározó népegészségügyi programjainak meghatározó célkitűzése az egészségbarát kormányzás megvalósítása (Vokó, 2019).

TWH program

A TWH program⁴⁰ az Egyesült Államok Nemzeti munkahelyi Biztonsági és Egészségügyi Intézete (NIOSH) által készített útmutató, amely a munkavállalók biztonságát, egészségét és jóllétét helyezi a középpontba (NIOSH, 2016). 5 fő alapelve fogalmazódott meg:

1. *A vezetői elkötelezettség* a munkavállalók biztonsága és egészsége iránt. A vezetőknek megfelelően kell képviselniük és kommunikálniuk ezen értékeket. A középvezetőknek kiemelt szerepük van, hiszen kritikus szerepet játszanak a munkavállalók aktív

³⁹A Tanács 89/391/EGK irányelve (1989. június 12.) a munkavállalók munkahelyi biztonságának és egészségvédelmének javítását ösztönző intézkedések bevezetéséről.

⁴⁰ Total Worker Health

részvételében. A vezetői elkötelezettség, a vezetői stílus és az elszámoltathatóság fontos pontjai a programnak. Figyelemmel kell lennie az olyan csoportok részvételének biztosítására, akik pl. a munkarend, vagy pénzügyi okok miatt kevésbé tudnak részt venni a programokban. Felelős vezetői szintű ajánlás többek között, a támogatás biztosítása, annak kommunikációja, ezen értékek megjelenése a szervezet küldetésében, a teljesítményértékelésbe való beillesztése az egészségmegőrzésnek, a források biztosítása.

2. *Munkaszervezési és biztonsági veszélyek kiküszöbölése.* A munkavégzés során fellelhető egészségre ártalmas tényezők csökkentése, illetve a stressz és a jóllétet negatívan befolyásoló tényezőinek minimalizálása.
3. *Dolgozói elkötelezettség támogatása.* A programok tervezésében, végrehajtásában, és értékelésében való aktív részvétel. Ösztönzési rendszer kidolgozása.
4. *A munkavállalók adatainak a védelme.*
5. *A munkahelyi programok, gyakorlatok integrálása.* A munkabiztonság, a humán erőforrás, az egészségügy területeinek összekapcsolása.

2.8.3. Külföldi rendvédelmi egészségfejlesztési programok

Amerikában, 2010-ben jóváhagyott rendvédelmi környezetben megvalósuló SHIELD⁴¹ munkahelyi egészségfejlesztési program, az étrendre, a fizikai aktivitásra, a testtömegre, az alvás javítására, valamint az egészségtelen stresszre és az olyan magatartásformák hatásainak csökkentésére összpontosított, mint a dohányzás és alkoholfogyasztás. A program 12 hetes heti egyszeri 30 perces csoportalapú program. Kiscsoportos formában dolgoztak, mely elősegítette a támogatottságot és az elszámoltathatóságot. Megvitatták a heti célokat és a célok eléréséhez kapcsolódó stratégiákat. Célokként fogalmazták meg, pl. napi 10000 lépés elérését, 5 adag gyümölcs- és zöldség fogyasztását, 24 óránként legalább 7 óra alvást. A táplálkozási program mind az oktatásra, mind a viselkedésváltoztatási stratégiákra, a táplálkozási döntésekre és választásokra figyelt a munkahelyi és otthoni környezetben egyaránt. A csapatokon és résztvevőkön múlt, hogy elérik-e ezeket az életmódcélokat. Különböző követési időpontokban (6 hónap, 1 év, 2 év) nézték a program hatását. A zöldség- és gyümölcsfogyasztás, az egészségesebb táplálkozás az összes követési időpontban szignifikánsan javult. Csökkent az dohányzás és az alkoholfogyasztás. Az

⁴¹ SHIELD Safety & Health Improvement: Enhancing Law Enforcement Departmentst

alvás, a stressz és az általános egészségi változók a 12 és 24 hónapos utánkövetésnél már nem voltak megfigyelhetők. (Kuehl és mtsai, 2014, 2016)

Azok a beavatkozások, amelyek több viselkedésre összpontosítanak, szinergikus hatást fejthetnek ki. Baco Raton (Florida) programjában az egészséges táplálkozást támogatták, a baleseteket elemezték és bevezették a dohányzás teljes tilalmát. A program fő elemeként heti 3 órát tölthetnek el a rendőrök a munkaidejük terhére saját fizikai erőnlétük javítására, megőrzésére, szigorú szabályzók mellett. Kijelölt létesítményekben lehetett sportolni, folyamatos rendelkezésre állással. A fegyver elhelyezésére is szigorú előírások voltak. A kijelölt városi edzőtermekben képzett oktatók is rendelkezésre álltak. A kisebb csoportokon belül a munkatársak részvétele motiváló volt a többiek számára is, elősegítve az egészség csoportkultúráját. A program során, az egészséges kultúra kialakítása és a program iránti elkötelezettség növelése volt a fókuszban nem pedig a lehetséges visszaélésekkel való törődés. A tapasztalatok szerint a fittségen túl kedvező hatással volt a program a toborzásra és az állomány megtartására is. (Kuhns és mtsai, 2015)

Prince George's County-ban (Maryland) az Arrive Alive program mottója: „Csatold be! Lassíts! Figyelj!” A program a rendőrök járművezetési biztonságának javítását célozta, hogy csökkentsék a közlekedéssel összefüggő haláleseteket, baleseteket. A program során elrettentő videókat néztek meg. Plakátokat, matricákat használtak, hogy folyamatosan felhívják a figyelmet a biztonságra. A különböző osztályokon folyamatosan nyommonkövették a balesetmentes napok számát ezzel mintegy versenyhelyzetet teremtve az osztályok között. (Kuhns és mtsai, 2015)

Reno-ban (Nevada) a SpecialtyHealth program egyik központi eleme az inzulinrezisztencia csökkentése, mely során az érintettek speciális odafigyelést kaptak. A program keretében negyedévente különféle típusú egészséggel kapcsolatok információkat osztottak meg. Előadókat hívtak meg a rendőrök és családtagjaik részére pl. a táplálkozással, testmozgással, alvással, mentális egészséggel kapcsolatban. Együttműködési megállapodást kötöttek az edzőtermek tagsági díjának kedvezményével kapcsolatban. (Kuhns és mtsai, 2015)

Olaszországban fél éves időperiódusban hirdették meg a programot, amely a munkaidőn túl heti 1,5 órát vett igénybe. Különféle tanfolyamokra volt lehetőség: testtartást javító torna, tai chi chuan, teljes test átmozgatása, ezek a programok a fizikai erőnlétet javították. A mentális jólléthez kapcsolódóan a kollégák autogen tréningre, jógára, dinamikus meditációra jelentkezhetek. A program során a résztvevők jóllétérzése növekedett, nőtt az adaptív megküzdési stratégiák használata. (Acquadro Maran és mtsai, 2018)

A sikeres programok nagyon fontos közös jellemzői közé tartozik a vezetői támogatás, valamint az egészségügyi és biztonsági előírások folyamatos fejlesztése. Az ajánlásokban szerepel az edzés támogatása (pl. Jiu jitsu edzés), a mentálhigiénés segítség lehetősége mellett a társas támasz segítése és egyéb speciális programok is. (Buchanan, 2025)

2.8.4. Munkahelyi egészségfejlesztés Magyarországon

Hazánkban egy 1893-ban elfogadott törvény az Iparfelügyelet feladatává tette a munkakörülmények és munkakörnyezet felügyeletét (Gábor és Kiss, 2009). Magyarország volt az egyetlen Kelet-Közép-Európai ország, amely 1986-ban jelen volt az Ottawai Charta megszületésénél és alig egy évvel később, az új irányvonalat követő önálló egészségfejlesztési kormányprogrammal állt elő. Ennek szellemében született az 1063/1987. (XII. 10.)⁴² minisztertanácsi határozat, mely az egészségmegőrzés hosszú távú társadalmi programjáról szól (Kökény, 2015). Később, az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvénybe⁴³ is bekerült az Ottawai Chartának megfelelő egészségfejlesztés fogalma (37. § (1) - (2) bekezdése).

Magyarországon a Munka Törvénykönyve (2012. évi I. törvény)⁴⁴ és a Munkavédelmi törvény (1993. évi XCIII. törvény)⁴⁵ is előírja, hogy a munkát végzőknek joguk van a biztonságos és egészséges munkafeltételekhez. Ennek biztosítása elsődlegesen a munkáltató feladata. E feladat keretében a munkahely kialakításánál, a munkaeszközök és munkafolyamat megválasztásánál a munkáltató többek között az emberi tényezőket is köteles figyelembe venni.

A 1993. évi XCIII. törvény a munkavédelemről című munkavédelmi törvény kitér a pszichoszociális faktorokra, amelyet a következőképpen értelmeztek: „*a munkavállalót a munkahelyén érő azon hatások (konfliktusok, munkaszervezés, munkarend, foglalkoztatási jogviszony bizonytalansága stb.) összessége, amelyek befolyásolják az e hatásokra adott válaszreakcióit, illetőleg ezzel összefüggésben stressz, munkabaleset, lelki eredetű szervi (pszichoszomatikus) megbetegedés következhet be*”. A jogalkotás is elismeri, hogy a munkavégzés túl hosszú időtartama és a nem megfelelő munkakörülmények növelik az egészségkárosodás kockázatát (Salavecz, 2011). A jogalkotási folyamatok során napjainkra fokozatosan megvalósult a hazai jogszabályok Európai Unió jogharmonizációja. A '90-es

⁴² 1063/1987 (XII. 10) miniszteri határozat – nem hatályos

⁴³ 1997.évi CLIV. törvény az egészségügyről

⁴⁴ 2012. évi I. törvény a munka törvénykönyvéről

⁴⁵ 1993. évi XCIII. törvény a munkavédelemről

évektől pedig elkezdődtek a népegészségügyi programok. A 2003-ban elfogadott Nemzeti Népegészségügyi Program (Az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programja) (46/2003. (IV. 16.) OGY határozat⁴⁶), egyik alappillére az egyének, csoportok, intézmények és közösségek részvétele és felelőssége az egészségfejlesztésben. Az ezt követő években az újonnan megjelenő Nemzeti Programokban folyamatosan fókuszban volt az egyén egészségére való törekvésnek a társadalmi kontextusba ágyazása.

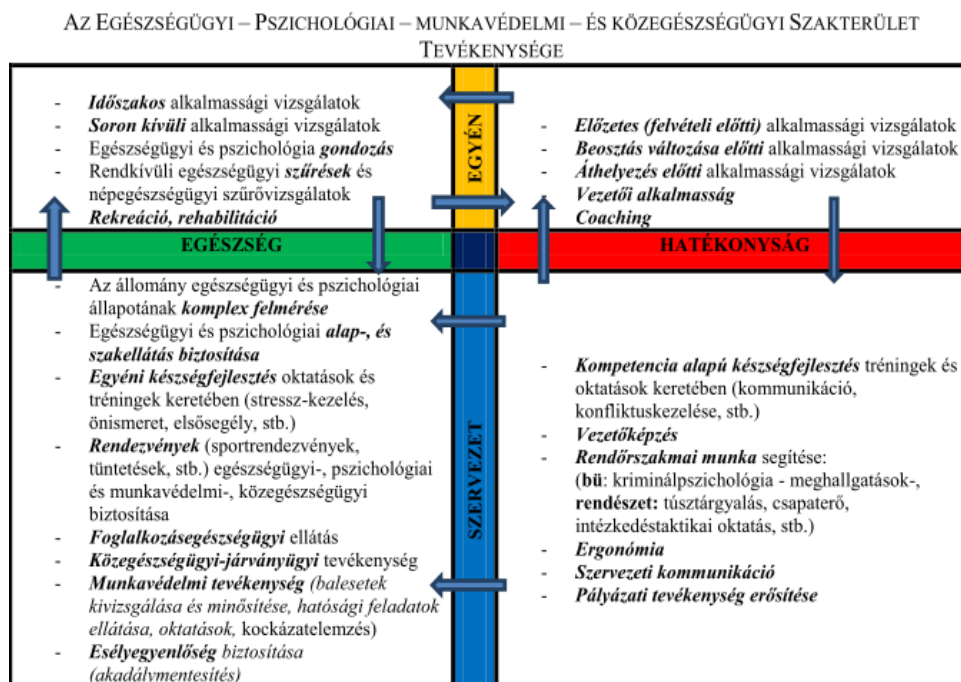
2.8.5. Munkahelyi egészségfejlesztés a Rendőrségnél

A Rendőrség a régmúlt időkben a fizikai egészségre helyezte a hangsúlyt. A pszichés alkalmasság és gondoskodás központi megfogalmazása a 1990-es évek közepén történt. A 2000-es években egyre inkább körvonalazódott, a pszichológiai szakszolgálatok feladatköre, melyben helyet kapott az egészségmegőrzés és az egészségfejlesztés is. Hosszú út vezetett ahhoz, hogy a fizikai egészségi állapotból kiindulva a pszichológiai egészség tekintetbe vételén át, ma egy komplex kiválasztási eljárás nyújt segítséget az alkalmassági vizsgálatok során. (Isd. A Rendőrség alkalmasságvizsgálati rendszere fejezet) 2017-ben lett jóváhagyva a népegészségügy általános céljaival összhangban „*A Rendőrség Egészségfejlesztési és Egészségvédelmi Programja 2017-2021*” (Élet-Erő-Egészség Program) (ORFK Személyügyi Főigazgatóság, 2016). A Rendőrség már korábban is számos egészségfejlesztést és egészségmegőrzést segítő lehetőséget és programot biztosított az állomány részére, így a program elsődleges célja a működő egészséget támogató programok fenntartása, végrehajtási elveinek országos szintű egységesítése, valamint új programok bevezetése.

A Rendőrség egészségfejlesztési programjait Malét-Szabó Erika ágyazta elméleti keretbe, Segal hatékony munkahelyi egészségfejlesztési modelljére (Segal, 1995) alapozva (12. ábra). E tevékenységi alapmodell célja, hogy egységes rendszerben ábrázolja a magyar rendőrségen folyó pszichológiai, egészségügyi és munkavédelmi tevékenység egészségre és hatékonyságra gyakorolt hatásait, mindezt az egyén, és a szervezet szintjén (Malét-Szabó, 2015; Erdős, 2020).

⁴⁶ 46/2003. (IV. 16.) OGY határozat - az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjáról

12. ábra A Rendőrség egészségfejlesztési programjai Malét-Szabó Tevékenységi Alapmodell rendszerében (Malét-Szabó, 2015.11.o.)



Az egyik főtengelyen a támogatandó, fejlesztendő terület áll, melynek célpontja az egyén vagy a szervezet, a másik tengelyen pedig a fókusz az egészségen, illetve a hatékonyságon van. Természetesen ezek a területek szoros, kölcsönös viszonyrendszerben vannak egymással.

Az egyén és hatékonyság metszetében szerepelnek azon tevékenységek, melyek azt a célt szolgálják, hogy a megfelelő helyre a megfelelő kompetenciával bíró dolgozók kerüljenek. Az egyén és az egészség metszéspontjában azon tevékenységek vannak, melyek célja az egyén egészségének megőrzése, a problémák, sérülések helyreállítása. A rendvédelemben felismerték ennek fontosságát, hiszen a teljes állomány számára biztosított az egészségügyi és pszichológiai ellátás, a rekreáció és a rehabilitáció. E szolgáltatások ilyen jellegű kiépített rendszere és hagyománya máshol nem található (pl. civil szférában).

A szervezet és egészség metszéspontjában a szervezet egészséges működése áll. A szervezeti felmérések mentén született változások, valamint a tapasztalatokra épülő munkahelyi képzések. Ide tartoznak a foglalkozásügyi, közegészségügyi és járványügyi, valamint munkavédelmi tevékenységek, a különböző rendezvények.

A szervezet és hatékonyság metszéspontjában lévő tevékenységek alapvetően arra irányulnak, hogy a különböző képzési formákon keresztül (pl. vezetőképzés, kompetencia

alapú készségfejlesztés) hatással legyenek a szervezet működésére és az egyén egészségére (Malét-Szabó, 2015).

A 2017-ben jóváhagyott egészségfejlesztési és egészségvédelmi program, pontokba szedte az addig is meglévő, rendelkezésre álló elemeket, illetve meghatározta a bevezetésre kerülő rendszer elemeket. Az egészségfejlesztési terv alapvetően az egyént helyezi a középpontba. A cél az egyén egészséggel kapcsolatos tudatosságának fokozása, az ismereteiknek a bővítése. Az életstílus megváltozását segítő tényezők előtérbe helyezése.

Bár a programba nem került be, de rendszerszintű és szemléletformáló változást hozott a 2015-ben bevezetett új egységes belügyi vezető-kiválasztási rendszer is (Malét-Szabó, 2021). E rendszer az egyén és hatékonyság metszetének egy számottevő eleme, mely segíti a megfelelő munkamotiváció fenntartása mellett a kiégés megelőzését, a megfelelő mentális egészség megőrzését.

Az egészségfejlesztés fontosságát, és annak kutatása iránti igényt jelzi, hogy egyre több a Rendőrség körében végzett kutatás, melyek értékes eredményekkel szolgálnak a Rendőrség állományában dolgozók egészségi és pszichés állapotát érintően.

A FÜV⁴⁷ eljárást bár nem tartalmazza az egészségfejlesztési program, mégis megítélésem szerint fontos mozzanata az egészség támogatásának. Szorosabban a rendőri életpályamodellhez kapcsolódik. 2016-ban a kormány a rendvédelmi egészségkárosodási keresetkiegészítés és járadék bevezetése mellett döntött. A keresetkiegészítés célja, hogy a dolgozó az egészségi állapotának megfelelő munkakörben, jövedelemcsökkenés nélkül az állományban szolgálhasson tovább. Ha az egészségkárosodás mértéke nem teszi lehetővé a továbbfoglalkoztatást, egészségkárosodási járadékra válhat jogosulttá a dolgozó. (Országgyűlés, 2018).

2.8.6. Munkahelyi egészségfejlesztés a Szabolcs-Szatmár-Bereg Vármegyei Rendőrfőkapitányság állományában

Szabolcs-Szatmár-Bereg vármegyében 2008-tól a határőrség rendőrségbe olvadásával az egészségügyi tevékenységek köre és az egészségügyi területen dolgozók száma gyarapodott. A nemzetközi és magyar trendekhez való igazodás, majd az Élet-erő-egészség program egyre kifejezőbbé tette a preventív munka fontosságát, az állomány egészségének

⁴⁷ FÜV eljárás: megváltozott egészségi állapotú állománytagok felülvizsgálata 2/2021. (I. 14.) BM rendelet a belügyminiszter irányítása alá tartozó rendvédelmi feladatokat ellátó szerveknél foglalkoztatott hivatásos szolgálati jogviszonyban állók és rendvédelmi igazgatási alkalmazottak egészségügyi és pszichológiai ellátással összefüggő kérdéseiről

megőrzését és visszanyerésének támogatását. Az egészségfejlesztés több, egymástól eltérő, ugyanakkor egymást kiegészítő tevékenységet ölel fel.

Az országos szintű munkavédelmi, és közegészségügyi szakmai felügyeleti rendszer részeként a vármegyében is munkavédelmi felügyelő munkája járul hozzá a nem veszélyeztető és biztonságos munkakörnyezet kialakításához. (A munkakörnyezet megfelelőségére vonatkozó hatósági és nem hatósági jellegű helyszíni ellenőrzések végrehajtása; munkakörnyezet kockázatértékelés elvégzése; szükséges egyéni védőeszközökkel történő ellátása; munkakörhöz kötött védőoltások biztosítása; téli, nyári védőitallal történő ellátás)

A vármegyében, a jogszabályokban és a belső normákban meghatározottak szerint egészségügyi szolgálat működik. Két telephelyen (Nyíregyháza, Nyírbátor) alap- és foglalkozás-egészségügyi illetve háziorvosi ellátás érhető el. Mindkét telephelyen fogászati praxis is van. Az orvosi időszakos vizsgálatok alkalmával számtalan kivizsgálásra – laborvizsgálatok, szűrővizsgálatok, szakorvosi konzíliumok elvégzésére – kerül sor. A férfiak 50 éves kor fölött, részt vesznek az urológiai szűrővizsgálaton, illetve az ehhez csatlakozó PSA (Prostata-specifikus antigén) vizsgálaton. A védőoltási kampányok szervezése és lebonyolítása is kiemelt feladat. Fogászati szakterületen nagy a hangsúly a szűréseken való megjelenésen ezáltal is a prevenciót részesítve előnyben. A dolgozók egészségügyi gondozáson való megjelenése példaértékű. Egyre több esetben kell kiemelni a vidéki állományból a gondozásra szoruló betegeket, akiknek kivizsgálása, terapizálása további nyomon követése gondozása is a vármegyei orvosi ellátásra hárul. A személyi állomány részére az időszakos alkalmassági vizsgálatok során – a rendelkezésre álló szakorvosi leletek, a fizikális vizsgálat, valamint az anamnézis alapján – egészségmegőrzési – egészségfejlesztési tanácsadás is történik. Alapvetően az egyénre szabott orvosi tanácsadás keretében zajlik az állomány megfelelő egészségkultúrájának a kialakítása, megőrzése. Cél, hogy az egészség értéként jelenjen meg, értve ezalatt mind a fizikai és mind a mentális egészséget. Az internetes platformok, az egészségügy területén kihelyezett plakátok, ismeretterjesztő anyagok további lehetőséget adnak az ismeretek bővítésére.

A sportolási lehetőségek igénybevételére országosan a hivatásos állománynak a fizikai állóképességük fenntartása vagy javítása céljából heti 2 óra munkakedvezmény biztosított. A vármegyében több helyen is rendelkezésre áll a rendőrség épületében sportolási lehetőség (Nyíregyháza Rendőrkapitányság, Tiszavasvári Rendőrkapitányság, Nyírbátori Objektum Oktatási csoport, Barabás Határrendészeti Kirendeltség, Beregsurány Határrendészeti

Kirendeltség, Csenger Határrendészeti Kirendeltség, Fehérgyarmat Rendőrkapitányság, Kölcse Határrendészeti Kirendeltség, Mátészalka Rendőrkapitányság, Záhony Rendőrkapitányság, Záhony Határrendészeti Kirendeltség).

A rendőrség és a városi sportlétesítmények jó kapcsolata lehetővé teszi, hogy helyi szinten a rendvédelmi dolgozók kedvezményesen használhassák a sportolási lehetőséget biztosító intézményeket pl. Nyíregyháza Rendőrkapitányság az egyetemi uszodában bérlet kedvezményben részesül; Záhonyban a Határrendészeti kirendeltségen a konditerem mellett ping-pong asztal, szauna is található és kedvezményesen használhatják az önkormányzati sportlétesítményeket is. A nyíregyházi strand a rendőrségi dolgozóknak a nyári időszakban biztosít kedvezményes belépőjegyet. Több fitnesszterem is kedvezményt biztosít a rendőrségi dolgozóknak.

Az Oktatási és Képzési Alosztály szervezésében a vármegye több országos fegyveres testületek által szervezett sportprogramon is képviseltette magát (pl. fekvenyomó verseny, labdarúgó kupa). Ősszel megrendezésre került a Beregi Kör kerékpár teljesítmény túra, mely a dolgozóknak és családtagoknak nyújt lehetőséget az aktív kikapcsolódásra.

A jogszabályokban meghatározottak alapján a Rendőrség személyi állománya igényjogosultként ellátást kaphat és igénybe veheti a MH Egészségügyi Központ Honvédkórház és intézményei ellátó rendszerét is. Szerződés alapján lehetőség van a Hévízi rekreációs programban való részvételre is.

A pszichológia szakterületen dolgozó pszichológusok az alkalmasságvizsgálatok kapcsán felméri a pszichés állapotot, illetve feltárják az esetleges problémákat. A vármegyében jelenleg 4 klinikai szakpszichológus és 1 pszichológus látja el a feladatokat. A személyes és munkahelyi problémák pszichoterápiás vezetése, illetve az orvossal együttműködve a különböző krónikus betegek pszichés vezetése, az egészségmegőrzés támogatása biztosított ezáltal.

A Szabolcs-Szatmár-Bereg Vármegyei Rendőr-főkapitányságon megvalósuló egészségfejlesztési programban szereplő egészségfejlesztési tevékenységek Malét-Szabó (2015) tevékenységi alapmodelljében gondolkodva a 13. sz. ábra szerint vázolhatók fel.

13.ábra Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Rendőr-főkapitányság egészségfejlesztése Malét-Szabó Tevékenységi Alapmodell rendszerében (Ambrusz és mtsai, 2022.1515.o.)



A vármegyében megvalósult egészségfejlesztési intézkedések mind egyéni, mind csoportos szinten célozzák az egészségtudatosság növelését, az ismeretek bővítését. E kutatási eredményeket felhasználva, az állomány egészségmagatartását feltérképezve, képessé válhatunk arra, hogy vármegyei szinten célzottabb intézkedések kerüljenek bevezetésre.

3. A kutatás

3.1. A kutatás folyamata

A vizsgálat során célul tűztem ki, hogy kérdőíves módszerrel a Szabolcs-Szatmár-Bereg vármegye teljes rendőri hivatásos állományának az egészségmagatartását feltérképezsem. (A rendvédelmi szolgálati igazgatási jogviszonyban dolgozók és a munkavállalók nem tartoztak a vizsgálati populációba.)

A hivatásos állomány tagjai számára a kötelező pszichológiai alkalmasságvizsgálat⁴⁸ keretében került sor a papír alapú kérdőív kitöltésére. A kitöltés megkezdése előtt a kutatásban részt venni szándékozók írásbeli és szóbeli tájékoztatást kaptak a kérdőívről, annak önkéntességéről. A kitöltők a részvételt írásbeli beleegyezés után kezdhették meg. A kérdőív kitöltése körülbelül 20 percet vett igénybe.

2020. évben indult a vizsgálat, ami a Covid-19 járvány első éve volt. A vizsgálat 2020 márciusától tartott, addig, amíg a járványügyi helyzet lehetővé tette az alkalmassági vizsgálatokat, a személyes megjelenést. Tervezetten 2020-21. években a teljes állomány felmérésére sor kerülhetett volna a kétéves alkalmasságvizsgálati ciklus során. A Covid-19 világjárvány miatt a pszichológiai vizsgálatokon való megjelenés azonban többször időszakosan felfüggesztésre került, így a 2022. évben is történtek vizsgálatok, hogy a teljes állomány felmérése megtörténhessen.

A Szabolcs-Szatmár-Bereg vármegye rendőri hivatásos állománya kb. 2200 fő. 3 év alatt mindenki megkapta a kérdőívet, hogy kitölthesse. 2020-ban 784 kérdőív, 2021-ben 951, 2022-ben 388 kérdőív adatai kerülhettek felhasználásra. Kizárásra kerültek azok a kérdőívek, amelyek a hiányos kitöltés miatt részben sem felhasználhatóak. Így összesen 1719 kérdőív az, ami releváns adatokat tartalmaz az adattisztítás után. Bizonyos kérdésekre azonban nem válaszolt minden kitöltő, ezért az egyes kérdéseknél külön is feltüntettem a válaszszámot. A válaszadási arány hozzávetőlegesen 77%.

A vizsgálatot az Egyesített Kutatás Etikai Bizottság (EPKEB) engedélyezte (referencia szám:2021-70 (2020/24 módosítása).

⁴⁸ A kutatás megkezdésekor érvényben lévő 57/2009. (X. 30.) IRM-ÖM-PTNM együttes rendelet és a 2021. január 1-én hatályba lépő 45/2020. (XII. 16.) BM rendelet a rendvédelmi hivatásos állomány egészségi, pszichológiai és fizikai alkalmasságvizsgálatának rendje alapján

3.2. A vizsgálati minta

A kérdőívben a hagyományos szocioökonómiai jellemzőkön túl (nem, korcsoport, iskolai végzettség) az állományban eltöltött idő és a munkarend is szerepelt.

A válaszadók 86,1 %-a (n= 1480) férfi, 13,7% -a nő (n=236) (14. táblázat, 12. ábra). A mintában a férfiak elemszáma jóval nagyobb, mint a nőké, ami megfelel a rendvédelemben tapasztalt arányoknak.⁴⁹

14. táblázat Nemi megoszlás (leíró statisztikai adatok)

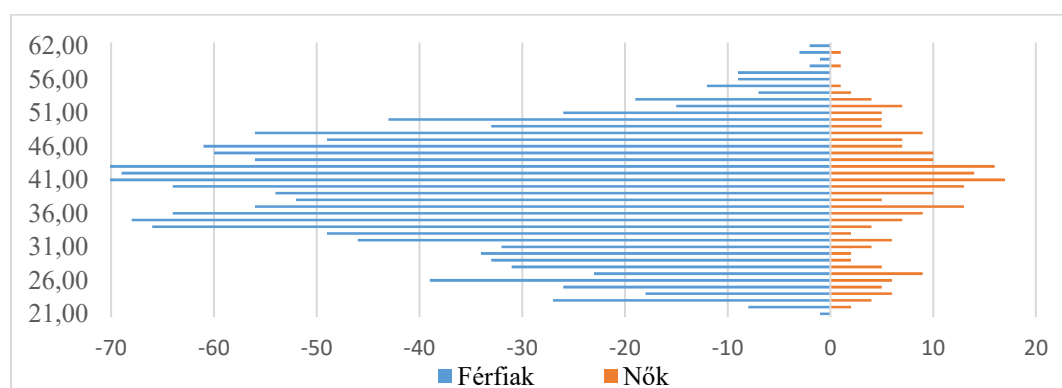
Férfi	86,1% (n=1480)
Nő	13,7% (n=236)
nincs adat/nem válaszolt	0,2% (n=3)

Életkor tekintetében a legfiatalabb kitöltő 21 éves, a legidősebb 62. Az átlagéletkor 39,18 év (SD=8,13) (15. táblázat, 14. ábra). A mintában a 41-45 éves korosztály képviselteti magát a legnagyobb arányban. A férfi válaszadók csaknem negyede (22,7%, n=335) 41-45 év közötti. Nők esetében is ez a korosztály adja a női válaszadók 28,3%-át (n=67). 55 év fölöttiek azonban szinte hiányoznak, ennek oka lehet vélhetőleg a korkedvezményes nyugdíj 2011-ig való megléte.

15. táblázat Életkor szerint a férfiak és nők megoszlási aránya (leíró statisztikai adatok)

Életkor	Férfi	Nő
18-25	5,4% (n=80)	7,1% (n=17)
26-30	10,8% (n=160)	10,0% (n=24)
31-35	17,7% (n=261)	9,7% (n=23)
36-40	19,5% (n=290)	21,1 (n=50)
41-45	22,7% (n=335)	28,3% (n=67)
46-50	16,3% (n=242)	14,0% (n=33)
51-55	5,4% (n=79)	8,0% (n=19)
56-60	1,6% (n=24)	0,8% (n=2)
61-	0,1% (n=2)	0,4% (n=1)
Nincs adat	0,5% (n=7)	

14. ábra Korfa



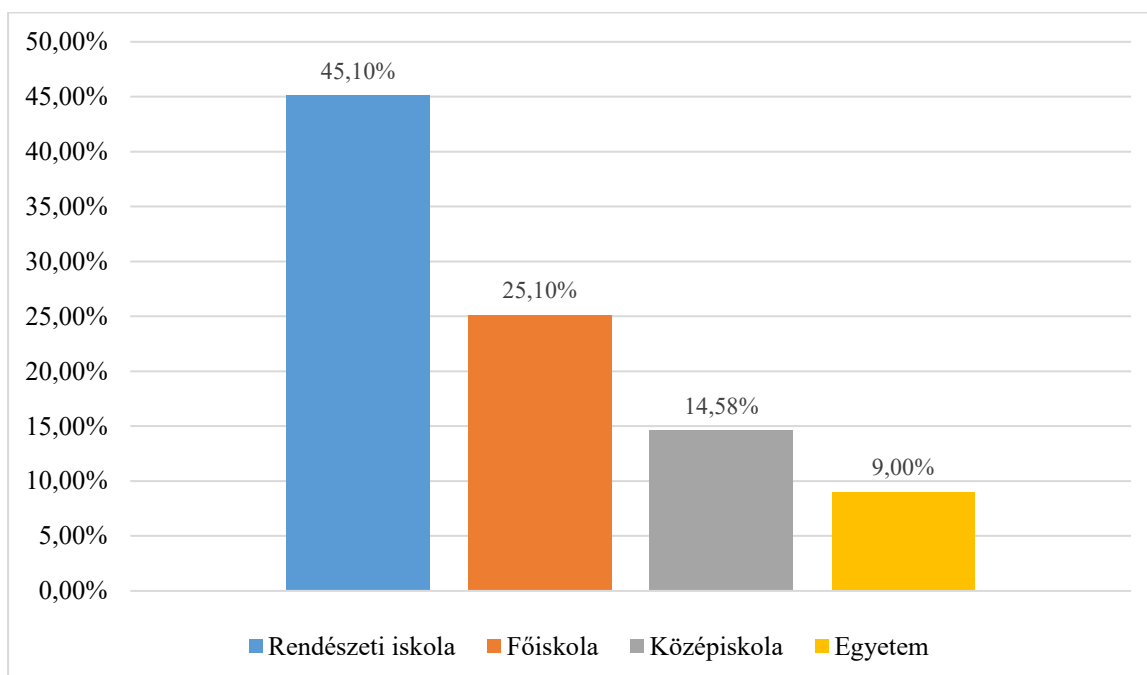
⁴⁹ A rendvédelemben annak ellenére, hogy a nők aránya folyamatosan nő, még mindig a férfiak vannak túlsúlyban. 1994-ben a hivatásos szolgálati jogviszonyban lévők 8,4%-a volt nő, míg 2004-ben ez az arány 16% volt (Sárközi, 2008). Más forrás szerint 2004-ben 17% volt ez az arány, amely 2012-re 30%-ra nőtt (Földesi, 2013).

Rendőrként a legalacsonyabb iskolai követelmény a középfokú, érettségivel rendelkező végzettség, így sem általános iskolai, sem érettségi nélküli képzésben résztvevők nem szerepelnek az adatok között (16. táblázat, 15. ábra). A minta javarésze (59,6%) középfokú végzettséggel rendelkezik, mely érettségi (14,5%, n=250) vagy rendőr szakmai képesítés⁵⁰ (45,1%, n=775). Felsőfokú végzettséggel a válaszadók harmada rendelkezik (34,1%), jellemzően inkább főiskolai végzettséggel (25,1%, n=432), mint egyetemi végzettséggel (9,0%, n=154) ⁵¹.

16. táblázat Iskolai végzettség szerint gyakoriság (leíró statisztikai adatok)

Középfokú, érettségivel	14,5% (n=250)
Rendészeti iskola	45,1% (n=775)
Főiskola	25,1% (n=432)
Egyetem	9,0% (n=154)
egyéb	0,2% (n=4)
nincs adat/nem válaszolt	6,04% (n=104)

15. ábra Iskolai végzettség szerinti gyakoriság (leíró statisztikai adatok)



⁵⁰ Ezen képzőhelyek érettségire épülő rendőr szakképesítést (OKJ-s) adnak az elvégzőiknek. Elnevezésük az elmúlt évek során a közoktatási rendszer iskolatípus-megnevezések változási alkalmával folyamatosan változtak az elmúlt évtizedekben: rendészeti szakközépiskola – rendészeti szakgimnázium – rendvédelmi technikum (jelenlegi megnevezés). A képzőhelyek száma folyamatosan csökken, illetve nem csupán iskolarendszerű, hanem iskolarendszeren kívüli képzési formák is léteznek (napjainkban a rendvédelmi technikumok mellett a Rendőrképző Akadémiákon van lehetőség az ilyen képzéseken való részvételre).

⁵¹2012-ben a felsőoktatásban történt változások miatt 2012 óta a Nemzeti Közszerületi Egyetem Rendészettudományi Karán (NKE RTK) folyik a rendészeti felsőoktatás. Addig, az 1971-ben megalapított Rendőrtiszt Főiskola biztosította a rendészeti felsőoktatást hazánkban. (Christian és Erdős, 2020)

A rendvédelemben dolgozók különféle munkarendekben dolgozhatnak.

A kérdőívben az alábbi leggyakrabban előforduló munkarendek szerepelnek:

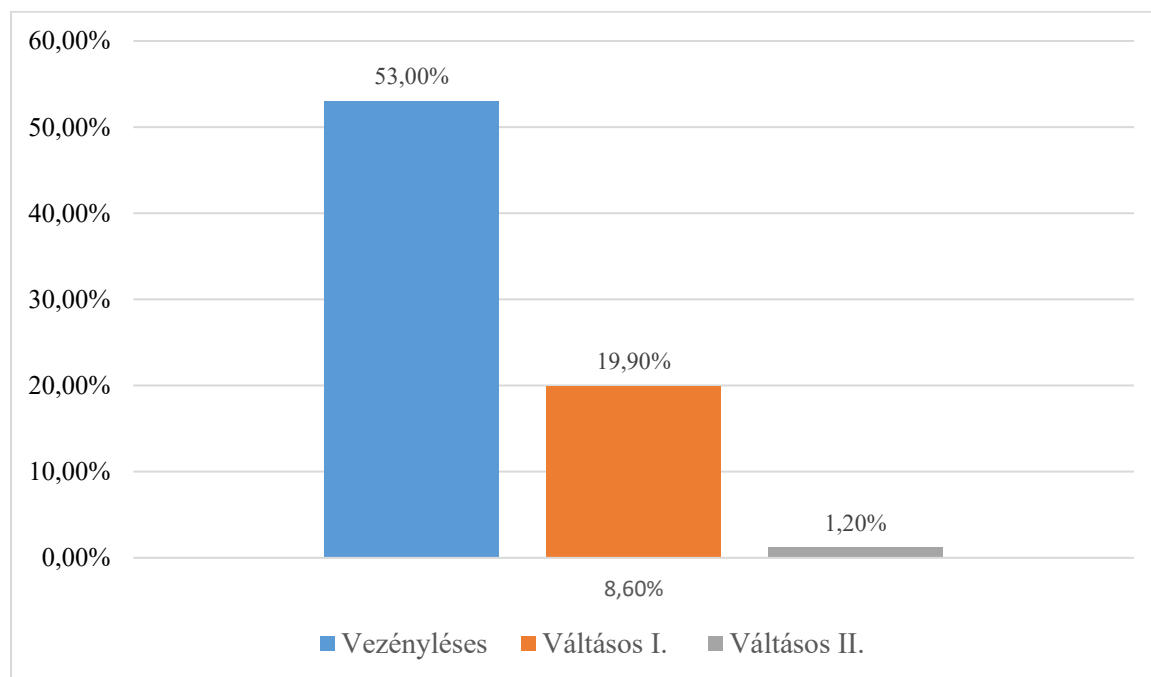
- Hivatali: hétfőtől-péntekig 8 és 16 óra között
- Vezényléses: gyakorlatban legtöbbször a hivatali munkarendnek felel meg, de bármikor változtatható az időbeosztás, szolgálati érdektől függően
- Váltásos 1.: 12/24 órás szolgálat
- Váltásos 2.: 24/48 órás szolgálat

A munkarendet tekintve (17. táblázat, 16. ábra) a legtöbben, a válaszadók 53,0%-a (n=911) vezényléses munkarendben teljesít szolgálatot. Hivatali munkarendben az állomány 8,6%-a (n=147) dolgozik. 19,9% (n=342) pedig 12/24 Váltásos 1. munkarendben teljesíti szolgálati feladatait. A vezényléses és a Váltásos 1. munkarendben dolgozók a minta közel háromnegyedét jelentik. Elenyésző számú a Váltásos 2. munkarendben dolgozók száma (1,2%, n=21).

17. táblázat Munkarend szerint gyakoriság (leíró statisztikai adatok)

Hivatali	8,6% (n=147)
Vezényléses	53,0% (n=911)
Váltásos 1 (12/24)	19,9% (n=342)
Váltásos 2 (24/48)	1,2% (n=21)
nincs adat/ nem válaszolt	17,3% (n=298)

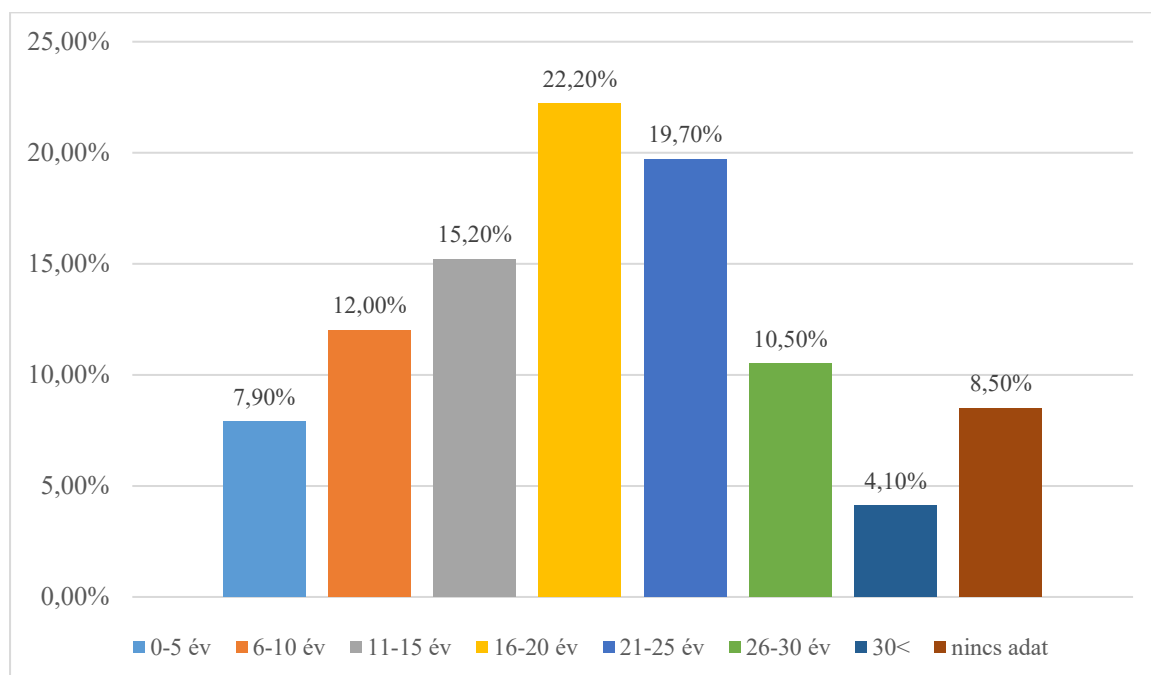
16. ábra Munkarend szerinti megoszlás (leíró statisztikai adatok)



Az állományban eltöltött idő szempontjából (18. táblázat, 17. ábra) a 16-20 éve (22,2%, n=381), illetve 21-25 éve (19,7%, n=339) szolgálók a minta mintegy 40%-át tették ki, ők vannak a leginkább hangsúlyosan jelen a mintában. Legkevesebb gyakorisággal a több mint 30 éve állományban lévőek vannak (4,1%, n=70), melynek oka vélhetően a 2011-ig fennálló korkedvezményes nyugdíj lehetősége.

18. táblázat Szolgálati évek szerinti gyakoriság (leíró statisztikai adatok)	
0-5 év	7,9% (n=136)
6-10 év	12,0% (n=206)
11-15 év	15,2% (n=261)
16-20 év	22,2% (n=381)
21-25 év	19,7% (n=339)
26-30 év	10,5% (n=180)
több mint 30 év	4,1% (n=70)
nincs adat/ nem válaszolt	8,5 (n=146)

17. ábra Állományban eltöltött idő szerinti megoszlás (leíró statisztikai adatok)



3.3. Az alkalmazott mérőeszközök bemutatása

A kutatásban használt kérdőív elemei:

I. Szociodemográfiai kérdések	IV. Egészségvédő magatartásformák
II. Egészségkockázati magatartásformák	• Szűrővizsgálatok • Sportolási szokások • Étkezési szokások
• Dohányzás • Alkohol	• Társas Támasz • Élettel való elégedettség, boldogság
III. Az egészségi állapot felmérése	V. Egészségorientációs kérdőív (HOS)
• Szubjektív egészségi állapot • BMI • PHQ-15/ Szomatikus tünetlista • Betegséglista	

I. Szociodemográfiai kérdések

A kérdések egyszerű, könnyen megválaszolható kérdések voltak az alábbiakra vonatkozóan: életkor, nem, iskolai végzettség, állományban eltöltött idő, munkavégzés időrendje.

II. Egészségkockázati magatartásformák

A dohányzással összefüggésben az alábbi kérdések szerepeltek:

- Melyik állítás igaz Önre? 1. soha nem dohányzott, 2. korábban dohányzott, de már nem, 3. most is dohányzik.
- Mióta dohányzik?.....éve
- Ha dohányzik, általában hány szál cigarettát szív el naponta? db

Az alkoholfogyasztás gyakoriságát az alábbi kérdéssel mértem fel:

Milyen gyakran iszik alkohol tartalmú italt:

1. soha
2. havonta vagy ennél is ritkábban
3. havonta kétszer-négyszer
4. hetente kétszer-háromszor
5. hetente legalább négyszer

III. Az egészségi állapot felmérése

Szubjektív egészségi állapot

A szubjektív egészségi állapot valójában egy egytétéles kérdés, mely a kutatásban így szerepel [a Hungarostudy 2013. (Susánszky és Székely, 2013) kérdőívnek megfelelően]: *Összeségében hogyan minősítené saját egészségi állapotát?* A következő lehetőségek közül kellett választani: 1. Nagyon rossz; 2. Rossz; 3. Közepes; 4. Jó; 5. Kiváló.

Érvényes és megbízható mérőszáma az egyén általános fizikai- és emocionális egészségi állapotának (DeSalvo és mtsai, 2006). Az alapvető európai egészségügyi mutatók között is szerepel, mint olyan szubjektív mutató, ami populációs szinten hozzájárul az egészségproblémák, a betegségterhek, és az egészségügyi szükségletek megítéléséhez. (Tokaji Károlyné és mtsai, 2011)

BMI (body mass index)

A felnőttek antropometrikus jellemzőinek meghatározására, kategorizálásra használó mérőszám. Széles körben használható egészségügyi problémák kialakulásának kockázati tényezőjeként, illetve közegészségügyi mutatóként populáció alapú vizsgálatokban (Nuttal, 2015). Számításmódja: $BMI = \text{súly kg-ban} / \text{magasság}^2$. WHO négy fő kategóriát állapított meg: alultáplált (18,5 alatt), normál (18,5 - 24,9), túlsúlyos (25,0 – 29,9), elhízott (30,0 fölött).

Megjegyzendő, hogy a BMI határértékei az élsportolók és a testépítők között nincs összefüggésben az egészségi állapotukkal, mert megnövekedett izomtömegük és súlyuk hamisan növeli a BMI-t (Weir és Jan, 2023).

PHQ-15/ Szomatikus tünetlista

Az irodalomban többféle megnevezéssel is találkozhatunk: Szomatikus tünetlista / Szubjektív Tünet Skála / PHQ-15-Patient health questioner-15 / Patient Health Questionnaire Somatic Symptom Severity Scale

A PHQ-15 Kroenke és munkatársai (2002) által összeállított és validált szomatikus tüneteket felsoroló skála. A panaszok között találhatók mozgásszervi panaszok (pl. derék- és hátfájás); emésztőszervi tünetek (pl. gyomorfájás); keringési rendszert érintő problémák (pl. mellkasi fájdalom) és egyéb tünetek (pl. fáradtság, energia hiány). A válaszadók felé az volt a kérés, hogy mindegyikről mondják meg, hogy az elmúlt egy hónap során előfordultak-e ezek a tünetek, és ha igen, milyen mértékben zavarták: 1. Nem fordult elő;

2. Előfordult, de egyáltalán nem zavart; 3. Előfordult, kissé zavart; 4. Előfordult, nagyon zavart. (Övezetei: normál:0-5; enyhe: 5-9; emelkedett:10-14; komoly: 15-30)

Az eredeti Szomatikus tünetlista 4. pontja a menstruációval kapcsolatos problémákra vonatkozik. Több kutatás is kihagyja ezt a tételt a férfiak és nők számadatainak pontos összehasonlíthatósága érdekében, így az én kutatásomból is kimaradt.

A klinikus, vagy szubklinikus szintű tünetek, a szomatizációs kórképekkel is kapcsolatba hozhatók, valamint jól alkalmazhatók a szomatikus tünetek súlyosságának megítélésében is. A mérőeszköz nem alkalmas arra, hogy különbséget tegyen orvosilag igazolható, vagy orvosilag megmagyarázhatatlan tünetek között. A kutatások szerint a megbetegedések szomatikus tüneteinek a súlyosságának felmérésére azonban megfelelően alkalmazható eszköz. (Hyphantis és mtsai, 2014)

A szubjektív testi tünetlistát az utóbbi időben több magyar felmérés is alkalmazta. Salavecz és munkatársai (2006) az Erőfeszítés-jutalom egyensúlytalanság kérdőív konvergencia validitása során használta. Szintén validitásvizsgálat során használta fel Stauder és Konkoly Thege (2006) az Észlelt stressz kérdőívvel kapcsolatban. Szomatoszenzoros Amplifikáció Skála validálása során is alkalmazta Köteles és Bárdos (2009) illetve a mellékhatás elvárások szomatikus tendenciáinak felmérése során Köteles és munkatársai (2009). Simor és munkatársai (2011) az abszorpciós hajlammal összefüggésben használta a kérdőívet. A magyar és a külföldi vizsgálatokban tapasztalt belső reliabilitása jó.

19 tételes betegséglista

A Hungarostudy 2013-as vizsgálat során alkalmazott 19 tételes betegséglista. Azt kéri, hogy a válaszadó jelölje, hogy az elmúlt évben, illetve élete folyamán kezelték-e járóbetegként, vagy részesült-e fekvőbeteg ellátásban olyan betegségek tekintetében, mint pl. cukorbetegség, gyomorfekély, magas vérnyomás, daganatos betegség, szívbetegség (Susánszky és Székely, 2013).

IV. Egészségvédő magatartásformák

Szűrővizsgálatok

A szűrővizsgálatokon való részvétel felmérésére az a kérdés lett feltéve, hogy rendszeresen részt vesz-e szűrővizsgálatokon. Válaszaikban jelölhették, hogy igen; rendszertelenül vagy soha. A válaszadó ki tudta választani egy listából, milyen jellegű szűrővizsgálatokon vesz részt: tüdőszűrő, nőgyógyászat, mammográfia, prosztatata, fogászati ellenőrzés, belgyógyászati szűrővizsgálat, érzékszervi elváltozások kimutatása és egyéb...

Sportolási szokások

A sportolási szokások, a fizikai aktivitás felmérésére 2 kérdés lett feltéve:

- Milyen gyakran sportol, például úszik, fut, kerékpározik, focizik, aerobikozik vagy végez más testmozgást?

A következő válaszlehetőségek voltak: 1. soha; 2. ritkábban, mint heti egyszer; 3. hetente egyszer; 4. hetente többször

- Milyen gyakran végez a sportoláson kívül olyan fizikai aktivitást, például kerti munkát, építkezést, ahol legalább 10 percen keresztül gyorsabban ver a szíve, kimelegszik, megizzad?

Válaszlehetőségek: 1. soha; 2. hetente egyszer; 3. hetente többször

Ezek a kérdések a Hungarostudy vizsgálatokban szerepeltek. (Susánszky és Székely, 2013)

Étkezési szokások

Az étkezési szokások felmérésére egy táblázatban tudták a válaszadók megjelölni, hogy milyen gyakran fogyasztanak zöldséget, gyümölcsöt, főzeléket, húst, tésztaféléket, édességet, illetve tejterméket. A táblázatban az alábbi rendszerességet tudták jelölni: naponta többször, naponta, hetente többször, hetente, szinte soha.

Társas támasz

A Caldwell társas támogatás kérdőív szerepelt a kutatás során, mely a társas támasz különböző forrásainak és mértékének a felmérésére szolgál. 1992-ben Kopp és Skrabski fordították magyar nyelvre (Kopp és mtsai, 1992).

A társas támogatás lehetséges forrásaiként a következők szerepelnek: szülő, házastárs, élettárs, nagyszülő, iskolatárs, szomszéd, munkatárs, barát, gyermeke, rokon, segítőfoglalkozású, egyházi csoport, egyesület-polgári csoport.

Négyfokú skálán volt jellemezhető a támogatás erőssége. A támogatás észlelt erőssége: 0=egyáltalán nem számíthat rá; 1=kevésbé számíthat rá; átlagosan számíthat rá; 3=nagyon számíthat rá

Számos kutatás és vizsgálat használta a Caldwell-féle társas támogatottság kérdőívet, többek között az egyik legnagyobb elemszámú vizsgálat, a Hungarostudy is. (Susánszky és Székely, 2013)

Élettel való elégedettség, boldogság

A Hungarostudy 2013-as vizsgálat (Susánszky és Székely, 2013) során használt két kérdés került be a kérdőívbe, melyet egy 1-től 10-ig tartó Likert skálán kellett értékelni a kitöltőknek.

- Egészsében véve Ön mennyire elégedett mostanában az életével? Kérem 1 és 10 között osztályozzon. A 10-es jelentse azt, hogy teljesen elégedett, az 1-es pedig azt, hogy teljesen elégedetlen!
- Egészsében mennyire tartja boldognak saját magát? Kérem ismét 1 és 10 közötti számmal osztályozzon. A 10-es azt jelenti, hogy Ön teljesen boldognak tartja magát, az 1-es azt, hogy teljesen boldogtalannak!

V. Egészségorientációs kérdőív HOS (Health Orientation Scale)

Snell és munkatársai (1991) által kidolgozott kérdőív a testi egészséggel kapcsolatos személyiségváltozók mérésére fókuszál. Az egészségorientációs skála 50 egészségi állapottal kapcsolatos tételből áll.

A válaszadóknak meg kellett jelölni egy 5 fokú Likert skálán, hogy az egyes tételek mennyire jellemzőek rájuk: 1. Egyáltalán nem jellemző rám; 2. Kicsit jellemző rám; 3. Inkább jellemző rám; 4. Meglehetősen jellemző rám; 5. Teljesen jellemző rám.

A HOS kérdőív reliabilitás mutatói alapján a kérdőív megbízhatónak minősül, Cronbach- α értékek 0,582 és 0,818 között voltak a különböző tanulmányokban (Snell és mtsai, 1991; Masiero és mtsai, 2020; Togas és Parlalis, 2021; Borbély, 2023)

Az 50 tétel 10 alskálára van osztva, amelyek mindegyike 5 tételt tartalmaz. Az alskálák következő személyiségváltozókat mérik:

1. Személyes egészségtudatosság (Personal Health Consciousness, PHC) A testi egészség jelzéseinek a tudatossága, az egészséggel kapcsolatos belső jelzőrendszerek figyelemmel kísérése. pl.: Jól tudom, hogy mennyire vagyok egészséges.; Azonnal észreveszem, ha a testem nem érzi magát egészségesnek. (A kérdőív ide tartozó itemei: 1, 11, 21, 31, 41)

2. Egészséges kinézettel való törődés (Health Image Concern, HIC) A tételek arra vonatkoznak, hogy a személy törődik azzal, hogy mások hogyan vélekednek az egészségi állapotáról. Tudatos abban, hogy egészsége milyen benyomást kelt másokban. Magas értéke esetén fontosnak tartja mások vélekedését. pl. Néha eltöprengek azon, vajon mit

gondolhatnak mások az egészségi állapotomról. (A kérdőív ide tartozó itemei: 2,12,22,32,42)

3. Egészséggel kapcsolatos szorongás (Health Anxiety, HA) A testi egészséggel kapcsolatos aggodalmat, szorongást mérik a tételek. pl. Aggódok a testem egészségéért. (A kérdőív ide tartozó itemei: 3,13,23,33,43)

4. Egészséggel kapcsolatos önértékelés (Health-esteem and Confidence, HEC) Általános tendencia, hogy pozitívan értékeli a testi egészséget, magabiztos testi egészsége tekintetében. Bízok abban, hogy egészsége szilárd és tartós. pl. Magabiztos vagyok az egészségi állapotomat illetően. (A kérdőív ide tartozó itemei: 4,14,24,34,44)

5. Egészségtelenség elkerülésének motivációja (Motivation to Avoid Unhealthiness, MAU) Tendencia arra, hogy elkerülje az egészségtelenné válást. A cél nem a kiváló testi egészség elérése, hanem a rossz testi egészség elkerülése. pl. Olyan dolgokat teszek, amelyek megakadályozzák, hogy megbetegedjek. (A kérdőív ide tartozó itemei: 5,15,25,35,45)

6. Egészségmotiváció (Motivation for Healthiness, MFH) A pozitív, kiváló testi egészség megőrzésének motivációjára utal. Törekvés a kiváló testi egészség megőrzésére. pl.: Erős késztetést érzek arra, hogy időt és energiát szánjak az egészségemre. (A kérdőív ide tartozó itemei: 6,16,26,36,46)

7. Belső egészségesség kontroll (Internal Health Control, IHC) A fizikai állapotot a saját, személyes kontroll határozza meg, a saját tettek és döntések alapján befolyást lehet gyakorolni a fizikai állapot fölött. pl.: Úgy érzem saját magam vagyok felelős az egészségi állapotomért. (A kérdőív ide tartozó itemei: 7,17,27,37,47)

8. Külső egészség kontroll (Externall health Control, EHC) Az egészségi állapotot külső, ellenőrizhetetlen tényezők (sors, szerencse, egészségügyi szakemberek, más személyek) határozzák meg. pl.: Egészségi állapotom leginkább véletlen eseményektől függ. (A kérdőív ide tartozó itemei: 8,18,28,38,48)

9. Egészség a jövőben (Health Expectations, HE) Az emberek jövőbeli egészségi állapotának értékelésére vonatkozik, miszerint az egészsége jövőben is kiváló, stabil marad. pl. Úgy érzem, az egészségem a jövőben kitűnő lesz. (A kérdőív ide tartozó itemei: 9,19,29,39,49)

10. Egészségi állapot (Health Status, HS) A saját fizikai egészségi állapotának aktuális értékelésére utal. pl. Jó fizikai egészségnek örvendek. (A kérdőív ide tartozó itemei: 10,20,30,40,50)

3.4. Kutatási kérdések és hipotézisek

A Rendőrség számára kiemelten fontos humánpolitikai szempontból, hogy a meglévő életerős állományt megtartsa. Fontos az állomány létszámának fenntartása, jó egészségi állapotának a megőrzése, hiszen valóban hatékonyan dolgozni csak elegendő, munkára kész, egészséges állománnyal lehet. A megfelelő munkavégzéshez pedig jó egészségi, pszichikai és fizikai kondíciókkal kell rendelkeznie az állomány tagjainak. E kutatás fő célja, hogy átfogó képet adjon a rendőri hivatásos állomány egészségmagatartásáról és meghatározzon olyan csoportokat, akikkel való célzott és egyben tudatos foglalkozás hozzájárulhat a rendőrség egészségfejlesztési programjához.

A megfelelő egészségstratégiák kidolgozásához elengedhetetlen, hogy információt gyűjtsünk az állomány egészségi állapotáról és szükségleteiről, mely segíthet a vonatkozó célkitűzések és teendők pontosításában. (Naidoo és Wills, 1999)

Tudományos szempontból külön kérdés, hogy a viszonylag ritkán vizsgált rendőri állomány körében milyen egészségmagatartási mintázatok fordulnak elő, és miként viszonyulnak saját egészségükhöz a rendőrök.

A kutatás fő kérdései:

- Kérdésként merül fel, hogy a különféle szociodemográfiai (iskolázottság, nem, életkor, állományban eltöltött idő) változók mentén van-e különbség az egészségmagatartási szokások tekintetében
- Kimutathatóak-e együtt járássok a különféle egészségmagatartáshoz kapcsolódó területeken? Az egészségre káros magatartásformák (pl. dohányzás, alkoholfogyasztás, mozgásszegény életmód, nem megfelelő étkezési szokások) illetve az egészséget megőrző tevékenységek mutatnak-e együtt járássokat?
- A hipertónia, mint a leggyakrabban előforduló megbetegedés milyen együtt járással mutat az egészségmagatartási mutatókkal?
- Azonosíthatóak-e különböző csoportok az egészségmagatartási mintázatok alapján?

Kutatási hipotézisek

I. Az első részben a hivatásos állományú rendőrök egészségmagatartási szokásait vizsgálom a szociodemográfiai tényezőkkel összefüggésben (nem, életkor, iskolai végzettség) (H1-H3 hipotézis)

Az alapvető szociodemográfiai mutatók alkalmazása elterjedt az egészségfelmérések körében, hiszen könnyen hozzáférhető, gyakran rögzített adatok, melyek lehetőséget adnak az összehasonlításra akár nemzetközi szinten is. Az egészségi állapot társadalmi mintázatainak feltérképezésében fontos mutatók. (Vokó, 2019) (Ild. Egészségmagatartási szokások fejezet)

H1: A magasabb iskolai végzettséggel rendelkezők kedvezőbb egészségmagatartási szokásokat mutatnak

Az Elef 2019 eredményei alapján az iskolai végzettség több egészségmagatartási komponenssel is összefüggésbe hozható. Minél magasabb az iskolai végzettség, annál inkább vélekedik valaki úgy, hogy sokat tehet az egészségéért. A sportolás valószínűségének növekedése is nő. A nők esetében az iskolázottság szintjének emelkedésével a sportolási arány nő, a férfiak esetében az alacsony iskolai végzettségűeket is magasabb aktivitás jellemzi. A zöldség- és gyümölcs fogyasztás is nő az iskolai végzettséggel párhuzamosan, csakúgy, mint a speciális diétát követők aránya. Nő az egészségügyi szűrővizsgálatokon résztvevők aránya is. (KSH, 2019h)

A magasabb iskolai végzettség jobb egészségmagatartási szokásokkal jár együtt, így kedvezőbb az egészséggel összefüggő életminőség amellet, hogy az egészség és a jóllét különbségeit jobban magyarázzák az egészségmagatartási szokások, mint az iskolai végzettség (Olsen és mtsai, 2023; Dürög, 2024)

A magasabb iskolai végzettség együtt jár a magasabb foglalkoztatottsággal. A jobb anyagi helyzet, jobb munkalehetőség kevesebb stresszel jár, mindamellet, hogy egészségesebb életstílussal rendelkeznek. Az iskolai végzettség a fenti indirekt módokon is befolyásolja a jobb egészséget, a kedvezőbb egészségmagatartást. (Lampek, 2004) A jelen kutatás során ezen indirekt hatások kevésbé érvényesülnek, hiszen a rendvédelem biztos munkahelyet biztosít a dolgozóinak, a mintában lévők számára pedig nagy különbségek nincsenek az anyagi juttatásokkal kapcsolatban.

H2: A nők kedvezőbb egészségmagatartási mutatókkal rendelkeznek, mint a férfiak.

Hazai felmérések alapján a nők dohányzási prevalenciája alacsonyabb a férfiakéhoz képest (EHIS, 2019; Rákóczi és mtsai, 2019; Paksi és mtsai, 2021; Brys és mtsai, 2022). Az alkoholfogyasztás tekintetben is kedvezőbb képet mutatnak a nők (Paksi és Arnold, 2021; Elekes és mtsai, 2023). Az étkezési szokásaik egészségesebb képet tükröznek (KSH, 2019k; Sárváry és mtsai, 2019), a BMI alapján számított tápláltsági állapot esetén is jobbak a mutatók a nők esetében, kevésbé túlsúlyosak, az elhízottak arány kedvezőbb, bár a sportolási szokások tekintetében a férfiak kissé kedvezőbb képet mutatnak (Kopp Mária Intézet, 2022)

H3: A magasabb állományban eltöltött idő, a magasabb életkor kedvezőbb egészségmagatartási szokásokkal jár

A rendvédelemben a szigorú alkalmassági feltételtrendszer (lsd. A rendőrség alkalmasságvizsgálatának rendszere fejezet) elővételezi, hogy kompenzálják a kor előrehaladtával természetesen megjelenő egészségben bekövetkező változásokat, vagyis az egészség és fittség megőrzését kedvező egészségmagatartással biztosítják. Ehhez hozzájárulhat a rendőri identitás a fegyelmezettségével, azzal, hogy életvitele folyamatosan példaértékű kell legyen az állampolgárok számára is (lsd. A Rendőrség, mint szervezet fejezet). Emellett alapvetően felnőttkorban az időseddel párhuzamosan nő az egészségtudatosság és a kedvező egészségmagatartásformák kialakítása. (Teleki, 2022) (lsd. Egységmagatartási szokások fejezet) A dohányzás előfordulási gyakorisága a 18-34 év közöttiek esetében a legmagasabb (Boros, 2005, 2019), melyet az Elef 2019 jelentés is igazol, hiszen a 18-34 éves korosztály magasabb arányban dohányoznak a 35-64 éves korosztályhoz képest. (KSH, 2019b). Az alkoholfogyasztás tekintetében a fiatalok alkoholfogyasztási gyakorisága magasabb, az idősebbek körében nemcsak a fogyasztás kevesebb, de az absztinensek aránya is magasabb. (KSH, 2019f; KSH, 2019g; KSH, 2019o) Az idősebb korosztály táplálkozási szokásai megfelelőbbek, magasabb a zöldség és gyümölcs fogyasztásuk, azonban a tápláltsági állapotuk, a BMI a fiatalabbaknak optimálisabb (KSH, 2019k). A fiatalok jellemzően többet mozognak, mint az idősebbek. (KSH, 2019m)

II. A vizsgált populációban az egészségre káros, illetve az egészséget megőrző magatartások együtt járására vonatkozó hipotézisek

Az egészségmagatartási szokásokhoz kapcsolódó viselkedéses jellemzők gyakran együttesen jelennek meg egészségmagatartási mintázatot alkotva. (Lsd. Egységmagatartási szokások együtt járása fejezet).

H4: Együtt járás figyelhető meg az egészségmagatartási tényezők között.

A kockázati magatartások együttes előfordulási gyakorisága magas (Shuit és mtsai, 2002; Galán és mtsai, 2005; Tobias és mtsai, 2007; Silva, 2013; Noble és mtsai, 2015; Meader, és mtsai, 2016). Az egészségre káros magatartásformák közül az alkoholfogyasztás és a dohányzás mutatja a legerősebb együtt járást. Az egészségtelen életmód több összetevője is megjelenik egyszerre az egyének életében (Shuit és mtsai, 2002; Noble és mtsai, 2015; Ding és mtsai, 2015; Meader, és mtsai, 2016). A tapasztalatok az mutatják, hogy sokszor kettő, három (Shuit és mtsai, 2002) vagy négy kockázati magatartás is jelen van egyidejűleg (Tobias és mtsai, 2007; Silva, 2013), így a kedvezőtlen egészségmagatartás halmozódása figyelhető meg.

Az egészségre kedvező magatartásformák csekély együtt járását is megfigyelték, tehát aki egészséges életmódot folytat, az nem dohányzik, nem jellemzi az alkoholfogyasztás, elegendő a fizikai vagy sport aktivitása és odafigyel a megfelelő zöldség- és gyümölcsfogyasztásra (Tobias és mtsai, 2007). A kutatások nagy része inkább a fizikai aktivitás és a zöldség-gyümölcsfogyasztás együtt járását vizsgálta. Az aktívabb életmód a zöldség-gyümölcs gyakoribb fogyasztásával jár együtt (Eaton és mtsai, 1995; Woolcott, 2013; Johnson és mtsai, 1998; Gillman és mtsai, 2001). A kutatások nagy része azonban nem ad egyértelmű összefüggést, és felhívják a figyelmet a fizikai aktivitás különböző módjaira, miszerint a szabadidőben eltöltött fizikai aktivitás jár együtt kedvezőbb táplálkozási szokásokkal, ellenben azzal, ha a fizikai aktivitás a munkával kapcsolatos, mert akkor ezen viselkedések függetlenek (Camões és Lopez, 2008; Sandri és mtsai, 2025). (Lsd. Egységmagatartási szokások együtt járása fejezet)

III. A magas vérnyomással diagnosztizált rendőrök egészségmagatartási szokásai

H5: A hipertónia nem jár együtt a fő egészségmagatartási mutatók (dohányzás, alkoholfogyasztás, étrend, fizikai aktivitás) kedvezőbb mintázatával

A magas vérnyomás diagnózisa, figyelmeztető jel lehet az egyén számára az egészsége megrendülésével kapcsolatban, mely fokozhatja az egészségtudatosságát, motivációját az életmódváltásra. Ezt támasztják alá azok a kutatások, melyekben az átlagpopulációban többféle életmódbeli változás mintázat figyelhető meg: a diagnózis étrendbeli javulással, dohányzásról leszokással vagy a fizikai aktivitás növelésével járt (Scheltens, 2010; Neutel, 2008; Ahn, 2023; Pitsavos, 2006; Gee, 2012). Más kutatások arra mutatnak rá, hogy az életmódváltás csak részlegesen valósul meg, vagy egyáltalán nem, és a kedvezőtlen szokások továbbra is fennmaradnak. (Steptoe, 2009; Barros, 2014; V.Dionato, 2021; Wicaksana, 2022) (Lsd. Hipertóniások egészségmagatartása rész)

H6: A hipertóniával élők egészségorientációja különbözik a magas vérnyomással nem küzdőkéitől

A motiváció fontos szerepet tölt be az életmódváltásban, az egészséges viselkedés fenntartásában, a betegség kezelésében. A krónikus betegség diagnózisa megváltoztathatja az egyén egészséghöz való viszonyát. A hipertóniával kezelték fokozott egészségorientáltságot mutathatnak, így feltételezhető egy motivációs mintázatbeli eltérés. A korábbi kutatások eredményei (Gee, 2012; Wicaksana, 2022) szerint az életmódváltás elmaradásának hátterében motivációhiány állhat. Az alacsony vágy, az érdeklődés, a tudatosság hiánya az életmódváltás akadályává válhatnak. A gyógyszeres terápia csökkentheti a betegek motivációját az életmódváltásra (Gee, 2012). Ennek ellentmond Neutel (2008) kutatási eredménye, mely szerint a gyógyszerszedők nagyobb valószínűséggel változtattak kedvezőbb irányba életmódjukon, mely más motivációs bázist feltételez. E kettősség arra utalhat, hogy az életmódváltozás hátterében meghúzódó tényezők nem csupán a betegség meglététől, hanem annak pszichológiai megélésétől is függ. Vélhetően más motivációs mintázat alakul ki a kezelték és nem kezelték körében. (Lsd. Hipertóniások egészségmagatartása és a Hipertóniások egészségmagatartását befolyásoló tényezők rész)

H7. A hipertóniával kezelték társas támasza különbözik a nem kezelték csoportjától

A társas támasz fontos pszichoszociális védőfaktor. A szociális támasz a fiziológiai folyamatok révén kedvezően befolyásolja a kardiovaszkuláris rendszert (Uchino és mtsai, 1996; Shields és mtsai, 2020). A támogatás hiánya pedig növeli a szív- és érrendszeri megbetegedéseket (Compare, 2013; Greenwood, 1996). Többben azonban így a társas támasz növelését javasolják (Oo, 2018, Morrison, 2015; Criswell, 210), mely kedvezően befolyásolhatja a kardiovaszkuláris megbetegedéseket (Uchino és mtsai, 1996). A hazai kutatók azonban felhívják a figyelmet a társas támasz esetleges negatív hatására is (rossz példa, bagatellizálás, függőség igény)(Csabai és Molnár 1999; Forgács, 2017), melyet Barros (2014) eredményei is alátámasztanak. Vélelmezhető így, hogy a társas támasz mintázataiban különbség mutatkozik a magas vérnyomásban szenvedők és a magas vérnyomással nem kezelték között. (Lsd. A Társas támasz, a Hipertóniások egészségmagatartása és a Hipertóniások egészségmagatartását befolyásoló tényezők rész)

IV. Egészségmagatartási mintázatok

H8: Meghatározhatóak homogén csoportok az egészségmagatartás különböző mintázatai alapján

A szegmentáció alkalmazása révén olyan csoportok azonosíthatóak, amelyek azonos életstílussal, hasonló egészségmagatartási viselkedésjellemzőkkel bírnak. A szegmentációs és klaszterelemzési módszerek alkalmazásával számos nemzetközi és hazai kutatás részletes képet nyújtott az egészségmagatartási mintázatokról. Már az 1970-es években is kutatták a különféle életstílus mintázatokat (Andics, 2010). (Lsd. Életstílus kutatások)

3.5. Leíró statisztikák

A statisztikai elemzéseket RStudio 2024.12.01, illetve IBM SPSS Statistics 29.0 segítségével végeztem. A megerősítő faktorelemzéshez a lavaan package-et használtam (Rosseel, 2012).

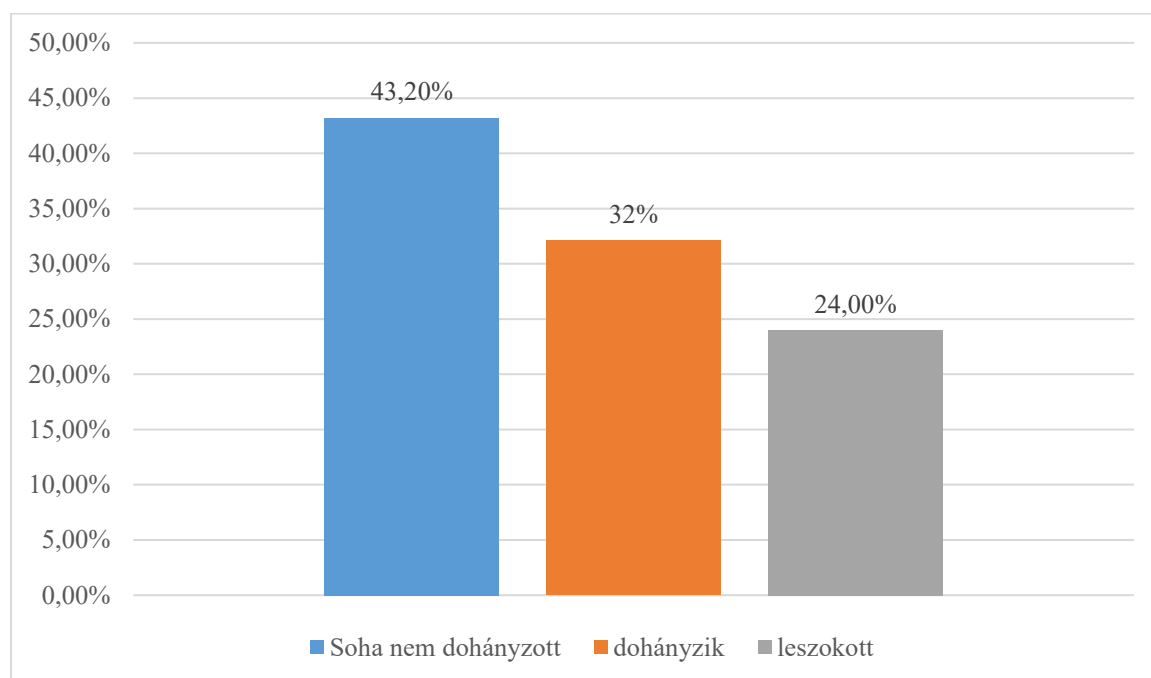
Dohányzás alapstatisztikai adatai

Dohányzás tekintetében (19. táblázat, 18. ábra) a válaszadók 67,2%-a jelenleg nem dohányzik, mert vagy sohasem dohányzott (43,2%, n=742) vagy már leszokott a dohányzásról (24,0%, n=413). Jelenleg is dohányzik a válaszadók 32,1%-a (n=551).

19. táblázat Dohányzási szokások (leíró statisztikai adatok)

soha nem dohányzott	43,2% (n=742)
korábban már dohányzott, de már nem	24,0% (n=413)
most is dohányzik	32,1% (n=551)
nincs adat/nem válaszolt	0,8% (n=13)

18. ábra Dohányzási szokások szerinti megoszlás (leíró statisztikai adatok)



Alkoholfogyasztás alapstatisztika adatai

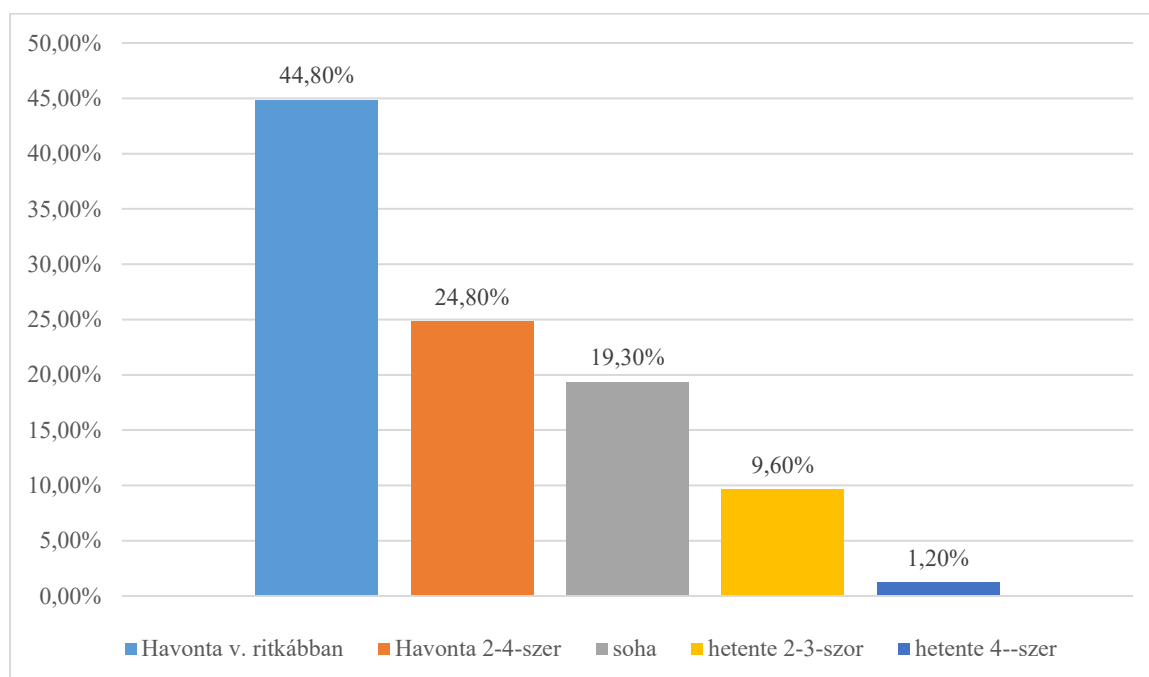
Alkoholfogyasztás tekintetében (20. táblázat, 19. ábra) sohasem fogyaszt alkoholt a válaszadók csaknem ötöde (19,3%, n=331). Havonta vagy ritkábban fogyaszt alkoholt a válaszadók közel fele (44,8%, n=770), ami a mintában a legmagasabb gyakoriságú. 24,8%

(n=426) fogyaszt alkoholt havonta 2-4 alkalommal. Heti rendszerességgel a 10,8% fogyaszt alkohol tartalmú italokat.

20. táblázat Alkoholfogyasztás (leíró statisztikai adatok)

soha	19,3% (n=331)
havonta vagy ritkábban	44,8% (n=770)
havonta 2-4-szer	24,8% (n=426)
hetente 2-3-szor	9,6% (n=165)
hetente legalább 4-szer	1,2% (n=20)
nincs adat/nem válaszolt	0,4% (n=7)

19. ábra Alkoholfogyasztás alapstatisztika adatai (leíró statisztikai adatok)



Antropometrikus jellemzők

1714 fő válaszolt a magasságára vonatkozó kérdésre (hiányzó válasz:5). A legalacsonyabb válaszadó 144 cm magas, a legmagasabb 209 cm. Az átlag magasság 177,7cm, 7,6 szórás értékkel (21. táblázat).

Testsúly tekintetében 7 fő nem válaszolt, így 1712 fő válasza alapján a legkevesebb testsúly 48 kg. A legmagasabb érték:167 kg. 88,8kg az átlagos súly, 15,9 szórás értékkel. A férfiak és nők átlagos testmagassága és testsúlya különböző. A férfiak átlagos testmagassága 179,23 cm, míg a nők 168,13 cm magasak átlagosan. Az átlagos testsúlyuk a férfiaknak 91,75 kg, míg a nők esetében 70,79 kg. (22. táblázat)

21. táblázat Antropometrikus jellemzők (leíró statisztikai adatok)					
Antropometrikus jellemzők	n	minimum	maximum	M ⁵²	SD ⁵³
magasság	1714	144 cm	209 cm	177,7	7,6
nincs adat/nem válaszolt	5				
testsúly	1712	48 kg	167kg	88,8	15,9
nincs adat/nem válaszolt	7				

22. táblázat Antropometrikus jellemzők nemi megoszlása (leíró statisztikai adatok)						
nem	Antropometrikus jellemzők	n	Minimum	Maximum	M	SD
férfi	magasság	1475	144	209	179,23	6,66
	testsúly	1476	48	167	91,75	14,39
nő	magasság	236	154	184	168,13	6,14
	testsúly	233	49	110	70,79	12,98
nincs adat/nem válaszolt	magasság	3	173	183	178	5,00
	testsúly	3	78	95	89	9,54

Szubjektív egészségi állapot.

Az egészségi állapot szubjektív megítélése során az átlag érték 4,01 (SD=0,61), mely a jó egészségi állapot kategóriába esik. 1604 válaszadó volt, a hiányzó válaszok száma: 115. (23. táblázat) A legtöbb válaszadó jónak minősítette az egészségi állapotát (61,3%, n=1053). Kiválónak csak 16,9% (n=291), míg közepesnek is megközelítőleg ennyien 14,3% (n=246). Nincs összesen 1%, aki rossznak (0,8%, n=13) vagy nagyon rossznak (0,1%, n=1) minősítette az állapotát. A férfiak és a nők megoszlása között nincs szignifikáns különbség (p=0,957).

23. táblázat Szubjektív egészségi állapot (leíró statisztikai adatok)			
	Összesen	Férfiak	Nők
nagyon rossz	0,1% (n=1)	0,1% (n=1)	0% (n=0)
rossz	0,8% (n=13)	0,9% (n=12)	0,4% (n=1)
közepes	14,3% (n=246)	15,4% (n=212)	15,2% (n=34)
jó	61,3% (n=1053)	65,6% (n=905)	65,5% (n=146)
kiváló	16,9% (n=291)	18,1% (n=249)	18,8% (n=42)
nincs adat/nem válaszolt	6,7% (n=115)		

PHQ-15/ Szomatikus tünetlista.

A PHQ-15 tételenkénti vizsgálata során a legmagasabb értékkel a Derék- és lábfájás szerepel, melynek átlagértéke a 1,95 (SD=0,96), ezt követi Fejfájás (M=1,72, SD=0,79) majd a Fáradtság, energiahiány (M=1,65; SD=0,76) valamint a Kar, láb vagy ízületi fájdalom pl. térd, csípő és hasonlók (M=1,64, SD=0,88). Legkevesebb értékkel bír a

⁵² M= átlag

⁵³ SD= szóródás

Fájdalom, vagy problémák a szexuális együttlét során (M=1,01, SD=0,18), Ájulás-érzés, elgyengülés (M=1,02, SD=0,21) és a Szédülés (M=1,10, SD=0,40) (24. táblázat).

24. táblázat PHQ-15 kérdőív átlagértékei (leíró statisztikai adatok)			
PHQ-15	n	M	SD
Derék- és lábfájás	1714	1,95	0,96
Fejfájás	1716	1,72	0,79
Fáradtság, energia hiány	1715	1,65	0,76
Kar, láb vagy ízületi fájdalom pl. térd, csípő és hasonló	1713	1,64	0,88
Alvással kapcsolatos problémák	1716	1,51	0,76
Gyomorfájás	1710	1,34	0,69
Hányinger, puffadás, bélgázok, emésztési problémák	1715	1,22	0,53
Székrekedés, híg vagy túl gyakori széklet	1714	1,17	0,49
Erős, vagy szapora szívdobogás	1715	1,15	0,46
Mellkasi fájdalom	1715	1,12	0,43
Szédülés	1714	1,10	0,40
Nehézlégzés, légszomj	1715	1,06	0,34
Ájulás-érzés, elgyengülés	1712	1,02	0,21
Fájdalom, vagy problémák a szexuális együttlét során	1715	1,01	0,18

PHQ alskálánkénti vizsgálata során megerősítő faktorelemzéssel megnéztem, hogy a PHQ (Stauder és mtsai, 2021) esetén az eredeti, faktorszerkezet illeszkedik-e az adataimra. A PHQ kérdőív esetén ($\chi^2/df=7,94$, $SRMR=0.039$, $RMSEA=0.066$, $TLI=0,888$, $CFI=0,993$) elfogadhatónak bizonyult az illeszkedés (Hu és Bentler, 1999). A skálák közül egyedül a fájdalom megbízhatósága gyenge, a gasztrológiai tüneteké megkérdőjelezhető, a kardiológiai és fáradtság tünetek esetén elfogadható, a teljes skála esetén pedig jó (25. táblázat; melléklet: 97. táblázat). A Cronbach alfa együttható az itemszám függvényében változik, alacsonyabb itemszám esetén a megbízhatósági mutató gyengébb lehet (Münnich és mtsai, 2006) valamint az egyes tételek válaszlehetőségének szóródása is befolyással van a megbízhatósági együtthatóra (Nagybányai-Nagy 2006; T. Kárász és mtsai, 2022). A PHQ kérdőív egyetlen skálája sem mutat normál eloszlást. Alapvetően az alskálák értelmezése során fokozott körültekintéssel kell eljárni.

25. táblázat PHQ-15 kérdőív alskálánkénti leíró statisztikája és Cronbach-alfa értékek							
	n	Min	Max	M	SD	MDN	α
Fájdalom	1710	3,00	12,00	5,3222	1,94323	5,0000	0,573
Gasztrológiai	1709	4,00	16,00	4,7537	1,44519	4,0000	0,665
Kardiológiai	1713	4,00	16,00	4,4542	1,19839	4,0000	0,718
Fáradtság	1715	2,00	8,00	3,1668	1,34492	3,0000	0,712
Össz.	1700	14	56	18,67	4,601	17,00	0,812

A PHQ-15 értelmezési tartománya normál, enyhe, emelkedett és komoly övezetekre oszlik (26. táblázat). A vizsgálatban résztvevők 66,4%-a a normál övezetbe esik. Enyhe tüneteket mutat a 21,3%-a a résztvevőknek, és csak mintegy 11,2% emelkedett vagy komoly szintű tünetképződést jelez, 98,9%-os válaszadási hajlandóság mellett.

26. táblázat A PHQ-15 kérdőív összesített mutatóinak leírása

	n	%	korrigált%	kumulatív%
normál	1141	66,4	67,1	67,1
enyhe	367	21,3	21,6	88,7
emelkedett	120	7,0	7,1	95,8
komoly	72	4,2	4,2	100,0
összesen	1700	98,9	100,0	
hiányos	19	1,1		
összesen	1719	100,0		

19 tételes betegséglista.

Az elmúlt évben és az élet során elszenvedett betegségek kapcsán jellemzően nem történt fekvőbeteg ellátás, járóbeteg ellátási forma volt gyakoribb. (A 20. ábra a 10 leggyakoribb betegséget mutatja be. A mellékletben bemutatásra kerülnek az elmúlt egy évben és a válaszadók egész életében előforduló megbetegedéseik szerinti megoszlás 94. és 95. táblázat.) Az egyes betegségekre vonatkozóan az alábbiakban csak a jelentősebb adatok kerülnek kiemelésre.

A *magas vérnyomás* kiemelkedően a leggyakoribb betegség mind az elmúlt egy évet tekintve, mind az eddigi életre vonatkozóan. Az elmúlt egy évben 11,2% (n=191) válaszolta, hogy csak járóbetegként kezelték, 0,3% (n=5) részesült kórházi kezelésben is. Az élete folyamán csak járóbetegként kezelték a válaszadók 13,8%-át (n=233), fekvőbeteg ellátásban is részesült 0,6% (n=10).

Más izom és csontrendszeri betegséggel az elmúlt egy évben a válaszadók 5,8%-át kezelték csak járóbetegként (n=99), fekvőbetegként is az 1,1%-át (n=18). Ez az elmúlt egy év tekintetében a második leggyakoribb megbetegedés. Az eddigi életet jelentő időszakot tekintve ez a tétel harmadik helyen szerepel (csak járóbeteg 8,1%, n=137; fekvőbeteg is: 4,4%; n=74).

Az *otthoni baleset* is a leggyakoribb tételek közé tartozik. Élete folyamán a válaszadók 8,6%-a (n=145) csak járóbetegként volt kezelve, fekvőbeteg ellátásban is részesült a 3,4%-a (n=57). Az elmúlt egy évben is gyakoriak voltak az otthoni balesetek (csak járóbeteg: 3,7%, n=63; fekvőbeteg is: 0,6%, n=10).

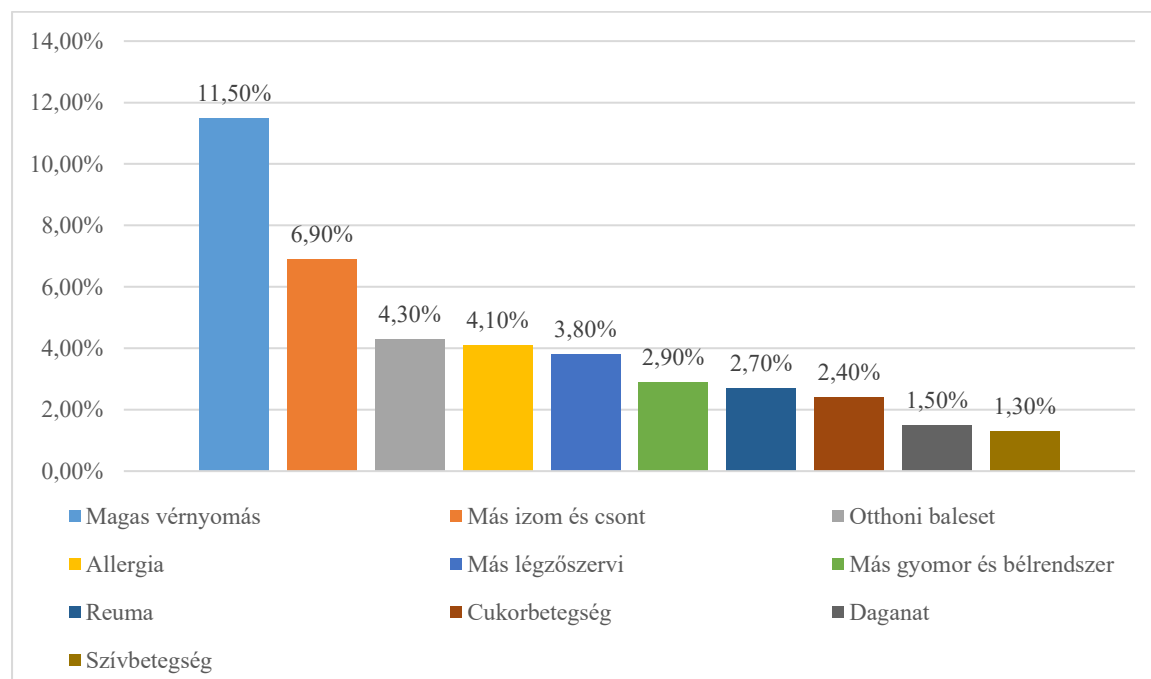
Allergia esetében az élete folyamán magasabb arányban jelentek meg csak járóbeteg ellátásban (7,5%, n=126) az elmúlt évhez képest (3,9%, n=57). Ez a tendencia látszik a fekvőbeteg ellátásnál is (élete folyamán 0,4%, n=6; elmúlt egy év:0,2%, n=4).

Más gyomor, bélrendszert érintő megbetegedések gyakoribbak voltak az eddigi életre visszatekintő időszakban (csak járóbeteg: 3,7%, n=63; fekvőbeteg:3,1%, n=52), mint az elmúlt egy évben (csak járóbeteg: 2,5%, n=43; fekvőbeteg is: 0,4%, n=7).

Cukorbetegség tekintetében mindkét időszakot tekintve hasonló arányban kerültek kezelés alá. (élete folyamán járóbetegként:2,4% (n=40) fekvőbetegként: 0,1% (n=2); elmúlt egy évben járóbetegként: 2,3% (n=40) fekvőbetegként 0,1% (n=2).

A kérdőív tartalmazott olyan szakaszokat, ahol a válaszadóknak szabad szöveges formában lehetett megnevezni betegségeiket. A kérdőívben három ponton lehetett saját választ megadni. Az azonos kategóriába tartozó válaszok elemzése során tapasztalt maximum 1%-os előfordulási arány limitálja azok statisztikai megbízhatóságát és elemzési informativitását. A leggyakoribb betegségek: izom és ízületi problémák n=18; gerincsérv n=12; pajzsmirigy betegségek n=10;

20. ábra A 10 leggyakoribb megbetegedés az elmúlt évben (leíró statisztikai adatok)



Szűrővizsgálatokon való részvétel.

A válaszadók nagy százaléka (85,9%, n=1477) vesz részt szűrővizsgálatokon (27. táblázat). Rendszertelenül vesz részt szűrővizsgálaton a válaszadók 11,9%-a, és csak 2% nem vesz részt szűrővizsgálatokon.

27. táblázat Szűrővizsgálatokon való részvétel (leíró statisztikai adatok)

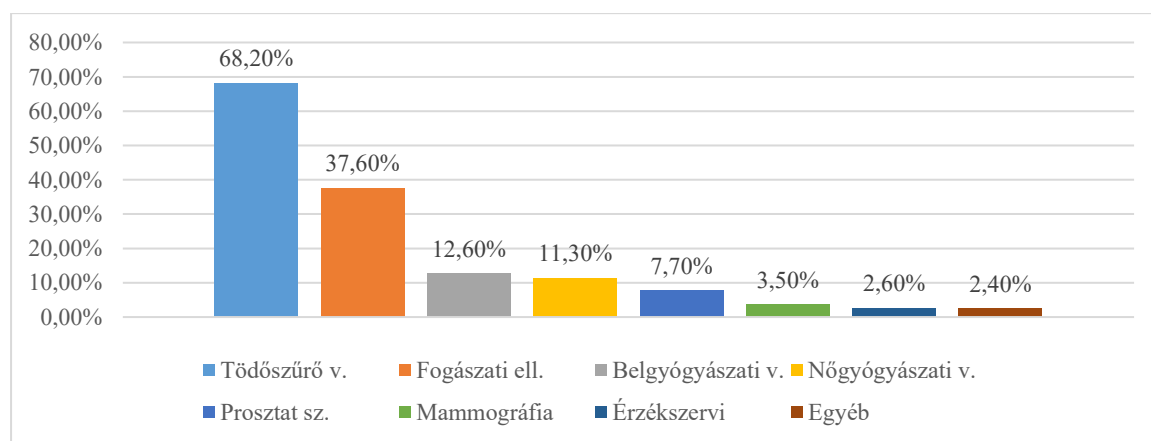
igen	85,9% (n=1477)
rendszeretlenül	11,9% (n=204)
nem	2,0% (n=35)
nincs adat/nem válaszolt	0,2% (n=3)

A leggyakoribb szűrővizsgálat (28. táblázat, 21. ábra), amin részt vesznek a válaszadók a tüdőszűrő vizsgálat (68,2%, n=1173). Ezt követi a fogászati vizsgálat, ahol azonban csak minden harmadik személy vesz részt (37,6%, n=646). Belgyógyászati szűrővizsgálaton a válaszadók 12,6%-a (n=216) vesz részt. A nőgyógyászati szűrővizsgálat az összesített eredmény tekintetében 11,3% (n=195), de mivel csak nőket érint, így megállapítható, hogy a női válaszadók (n=236) legalább 82,6%-a vesz részt nőgyógyászati vizsgálaton. Mammográfiai vizsgálat is a nők körében jellemző, így a nők 25,4%-a (n=60) vesz részt ilyen jellegű vizsgálaton. A férfiakat érintő prosztatata vizsgálat az összválaszadók tekintetében ugyan 7,7% (n=133), de csak a férfiakat figyelembe véve (n=1480) 8,9% (n=133). Kis mértékben vesznek részt a válaszadók érzékszervi (2,6%, n=45) és egyéb (2,4%, n=42) vizsgálaton.

28. táblázat Szűrővizsgálatok megoszlása (leíró statisztikai adatok)

Tüdőszűrő vizsgálat	68,2% (n=1173)
Fogászati ellenőrzés	37,6% (n=646)
Belgyógyászati szűrő	12,6% (n=216)
Nőgyógyászat	11,3% (n=195)
Prosztata szűrés	7,7% (n=133)
Mammográfia	3,5% (n=60)
Érzékszervi	2,6% (n=45)
Egyéb	2,4% (n=42)

21. ábra Szűrővizsgálatok gyakorisága (leíró statisztikai adatok)



Sportolási szokások.

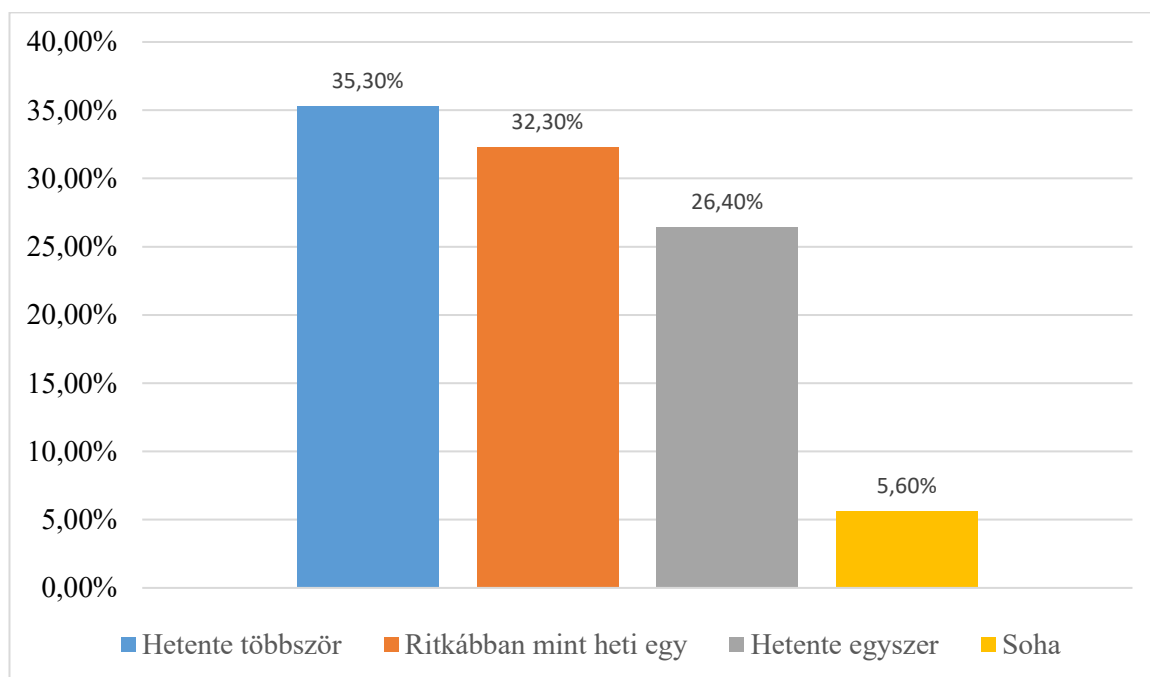
Sportolás gyakorisága

Legnagyobb arányban a hetente többször sportolók vannak, ők teszik ki a válaszadók több mint harmadát (35,3%, n=607) (29. táblázat, 22. ábra). Hetente egyszer sportol a válaszadók 26,4%-a (n=454), így elmondható, hogy 61,7% legalább hetente egy alkalommal végez sportolási tevékenységet. Heti egy alkalomnál ritkábban sportol a 32,3% (n=556). Soha nem sportol 5,6% (n=97).

29. táblázat Sportolás gyakorisága (leíró statisztikai adatok)

soha	5,6%(n=97)
ritkábban, mint heti 1 alkalom	32,3% (n=556)
hetente egyszer	26,4% (n=454)
hetente többször	35,3% (n=607)
nincs adat/nem válaszolt	0,3% (n=5)

22. ábra Sportolás gyakorisága (leíró statisztikai adatok)



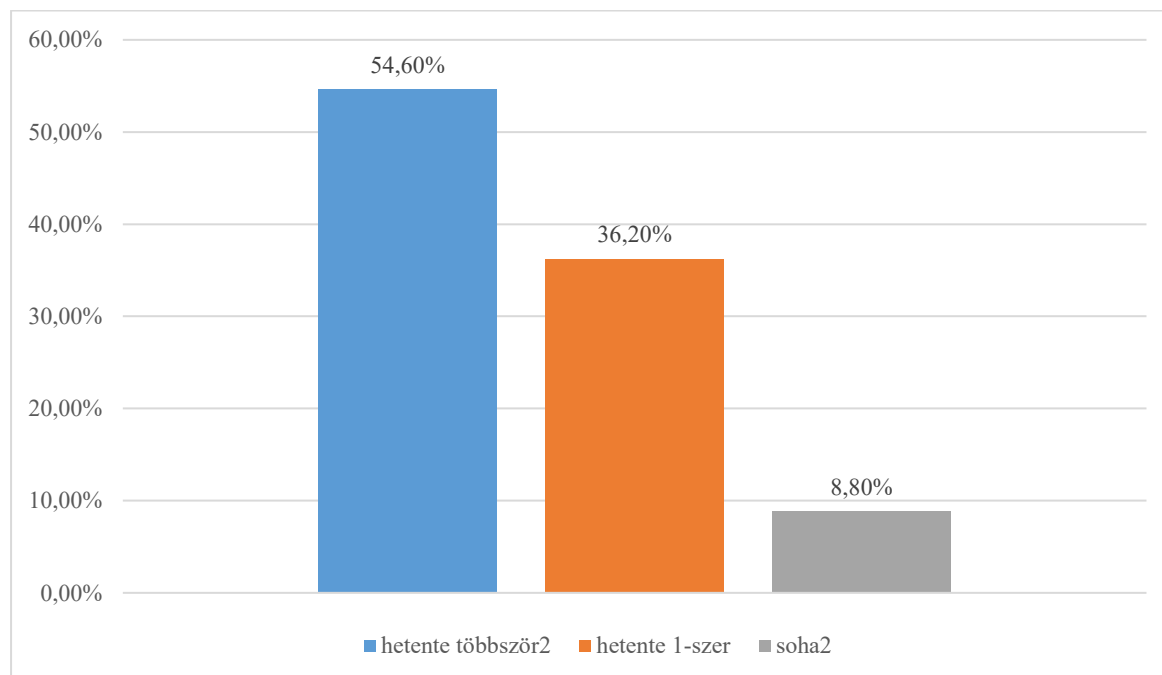
Fizikai aktivitás

A sportoláson kívül olyan fizikai aktivitást, például kerti munkát, építkezést, ahol legalább 10 percen keresztül gyorsabban ver a szíve, kimelegszik, megizzad, a válaszadók 54,6% (n=939) hetente többször végez (30. táblázat, 23. ábra). Heti egy alkalommal a válaszadók több mint harmada végez fizikai aktivitást (36,2%, n=623). Soha nem végez fizikai aktivitást a válaszadók 8,8%-a (n=151).

30. táblázat Fizikai aktivitás (leíró statisztikai adatok)

soha	8,8% (n=151)
hetente egyszer	36,2% (n=623)
hetente többször	54,6% (n=939)
nincs adat/nem válaszolt	0,3% (n=6)

23. ábra Fizikai aktivitás (leíró statisztikai adatok)



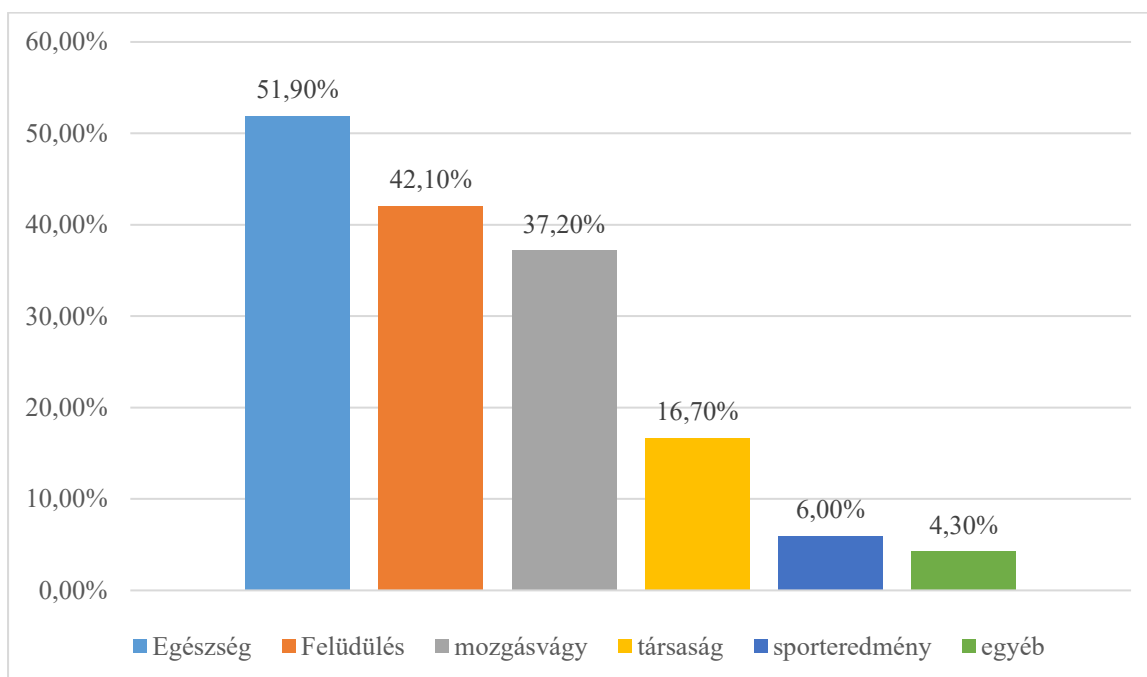
Sportolás célja

A sportolás céljaként legtöbbször az egészséges életmódot jelölték meg (51,9%, n=893) (31. táblázat, 24. ábra). Kikapcsolódásból (42,1%, n=724) és általános mozgásvágyból (37,2%, n=640) a válaszadók több mint harmada sportol. Kevesen jelölték meg a jó társaságot (16,7%, n=287) és a jó sporteredményt (6,0%, n=103) mint a sportolásuk célját. A válaszadás során több választ is megjelölhettek, így valószínűsíthető, hogy a sportolás háttérében több tényező húzódik meg. Az egyéb válaszok között a munkába járás, a stresszoldás, a külső megjelenés és a gyerekek miatti okok voltak megjelölve többek között. Az írásos válaszok mennyiségének csekély mértéke azonban nem teszi lehetővé a statisztikai értékelést.

31. táblázat Sportolás célja (leíró statisztikai adatok)

egészséges életmód miatt	51,9% (n=893)	
nincs adat/ nem válaszolt		4,0% (n=68)
felüdülést, kikapcsolódást jelent	42,1% (n=724)	
nincs adat/nem válaszolt		4,0 (n=68)
általános mozgásvágy	37,2% (n=640)	
nincs adat/nem válaszolt		3,9% (n=67)
jó társaság	16,7% (n=287)	
nincs adat/ nem válaszolt		4,0% (n=68)
jó sporteredmény elérése	6,0% (n=103)	
nincs adat/nem válaszolt		4,0% (n=68)
egyéb	4,3% (n=74)	
nincs adat/nem válaszolt		3,8% (n=66)

24. ábra Sportolás célja szerinti megoszlás (leíró statisztikai adatok)



Sport támogatottsága

A válaszadók 83,9%-a érzi úgy, hogy hozzátartozói, barátai fontosnak tartják, hogy sportoljon, támogatják benne (32. táblázat). 13,8% úgy éli meg, hogy nem kap támogatást a környezetétől sportolási tevékenységét illetően.

32. táblázat Sport támogatottsága (leíró statisztikai adatok)

igen	83,9% (n=1442)
nem	13,8% (n=237)
nincs adat/nem válaszolt	2,3% (n=40)

Étkezési szokások.

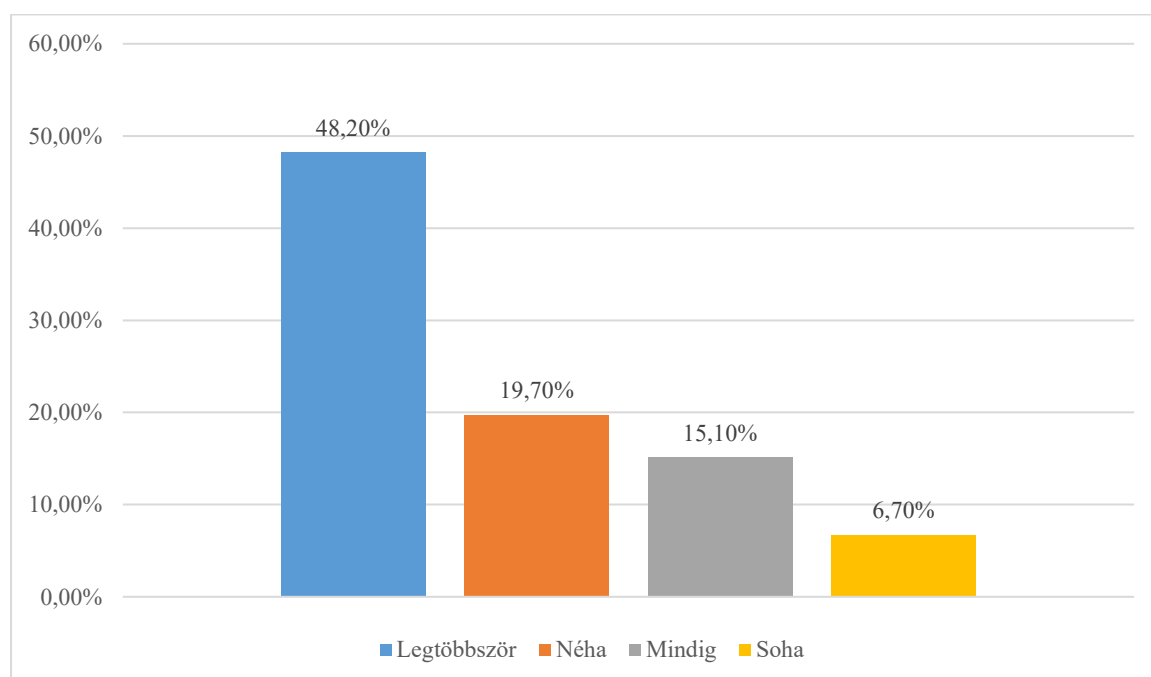
Étkezésre való odafigyelés

A válaszadók 63,3%-a az eredmények alapján igyekszik odafigyelni arra, hogy mit és mennyit eszik (33.táblázat, 25. ábra). 15,1% (n=259) mindig figyel az étkezésére, míg csak legtöbbször van figyelemmel az étkezésére a 48,2% (n=829). Néha vagy soha nem figyel az étkezésére a 19,7% (n=510), illetve a 6,7% (n=115).

33. táblázat Étkezésre való odafigyelés (általános statisztikai adatok)

mindig	15,1% (n=259)
legtöbbször	48,2% (n=829)
néha	19,7% (n=510)
soha	6,7% (n=115)
nincs adat/nem válaszolt	0,3% (n=6)

25. ábra Étkezésre való odafigyelés szerinti megoszlás (leíró statisztikai adatok)



Étrend

Az étrend tekintetében az alábbi tényezők emelhetők ki (34. táblázat). Zöldséget a legtöbben (60,4%, n=1038) csaknem napi rendszerességgel fogyasztanak (naponta:25,6%, n=440; hetente többször:34,8%, n=598). Hetente fogyaszt zöldséget a válaszadók 23,9%-a (n=410). 8,8% (n=152) naponta többszöri zöldségfogyasztó. 6,1% (n=104) azonban szinte soha nem fogyaszt zöldséget.

A gyümölcsfogyasztás arányaiban hasonlóan alakul, kissé magasabb a heti többszöri gyümölcsfogyasztó (37,3%, n=642). Naponta fogyaszt gyümölcsöt minden negyedik válaszadó (25,0%, n=429), naponta több alkalommal azonban már csak 7,0% (n=121). Heti rendszerességgel is közel a válaszadók negyede, 23,9% (n=410) építi be a gyümölcsöt az étrendjébe. Étrendje szinte soha nem tartalmazza a gyümölcsöt a válaszadók 5,8%-ának (n=100).

Hetente (34,0%, n=584), illetve naponta (29,9%, n=514) fogyaszt főzeléket a válaszadók közel harmada. Hetente többször szerepel az étrendjében a főzelék a válaszadók 13,1%-ának (n=226). Szinte soha nem fogyaszt főzeléket a válaszadók 10,9%-a (n=187). Naponta többször is főzeléket fogyaszt 9,1% (n=156).

Csaknem napi szintű a húsfogyasztás a válaszadók több mint felének (hetente többször: 42,8%, n=735; naponta: 20,7%, n=356). 21,5% (n=369) heti rendszerességgel fogyaszt húst. Naponta többszöri húsfogyasztó 7,6% (n=131). Szinte soha nem fogyaszt húst a válaszadók 6,3%-a (n=109).

A válaszadók közel fele (47,2%, n=812) fogyaszt téztaféléket hetente többször is. 22,3% (n=383) naponta, 22,6% (n=389) hetente fogyaszt téztaételeket. Szinte soha nem szerepel az étlapján tézta a válaszadók 3,4%-ának (n=58). 2,6% (n=44) viszont naponta többször is téztaféléket fogyaszt.

Édességet a válaszadók több mint fele, 55,9% fogyaszt naponta (27,0%, n=464) vagy hetente többször (28,9%, n=496). Heti rendszerességgel is több mint a válaszadók negyede fogyaszt édességet (27,2%, n=468). Szinte soha nem fogyaszt édességet a 7,7%-a válaszadóknak (n=133), és ezzel megegyező arányban vannak azok, akik viszont naponta többször is fogyasztanak édességet (7,0%, n=120).

Tejtermékek fogyasztása során majdnem minden harmadik válaszadó (30,7%, n=528) hetente többször fogyaszt tejterméket. A válaszadók negyede naponta fogyaszt tejterméket (25,0%, n=429), másik negyede pedig hetente (25,8%, n=443). Szinte soha nem szerepel tejféle az étrendjében a válaszadók 7,9%-ának (n=136). Kicsit többen vannak azok, akik viszont naponta többször is fogyasztanak tejterméket (8,9%, n=153).

34. táblázat Étrend (általános statisztikai adatok)														
	zöldség		gyümölcs		főzelék		hús		tészta		édesség		tejtermék	
	fő	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
naponta többször	152	8,8	121	7,0	156	9,1	131	7,6	44	2,6	120	7,0	153	8,9
naponta	440	25,6	429	25,0	514	29,9	356	20,7	383	22,3	464	27,0	429	25,0
hetente többször	598	34,8	642	37,3	226	13,1	735	42,8	812	47,2	496	28,9	528	30,7
hetente	410	23,9	410	23,9	584	34,0	369	21,5	389	22,6	468	27,2	443	25,8
szinte soha	104	6,1	100	5,8	187	10,9	109	6,3	58	3,4	133	7,7	136	7,9
nincs adat	15	0,9	17	1,0	52	3,0	19	1,1	33	1,9	38	2,2	30	1,7

Különleges étrend

A válaszadók nagy része nem tart speciális étrendet (95,1%, n=1436) (35. táblázat). Mindössze 4,4% (n=75) jelölte meg, hogy a napi étkezése során különleges étrendet tart. A következő adatok során nem a teljes vizsgált válaszadási arányokat tüntetem fel, hanem a speciális étrendet tartók között megtalálható arányokat. Különleges étrendűek 24%-a (n=18) laktózmentes étrendet követ. Gluténmentes diétát tart 17,3% (n=13). Szénhidrátmentes étkezést folytat 12,0% (n=9). Cukormentesen étkezik 9,3% (n=7). Vegetáriánus 6,6% (n=5), egyéb (pl. paleo étrend, ketogén diéta, fűszerszegény, tojásmentes...) 30,6% (n=23).

35. táblázat Speciális étrend (leíró statisztikai adatok)		
igen		4,4% (n=75)
nem		83,5% (n=1436)
nincs adat/nem válaszolt		12,1% (n=208)

6,3% (n=40) szed a étrend-kiegészítőket fogyasztók közül. A válaszadók közül 3,0% (n=19) szed csak egyféle étrend-kiegészítőt, a legtöbben többféle készítményt szednek.

36. táblázat *Étrend-kiegészítők fogyasztása (általános statisztikai adatok)*

igen	36,6% (n=629)	vitaminok	28,6% (n=180)
		C vitamin	25,1% (n=159)
		fehérje	17,0% (n=107)
		D vitamin	14,1% (n=89)
		multivitamin	8,2% (n=52)
		magnézium	6,3% (n=40)
		nem	60,1% (n=1033)
nincs adat/nem válaszolt	3,3% (n=57)		

Társas támasz

A társas támasz lehetséges forrásai kapcsán kapott eredményeket a 37. táblázat, valamint a 26. és 27. ábra mutatja be.

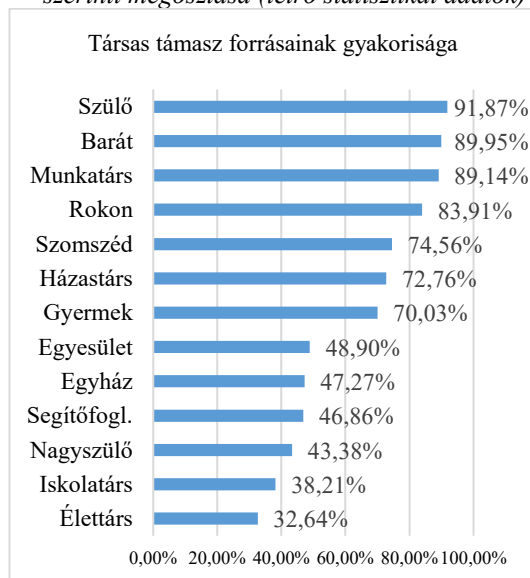
Fontos kiemelni, hogy mind a 13 kategória mentén választ adók száma mindössze 273 fő volt a mintában. Ennek lehetséges háttér oka az időszakos szűrés során használt tesztbatteria részét képező Rendvédelmi Szervek Munkahelyi Stressz Kérdőíve (röviden: RMSK) szintén tartalmaz egy hasonló, Támogatottság elnevezésű blokkot, amelyben csak azon személyek esetében kell jelölnie a válaszadónak, hogy mennyire számíthat az illetőre, amennyiben van ilyen személy a környezetében. Vagyis amennyiben nincs az adott személy a környezetében, akkor nem kell jelölnie semmit. Mivel jelen kutatás az időszakos vizsgálatokhoz kapcsolódóan zajlott, így elképzelhető, hogy az RMSK vonatkozó blokkja előfeszítette jelen blokk kapcsán is a válaszadási mintázatot.

Mindezek mellett is a szülő, a munkatárs, a barát, mint lehetséges támasz hármasa került legtöbb esetben említésre (1582 – 1549 – 1535), míg legkevesebbszer az élettárs (562), ugyanakkor a legmagasabb átlagértékekkel a házastárs (M=2,81, SD=0,84), a gyermek (M=2,65, SD=0,80) és a barát (M=2,59, SD=0,63) bírt, míg a legalacsonyabbal az egyházi csoport (M=0,82, SD=0,94) szerepelt. Összevetve az említési gyakoriságot és a támogatás erősségének az átlagát, látszik, hogy a szülők és a barát esetében mindkét érték magas, tehát elérhetőek és számíthatnak a támogatásukra. A házastárs és a gyermek esetében az említési gyakoriság az előzőekhez viszonyítva alacsonyabb, de a támogatás erősebb, míg a munkatárs és rokon esetében gyengébb mértékű a társas támasz megélése. A munkatárs említési gyakorisága harmadik helyen áll (89,14%), de a támogatás erőssége alacsonyabb (M=2,14, SD=0,66).

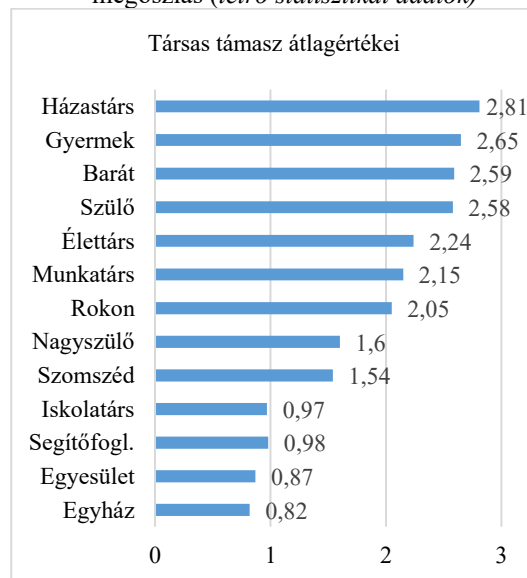
37. táblázat Társas támasz lehetséges forrásai (általános statisztikai adatok)

Társas támasz lehetséges forrásai	Említési gyakoriság		M	SD
	fő	%		
1. szülő	1582	92,03	2,57	0,83
2. házastárs	1253	72,89	2,81	0,66
3. élettárs	562	32,69	2,24	1,25
4. nagyszülő	747	43,46	1,60	1,31
5. iskolatárs	658	38,28	0,96	1,02
6. szomszéd	1284	74,69	1,54	0,94
7. munkatárs	1535	89,30	2,14	0,66
8. barát	1549	90,11	2,59	0,62
9. gyermek	1206	70,16	2,64	0,79
10. rokon	1445	84,06	2,05	0,84
11. segítő foglalkozású	807	46,95	0,98	0,94
12. egyházi csoport	814	47,35	0,81	0,94
13. egyesület, polgári csoport	842	48,98	0,86	0,96

26. ábra Társas támasz forrásainak gyakoriság szerinti megoszlása (leíró statisztikai adatok)



27. ábra Társas támasz átlagértékei szerinti megoszlás (leíró statisztikai adatok)



Élettel való elégedettség, boldogság.

Az élettel való elégedettség és a boldogság esetében a Kolmogorov-Smirnov ($p < 0,001$) és a Shapiro-Wilk próbák ($p < 0,001$) alapján nem normál az eloszlás.

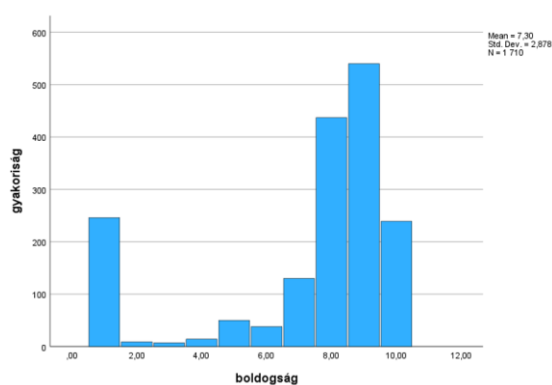
Az élettel való elégedettség kérdésére 1709 fő válaszolt, 10 főnél nem volt adat. Átlagértéke ($M=7,19$) a felső harmadba esik, tehát a válaszadók általában elégedettek az életükkel. Van némi szóródás ($SD=2,79$), de a válaszadók nagy része a negatív ferdeség alapján ($Skewness=-1,37$) kifejezetten pozitívan ítéli meg életét.

A boldogság kérdésére 1710 fő válaszolt. A hiányzó válaszok száma 9. Az átlagérték 7,29; 2,87 szórással ($M=7,29$; $SD=2,87$) Az eloszlás balra torzul ($M=8$; $Skewness=-1,40$) a

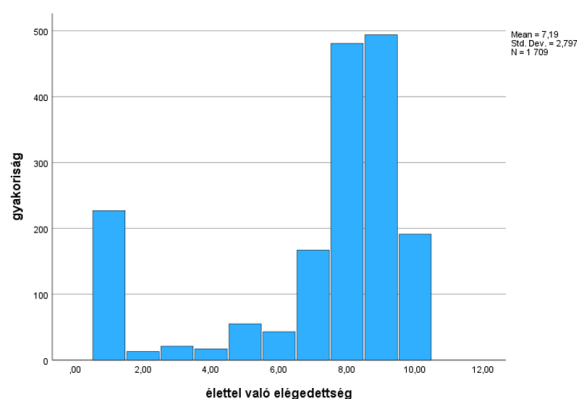
pozitív értékek túlsúlyát jelzi, a legtöbb válaszadó magas boldogságszintet jelöl. (38. táblázat, 28. és 29. ábra)

38. táblázat Élettel való elégedettség és boldogság (leíró statisztikai adatok)			
	n	M	SD
élettel való elégedettség	1709	7,19	2,79
nincs adat/nem válaszolt	10		
boldogság	1710	7,29	2,87
nincs adat/nem válaszolt	9		

28. ábra Boldogság szerinti megoszlás (leíró statisztikai adatok)



29. ábra Élettel való elégedettség szerinti megoszlás (leíró statisztikai adatok)



Egészségorientációs kérdőív.

Megerősítő faktorelemzéssel megnéztem, hogy a HOS (Snell és mtsai, 1991) eredeti factorszerkezete illeszkedik-e az adataimra. A HOS ($\chi^2/df=8,76$, $SRMR=0.097$, $RMSEA=0.088$, $TLI=0,875$, $CFI=0.885$) esetén mérsékelten bizonyult elfogadhatónak az illeszkedés (Hu és Bentler, 1999). A skálák közül egyedül az EHC (Külső egészségesség kontroll) megbízhatósága gyenge, a többi skála megbízhatósága elfogadható vagy jó (melléklet: 96. táblázat). A HOS kérdőív egyetlen skálája sem mutat normál eloszlást. Bár a kérdőív korlátozottan mér, a végzett mérések alkalmasak lehetnek a mintában megjelenő tendenciák feltérképezésére.

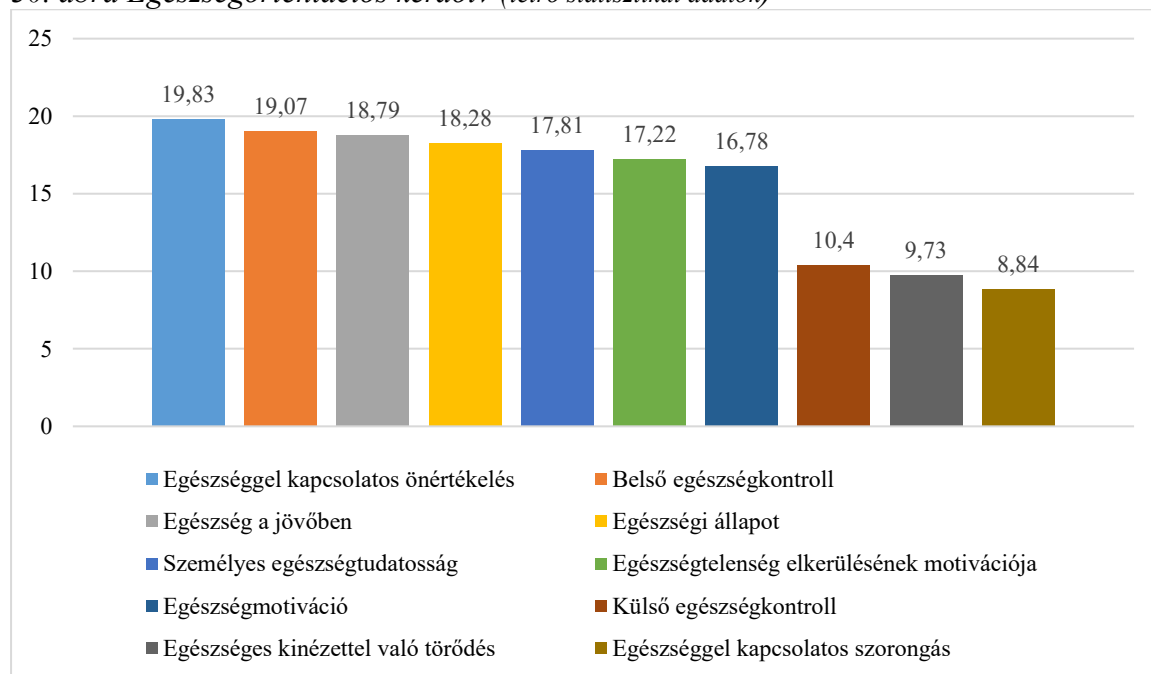
A HOS kérdőív eredményei alapján (39. táblázat, 30. ábra) a válaszadók a legmagasabb értéket az egészséggel kapcsolatos önértékelés skálára adták ($M=19,83$; $SD=3,58$), mely alapján törődnek és bíznak a fizikai fittségükben, és annak tartósságában. A belső egészségkontroll skála a második legmagasabb ($M=19,07$; $SD=3,72$), ami szerint az

egyének magasra értékelik a személyes kontrolljukat saját egészségi állapotuk befolyásolásában. Ehhez szorosan kapcsolódik a harmadik legmagasabb tétel, az egészség a jövőben skála ($M=18,79$; $SD=3,70$), vagyis, hogy egészsége a jövőben is kiváló, stabil marad. Legkisebb értékkel bír az egészséggel kapcsolatos szorongás ($M=8,84$; $SD=3,23$), és az egészséges kinézettel való törődés ($M=9,73$; $SD=3,99$). Alacsony a szorongás az egészségi állapotuk miatt, és kevésbé veszik figyelembe, hogy mások mit gondolnak az egészségi állapotukat illetően.

39. táblázat Cronbach-alfa értékek a HOS skálái esetén (leíró statisztikai adatok)

	n	Min	Max	M	SD	MDN	α
1. Személyes egészségtudatosság (PHC)	1682	7	25	17,81	3,545	18,00	0,76
2. Egészséggel kinézettel való törődés (HIC)	1683	5	25	9,73	3,992	9,00	0,79
3. Egészséggel kapcsolatos szorongás (HA)	1682	5	25	8,84	3,234	8,00	0,72
4. Egészséggel kapcsolatos önértékelés (HEC)	1684	6	25	19,83	3,589	20,00	0,8
5. Egészségtelenség elkerülésének motivációja (MAU)	1680	5	25	17,22	4,078	17,00	0,78
6. Egészségmotiváció (MFH)	1681	5	25	16,78	3,652	17,00	0,71
7. Belső egészségesség kontroll (IHC)	1682	5	25	19,07	3,726	19,00	0,82
8. Külső egészségesség kontroll (EHC)	1685	5	25	10,40	3,194	10,00	0,58
9. Egészség a jövőben (HE)	1679	5	25	18,79	3,708	19,00	0,8
10. Egészségi állapot (HS)	1682	6	25	18,28	3,401	18,00	0,77

30. ábra Egészségorientációs kérdőív (leíró statisztikai adatok)



Egészségmagatartási szokások kompozit mutató

Az egészséges és az egészségtelen magatartások összehasonlíthatósága érdekében meghatároztam egy kompozit mutatót. Az egészségre káros magatartásformák közé soroltam a dohányzás, a havi szintű alkoholfogyasztás az átlagtól eltérő BMI, ha soha nem vesz részt szűrővizsgálatokon, ha maximum heti 1 fizikai aktivitás jellemzi, soha nem figyel arra, amit eszik, és hetente vagy ritkábban fogyaszt zöldséget, gyümölcsöt, édességet pedig napi szinten. Így összesen 8 egészségre káros magatartásforma került megállapításra. (40. táblázat) Az egészséges szokások közé sorolódtak, ha nem dohányzik, ha maximum havonta jellemzi alkoholfogyasztás, ha a BMI alapján a normál tápláltsági állapot kategóriába esik (18,5-24,9), a szűrővizsgálatokon rendszeresen részt vesz, hetente többször végez fizikai aktivitást, figyel arra, amit eszik, naponta többször fogyaszt zöldséget, gyümölcsöt, hetente vagy ritkábban édességet és napi szinten tejterméket. Így összesen 11 tétel, ami egyértelmű egészségre kedvező egészségmagatartást jelöl. (40. táblázat) Átlagosan 3,16 (SD=1,58) egészségtelen szokás és 4,04 (SD=1,66) egészséges szokás jellemzi a vizsgált mintát. (41. táblázat)

40. táblázat Az egészséges és egészségtelen szokások

Egészséges szokások	Egészségtelen szokások
1. Dohányzás (leszokott, soha sem)	1. Dohányzó
2. Alkohol (soha, havonta vagy ritkábban)	2. Alkohol (havonta 2-4, hetente 2-3)
3. Szűrővizsgálatok rendszeresen	3. Szűrővizsgálat (soha)
4. Sport (hetente többször)	4. Sport (soha, ritkábban mint heti 1)
5. Fizikai aktivitás (hetente többször)	5. Fizikai aktivitás (soha)
6. Étkezésre való odafigyelés (mindig)	6. Zöldség (hetente, soha)
7. Zöldség (naponta többször)	7. Gyümölcs (hetente, soha)
8. Gyümölcs (naponta többször)	8. Édesség (naponta többször)
9. Édesség (hetente, szinte soha)	
10. Tejtermék (naponta)	
11. Normál BMI	

41. táblázat Kompozit mutató értékei

	Egészséges szokások	Egészségtelen szokások
M	4,04	3,16
SD	1,66	1,58
Mdn	4	3
Min.	,00	,00
Max.	11,00	8,00

3.7. A hipotézisek vizsgálata

I/ H1: A magasabb iskolai végzettséggel rendelkezők kedvezőbb egészségmagatartási szokásokat mutatnak

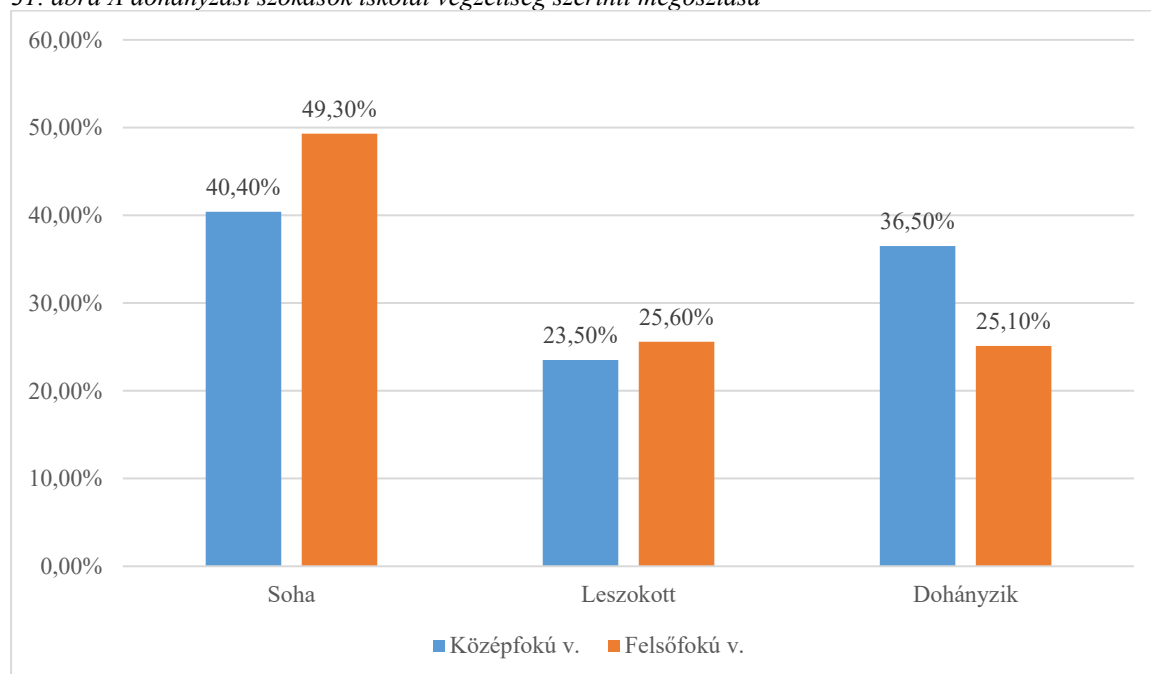
Dohányzás és iskolai végzettség összefüggései

A khi-négyzet statisztika összefüggést igazolt a dohányzás és az iskolai végzettség között [$\chi^2(2)=23,150, <0,001, C=0,119$]. A középfokú iskolai végzettségűek jellemzően jelenleg is dohányoznak, míg a felsőfokú végzettséggel rendelkezők közül nagyobb arányban vannak, akik soha nem dohányoztak. A főiskolát vagy egyetemet végzetek közel fele soha nem dohányzott és csak 25,1,9%-uk dohányzik jelenleg is. Míg a középfokú végzettséggel rendelkezők 36,5%-a dohányzik jelenleg is. (42. táblázat, 31. ábra)

42. táblázat A dohányzási szokások iskolai végzettség szerinti megoszlása

	végzettség				Össz.	
	középfokú		felsőfokú			
	n	%	n	%	n	%
soha	408	40,0%	287	49,3%	695	43,4%
leszokott	240	23,5%	149	25,6%	389	24,3%
dohányzik	373	36,5%	146	25,1%	519	32,4%
Össz.	1021	100,0%	582	100,0%	1603	100,0%

31. ábra A dohányzási szokások iskolai végzettség szerinti megoszlása



Alkohol és iskolai végzettség összefüggése

A hipotézis vizsgálatához nemparaméteres, Mann-Whitney próbát használtam. A statisztikai próba nem bizonyult szignifikánsnak ($U=295836$, $p=0,735$), vagyis statisztikailag nincs különbség a közép- és felsőfokú végzettségűek alkoholfogyasztásának gyakorisága között. (43. táblázat) Az alkoholfogyasztási szokások szerint fogyasztó és nem fogyasztó csoportokba sorolás után sem mutatkozik szignifikáns különbség a csoportok között a khi-négyzet statisztikai mutató szerint [$X^2(1)=0,063$, $p=0,802$].

43. táblázat Alkoholfogyasztás és iskolai végzettség összefüggései

	végzettség				Össz.	
	középfokú		felsőfokú			
	n	%	n	%	n	%
nem fogyasztó	205	64,3%	114	35,7%	319	100,0%
fogyasztó	818	63,5%	470	36,5%	1288	100,0%
Össz.	1023	63,7%	584	36,3%	1607	100,0%

Iskolai végzettség és szűrővizsgálat összefüggése

A khi-négyzet statisztika nem igazolt összefüggést a szűrővizsgálatok látogatása és az iskolai végzettség között [$X^2(2)=2,183$, $p=0,336$]. (44. táblázat)

44. táblázat Szűrővizsgálatok és az iskolai végzettség összefüggései

	végzettség				Össz.	
	középfokú		felsőfokú			
	n	%	n	%	n	%
rendszeresen	885	63,9%	499	36,1%	1384	100,0%
rendszeretlenül	113	59,5%	77	40,5%	190	100,0%
soha	24	70,6%	10	29,4%	34	100,0%
Össz.	1022	63.6%	586	36.4%	1608	100,0%

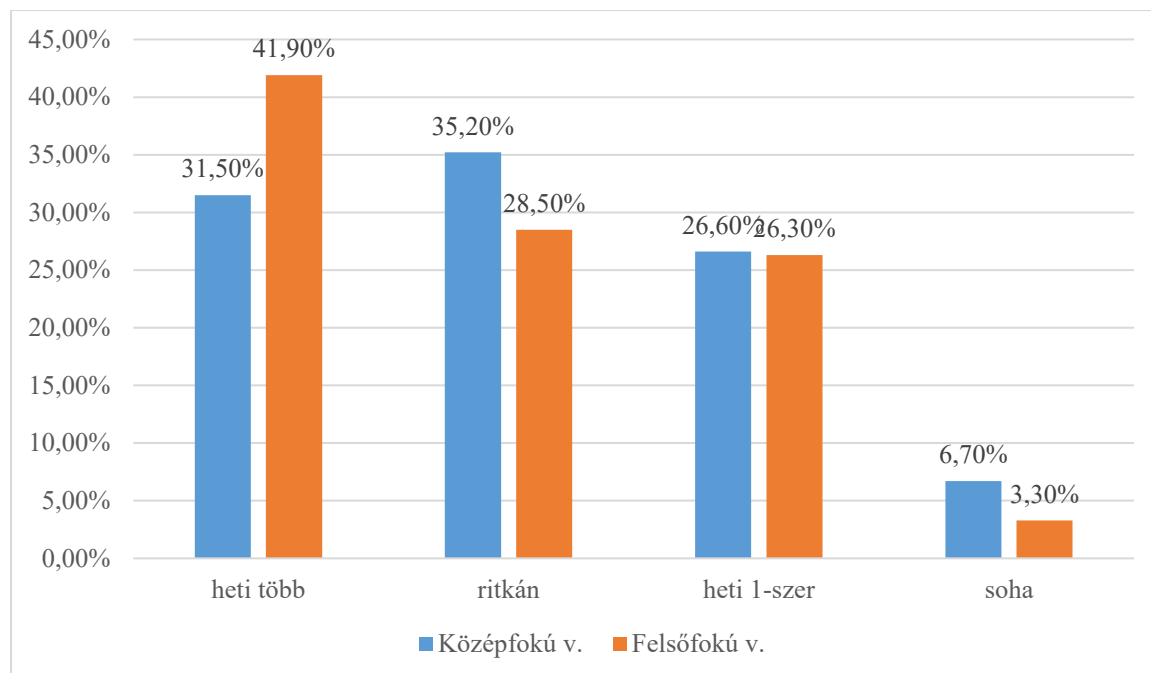
Sportolás és iskolai végzettség összefüggése

A khi-négyzet statisztikával vizsgálva összefüggés mutatkozik a sportolás és az iskolai végzettség között [$X^2(3)=24,497$, $<0,001$, $C=0,123$]. (45. táblázat, 32. ábra) A felsőfokú végzettségűek nagyobb arányban sportolnak rendszeresen. Az egyetemet végzettek közel fele (41,9%) heti többször sportol, szemben a középiskolai végzettségűekkel, akik közel harmada (31,5%) végez rendszeres testmozgást.

45. táblázat Sportolás és iskolai végzettség összefüggése

		iskolai végzettség				Össz.	
		középfokú		felsőfokú			
		n	%	n	%	n	%
sport	soha	69	6,7%	19	3,3%	88	5,5%
	ritkán	360	35,2%	166	28,5%	526	32,8%
	heti 1x	272	26,6%	153	26,3%	425	26,5%
	heti több	323	31,5%	244	41,9%	567	35,3%
Össz.		1024	100.0%	582	100.0%	1606	100.0%

32. ábra Sportolás rendszeressége iskolai végzettség szerinti megoszlása



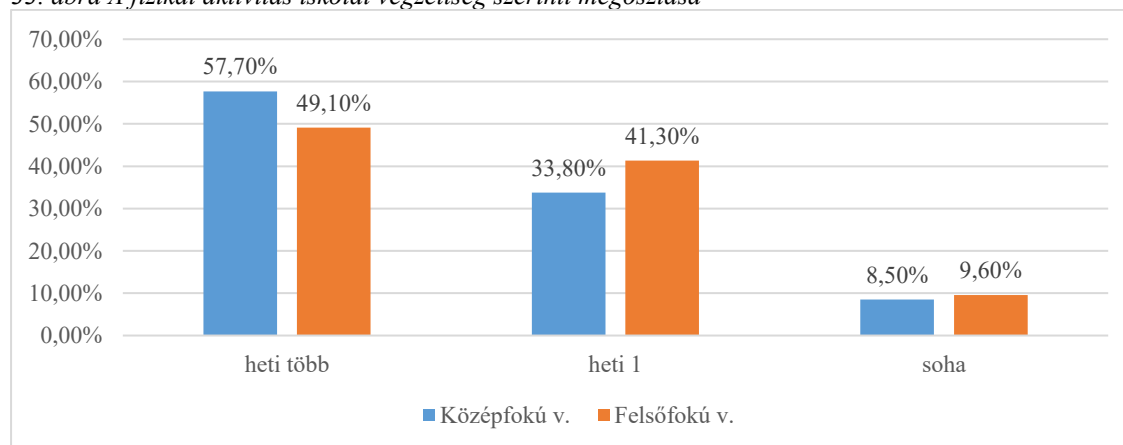
Fizikai aktivitás és iskolai végzettség összefüggései

Sportolástól eltérő fizikai aktivitást viszont a középiskolát végzettek nagyobb arányban végeznek [$\chi^2(2)=11,378$, $p=0,003$, $C=0,084$]. (46. táblázat, 33. ábra) A fizikai aktivitás tekintetében a felsőfokú végzettségűek csaknem fele (49,1%) végez heti szinten olyan fizikai aktivitást, mely megemelkedett pulzusszámmal is jár. A közép fokú végzettséggel rendelkezők pedig több mint a fele (57,7%).

46. táblázat A fizikai aktivitás és az iskolai végzettség összefüggése

		iskolai végzettség				Össz.	
		középfokú		felsőfokú			
		n	%	n	%	n	%
fizikai aktivitás	soha	87	8,5%	56	9,6%	143	8,9%
	heti 1x	346	33,8%	240	41,3%	586	36,5%
	heti többször	591	57,7%	285	49,1%	876	54,6%
Össz.		1024	100,0%	581	100,0%	1605	100,0%

33. ábra A fizikai aktivitás iskolai végzettség szerinti megoszlása

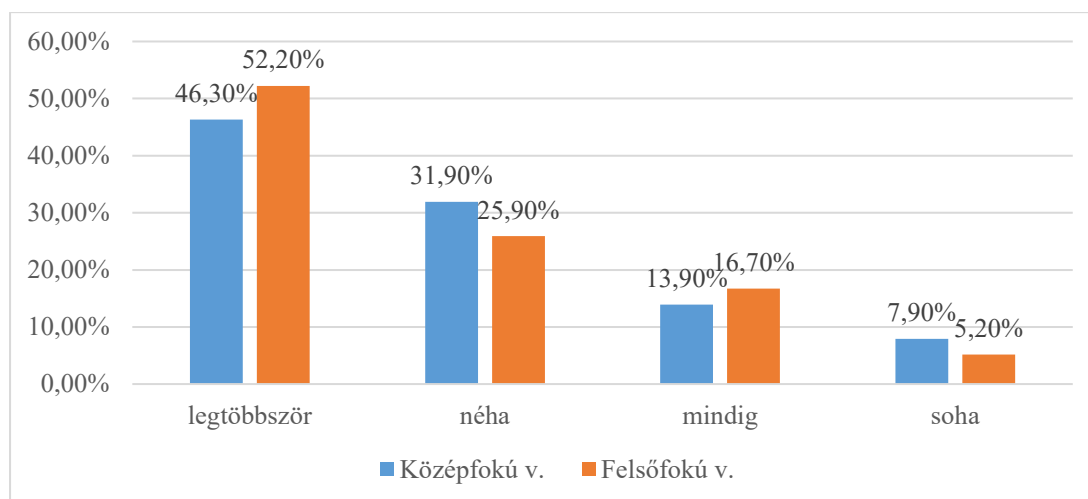


Étkezésre való odafigyelés és iskolai végzettség összefüggése

Az étkezésre való odafigyelés szintén a felsőfokú végzettségűeknél jelenik meg gyakrabban a khi-négyzet statisztika szerint [$\chi^2(3)=13,07$, $p=0,004$, $C=0,09$]. (47. táblázat, 34. ábra) A felsőfokú végzettségűek több mint fele a legtöbbször odafigyel az étkezésére (52,2%), míg a középfokú végzettségűek alig 50%-a (46,3%).

47. táblázat Étkezésre való odafigyelés és iskolai végzettség összefüggése							
		iskolai végzettség				Total	
		középfokú		felsőfokú			
		n	%	n	%	n	%
odafigyel mit eszik	mindig	142	13,9%	97	16,7%	239	14,9%
	legtöbbször	474	46,3%	304	52,2%	778	48,5%
	néha	326	31,9%	151	25,9%	477	29,7%
	soha	81	7,9%	30	5,2%	111	6,9%
Összesen		1023	100,0%	582	100,0%	1605	100,0%

34. ábra Étkezésre való odafigyelés iskolai végzettség szerinti megoszlása

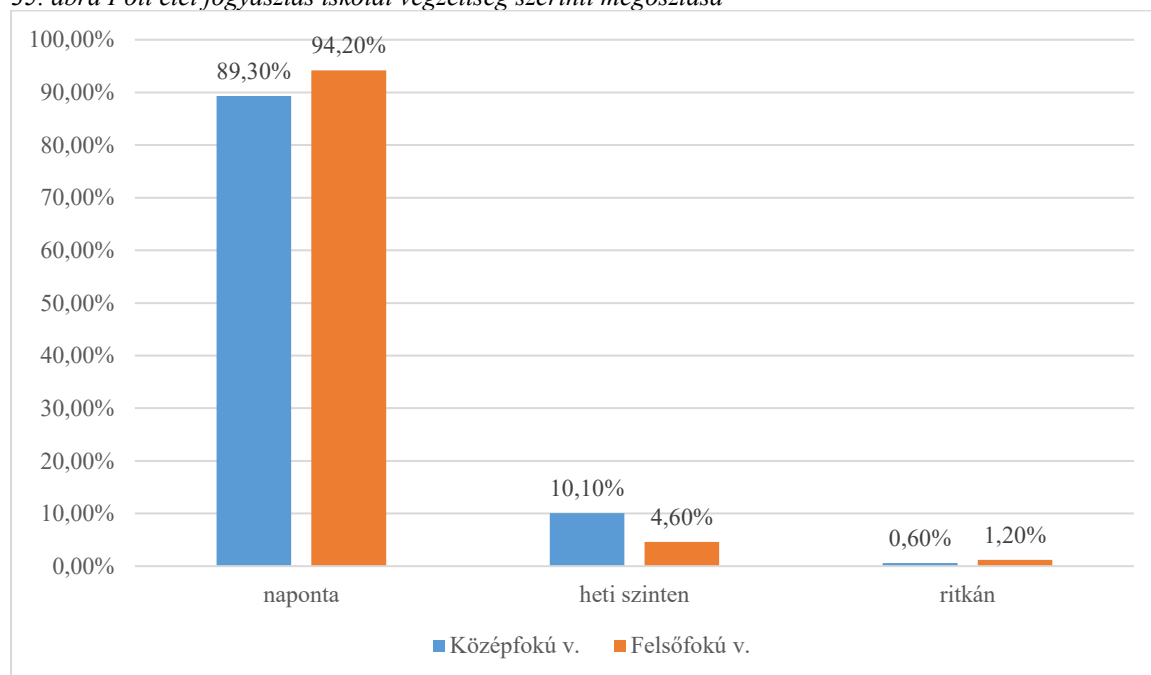


Főtt étel fogyasztás és iskolai végzettség

A főtt étel napi szintű fogyasztása szintén a felsőfokú végzettségűeknél jelenik meg gyakrabban a khi-négyzet statisztika szerint [$\chi^2(2)=16,217$, $<0,001$, $C=0,1$]. (48. táblázat, 35. ábra) A felsőfokú végzettségűek több mint 94%-a naponta fogyaszt főtt ételt (94,2%), de a középfokú végzettségűek is megközelítőleg 90%-ban (89,3%).

48. táblázat Főtt étel fogyasztás és iskolai végzettség összefüggése							
		iskolai végzettség				Össz.	
		középfokú		felsőfokú			
		n	%	n	%	n	%
főtt étel	naponta	913	89,3%	548	94,2%	1461	91,1%
	hetente többször	103	10,1%	27	4,6%	130	8,1%
	ritkábban	6	0,6%	7	1,2%	13	0,8%
Össz		1022	100.0%	582	100.0%	1604	100.0%

35. ábra Főtt étel fogyasztás iskolai végzettség szerinti megoszlása



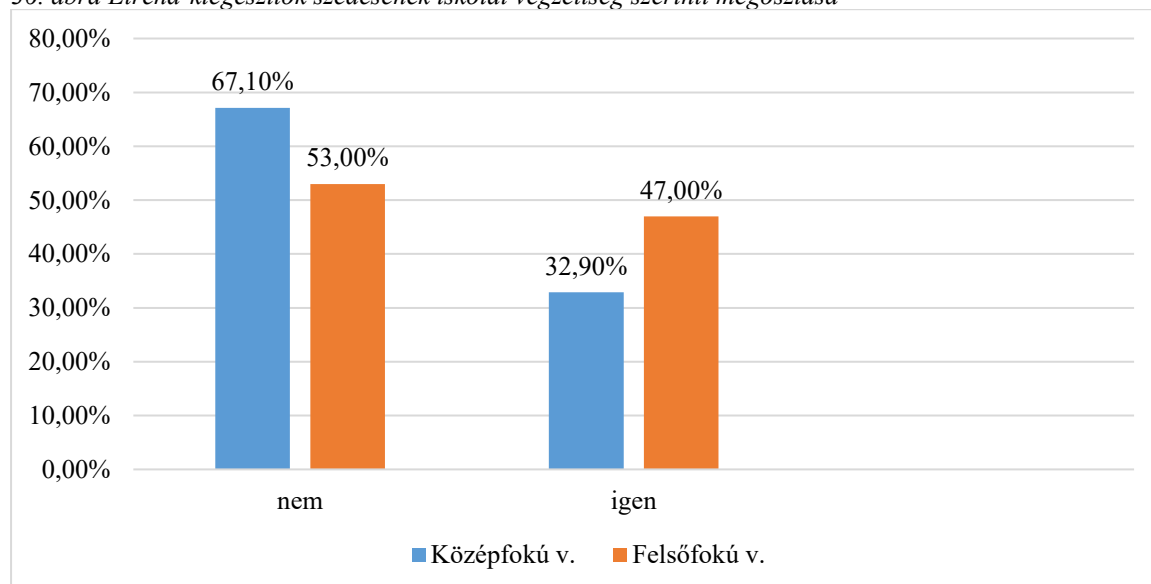
Étrend-kiegészítők fogyasztása és az iskolai végzettség összefüggése

Az étrend-kiegészítők fogyasztása viszont a felsőfokú végzettségűeknél nagyobb arányban jelenik meg a khi-négyzet statisztika szerint [$\chi^2(1)=39,495$, $<0,001$, $C=0,139$]. (49. táblázat, 36. ábra)

49. táblázat Étrend-kiegészítők és iskolai végzettség összefüggései

		iskolai végzettség				Össz.	
		középfokú		felsőfokú			
		n	%	n	%	n	%
Fogyasztás	igen	324	32,9%	269	47,0%	593	38,1%
	nem	660	67,1%	303	53,0%	963	61,9%
Össz.		984	100,0%	572	100,0%	1556	100,0%

36. ábra Étrend-kiegészítők szedésének iskolai végzettség szerinti megoszlása



Élelmiszerfogyasztási mintázatok, étrend és iskolai végzettség

Mann-Whitney tesztel vizsgálva a gyümölcs ($U=278110,5$, $p=0,045$), főzelék ($U=312534$, $p<0,001$), tészta ($U=307104,5$, $p=0,034$) és édesség ($U=309072$, $p=0,015$) fogyasztásban szignifikáns különbség volt a különböző iskolai végzettségűek között. Zöldségfogyasztás tendenciaszerű különbséget mutat ($U=2080039,5$, $p=0,064$), míg a tejtermékek ($U=286214$, $p=0,594$) és a hús ($U=285616$, $p=0,29$) fogyasztása nem mutat különbséget. A felsőfokú végzettségűek kevesebb zöldséget, gyümölcsöt, főzeléket tejterméket és húst fogyasztanak, viszont több tésztafélét, édességet. (50. táblázat)

50. táblázat Élelmiszerfogyasztási mintázat, étrend és az iskolai végzettség összefüggése

	iskolai végzettség					
	középfokú			felsőfokú		
	M	SD	Mdn	M	SD	Mdn
zöldség	2,97	1,040	3,00	2,87	1,059	3,00
gyümölcs	3,00	,996	3,00	2,90	1,013	3,00
főzelék	2,99	1,192	3,00	3,20	1,248	4,00
hús	3,00	1,004	3,00	2,95	,967	3,00
tészta	2,98	,825	3,00	3,07	,844	3,00
édesség	2,97	1,100	3,00	3,11	1,019	3,00
tejtermék	3,00	1,078	3,00	2,98	1,135	3,00

BMI kategória és iskolai végzettség

A khi-négyzet statisztika nem mutat különbséget [$\chi^2(3) = 1,497$, $p=0,683$]. (51. táblázat)
Azonos arányú a BMI kategóriák megoszlása a felsőfokú és a középfokú végzettségűek körében.

51. táblázat A BMI és az iskolai végzettség összefüggése

		iskolai végzettség				Össz.	
		középfokú		felsőfokú			
		n	%	n	%	n	%
BMI	alultáplált	6	75,0%	2	25,0%	8	100,0%
kategória	normál	215	63,0%	126	37,0%	341	100,0%
	túlsúlyos	496	64,7%	271	35,3%	767	100,0%
	elhízott	285	61,8%	176	38,2%	461	100,0%
Össz		1002	63,5%	575	36,5%	1577	100,0%

Összességében elmondható, hogy a felsőfokú és a középfokú végzettségűek között a dohányzás tekintetében szignifikáns különbség rajzolódott ki. Az alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezők kedvezőtlenebb dohányzási szokásokkal rendelkeznek, alapvetően többen dohányoztak és bár a leszokási arány 23,5%, még így is 36,5% dohányzik jelenleg is. Sportolási szokások kevésbé, viszont az egyéb jellegű fizikai aktivitás jellemzőbb rájuk.

A felsőfokú iskolai végzettséggel rendelkezők között mind a soha nem dohányzók, mind a dohánytermékek fogyasztásával felhagyók aránya magasabb, így a jelenleg is dohányzók csak 25,1%-ot tesznek ki. A sportolási szokások tekintetében rendszeresen sportolnak. Az étkezési szokásaikat tekintve nagyobb odafigyeléssel vannak, naponta fogyasztanak főtt ételt, és hajlamosabbak étrend-kiegészítők használatára. Zöldség és gyümölcs fogyasztásuk csekélyebb, mint a középfokú végzettségűeknek, magasabb fokú édességfogyasztás mellett.

Az alkoholfogyasztási szokásokban nincs szignifikáns különbség a két csoport között, csakúgy, mint a szűrővizsgálatokon való részvétel esetében. A BMI értékek tekintetében sincs szignifikáns különbség a két csoport között.

Az egészséges és egészségtelen egészségmagatartási szokásokat egybevetve elmondható, az iskolai végzettség szerint különbségek mutatkoznak mind az egészséges ($U=324231,5$, $p=0,007$) mind az egészségtelen szokások ($U=2288878$, $<0,001$) terén a Mann-Whitney teszt alapján. (52. táblázat) (A középiskolát végzetteknél látható a legtöbb egészségtelen és legkevesebb egészséges szokás, a felsőfokú végzettségűek kedvezőbb egészségmagatartási szokásokkal rendelkeznek. Kevesebb egészségtelen szokással rendelkeznek, amellett, hogy jellemzőbbek rájuk az egészséges egészségmagatartási szokások.)

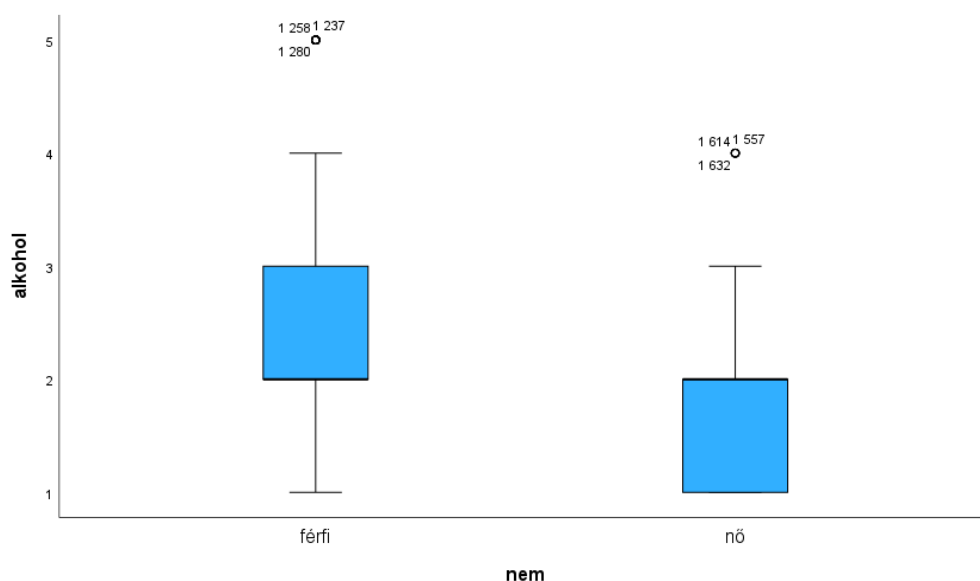
52. táblázat Egészséges és egészségtelen szokások az iskolai végzettség összefüggésében				
		iskolai végzettség		Össz.
		középfokú	felsőfokú	
Egészségtelen szokások	M	3,3005	2,9078	3,1577
	SD	1,58590	1,53089	1,57700
	Mdn	3,0000	3,0000	3,0000
Egészséges szokások	M	3,9532	4,1809	4,0360
	SD	1,63272	1,70611	1,66288
	Mdn	4,0000	4,0000	4,0000

I/ H2: A nők kedvezőbb egészségmagatartási mutatókkal rendelkeznek, mint a férfiak.

Dohányzás esetén nem mutatkozik nemi különbség a khi-négyzet statisztika alapján [$X^2(2)=1,954, p=0,376$].

Alkoholfogyasztás tekintetében viszont a Mann-Whitney teszt alapján a férfiak szignifikánsan gyakrabban fogyasztanak alkoholt ($U=108842, p<0,001$). (37. ábra)

37. ábra Alkoholfogyasztási szokások nemi megoszlásának különbsége

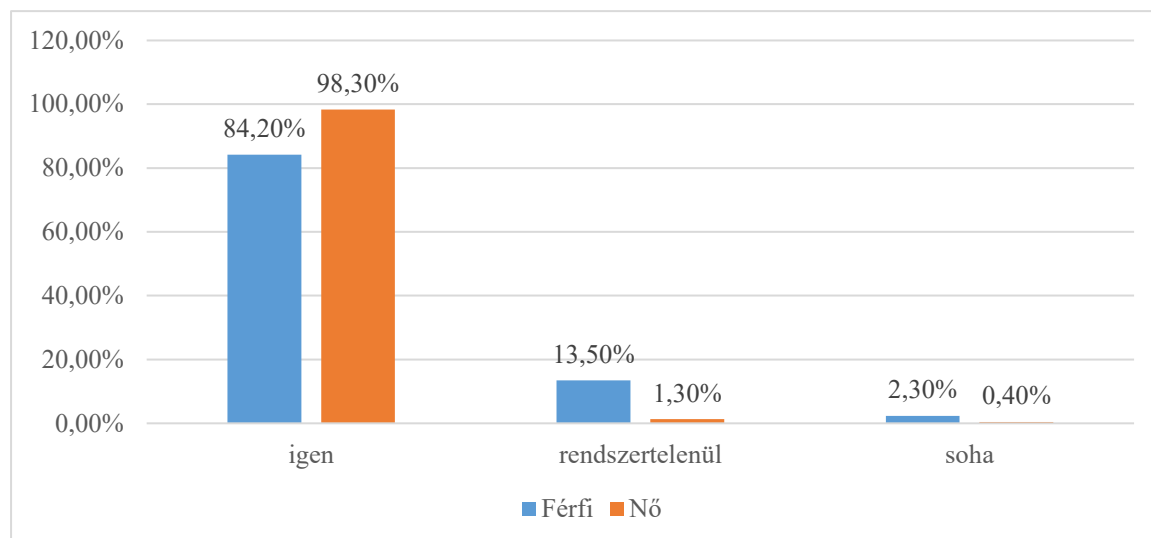


Szűrővizsgálatokon való részvétel

Szűrővizsgálatokra a nők járnak inkább rendszeresen [$X^2(2)=34,094, p<0,001, C=0,140$]. (53. táblázat, 38. ábra) A nők 98,3%-a jár rendszeresen szűrővizsgálatokra, soha csak 0,4%. A férfiak esetében sohasem jár 2,3% és 84,2% rendszeresen részt vesz szűrővizsgálatokon.

53. táblázat Szűrővizsgálatokon való részvétel nemek szerinti megoszlása							
		nem				Össz	
		férfi		nő			
		n	%	n	%	n	%
szűrővizsgálat	igen	1243	84,2%	232	98,3%	1475	86,1%
	rendszeretlenül	200	13,5%	3	1,3%	203	11,9%
	soha	34	2,3%	1	0,4%	35	2,0%
Össz		1477	100,0%	236	100,0%	1713	100,0%

38. ábra Szűrővizsgálatokon való részvétel nemek szerinti megoszlása

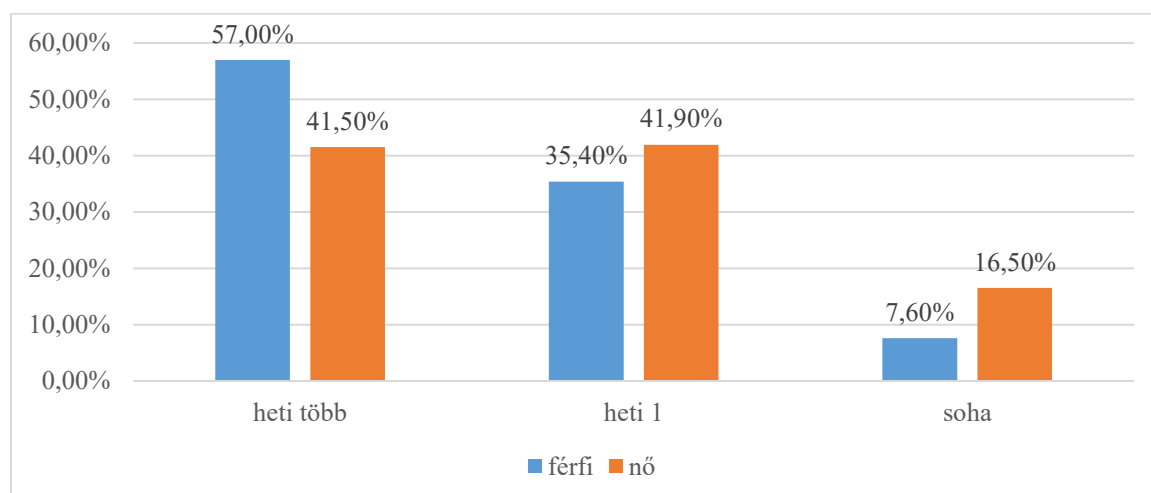


Sportolásban nem mutatkozik nemi különbség a khi-négyzet statisztika alapján [$\chi^2(3)=0,329$, $p=0,954$]. A sportoláson kívüli fizikai aktivitás pedig inkább a férfiakra jellemző [$\chi^2(2)=29,618$, $<p0,001$, $C=0,130$]. A férfiak 57%-ra jellemző, hogy hetente többször is végez egyéb fizikai aktivitást, míg ez az arány a nők esetében 41,5%. (54. táblázat, 39. ábra)

54. táblázat Fizikai aktivitás nemek szerinti megoszlása

		nem				Össz.	
		férfi		nő			
		n	%	n	%	n	%
fizikai aktivitás	soha	112	7,6%	39	16,5%	151	8,8%
	heti 1	522	35,4%	99	41,9%	621	36,3%
	heti több	840	57,0%	98	41,5%	938	54,9%
Össz.		1474	100.0%	236	100.0%	1710	100.0%

39. ábra Fizikai aktivitás nemek szerinti megoszlása



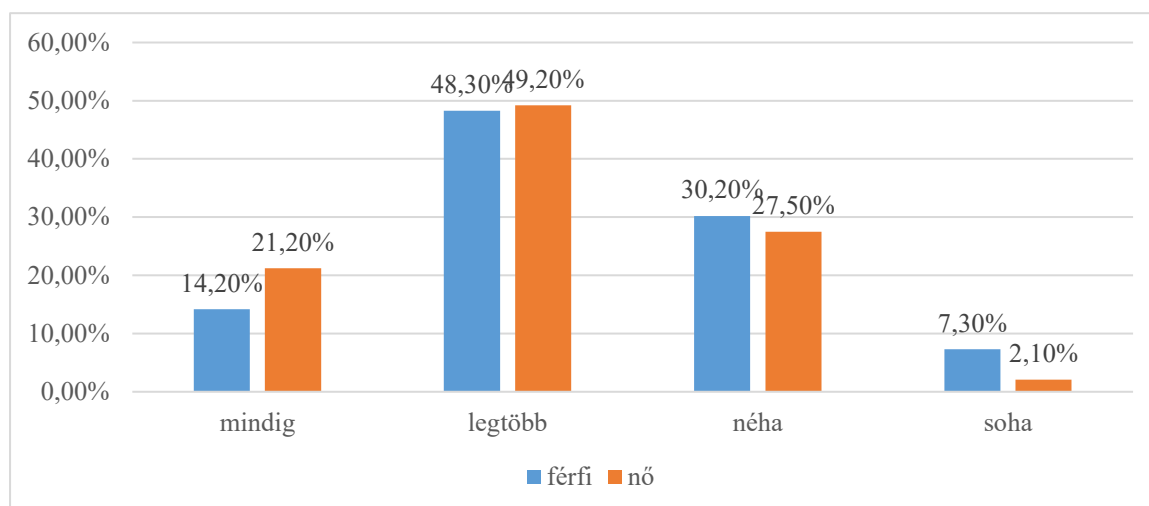
Étkezési szokások

A nők inkább odafigyelnek az étkezésükre [$X^2(3)=15,454$, $p<0,001$, $C=0,095$], de főtt ételt mindkét nem ugyanolyan gyakran fogyaszt [$X^2(2)=1,961$, $p=0,375$]. (55. táblázat, 40. ábra) Ám ételfogyasztásban (főtt étel fogyasztás, zöldség, gyümölcs, édesség, tejtermékfogyasztás) semmi különbség nem mutatkozik.

55. táblázat, Étkezésre való odafigyelés nemek szerinti megoszlása

		nem				Össz.	
		férfi		nő			
		n	%	n	%	n	%
odafigyel mit eszik	mindig	209	14,2%	50	21,2%	259	15,1%
	legtöbbször	712	48,3%	116	49,2%	828	48,4%
	néha	445	30,2%	65	27,5%	510	29,8%
	soha	108	7,3%	5	2,1%	113	6,6%
Össz.		1474	100,0%	236	100,0%	1710	100,0%

40. ábra Étkezésre való odafigyelés nemek szerinti megoszlása

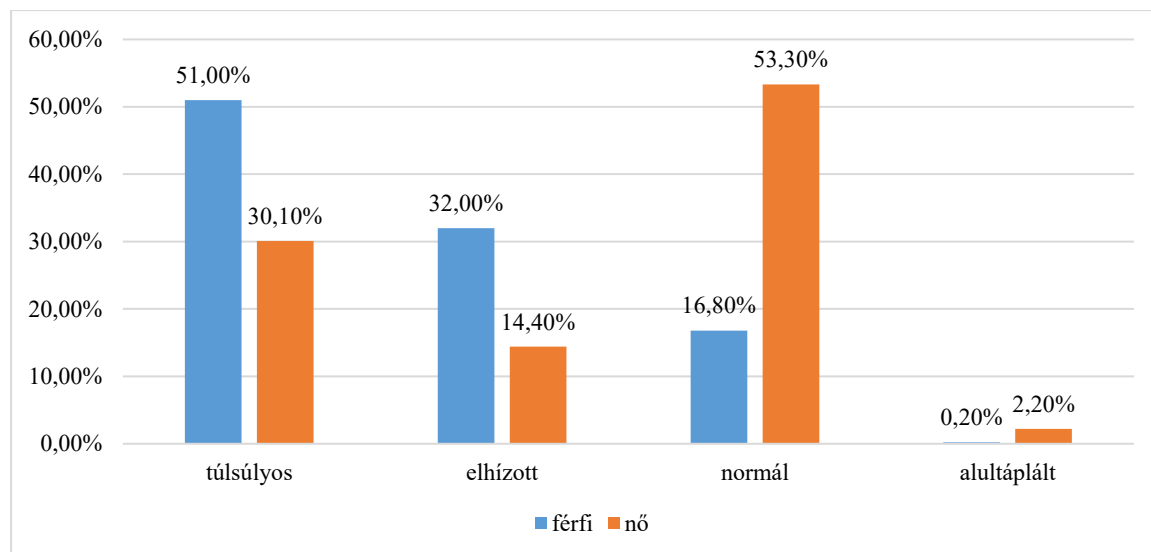


A BMI alapján az elhízás inkább a férfiakat érinti [$X^2(3)=176,128$, $p<0,001$, $C=0,308$]. (56. táblázat, 41. ábra) A nők 53,3%-a tartozik a normál kategóriába és 44,5% túlsúlyos vagy elhízott, szemben a férfiak 16,8%-a tartozik a normál övezetbe, és mintegy 83% túlsúlyos vagy elhízott övezetbe tartozó.

56. táblázat BMI kategóriák nemek szerinti megoszlása

		nem				Össz.	
		férfi		nő			
		n	%	n	%	n	%
BMI	alultáplált	3	0,2%	5	2,2%	8	0,5%
	normál	243	16,8%	122	53,3%	365	21,7%
	túlsúlyos	740	51,0%	69	30,1%	809	48,2%
	elhízott	464	32,0%	33	14,4%	497	29,6%
Össz.		1450	100,0%	229	100,0%	1679	100,0%

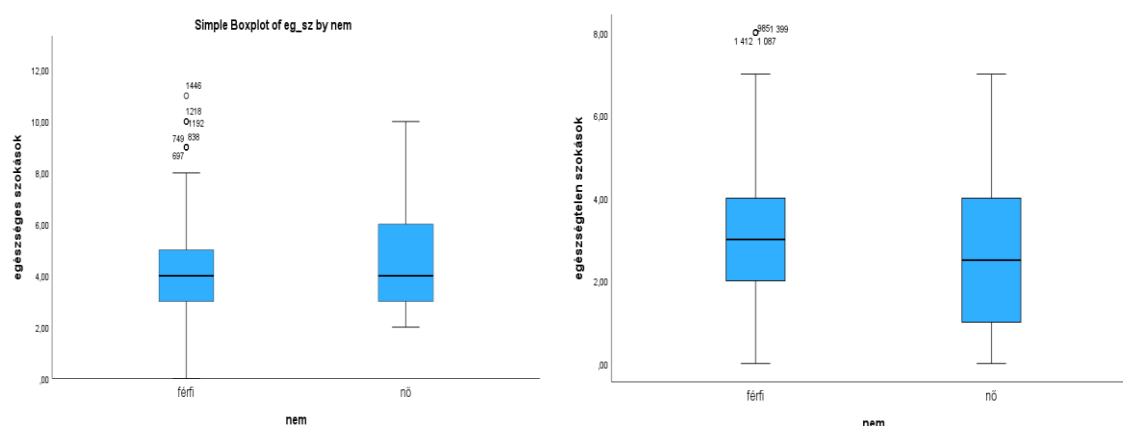
41. ábra BMI kategóriák nemek szerinti megoszlása



Összességében elmondható, hogy a dohányzás tekintetében nem mutatkozik nemi különbség. Az alkoholfogyasztás azonban szignifikánsan gyakoribb a férfiak esetében. A nők rendszeresebben járnak szűrővizsgálatokra. A sportolási szokásokban nem mutatkozik nemi különbség, még az egyéb jellegű fizikai aktivitás inkább a férfiakra jellemző. A nők jobban odafigyelnek az étkezésre, de az étkezési szokásokban (főtt étel fogyasztás, zöldség, gyümölcs, édesség, tejtermékfogyasztás) nem mutatkozik különbség. A BMI értékek a nők esetében kedvezőbbek.

Az összesített mutatót tekintve a nők szignifikánsan kevesebb egészségtelen ($U=138339$, $p<0,001$, $Mdn_{nők}=2,5$, $Mdn_{férfiak}=3$, $M_{nők}=2,66$, $M_{férfiak}=3,24$) és több egészséges szokásról ($U=219235$, $p<0,005$, $Mdn_{nők}=4$, $Mdn_{férfiak}=4$, $M_{nők}=4,75$, $M_{férfiak}=3,93$) számoltak be, mint a férfiak. (42. ábra)

42. ábra az egészséges és egészségtelen szokások nemi megoszlásának különbsége



I/H3: A magasabb állományban eltöltött idő, a magasabb életkor kedvezőbb egészségmagatartási szokásokkal jár

A Spearman-féle korrelációs együttható szerint elhanyagolható mértékben, pozitív összefüggés van az alkoholfogyasztás és az életkor ($r(1703) = 0,085$, $p < 0,001$) illetve szolgálati idő között ($r(1568) = 0,111$, $p < 0,001$), és negatív kapcsolat a tejtermék fogyasztása ($r(1680) = -0,049$, $p = 0,046$) kapcsán. Az alkoholfogyasztás a magasabb életkorúaknál, a magasabb szolgálati idővel rendelkezők esetében nagyobb gyakoriságot mutat, a tejtermék fogyasztása viszont alacsonyabb. (57. táblázat)

57. táblázat Az életkor és a szolgálati idő együtt járása az alkoholfogyasztással és az étkezési szokásokkal			
		életkor	szolgálati idő
életkor	r	1,000	,858**
	p	.	<,001
	n	1710	1564
szolgálati idő	r	,858**	1,000
	p	<,001	.
	n	1564	1573
alkohol fogyasztás gyakorisága	r	,085**	,111**
	p	<,001	<,001
	n	1703	1568
zöldség	r	-,064**	-,047
	p	,009	,061
	n	1695	1558
gyümölcs	r	-,046	-,050
	p	,058	,050
	n	1693	1556
főzelék	r	,043	,048
	p	,080	,062
	n	1658	1528
hús	r	-,024	-,031
	p	,315	,228
	n	1691	1555
tészta	r	,018	,018
	p	,453	,480
	n	1677	1543
édesség	r	,005	-,004
	p	,824	,869
	n	1672	1538
tejtermék	r	-,049*	-,037
	p	,046	,141
	n	1680	1545

A többi káros szokás nem tekinthető folytonos eloszlásúnak, így Kruskal-Wallis tesztet használtam az életkorral és a szolgálati idővel való összevetésre. (58. táblázat) A post-hoc tesztek alapján a jelenleg dohányzók esetén a legkisebb az életkor, illetve a szolgálati évek száma. A szűrővizsgálatokat rendszeresen látogatók esetén alacsonyabb az átlagéletkor, illetve kisebb a szolgálati évek száma. Sportolás és a fizikai aktivitás nem mutat kapcsolatot

sem az életkorral, sem a szolgálati idővel. Az evésre való odafigyelés és a főtt étel fogyasztás esetén sem mutatkozik kapcsolat. A BMI szerint viszont az elhízás, illetve túlsúly főként az idősebbeket és a magasabb szolgálati idővel rendelkezőket érinti.

58. táblázat Kruskal-Wallis tesztek eredményei az életkor és szolgálati időváltozóra						
változó	életkor			szolgálati idő		
	χ^2	szf	p	χ^2	szf	p
dohányzás	11,396	2	0,003	6,095	2	0,047
szűrővizsgálat	21,169	2	<0,001	22,876	2	<0,001
sportolás	7,304	3	0,063	3,096	3	0,381
fizikai aktivitás	4,085	2	0,130	1,728	2	0,421
odafigyel mit eszik	0,854	3	0,783	0,857	3	0,836
főtt étel	0,475	2	0,739	0,938	2	0,620
BMI	62,605	3	<0,001	3	73,435	<0,001

Az egészséges és egészségtelen magatartási szokások összehasonlíthatósága érdekében meghatározott kompozit mutatót alapulvéve az egészségre kedvező és kedvezőtlen magatartási szokásoknak az életkorral nem mutatkozik összefüggése, míg a szolgálati idő előrehaladtával az egészséges szokások csökkennek ($r(1573) = -0,073$, $p = 0,004$) (59. táblázat)

59. táblázat Az életkor és a szolgálati idő összefüggése az egészséges és egészségtelen szokásokkal				
		életkor	szolgálati idő	
egészségtelen szokások	r	0,005	0,019	
	p	0,848	0,455	
	n	1710	1573	
egészséges szokások	r	-0,033	-,073**	
	p	0,176	0,004	
	n	1710	1573	

Az egészségorientációs kérdőív eredményei alapján a magasabb életkor és magasabb szolgálati évek esetén egyértelműen alacsonyabb a személyes egészségtudatosság, bár magasabb az egészséggel kapcsolatos szorongás. Alacsonyabb a magabiztosságuk a testi egészségükkel kapcsolatban. Motivációjuk az egészségtelenség elkerülésére, és az egészség megőrzésére gyengébb, kevésbé érzik úgy, hogy egészségi állapotuk felett kontrolljuk lenne. Egészségi állapotukat rosszabbnak érzik, és pesszimistábbak a jövőt illetően. A HOS kérdőív illeszkedésvizsgálata és megbízhatósági mutató alapján csak óvatos következtetésre adnak lehetőséget, de a főbb tendenciák láthatóak.(60. táblázat)

60. táblázat Az életkor és a szolgálati idő összefüggése az Egészségorientációs kérdőív skáláival			
		életkor	szolgálati idő
1. Személyes egészségtudatosság (PHC)	r	-,071**	-,080**
	p	0,004	0,002
	n	1674	1538
2. Egészséges kinézettel való törődés (HIC)	r	-0,027	-0,023
	p	0,269	0,373
	n	1675	1539
3. Egészséggel kapcsolatos szorongás (HA)	r	,131**	,109**
	p	<0,001	<0,001
	n	1674	1538
4. Egészséggel kapcsolatos önértékelés (HEC)	r	-,184**	-,173**
	p	<0,001	<0,001
	n	1676	1540
5. Egészségtelenség elkerülésének motivációja (MAU)	r	-0,040	-,051*
	p	0,099	0,044
	n	1672	1537
6. Egészségmotiváció (MFH)	r	-,053*	-,064*
	p	0,031	0,011
	n	1673	1538
7. Belső egészségesség kontroll (IHC)	r	-,124**	-,137**
	p	<0,001	<0,001
	n	1674	1539
8. Külső egészségesség kontroll (EHC)	r	0,032	0,021
	p	0,192	0,408
	n	1677	1541
9. Egészség a jövőben (HE)	r	-,258**	-,222**
	p	<0,001	<0,001
	n	1671	1537
10. Egészségi állapot (HS)	r	-,187**	-,191**
	p	<0,001	<0,001
	n	1674	1538

Magasabb életkorban és több szolgálati idő esetén megjelennek a különféle testi tünetek. (61. táblázat) Magasabb a fájdalom tünetek előfordulási gyakorisága. A gasztroenterológiai tünetek mellett kardiológiai tünetek is megjelenhetnek. A fáradtság is összefüggésben van az életkorral és a szolgálati idővel. Minden változó esetén bár gyenge, de szignifikáns, statisztikailag kimutatható összefüggés áll fenn. Tekintetbe véve az alskálák gyengébb reliabilitását, inkább tendenciózusnak tekinthetők a különbségek.

61. táblázat Az életkor és a szolgálati idő összefüggése a BMI-vel és a Szomatikus tünetekkel			
		életkor	szolgálati idő
Fájdalom	r	,213**	,225**
	p	<0,001	<0,001
	n	1701	1565
Gasztrológiai	r	,115**	,103**
	p	<0,001	<0,001
	n	1700	1564
Kardiológiai	r	,129**	,129**
	p	<0,001	<0,001
	n	1704	1567
Fáradtság	r	,122**	,108**
	p	<0,001	<0,001
	n	1706	1569

Magasabb életkorban és szolgálati idővel esetén szignifikánsan kimutatható a fizikai tünetek megléte. Az egészségmotiváció alacsonyabb, bár az egészséggel kapcsolatos szorongás magasabb. Alacsonyabb a személyes egészségtudatosság és alacsonyabb a belső kontroll érzése. Az egészségre kedvező magatartások kevesebb jelenléte tapasztalható a mutatókban. Az életkor és a szolgálati évek száma között a Spearman-féle rangkorrelációs együttható nagyon erős, szignifikáns kapcsolatot jelez ($r(1573) = 0,858^{**}$, $p < 0,001$), mely magyarázhatja az egészségmagatartás változóinak hasonló tendenciáit.

Összegzés

A szociodemográfiai változókat tekintve az iskolai végzettség erős prediktora a megfelelő egészségmagatartásnak, de nem minden tekintetben pl. az étkezési és alkoholfogyasztási szokásokban nincs különbség vagy kedvezőtlenebb szokások jellemzőek rájuk. A nők alapvetően kedvezőbb egészségmagatartási mutatókkal rendelkeznek. A magasabb életkor és szolgálati idő esetén nem kedvezőbbek az egészségmagatartási mutatók, kifejezetten rosszabbak, annak ellenére, hogy szubjektíve megélik a rosszabb egészségi állapotukat, de motiváció hiányában nem tesznek semmit egészségük megőrzése érdekében.

Hipotézisek ellenőrzése

H1: A magasabb iskolai végzettséggel rendelkezők kedvezőbb egészségmagatartási szokásokat mutatnak

Egyértelműen kedvezőbb dohányzási és sportolási szokásokkal rendelkeznek. A kompozit mutató szerint is különbség jelenik meg az iskolai végzettség tekintetében, a felsőfokú végzettségűek összességében több egészséges szokással és kevesebb egészségtelen magatartással rendelkeznek. Azonban nem mutatkozott szignifikáns eltérés a csoportok között az alkoholfogyasztási szokásokban és a szűrővizsgálatokon való részvételben, de szignifikáns különbség nincs a BMI értékek között sem. Bár nagyobb odafigyeléssel vannak a táplálkozásuk iránt, mégis kevesebb a zöldség- és gyümölcsfogyasztásuk a felsőfokú végzettségűeknek. Így a hipotézist csak részben lehet elfogadni.

H2: A nők kedvezőbb egészségmagatartási mutatókkal rendelkeznek, mint a férfiak

A nők összeségében kedvezőbb egészségmagatartási profilról számoltak be. Alapvetően vagy nem mutatkozik szignifikáns különbség (dohányzás, sportolási szokások, étkezési szokások) vagy szignifikánsan kedvezőbbek a mutatók a nők esetében (alkoholfogyasztás, szűrővizsgálatok, étkezésre való odafigyelés, BMI érték). A kompozit mutató is megerősíti, hogy a nők egészségesebb életmódot folytatnak. Az adatok alapján a hipotézis részben igazolódott, hiszen nem minden tényező esetén kedvezőbbek a nők mutatói.

H3: A magasabb állományban eltöltött idő, a magasabb életkor kedvezőbb egészségmagatartási szokásokkal jár

Az alkoholfogyasztás mértéke kis mértékben, de szignifikánsan magasabb, a magasabb életkor és magasabb szolgálati idővel rendelkezőknél. A fiatalokra bár jellemzőbb a dohányzás, szűrővizsgálatokon való részvételük rendszeresebb. Az idősebbek, nagyobb szolgálati idővel rendelkezők között gyakoribb a túlsúly, az elhízás. A kompozitmutató alapján a magasabb szolgálati idővel rendelkezőknél az egészséges szokások alacsonyabbak. Alapvetően az idősebb, nagyobb szolgálati idővel rendelkezők és a fiatalok között vagy nincs szignifikáns különbség, vagy az idősebbekre a kedvezőtlenebb szokások jellemzőek, kivéve a dohányzást. Ezek alapján a hipotézis csak csekély mértékben fogadható el.

II/H4: Együtt járás figyelhető meg az egészségmagatartási tényezők között.

A parametrikusság feltételeinek ellenőrzésekor a normális eloszlás nem teljesült, így a változók közötti lineáris összefüggések tesztelését Spearman-féle rangkorrelációs elemzéssel végeztem. (62. táblázat)

Jelentős, szignifikáns kapcsolat mutatható ki a zöldség és gyümölcs fogyasztással kapcsolatban ($r(1701) = ,692$; $p < 0,001$). Biztos, de gyenge a kapcsolat a tejtermékek fogyasztása és a zöldség ($r(1688) = ,343$; $p < 0,001$), valamint a gyümölcs ($r(1687) = ,315$; $p < 0,001$) fogyasztással kapcsolatban. Az étkezésre való odafigyelés és a sportolás között negatív irányú, gyenge kapcsolat található ($r(1712) = -,245$; $p < 0,001$).

Gyenge, majdnem elhanyagolható a kapcsolat a dohányzás és az alkoholfogyasztás között ($r(1700) = ,174$; $p < 0,001$). Szintén gyenge, de negatív irányú a kapcsolat az édesség és zöldség fogyasztás között ($r(1681) = -,164$; $p < 0,001$). Ennél kissé alacsonyabb az együtt járás a dohányzás és az étkezésre való odafigyelés között ($r(1700) = ,154$; $p < 0,001$), valamint, negatív irányú a gyenge kapcsolódás a sportolás és a dohányzás között ($r(1701) = -,148$; $p < 0,001$). Gyenge, szintén negatív irányú az együtt járás a sportolás és az alkoholfogyasztás között ($r(1707) = -,100$; $p < 0,001$). Az alkoholfogyasztás és az étkezés között pedig pozitív gyenge kapcsolat található ($r(1706) = ,106$; $p = 0,027$). Az étkezésre való odafigyelés a szűrővizsgálatokkal ($r(1710) = ,085$; $p < 0,001$), a zöldségfogyasztással ($r(1700) = ,061$; $p = 0,012$), és a fizikai aktivitással ($r(1711) = ,049$; $p = 0,042$) elhanyagolható együtt járást mutat.

Elhanyagolható az együtt járása a főtt étel fogyasztásnak az étkezésre való odafigyeléssel, ($r(1711) = ,102$; $p < 0,001$), a szűrővizsgálatokon való részvétellel ($r(1709) = ,074$; $p = 0,002$), a dohányzással ($r(1699) = ,063$; $p = 0,002$); a zöldség fogyasztással ($r(1700) = ,056$; $p = 0,021$); az alkohol fogyasztással ($r(1705) = ,047$). A főtt étel fogyasztás negatív, gyenge kapcsolatban áll a sportolással ($r(1711) = -,075$; $p = 0,002$) és a fizikai aktivitással ($r(1710) = -,050$; $p = 0,037$).

Gyenge, majdnem elhanyagolható negatív együtt járás található a szűrővizsgálatok és a zöldségfogyasztás ($r(1701) = -,058$; $p = 0,017$), valamint a sportolás ($r(1711) = -,050$; $p = 0,039$) viszonylatában, valamint a sportolás és a gyümölcsfogyasztás ($r(1699) = -,056$; $p = 0,021$) között.

62. táblázat Az egészségmagatartási tényezők Spearman-féle rangkorrelációs elemzés eredményei

		dohányzás	alkohol	szűrővizsgálat	sportolás	fizikai aktivitás	odafigyvel mit eszik	zöldség	gyümölcs	főtt étel	édesség	tejtermék
dohányzás	Correlation Coefficient	1,000	,174**		-,148**	0,018	,154**	0,042	0,046	,063**	-0,002	0,017
	Sig. (2-tailed)		0,000		0,000	0,467	0,000	0,083	0,059	0,009	0,919	0,484
alkohol	N	1706	1700	1703	1701	1700	1700	1691	1689	1699	1668	1676
	Correlation Coefficient	,174**	1,000	0,024	-,100**	,054*	,106**	0,001	0,008	,048*	0,002	-0,019
szűrővizsgálat	Sig. (2-tailed)	0,000		0,326	0,000	0,027	0,000	0,961	0,740	0,047	0,934	0,427
	N	1700	1712	1709	1707	1706	1706	1697	1695	1705	1675	1683
sportolás	Correlation Coefficient	0,011	0,024	1,000	-,050*	0,001	,085**	-,058**	-0,003	,074**	0,045	0,027
	Sig. (2-tailed)	0,645	0,326		0,039	0,977	0,000	0,017	0,911	0,002	0,064	0,272
fizikai aktivitás	N	1703	1709	1716	1711	1710	1710	1701	1699	1709	1678	1686
	Correlation Coefficient	-,148**	-,100**	-,050*	1,000	0,017	-,245**	-0,046	-,056*	-,075**	0,029	-0,010
odafigyvel mit eszik	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,039		0,481	0,000	0,059	0,021	0,002	0,238	0,690
	N	1701	1707	1711	1714	1712	1712	1700	1699	1711	1677	1685
zöldség	Correlation Coefficient	0,018	,054*	0,001	0,017	1,000	,049*	-0,030	-0,028	-,050*	0,010	-0,034
	Sig. (2-tailed)	0,467	0,027	0,977	0,481		0,042	0,217	0,257	0,037	0,691	0,160
gyümölcs	N	1700	1706	1710	1712	1713	1711	1699	1697	1710	1676	1684
	Correlation Coefficient	,154**	,106**	,085**	-,245**	-,049*	1,000	,061*	,074**	,102**	0,012	0,007
főtt étel	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,042		0,012	0,002	0,000	0,625	0,787
	N	1700	1706	1710	1712	1711	1713	1700	1698	1711	1677	1685
édesség	Correlation Coefficient	0,042	0,001	-,058*	-0,046	-0,030	,061*	1,000	,692**	,056*	-,164**	,343**
	Sig. (2-tailed)	0,083	0,961	0,017	0,059	0,217	0,012		0,000	0,021	0,000	0,000
tejtermék	N	1691	1697	1701	1700	1699	1700	1704	1701	1700	1681	1688
	Correlation Coefficient	0,046	0,008	-0,003	-,056*	-0,028	,074**	,692**	1,000	0,012	-0,042	,315**
gyümölcs	Sig. (2-tailed)	0,059	0,740	0,911	0,021	0,257	0,002	0,000	0,000	0,628	0,084	0,000
	N	1689	1695	1699	1699	1697	1698	1701	1702	1698	1679	1687
főtt étel	Correlation Coefficient	,063**	,048*	,074**	-,075**	-,050*	,102**	,056*	0,012	1,000	-0,011	0,038
	Sig. (2-tailed)	0,009	0,047	0,002	0,002	0,037	0,000	0,021	0,628		0,667	0,117
édesség	N	1699	1705	1709	1711	1710	1711	1700	1698	1712	1677	1685
	Correlation Coefficient	-0,002	0,002	0,045	0,029	0,010	0,012	-,164**	-0,042	-0,011	1,000	,107**
tejtermék	Sig. (2-tailed)	0,919	0,934	0,064	0,238	0,691	0,625	0,000	0,084	0,667		0,000
	N	1668	1675	1678	1677	1676	1677	1681	1679	1677	1681	1674
tejtermék	Correlation Coefficient	0,017	-0,019	0,027	-0,010	-0,034	0,007	,343**	,315**	0,038	,107**	1,000
	Sig. (2-tailed)	0,484	0,427	0,272	0,690	0,160	0,787	0,000	0,000	0,117	0,000	
tejtermék	N	1676	1683	1686	1685	1684	1685	1688	1687	1685	1674	1689

Az életmódbeli tényezők együtt járásának kiegészítéseként hierarchikus klaszterelemzés is készült (melléklet: 48. ábra), mely megerősíti, hogy a zöldség és gyümölcs fogyasztás szoros kapcsolatban áll egymással, melyhez a tejtermékek fogyasztása társul. A dohányzás, az alkoholfogyasztás, az étkezésre való odafigyelés, valamint a fizikai aktivitás alkotnak közös csoportot.

Összegzés

Spearman-féle rangkorreláció és a hierarchikus klaszter elemzés alapján a zöldség- és a gyümölcs fogyasztás együtt járása tapasztalható, melyhez kapcsolódik a tejtermékek fogyasztása. A dohányzás és az alkoholfogyasztás gyenge, de szignifikáns pozitív kapcsolatot jelez, melyhez kapcsolódik az étkezésre való odafigyelés és a fizikai aktivitás, valamint fordítottna a sportolási szokások.

Hipotézis ellenőrzés

H4: Együtt járás figyelhető meg az egészségmagatartási tényezők között.

A kutatás során találhatóak statisztikailag szignifikáns együtt járásek a Spearman-féle rangkorreláció és a klaszteranalízis által mutatott struktúra alapján. Ugyanakkor a legtöbb talált korreláció gyenge vagy elhanyagolható erősségű. Összeségében a hipotézis csak részben nyert megerősítést.

III/H5: A magasvérnyomás-betegség nem jár együtt a fő egészségmagatartási mutatók (dohányzás, alkoholfogyasztás, étrend, fizikai aktivitás) kedvezőbb mintázatával

A vizsgált mintában 1501 főt nem kezelnek magas vérnyomással, míg 196 fő azoknak a száma, aki magas vérnyomással kezelésben részesül. A magasabb életkor esetén a magas vérnyomás valószínűsége szignifikánsan emelkedik ($U=80774,5$; $Z=-10,199$; $p<0,001$).

A válaszadók 87,9 %-a ($n=1467$) férfi, 13,8% -a nő ($n=235$) (63. táblázat). A férfiak 87,9%-át nem kezelik hipertóniával, 12,1%-a magas vérnyomásos. A nők esetében 92,3%-a nincs hipertóniával kezelve, és a női válaszadók 7,7% magas vérnyomásos.

A hipertóniával kezeltek 90,8%-a férfi és 9,2%-a nő, így az összes válaszadók 1,1% ($n=18$) hipertóniával kezelt nő, míg 10,5%-a ($n=178$) hipertóniával kezelt férfi.

Az eredmények alapján szignifikáns az eltérés a nemek tekintetében ($\chi^2=3,979$; $p=0,047$).

Mindezek fényében kijelenthetjük, hogy a férfiak nagyobb valószínűséggel vannak hipertóniával kezelve.

63. táblázat Hipertónia előfordulási gyakorisága nemek szerint

	Hipertóniával nem kezeltek		Hipertóniával kezeltek		Össz.	
	n	%	n	%	n	%
Férfi	1289	87,9	178	12,1	1467	87,9
Nő	217	92,3	18	7,7	235	13,8

Iskolai végzettség tekintetében (64. táblázat) a középfokú, érettségivel rendelkezők körében a legmagasabb a hipertóniával kezeltek aránya (18,8%), míg a legalacsonyabb az egyetemet végzettek körében az előfordulásuk (9,1%). Vagyis az iskolai végzettség szignifikáns kapcsolatban áll a hipertóniával ($\chi^2=17,013$; $p=0,004$).

64. táblázat Hipertónia iskolai végzettség szerinti megoszlása

	Hipertóniával nem kezeltek		Hipertóniával kezeltek		Össz.	
	n	%	n	%	n	%
Középfokú végzettség	203	81,2	47	18,8	250	14,54
Rendészeti	693	90,2	75	9,8	775	45,08
Felsőfokú	383	89,1	47	10,9	432	25,13
Egyetem	140	90,9	14	9,1	154	8,96

Állományban töltött (65. táblázat) idő szerint a kevesebb, mint 6 éve szolgálatot teljesítők között nincs hipertóniával kezelt. A hipertóniával kezeltek aránya a magasabb szolgálati idővel rendelkezők körében magasabb, legmagasabb a több mint 30 éve szolgálatot teljesítők között van (21,4%). Nagyon erősnek mutatkozik az állományban eltöltött idő, és a magas vérnyomás közötti szignifikancia szint ($\chi^2=83,204$; $p<0,001$). Mindez

értelemszerűen adódik abból a jelenségből is, miszerint minél régebb óta teljesít valaki hivatásos állományú szolgálatot, annál magasabb az életkora.

65. táblázat Az állományban eltöltött idő szerinti hipertóniás megbetegedés megoszlása

	Hipertóniával nem kezelték		Hipertóniával kezelték		Össz.	
	n	%	n	%	n	%
0-5 év	136	100	0	0,0	136	7,91
6-10 év	194	94,6	11	5,4	206	11,98
11-15 év	248	96,9	8	3,1	261	15,18
16-20 év	332	87,7	48	12,6	381	22,16
21-25 év	272	80,7	65	19,3	339	19,72
26-30 év	142	79,3	37	20,7	180	10,47
31+	55	78,6	15	21,4	70	4,07

A **munkarend tekintetében** a (66. táblázat) vezényléses és a váltásos munkarendben dolgozók körülbelül 11%-a magas vérnyomásos, ettől kicsit alacsonyabb a hivatali munkarendben dolgozók közötti arány. A legnagyobb arányú (23,8%) a Váltásos 2 munkarendben dolgozók között a magas vérnyomás valószínűsége. A statisztikai mutatók szerint azonban nincs a hipertónia és a munkarend között statisztikai szempontból kimutatható összefüggés ($\chi^2=3,692$; $p= .299$).

66. táblázat Munkarend szerint a hipertónia megoszlása

	Hipertóniával nem kezelték		Hipertóniával kezelték		Össz.	
	n	%	n	%	n	%
Hivatali	133	90,5	14	9,5	147	8,55
Vezényléses	804	88,4	105	11,6	911	53,00
Váltásos1(12/24)	301	88,5	39	11,5	342	19,90
Váltásos 2 (24/48)	16	76,2	5	23,8	21	1,22

A **szubjektív egészségi állapot** megítélésében szignifikáns ($p<0,001$) különbség mutatkozik a hipertóniával kezelték és nem kezelték között. (67. táblázat) A hipertóniával kezelték között 3,8% ($n=7$) érzi csak kiválónak az egészségi állapotát, szemben a hipertóniával nem kezelték 20,1%-a ($n=284$). Jóval nagyobb százalék érzi közepesnek (28,6%; $n=52$), rossznak (2,7%; $n=5$) vagy esetleg nagyon rossznak (0,5%; $n=1$) az egészségi állapotát.

67. táblázat Szubjektív egészségi állapot a hipertónia szerinti megoszlása

	Hipertóniával nem kezelték		Hipertóniával kezelték		Össz.	
	n	%	n	%	n	%
Nagyon rossz	0	0,0	1	0,5	1	0,1
Rossz	8	0,6	5	2,7	13	0,8
Közepes	192	13,6	52	28,6	244	15,3
Jó	92	65,7	117	64,3	1044	64,5
Kiváló	284	20,1	7	3,8	291	18,3

A **dohányzási** szokások tekintetében (68. táblázat) hasonló arányú, 10% körüli a hipertóniások között a dohányzási szokások megoszlása. A mért mutatók szerint a dohányzási szokások nem állnak összefüggésben a hipertónia gyakoriságával ($\chi^2=1,442$; $p=0,486$).

68. táblázat Dohányzási szokások szerint a hipertónia előfordulása						
	Hipertóniával nem kezelték		Hipertóniával kezelték		Össz.	
	n	%	n	%	n	%
Soha nem dohányzott	643	87,7	90	12,3	733	43,3
Leszokott	372	90,1	41	9,9	413	24,4
Most is dohányzik	483	88,5	63	11,5	546	32,3

Az **alkoholt** hetente 2-3 alkalommal fogyasztók között találjuk a legtöbb hipertóniával kezelt válaszadót (17,2%) (69. táblázat). Mindenképpen figyelemre méltó, hogy van olyan hipertóniával kezelt, aki hetente legalább négyszer fogyaszt alkoholt. Ugyanakkor az alkohol tekintetében sem szignifikáns az összefüggés a hipertónia és a fogyasztási gyakoriság között ($\chi^2=6,198$; $p=0,174$).

69. táblázat Alkoholfogyasztási szokások szerint a hipertónia megoszlása						
	Hipertóniával nem kezelték		Hipertóniával kezelték		Össz.	
	n	%	n	%	n	%
Soha	293	89,1	36	10,9	329	19,4
Havonta vagy ritkábban	683	89,5	80	10,5	763	44,9
Havonta 2-4-szer	375	88,7	48	11,3	423	24,9
Hetente 2-3-szor	135	82,8	28	17,2	163	9,6
Hetente legalább 4-szer	17	85,0	3	15,0	20	1,2

Sportolás és fizikai aktivitás tekintetében (70. és 71. táblázat), a hetente több alkalommal sportolók között a legkevesebb a hipertóniával kezelt (8,8%). A legtöbb hipertóniával kezelt (15,0%) azok között található, akik ritkábban sportolnak, mint heti egy alkalom. Az eredmények szignifikáns kapcsolatot jeleznek ($\chi^2=11,129$; $p=0,011$).

Hasonló arányú a hipertóniával kezelték és nem kezelték fizikai aktivitása, a válaszok azonban nem állnak szignifikáns kapcsolatban a hipertóniával ($\chi^2=2,956$; $p=0,229$).

70. táblázat Sportolási szokások szerint a hipertónia megoszlása						
	Hipertóniával nem kezelték		Hipertóniával kezelték		Össz.	
	n	%	n	%	n	%
Soha	84	88,4	11	11,6	95	5,6
Ritkábban, mint heti 1	470	85,0	83	15,0	553	32,5
Hetente 1-szer	401	89,1	49	10,9	450	26,5
Hetente többször	549	91,2	53	8,8	602	35,4

71. táblázat Fizikai aktivitás szerint a hipertónia megoszlása

	Hipertóniával nem kezelték		Hipertóniával kezelték		Össz.	
	n	%	n	%	n	%
Soha	140	92,7	11	7,3	151	8,9
Hetente 1-szer	547	88,2	73	11,8	620	36,5
Hetente többször	817	87,9	112	12,1	929	54,6

Az **étkezésükre** nem figyelők között a legalacsonyabb a hipertóniával kezelték aránya (7,9%). (72. táblázat) A soha és a ritkábban mint heti egy alkalommal odafigyelők között 10,8% illetve 11,6% a magas vérnyomással élők aránya. A legmagasabb előfordulási arány a néha étkezésükre figyelők között jelentkezett (12,6%). A statisztikai értékek nem mutatnak szignifikáns összefüggést ($\chi^2=2,205$; $p=0,532$).

72. táblázat Étkezésre való odafigyelés szerint a hipertónia megoszlása

	Hipertóniával nem kezelték		Hipertóniával kezelték		Össz.	
	n	%	n	%	n	%
Soha	231	89,2	28	10,8	259	15,2
Ritkábban, mint heti 1	724	88,4	95	11,6	819	48,2
Hetente 1-szer	443	87,4	64	12,6	507	29,8
Hetente többször	105	92,1	9	7,9	114	6,7

A **speciális étrend és étrend-kiegészítők** tekintetében (73. és 74. táblázat) nem mutatkozott szignifikáns érték ($\chi^2=1,003$; $p=0,343$; illetve $\chi^2=0,014$; $p=0,936$), ugyanakkor hasonló az előfordulási arány: a speciális étrendet tartók és nem tartók között, valamint az étrend-kiegészítőket szedők és nem szedők között a hipertóniások aránya közel azonos.

73. táblázat Speciális étrend szerint a hipertónia megoszlása

	Hipertóniával nem kezelték		Hipertóniával kezelték		Össz.	
	n	%	n	%	n	%
Igen	63	85,1	11	14,9	74	4,9
Nem	1267	88,9	158	11,1	1425	95,1

74. táblázat Étrend-kiegészítők szerint a hipertónia megoszlása

	Hipertóniával nem kezelték		Hipertóniával kezelték		Össz.	
	n	%	n	%	n	%
Igen	553	88,5	72	11,5	625	37,9
Nem	908	88,7	116	11,3	1024	62,1

III/H6: A hipertóniával élők egészségorientációja különbözik a magas vérnyomással nem küzdőkéétől.

Egészségorientációs (75. táblázat) kérdőív eredményei alapján a hipertóniával nem kezelt személyes egészségtudatossága magasabb ($p<0,001$), csak úgy, mint az egészséggel kapcsolatos önértékelése ($p<0,001$). Magasabb a pontszámuk az egészségtelenség elkerülésének motivációja ($p=0,002$), és az egészségük megőrzésére skálán ($p<0,001$). Jobb egészségi állapotban érzik magukat ($p<0,001$) a hipertóniával nem kezelt, és jobban bíznak abban, hogy ez a jövőben is megőrződik ($p<0,001$). A hipertóniával kezelt egészséggel való törődése magasabb ($p=0,045$). A belső, és a külső egészségkontroll értékeik emelkedettebbek ($p<0,001$; $p<0,001$) csakúgy, mint az egészségszorongásuk ($p<0,001$). Bár a HOS illeszkedési mutató és a Külső egészségkontroll skála megbízhatósági mutatója alapján az eredmények csak körültekintően értelmezhetőek, a két csoport közötti tendenciózus különbségek jól kirajzolódnak.

75. táblázat HOS és hipertónia összefüggése

	n	M	SD	U	Z	p
1. Személyes egészségtudatosság (PHC)	1668	17,81	3,54	120770,00	-3,346	0,001
Hipertóniával nem kezelték	1476	17,91	3,55			
Hipertóniával kezelték	192	17,08	3,30			
2. Egészséggel kinézettel való törődés (HIC)	1669	9,73	3,99	129436,00	-1,980	0,045
Hipertóniával nem kezelték	1477	9,68	4,01			
Hipertóniával kezelték	192	10,18	3,87			
3. Egészséggel kapcsolatos szorongás (HA)	1668	8,84	3,23	110498,50	-5,006	0,000
Hipertóniával nem kezelték	1476	83,69	3,15			
Hipertóniával kezelték	192	10,02	3,59			
4. Egészséggel kapcsolatos önértékelés (HEC)	1670	19,83	3,58	101347,00	-6,6-565	0,000
Hipertóniával nem kezelték	1477	20,06	3,49			
Hipertóniával kezelték	193	18,17	3,74			
5. Egészségtelenség elkerülésének motivációja (MAU)	1666	17,22	4,07	120897,00	-3,105	0,002
Hipertóniával nem kezelték	1476	17,33	4,10			
Hipertóniával kezelték	190	16,42	3,73			
6. Egészségmotiváció (MFH)	1667	16,77	3,65	124598,50	-2,623	0,009
Hipertóniával nem kezelték	1476	16,86	3,66			
Hipertóniával kezelték	191	16,18	3,44			
7. Belső egészségesség kontroll (IHC)	1668	19,06	3,72	115875,50	-4,034	0,000
Hipertóniával nem kezelték	1477	19,21	3,72			
Hipertóniával kezelték	191	18,15	3,56			
8. Külső egészségesség kontroll (EHC)	1671	10,39	3,19	120619,00	-3,506	0,001
Hipertóniával nem kezelték	1478	10,30	3,18			
Hipertóniával kezelték	193	11,14	3,21			
9. Egészség a jövőben (HE)	1665	18,79	3,70	98458,00	-6,702	0,000
Hipertóniával nem kezelték	1475	19,01	3,65			
Hipertóniával kezelték	190	17,05	3,66			
10. Egészségi állapot (HS)	1668	18,27	3,40	105671,00	-5,851	0,000
Hipertóniával nem kezelték	1475	18,46	3,35			
Hipertóniával kezelték	174	2,4	0,99			

III/H7: A hipertóniával kezelték társas támasza különbözik a nem kezelték csoportjától

A társas támasz viszonylatában (76. táblázat) a nagyszülők ($p=0,002$), és szülők ($p=0,012$) felől kapott támogatásban szignifikáns az eltérés a hipertóniások és a nem hipertóniások között. A magas vérnyomás betegséggel élők kevesebb támogatást érzlelnék e két csoporttól.

76. táblázat Társas támasz és a hipertónia összefüggése						
	n	M	SD	U	Z	p
1. Szülők	1570	2,57	0,83	125864,50	-2,500	0,012
Hipertóniával nem kezelték	1396	2,60	0,80			
Hipertóniával kezelték	174	2,40	0,99			
2. Házastárs	1242	2,81	0,66	97290,50	-0,135	0,911
Hipertóniával nem kezelték	1085	2,80	0,66			
Hipertóniával kezelték	157	2,80	0,67			
3. Élettárs	556	2,24	1,25	12790,50	-1,570	0,121
Hipertóniával nem kezelték	499	2,27	1,2			
Hipertóniával kezelték	57	1,96	1,41			
4. Nagyszülő	737	1,60	1,31	17852,50	-3,101	0,002
Hipertóniával nem kezelték	669	1,65	1,30			
Hipertóniával kezelték	68	1,13	1,31			
5. Iskolatárs	651	0,96	1,02	19825,50	-1,008	0,315
Hipertóniával nem kezelték	586	0,98	1,03			
Hipertóniával kezelték	65	0,81	0,88			
6. Szomszéd	1274	1,54	0,94	84444,00	-0,086	0,933
Hipertóniával nem kezelték	1123	1,54	0,95			
Hipertóniával kezelték	151	1,54	0,84			
7. Munkatárs	1522	2,14	0,66	11484,50	-0,744	0,456
Hipertóniával nem kezelték	1346	2,15	0,66			
Hipertóniával kezelték	176	2,10	0,70			
8. Barát	1537	2,59	0,62	109746,00	-1,800	0,073
Hipertóniával nem kezelték	1364	2,59	0,63			
Hipertóniával kezelték	173	2,53	0,59			
9. Gyerek	1194	2,64	0,79	80556,00	-0,607	0,544
Hipertóniával nem kezelték	1035	2,64	0,80			
Hipertóniával kezelték	159	2,71	0,68			
10. Rokon	1432	2,05	0,84	80556,00	-0,607	0,871
Hipertóniával nem kezelték	1266	2,05	0,84			
Hipertóniával kezelték	166	2,06	0,84			
11. Segítő	800	0,98	0,94	30541,00	-0,564	0,574
Hipertóniával nem kezelték	711	0,99	0,94			
Hipertóniával kezelték	89	0,93	0,95			
12. Egyházi csoport	805	0,81	0,94	31689,5	-0,253	0,801
Hipertóniával nem kezelték	715	0,81	0,93			
Hipertóniával kezelték	90	0,85	1,00			
13. Egyesület, polgári csoport	833	0,96	0,96	33495,50	-0,459	0,450
Hipertóniával nem kezelték	738	0,85	0,96			
Hipertóniával kezelték	95	0,92	0,95			

A **hipertóniával kezelték jellemzőit** (77. táblázat) áttekintve elmondható, hogy a válaszadók 11,5%-a (n=196) volt hipertóniával kezelve, ebből 90,8% a férfiak aránya. A legtöbben középfokú végzettséggel rendelkeznek (66,7%). Szolgálati idő tekintetében alacsony arányban képviseltetik magukat, akik kevesebb mint 16 éve vannak állományban (10,3%), míg a legtöbben (35,3%) a 21-25 év közötti szolgálati jogviszonyban állnak. A hipertóniával kezelték több, mint fele (64,4%) vezényléses munkarendben dolgozik. A dohányzók aránya 32,5%, míg jelenleg nem dohányzik a hipertóniával kezelt válaszadók 67,5%-a. Alkoholfogyasztás tekintetében legtöbben (41,0%) havonta vagy ritkábban fogyasztanak alkoholt. 52,0% heti szinten sportol, míg a többi válaszadó ritkábban, mint heti egy alkalommal, vagy soha. Körükben a más jellegű fizikai aktivitást soha nem végzők aránya 5,6%. Hetente 32,7%, hetente többször 57,1% végez fizikai aktivitást. Az étkezésre mindig odafigyelők aránya 14,3%, de legtöbbször odafigyel a hipertóniával kezelték 48,5%-a. Néha (32,7%) vagy soha (4,6%) nem figyel az étkezésére a 37,3%. Jellemzően nincsenek speciális étrenden (93,5%) és nem szednek étrend-kiegészítőt (61,7%). A hipertóniával kezelték kevésbé számíthatnak szülői, és nagyszülői támogatásra.

77. táblázat Magas vérnyomással kezelték jellemzői

	gyakoriság n (%)	Alkoholfogyasztás	
férfi	178 (90,8)	soha	36 (18,5)
nő	18 (9,2)	havonta v. ritkábban	80(41,0)
Iskolázottság		2-4 –szer havonta	48 (24,6)
középiskola	47 (25,7)	2-3 –szer hetente	28 (14,4)
rendőr szakközép	75 (41,0)	hetente 4-szer	3(1,5)
főiskola	47 (25,7)	Sport	
egyetem	14 (0,9)	soha	11 (5,6)
Szolgálati idő		< 1-szer hetente	83 (42,3)
0-5 év	0	heti 1-szer	49 (25,0)
6-10 év	11 (6,0)	többször hetente	53 (27,0)
11-15 év	8 (4,3)	Fizikai aktivitás	
16-20 év	48 (26,1)	soha	11 (5,6)
21-25 év	65 (35,3)	heti egyszer	73 (32,7)
26-30 év	37 (20,1)	heti többször	112 (57,1)
30+ év	15 (8,2)	Étkezésre való odafigyelés	
Munkarend		mindig	28 (14,3)
hivatali	14 (8,6)	többször	95 (48,5)
vezényléses	105 (64,4)	néha	64 (32,7)
váltásos1	39 (23,9)	soha	9 (4,6)
váltásos 2	5 (3,1)	Speciális diéta	
Dohányzás		igen	11 (6,5)
soha	90(46,4)	nem	158 (93,5)
leszokott	41 (21,1)	Étrendkiegészítő	
dohányzó	63 (32,5)	igen	72 (38,3)
		nem	116(61,7)

Összegezve, a férfiak között szignifikánsan nagyobb a prevalenciája a hipertónia kialakulásának. A magasabb életkorúak között nagyobb a magas vérnyomás kialakulásának a valószínűsége, amit az életkorhoz kapcsolódó szignifikancia érték is megerősít, és vélhetően ez áll a mögött is, hogy a szolgálati jogviszony idejével is nagyon erősen összefügg a magas vérnyomás kialakulása. Iskolai végzettség tekintetében a legnagyobb a rendészeti iskolában végzettek aránya, ami szintén szignifikáns együtt járást mutatott a magas vérnyomással. Az állomány több mint fele vezényléses munkarendben dolgozik, és bár feltételezhető lenne a magas vérnyomással való összefüggése, nem találtam erre vonatkozóan szignifikáns együtt járást. (A vizsgált állomány több mint fele (53,0%) vezényléses munkarendben dolgozik.)

Az életmóddal kapcsolatos tényezők tekintetében a dohányzás illetve az alkohol fogyasztás esetén nem találtam különbséget a hipertóniával kezelték és nem kezelték között. Mozgás tekintetében, a magas vérnyomásosok majdnem fele (47,9%) ritkábban sportol, mint heti egy alkalom, és mivel a fizikai aktivitás hasonló arányú, a sportolás pedig kevesebb, így vélhetően a mindennapi testmozgásuk a hipertóniásoknak kevesebb.

A társas támasz esetében szignifikáns különbség mutatkozott a szülőktől és nagyszülőktől kapott támogatásban.

Az egészségorientációt tekintve úgy tűnik a hipertóniával kezelték egészséggel való törődése, és a szorongása is magasabb mint a kezelés alatt nem állók esetében, de nincs mellette tényleges cselekvés. Nem motiváltak jobban sem az egészségtelenség elkerülésére, sem az egészségük megőrzésére, annak ellenére, hogy pesszimistábbak az egészségükkel kapcsolatban. Alapvetően úgy tűnik nincs lényeges életmódbeli különbség a hipertóniával kezelték és nem kezelték között, sőt kevesebb aktivitás jellemzi a hipertóniával kezelteteket.

A bináris logisztikus regresszió elemzéssel vizsgáltam azt, hogy a hipertónia előfordulása milyen összefüggésben áll a demográfiai és az egészségmagatartási változókkal. A hipertónia képezte a logisztikus regresszió elemzés függő változóját. Ezek után 6 prediktív modell készült. Az 1. modellben a nem, az életkor és a szolgálati idő szerepel. A 2. modellben a fenti változók mellett a dohányzás, alkoholfogyasztás, sport és fizikai aktivitás szerepelnek. A 3. modellben a táplálkozási szokásokkal kapcsolatos mutatók. A 4. blokkban az iskolai végzettség, a munkarend és a heti munkaidő szerepeltek. Az 5. blokkban a támogatottsági mutatók, míg a 6. blokkban az egészségorientációs mutatók. Összeségében minden modell szignifikánsnak bizonyult ($X^2(3-37)=37,91-73,564$, $p<0,001$) és a magyarázó erő is megfelelő (Nagelkerke-féle $R^2=0,398-0,703$), melynek növekedése volt

megfigyelhető a változók bővítésével. A vizsgált változók közül csak az életkor bizonyult szignifikáns prediktornak, a többi változó közül egy sem jelzett szignifikáns kapcsolatot. Úgy tűnik, hogy egyik változónak sincs olyan erős hatása mint az életkornak. A modellek az esetek 89,4-95,5%-át jól klasszifikálta, azonban az alacsonyabb létszámú kezelték kategóriát alacsonyabb arányban azonosította helyesen (16,7-72,2%), mely a minta egyensúlytalanságából is eredhet. Megállapítható, hogy a vizsgált változók közül következetesen kizárólag az életkor mutatott szignifikáns kapcsolatot a hipertónia előfordulásával. (Melléklet 98. táblázat)

Hipotézisek ellenőrzése

H5: A magas vérnyomás betegség nem jár együtt a fő egészségmagatartási mutatók (dohányzás, alkoholfogyasztás, étrend, fizikai aktivitás) kedvezőbb mintázatával

Többségében nem látható kedvező életmódbeli elmozdulás. A csoportok közötti különbségek nem mutatnak szignifikanciát: dohányzási szokások ($\chi^2=1,442$; $p=0,486$); alkoholfogyasztás ($\chi^2=6,198$; $p=0,174$); étkezésre való odafigyelés ($\chi^2=2,205$; $p=0,532$); speciális étrend és étrend-kiegészítők ($\chi^2=1,003$; $p=0,343$; $\chi^2=0,014$; $p=0,936$).

A szignifikáns eltérés esetében kedvezőtlenebb egészségmagatartás mutatkozik a hipertóniával küzdők esetében: sportolási szokások ($\chi^2=11,129$; $p=0,011$) tekintetében a sportolási gyakoriság alacsonyabb a magas vérnyomással küzdők esetében. Az eredmények alapján összességében a hipotézis elfogadható.

H6: A hipertóniával élők egészségorientációja különbözik a magas vérnyomással nem küzdőkéitől.

Az egészségorientációs kérdőív összes alszála szignifikáns különbséget mutat a hipertóniával kezelték és nem kezelték tekintetében, így elmondható, hogy az egészségorientációs profil különböző a két csoportban.

H7: A hipertóniával kezelték társas támasza különbözik a nem kezelték csoportjától

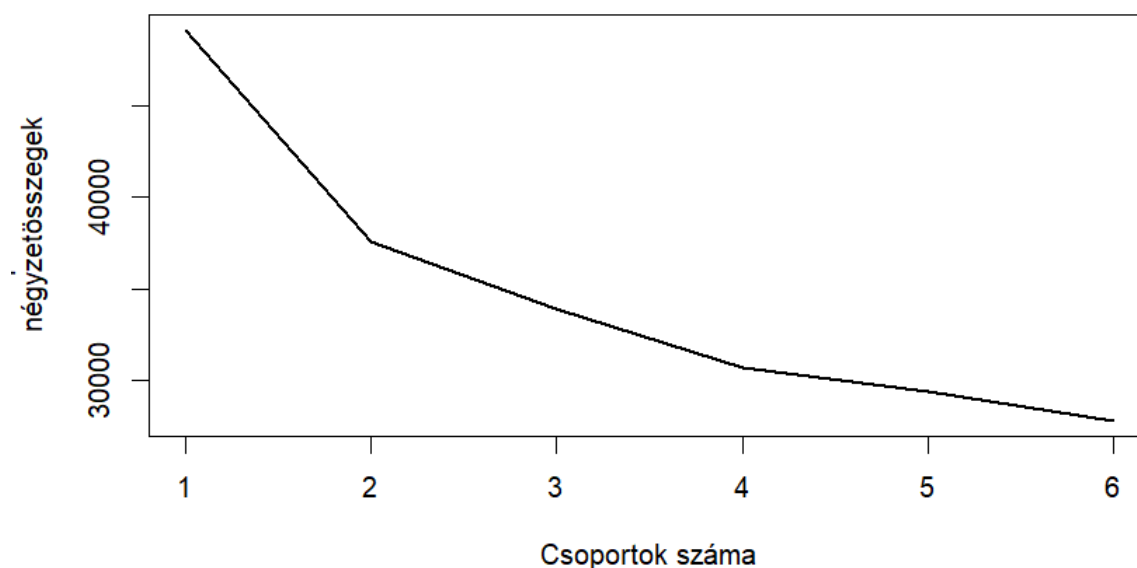
A hipotézis részben elfogadható, hiszen a két csoport között szignifikáns különbség mutatkozik a szülői és nagyszülői támogatottság tekintetében. A hipertóniával kezelt személyek kevesebb ilyen jellegű támogatásról számolnak be. A többi társas támasz esetén nem volt szignifikáns eltérés, így a különbség nem általánosítható minden támogatási formára.

IV/H8: Meghatározhatóak homogén csoportok az egészségmagatartás különböző mintázatai alapján

A K-középpontú klaszteranalízissel definiált dimenziók célja, hogy a kiválasztott dimenziók szerint a csoportok belülről homogének, de kívülről jól elkülönültek legyenek egymástól. A minta magas elemszáma lehetővé tette, hogy a hiányzó értékek esetén kikerült az adott elem az adatbázisból. Az elemzés elvégzéséhez a K-középpontú klaszteranalízis módszere bizonyult a leghatékonyabb megoldásnak. Az eredményül kapott könyökdiagrammot (42. ábra) megvizsgálva 4 csoport volt optimálisan definiálható.

A klaszterek összehasonlítása a folytonos változók mentén Kruskal-Wallis próbával történt, kategorikus változók esetében Pearson-féle khi-négyzet próbát (χ^2) használtam. Standardizált klaszterközép-eltérések kerültek kiszámításra a fő egészségmagatartási dimenziók mentén, mely dimenziómentes mutatóvá alakítja az adatokat, így a változók közötti eltérések azonos skálán értelmezhetőek.

43. ábra Könyökdiagram



Az egyes klaszter csoportok tendenciaszerűen különböztek nem tekintetében [$\chi^2(3)=7,768, p=0,051, C=0,073$]. A különbség főként a 2 és 3. klaszterben mutatkozik: a nők inkább 3-as klaszterben jelennek meg (a férfiak itt vannak jelen a legkisebb arányban), a 2-esben a legkevésbé. (78. táblázat)

78. táblázat A nemi megoszlás a különböző klaszterekben

		nem				Össz.	
		férfi		nő			
		n	%	n	%	n	%
klaszter	1	369	86,2	59	13,8	428	100,0
	2	385	87,9	53	12,1	438	100,0
	3	147	79,9	37	20,1	184	100,0
	4	355	87,4	51	12,6	406	100,0
Össz.		1256	86,3	200	13,7	1456	100,0

Iskolai végzettséget tekintve viszont nem mutatkozik különbség [$\chi^2(3)=5,593$, $p=0,133$].

(79. táblázat) A klaszterekben egyenlő arányban jelennek meg a közép és felsőfokú végzettséggel rendelkezők. A 2. klaszterben a középfokú végzettségűek kissé nagyobb arányba vannak jelen, a 4 csoportban pedig a felsőfokú végzettséggel rendelkezők, de ezen eredmények nem szignifikánsak.

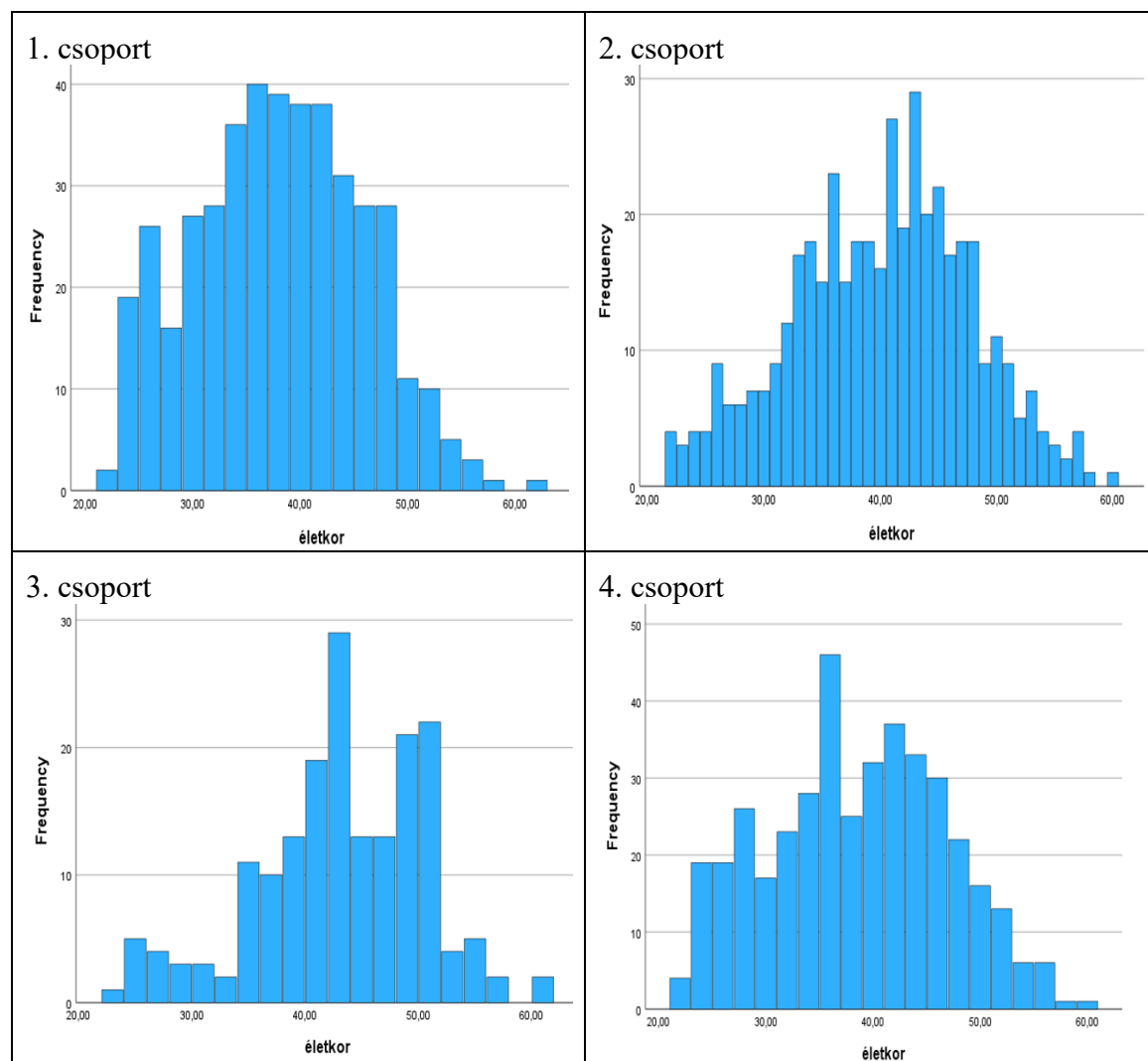
79. táblázat Az iskolai végzettség szerinti megoszlás a különböző klaszterekben

		iskolai végzettség				Össz.	
		középfokú		felsőfokú			
		n	%	n	%	n	%
klaszter	1	268	29,6%	152	28,8%	420	29,4%
	2	288	31,9%	142	26,9%	430	30,0%
	3	110	12,2%	70	13,3%	180	12,6%
	4	238	26,3%	163	30,9%	401	28,0%
Össz.		904	100.0%	527	100.0%	1431	100.0%

Életkori eloszlás tekintetében a csoportok között szignifikáns a különbség ($\chi^2=69,812$; $P<0,001$). (44. ábra) Az 1. klaszter életkori eloszlása kiegyensúlyozott, a medián ($Md=37$ év) és az átlag ($M=37,46$) közel azonos, ami szimmetrikus eloszlásra utal (Skewness=0,083). A viszonylag mérsékelt szórás ($Sd=7,84$) jelzi, hogy az életkorok többsége a 30-45 év közötti tartományban helyezkedik el. A negatív csúcsosság (Kurtosis=-0,541) arra utal, hogy az eloszlás laposabb, az életkorok egyenletesebben oszlanak el a teljes tartományban, nincs kiemelkedő csúcs. A 2. csoport átlagéletkora ($M=40,12$ év) kissé magasabb, mint az 1. csoporté, és a medián is kissé eltolódott az idősebb korosztály felé ($Md=41,00$ év). A szórás ($Sd=7,68$) hasonló mértékű, így az életkorok változatossága nem nagyobb. Az enyhe negatív ferdeség (Skewness=-0,142) arra utal, hogy kicsit több az idősebb tag, míg a negatív csúcsosság (Kurtosis=-0,391) az életkori eloszlás laposságát mutatja, vagyis nincs kifejezett életkori csúcs. A 3. csoport életkor eloszlása kiegyensúlyozott, az átlagéletkor 42,65 év, itt is közel áll egymáshoz ($Md=43,0$). A csúcsossági mutató alapján (Kurtosis=0,205) és a negatív ferdeség (Skewness=-0,51) arra utal, hogy a csoport homogén, enyhén a fiatalabb korosztály felé tolódva. A 4. csoport eloszlása teljesen szimmetrikus (Skewness=0,028) és enyhén szétterülő (Kurtosis=-0,77)

38,01 év átlag életkor és azonos medián mellett ($Md=38,0$). A 4 csoport között kicsi, de szignifikáns a különbség. Az 1. csoport a legfiatalabb, a 2. csoport kissé idősebb, a 3. csoport átlagéletkora a legmagasabb enyhén a fiatalabb korosztály felé való dőléssel, míg a 4. csoport hasonló az 1. csoporthoz, kissé nagyobb szórással.

44. ábra A négy csoport életkori megoszlása



A szolgálati idő ($\chi^2=52,523$; $p<0,001$) az elégedettség ($\chi^2=13,482$; $p<0,001$) és a boldogság ($\chi^2=126,608$; $p<0,001$) tekintetében szignifikánsak az eredmények. A szolgálati évek száma a második és a harmadik klaszterben kicsit magasabb ($M=4,12$; illetve $M=4,39$, vagyis 15-20 év), míg az 1. és a 4. klaszterben alacsonyabb ($M=3,54$; illetve 3,69 vagyis inkább 10-15 év). Az elégedettség és a boldogság a negyedik klaszterben a legalacsonyabb ($M=8$). A 3. klaszter támaszkodhat legkevésbé bárkire, ha társas támaszról van szó. Az első és negyedik klaszterben magasabbak a társas támasz értékek. (80. és 81. táblázat)

80. táblázat A folytonos változók Kruskal-Wallis próbával történő összehasonlítása

változó	Kruskal-Wallis X^2	p
életkor	69,812	<0,001
szolgálati idő	52,523	<0,001
elégedettség	13,482	<0,001
boldogság	126,608	<0,001
Társas támasz		
Szülő	24,054	<0,001
Házastárs	11,748	0,008
Élettárs	5,722	0,126
Nagyszülő	8,856	0,031
Iskolatárs	4,499	0,179
Szomszéd	11,816	0,008
Munkatárs	45,803	<0,001
Barát	35,802	<0,001
Gyermek	2,712	0,438
Rokon	29,876	<0,001
Segítő foglalkozású	5,735	0,125
Egyházi csoport	3,334	0,342
Egyesület, polgári csoport	2,656	0,448

81. táblázat Változók középértékei az egyes klasztereken

	klaszter							
	1		2		3		4	
	M	Mdn	M	Mdn	M	Mdn	M	Mdn
életkor	37,46	37	40,12	41	42,65	43	38,01	38
szolgálati idő	3,54	4	4,12	4	4,39	4	3,69	4
elégedettség	8,18	9	7,43	8	6,62	7	6,21	8
boldogság	8,31	9	7,52	8	6,91	8	6,24	8
Társas támasz								
Szülő	3,71	4	3,48	4	3,42	4	3,66	4
Házastárs	3,79	4	3,82	4	3,69	4	3,85	4
Élettárs	3,38	4	3,18	4	3,02	4	3,23	4
Nagyszülő	2,76	3	2,53	3	2,27	2	2,63	3
Iskolatárs	1,98	2	1,90	2	1,77	2	2,12	2
Szomszéd	2,61	3	2,50	3	2,32	2	2,61	3
Munkatárs	3,24	3	3,06	3	2,94	3	3,25	3
Barát	3,65	4	3,51	4	3,46	4	3,71	4
Gyermek	3,70	4	3,61	4	3,66	4	3,64	4
Rokon	3,13	3	2,93	3	2,92	3	3,19	3
Segítő foglalkozású	2,07	2	1,89	2	1,81	2	2,03	2
Egyházi csoport	1,90	2	1,73	1	1,76	2	1,80	2
Egyesület, polgári csoport	1,90	2	1,76	1	1,82	2	1,94	2

Több egészségmagatartási mutató esetében standardizált klaszterközép-eltéréseket néztem, mely lehetővé teszi a skálán mért változók közvetlen összehasonlítását, mivel a klaszterátlagot a teljes minta átlagához és szórásához viszonyítva fejezi ki. A pozitív értékek a mintaátlag feletti, a negatív értékek az alatti jellemzőket mutatják. Ez a módszer biztosítja a skálákon mért változók közvetlen összehasonlíthatóságát. (A klaszterek a standardizált értékekhez viszonyított elmozdulását a táblázatokon színnel is jeleztem, piros

színnel kiemelve az egészség szempontjából kedvezőbb értékeket, zöld színnel jelölve a kedvezőtlen magatartású elemeket.)

A szubjektív egészségi állapot szempontjából a legkedvezőbb a 4. csoport, míg átlag alatti minősítésről a 3. csoport számolt be. A dohányzás prevalenciája a 4. csoportban a legalacsonyabb, míg a legmagasabb a 2. csoportban. A 2. csoportban fogyasztanak a legtöbben alkoholt, míg a legkevésbé az 1. csoportban. A leggyakrabban a 4. csoportban járnak szűrővizsgálatokra, míg a legkevésbé a 2. csoport tagjai. (A szűrővizsgálatokon való részvétel fordított tétel.) Sportolási szokásokat tekintve a legkedvezőtlenebb a 2. csoport, míg a legtöbbet sportolók aránya a 4. csoportban található. A legtöbb fizikai aktivitást a 3. csoport tagjai végzik, míg a legkevesebbet az 1. csoport. A testtömegindex (BMI) átlagértékei a legalacsonyabbak az 1. csoportban, míg a legmagasabb a 2. csoportban. (82. táblázat)

82. táblázat A szubjektív egészség, a dohányzás- és alkoholfogyasztási szokások, az aktivitás és a BMI átlag értékekhez való távolsága az egyes klaszterekben

Klaszter	szubjektív eg.	dohányzás	alkohol	szűrővizsg.	sport	fizikai akt.	BMI
1. csoport	0,252	-0,012	-0,129	-0,027	0,119	-0,125	-0,180
2. csoport	-0,291	0,190	0,201	0,068	-0,388	0,057	0,236
3. csoport	-1,105	0,012	0,070	-0,028	-0,284	0,090	0,222
4. csoport	0,548	-0,197	-0,113	-0,032	0,421	0,030	-0,166

Az étkezési szokások tekintetében egyértelműen a legkedvezőbb étrendi szokásokkal a 4. csoport rendelkezik, míg a legkedvezőtlenebb ilyen jellegű egészségmagatartási szokásokat az 1. csoport mutat. (A tételek fordítottan szerepelnek, alacsonyabb érték gyakoribb fogyasztást jelöl.) (83. táblázat)

83. táblázat Az étkezési szokások átlagértékektől való távolsága az egyes klaszterekben

Klaszter	zöltség f.	gyümölcs f.	édesség f.	Tejtermék f.
1. csoport	0,769	0,690	-0,208	0,502
2. csoport	-0,018	-0,019	-0,056	0,023
3. csoport	-0,003	0,029	0,093	-0,052
4. csoport	-0,788	-0,718	0,237	-0,529

Az egészségorientáció kérdőív (84. táblázat) kapcsán kiemelésre kerültek a legmagasabb és a legalacsonyabb értékkel bíró alskálák. A személyes egészségtudatosság (PHC) esetében a legmagasabb értékkel a 4. csoport rendelkezik, legalacsonyabb eredménnyel pedig a 2. csoport. Az egészséges kinézettel törődés (HIC) legkevésbé a 2. csoportot jellemzi, leginkább pedig az 1. csoportot. A leginkább szorongó az egészségével

kapcsolatban (HA) a 3. csoport, legkevésbé a 4. csoport. Az egészséggel kapcsolatos önértékelése (HEC) a legkedvezőtlenebb a 3. csoportnak, míg a legkedvezőbb a 4. csoportnak. Leginkább motiváltak az egészségtelenség elkerülésére (MAU) a 4. csoport tagjai, míg a legkevésbé a 2. csoporté. Leginkább motivált az egészségre (MFH) a 4. csoport, a legkevésbé a 2. csoport. A belső egészségkontroll (IHC) értéke a legmagasabb a 4. csoportban, legalacsonyabb a 2. csoportban, ezzel párhuzamosan a külső egészségkontroll (EHC) a legmagasabb a 2. csoportban, legalacsonyabb a 4. csoportban. A jövőben való egészségükkel (HE) a legoptimistább a 4. csoport, míg a legpessimistább a 3. csoport. Az egészségi állapotuk megítélése (HS) is ennek megfelelően alakul legkedvezőbb a 4. csoportban, legkedvezőtlenebb a 3. csoportban. A HOS illeszkedés- és megbízhatóság vizsgálata alapján az eredmények óvatosan értelmezhetőek, de a csoportok közötti tendenciák jól azonosíthatóak.

84. táblázat Az Egészségorientációs kérdőív alkáláinak átlag értékekhez való távolsága az egyes klaszterekben

Klaszter	PHC	HIC	HA	HEC	MAU	MFH	IHC	EHC	HE	HS
1. csoport	0,331	0,054	-0,111	0,456	0,303	0,305	0,381	-0,203	0,374	0,363
2. csoport	-0,819	-0,099	0,052	-0,690	-0,817	-0,828	-0,863	0,503	-0,570	-0,465
3. csoport	-0,289	0,006	0,812	-1,034	-0,238	-0,188	-0,369	0,351	-0,983	-1,099
4. csoport	0,665	0,048	-0,306	0,733	0,671	0,658	0,698	-0,488	0,665	0,616

A szubjektív testi tünetek (85. táblázat) közül a gasztroenterológiai, kardiológia és fáradtság tünetek legkevésbé az 1. csoportban jelentek meg, míg a fájdalom tünetek a 4. csoportban. Az összes tünet előfordulási gyakorisága a 3. csoportban a leggyakoribb. A PHQ kérdőív megbízhatósági mutatói alapján az eredmények csak óvatosan értelmezhetőek, ugyanakkor a 3. csoportban a szomatikus tünetek megjelenése erőteljesebb tendenciát mutat.

85. táblázat A PHQ-15 kérdőív alkáláinak átlag értékekhez való távolsága az egyes klaszterekben

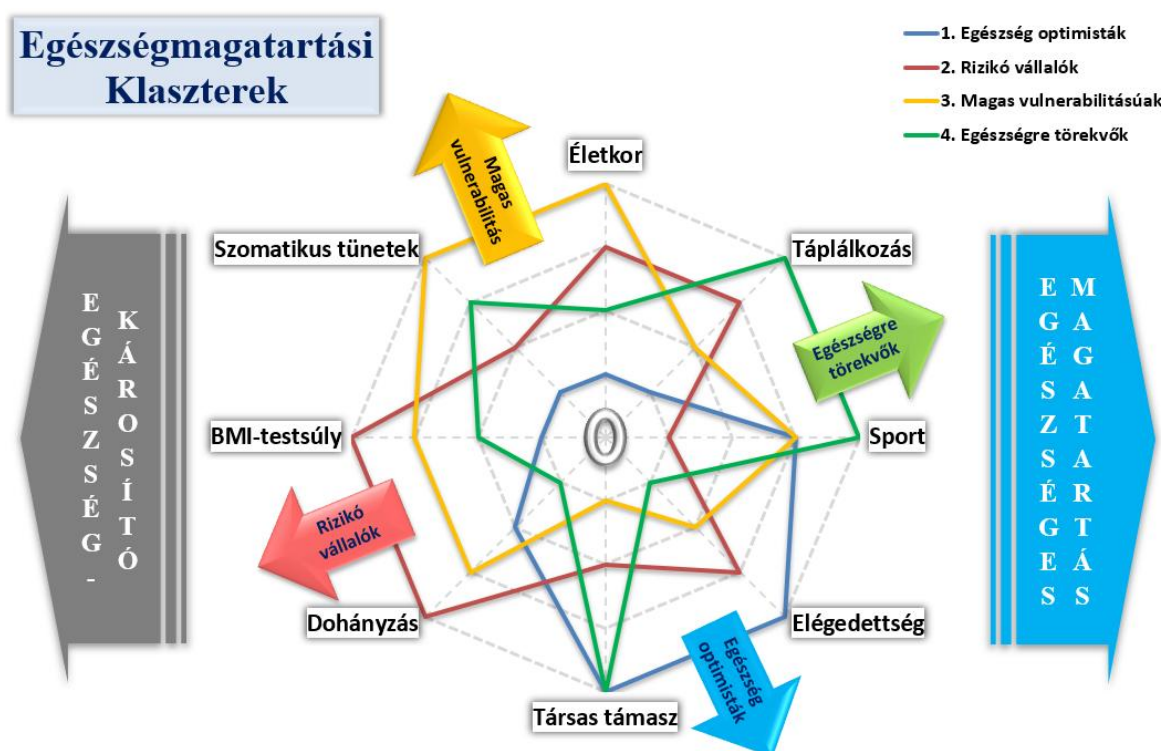
Klaszter	Fájdalom	Gasztroent.	Kardiológia	Fáradtság
1. csoport	-0,260	-0,272	-0,250	-0,300
2. csoport	-0,025	-0,142	-0,194	-0,084
3. csoport	1,360	1,520	1,518	1,489
4. csoport	-0,314	-0,248	-0,213	-0,267

A klaszterek összesített jellemzőinek bemutatása a 86. táblázatban és a 45. ábrán látható.

86. táblázat A klaszterek összesített jellemzői

Klaszter	Demográfiai jellemzők	Egészségi életmódbeli jellemzők	Társas támogatás	Egészségmotivációs mintázat	Testi tünetek
1. Egészség optimisták	N=428 fő 37,46 év átlagéletkor 10-15 év szolgálati idő	• kevés dohányzás és alkoholfogyasztás • kevés zöldség és gyümölcs fogyasztás • magas edességfogyasztás • magas elégedettség és boldogság • legalacsonyabb BMI	főként szülőktől, élettársától, szomszédától, gyermektől	egészséges kinézettel való törődés	nem jellemzőek
2. Rizikó vállalkók	N=438 fő 40,12 átlagéletkor 10-20 év szolgálati idő férfiak aránya a legmagasabb	• leginkább dohányzó és alkoholfogyasztó csoport • szűrővizsgálatokon való részvétel a legcsekélyebb • nem sportolnak inkább más fizikai aktivitást végeznek • BMI index magas		• legkevésbé egészség tudatosak • nem foglalkoznak a külső megjelenéssel • nem motiváltak az egészségtelenség elkerülésére, az egészség megőrzésére • úgy érzik, egészségük külső tényezők által kontrollált	
3. Magas vulnerabilitásúak	N=184 fő 42,65 átlag életkor 15-20 év szolgálati idő nők aránya magasabb	szubjektív egészségi állapot a legalacsonyabb	• legkevésbé kapnak támogatást élettársától, szomszédától, barátától és rokontól • nagyszülőktől kapott támogatás a legmagasabb	• magas egészséggel kapcsolatos szorongás • alacsony egészséggel kapcsolatos önértékelés • pesszimizmus az egészségi állapotukkal és annak jövőbeli alakulásával kapcsolatban	leggyakoribb megjelenés, főként fájdalom, gasztroenterológiai-, kardiológiai tünetek, fáradtság
4. Egészségre törekvők	N=406 fő 38,01 átlagéletkor 10-15 év szolgálati idő	• szubjektív egészségi állapotuk a legkedvezőbb • dohányzás előfordulása alacsony • legtöbben sportolnak • étkezésük egészséges (sok zöldség és gyümölcs, tejtermék fogyasztás) • legkevésbé boldogok és elégedettek	ők kapják a legtöbb támogatást házastársától, szomszédától, munkatársaktól, barátoktól, rokonoktól	• leginkább egészség tudatosak • egészségükkel kapcsolatos szorongásuk alacsony • egészséggel kapcsolatos önértékelésük magas, • optimisták egészségükkel kapcsolatban • úgy érzik egészségi állapotukat ők ellenőrizték	

45. ábra Egészségmagatartási klaszterek



1. csoport **Egészség optimisták**

A második legnagyobb elemszámú csoport ($n=428$). A kissé fiatalabb korosztály, akik kevesebb szolgálati idővel (10-15 év) rendelkeznek. A legmagasabb boldogság és elégedettség jellemzi őket. A dohányzás kevésbé jellemző rájuk, az alkoholfogyasztás a négy csoport közül a legkevésbé. A szűrővizsgálatokon való részvételük az egyik legmagasabb. Inkább sportolnak, a fizikai aktivitás egyáltalán nem jellemzi őket. BMI itt a legalacsonyabb. Az étkezési szokásaikat tekintve a legkedvezőtlenebb csoport. A többi csoporthoz viszonyítva a zöldség, gyümölcs és tejtermék fogyasztásuk ritkább, édességfogyasztásuk a legmagasabb. A testi tünetek megjelenése egyáltalán nem jellemző rájuk. Ők mutatják a legkevesebb gasztrológiai, kardiológiai és fáradtsághoz kapcsolódó tünetet. A négy csoport közül ők törődnek leginkább a kinézetükkel. Társas támogatottságukat a négy csoport közül leginkább ők kapják a szülőktől, nagyszülőktől, és a szomszédoktól.

2. csoport **Rizikó vállalók**

A legnagyobb elemszámú csoport ($n=438$). Arányaiban a legtöbb férfi ebben a csoportban van. E csoport köreiben van a legtöbb dohányzó, és alkoholfogyasztó. Szűrővizsgálatokra kevésbé járnak. Nem sportolnak. A BMI a legmagasabb. A legkevésbé egészségtudatosak,

nem foglalkoznak a külső megjelenésükkel. Nem motiváltak az egészségtelenség elkerülésére, az egészség megőrzésére. Úgy érzik kevés a kontrolljuk az egészségük felett, inkább a külső tényezőknek tulajdonítják az egészségi állapotuk alakulását. Társas támogatottságuk átlagos.

3. csoport **Magas vulnerabilitásúak**

A legkevesebb elemszámú csoport (n=184). A nők aránya itt a legmagasabb. A nők 18,5%-a ebbe a csoportba tartozik. (Alapvetően a nők életkori eloszlása szerint a nők csaknem fele 49,4%-a 36 és 45 év közötti). A legmagasabb átlagéletkorú (42,65 év) és a legmagasabb szolgálati idővel rendelkező csoport (15-20 év). Az egészségi állapotuk szubjektív megítélése ebben a csoportban a legkedvezőtlenebb. A legtöbb fizikai aktivitást végző csoport. A testi tünetek megjelenése ebben a csoportban a leggyakoribb. A szűrővizsgálatokon való részvételük a legmagasabb. A fájdalom előfordulása, a gasztrológiai, kardiológia és fáradtsághoz kapcsolódó tünetek ebben a csoportban jelennek meg leginkább. A legmagasabb az egészséggel kapcsolatos szorongásuk, alacsony egészséggel kapcsolatos önértékelés mellett. A legpesszimistábbak mind az egészségi állapotukat, mind a jövőbeli alakulását illetően. A klaszterek közül ők kapják a legkevesebb támogatást. Szignifikánsan kevesebb támogatást érznek a szülőktől, nagyszülőktől, a szomszédától, a barátoktól és a rokonoktól.

4. csoport **Egészségre törekvők**

406 fő alkotja a csoportot. Szubjektív egészségi állapotuk a legkedvezőbb. A legkevesebb dohányzó ebben a csoportban van. A legtöbbet sportolnak és a leginkább odafigyelnek az étkezési szokásaikra. Szűrővizsgálati részvételük magas. A legmagasabb zöldség, gyümölcs és tejtermék fogyasztás jellemzi őket, a legalacsonyabb édességfogyasztás mellett. A BMI alacsonyabb. Őket jellemzi legjobban az egészségtudatosság. Alacsony szorongás mellett az egészséggel kapcsolatos önértékelésük a legmagasabb. Motiváló számukra mind az egészség megőrzése, mind az egészségtelenség elkerülése. Úgy érzik, hogy egészségi állapotukat inkább ők kontrollálják, kevésbé külső tényezők. A jövőt nézve is optimisták az egészségi állapotuk tekintetében. Ugyanakkor a legkevésbé boldog és elégedett csoport. Ők kapják a legtöbb támogatást a szomszédoktól, munkatársaktól, barátoktól és rokonoktól.

Összegzés

Felállíthatóak stabil, egészségmagatartási mintázat alapján jól elkülönülő csoportok. Az egészségmagatartás mellett az egészségorientáció és a társas támasz is különbözőségeket mutatott. A szociodemográfiai változók közül azonban az iskolai végzettség nem szerepel szignifikáns különbségeként. Ezen mutatók alapján meghatározhatóak voltak a következő csoportok: Egészség optimisták; Rizikó vállalók; Magas vulnerabilitásúak; Egészségre törekvők.

Hipotézis ellenőrzése

H8: Meghatározhatóak homogén csoportok az egészségmagatartás különböző mintázatai alapján

K-középpontú klaszteranalízissel statisztikailag megbízható és interpretálható csoportokat sikerült azonosítani, melyek a fő egészségmagatartási dimenziók mentén belsőleg homogének, külsőleg jól elkülönülnek. A klaszterek a szociodemográfiai adatok és az egészségmagatartási szokások mentén jól elkülönülnek, így pontosan leírhatóak, jellemezhetőek. A hipotézis így elfogadható.

4. Diskusszió

Az értekezés célja az volt, hogy rálátást kapjunk a Szabolcs-Szatmár-Bereg Vármegyei Rendőr-főkapitányság hivatásos állományú tagjainak az egészségmagatartására. Az egészségre káros és az egészséget támogató magatartásformák arányaira, illetve, hogy olyan eredmények szülessenek, melyek felhasználhatóak egy egészségfejlesztési terv kidolgozásához.

Az adatok összehasonlíthatóságát nehezítik a különféle nemzetközi és hazai kutatások során alkalmazott módszertani eljárások, pl. a kutatás résztvevőinek életkora sok esetben 15 vagy 18 év fölötti, míg az én vizsgálatomban a résztvevők csak 18-65 év közöttiek lehetnek. Az összehasonlítás során figyelemmel kell lenni a különböző kérdésfeltevésre, ami leginkább az alkoholfogyasztás mutatóiban szembetűnő (pl. nagyívó, túlzott alkoholfogyasztó, problémás ivó), de több mutatóban is megjelenik.

Az „egészséges dolgozó hatás” (McMichael, 1976; Chowdhury és mtsai, 2017) jelenségét szintén szem előtt kell tartani az adatok értelmezése során, hiszen a jelen populációba csak egészséges, munkája elvégzésére alkalmas személyek kerülhettek be.

Az általános statisztikai adatok szerint a szubjektív egészségi állapot kedvezőbb képet mutat a Szabolcs-Szatmár-Bereg Vármegyei rendőrök körében. (Melléklet: 93. táblázat Szubjektív egészségi állapot összefoglaló táblázata) Válaszadók több mint 80%-a érzi úgy, hogy jó vagy kiváló egészségi állapotnak örvend, csak 15% érzi közepesnek, és csak elenyésző százalék érzi rossznak vagy nagyon rossznak az egészségi állapotát. Ezen eredmények meghaladják mind az országos (Elef2019: KSH2019a; Hungarostudy 2021: Kopp Mária Intézet, 2022), mind a régiót érintő statisztikai adatokat (Észak-Alföld régió: KSH, 2019a; Jávorné Erdei és mtsai, 2014; Hüse, 2015; Jávorné Erdei és Takács, 2018). A jelen kutatás során a munkavégzésre alkalmas rendőrök kerültek be a vizsgálati populációba, így várható volt a szubjektíve is megélt jó egészségi állapot. Az eredmények egybehangzanak Lockie és munkatársai (2022) eredményeivel, miszerint a lakossági normákkal összehasonlítva a rendőrök általában jó egészségi és fittségi profillal rendelkeznek. Ezt erősíti meg Garbarino és Magnavita is (2015), kiegészítve általuk azzal, hogy mindemellett a munkával összefüggő stressz metabolikus szindrómát válthat ki.

A dohányzási szokások (Melléklet: 87. táblázat Dohányzási szokások összefoglaló táblázata) tekintetében a dohányzók aránya (32%) meghaladta az egyes felmérésekben megjelenő országos átlagot (GBD, 2019; EHIS, 2019; Brys és mtsai, 2022), míg más

felmérések mutatóival közel azonos tendenciák láthatók (OLAAP: Urbán és Pénzes, 2021; Elef2019: KSH, 2019b; Hungarostudy: Kopp Mária Intézet, 2022). Az e földrajzi régiót tekintve az arányok hasonlóak (Elef Észak-Alföld: KSH, 2019c; Nyíregyháza panell: Rákóczi és mtsai, 2019).

A külföldi rendvédelmi kutatások viszonylatában a kutatás résztvevői között a dohányzók aránya messze magasabb a jelen mintában, egyedül csak az indiai rendőrök (Bannigida és mtsai, 2019) körében mutatkozik nagyobb dohánytermék fogyasztási gyakoriság, bár ezt egy szintén indiai vizsgálat nem erősítette meg (Padmanabhan és mtsai, 2024). A hazai rendvédelmi kutatások azonban a jelen eredményekkel összhangban állnak (Mácsár mtsai, 2017; Borbély, 2019b; Faragó, 2013; Erdős, 2022a).

A dohányzás háttérében a munkahelyi stressz is állhat, hiszen a rendvédelmi dolgozók fokozottan ki vannak téve e munkahelyi ártalomnak (Szabó, 2009). A dohányzás háttérében az egyéni tényezők mellett a munkahelyi szociális hatások is jelen lehetnek. Eissenberg [(2004) idézi Urbán, 2007)] szerint a dolgozó számára a munkahelyi stressz időleges felfüggesztését jelenti a dohányzás, hiszen a dohányzás a munkatevékenységtől eltérő helyen (az arra kijelölt helyen), elszigetelt módon zajlik. Mindemellett a kulturális különbségek is megjelenhetnek, valamint nemzetközi összehasonlításban a fogyasztás eltérő szabályozása.

A dohányzási szokások mintázódásában a szociodemográfiai tényezőket figyelembevéve az iskolai végzettség jelent szignifikánsan protektív faktort. Sem a nemi megoszlás, sem az életkor vagy a szolgálati idő nem mutat jelentős összefüggést a dohányzási szokásokkal. A kutatás eredményei szerint a magasabb iskolai végzettséggel rendelkezők dohányzási prevalenciája csekélyebb, mely összhangban van más kutatások tapasztalataival (Brys és mtsai, 2022; Urbán és Pénzes, 2021), bár az Ugandai rendvédelmi dolgozók közötti vizsgálat (Basaza és mtsai, 2020) ezt nem erősíti meg. Lampek (2004), Ross és Wu szociális oksági modellje szerint az iskolai végzettség indirekt módon hat az egészségi állapotra, a munka- és anyagi körülmények, a pszichoszociális erőforrások és az egészséges életstílus változóiin keresztül. Ezen indirek változók jól megjelenhetnek Jessor probléma viselkedés elméletében, mint disztális változók, de jelen kutatás nem terjed ki komolyabb összefüggések keresésére.

Jelen kutatás során a nemek között a dohányzási szokásokban nem volt jelentős különbség, ami ellentmond a legtöbb hazai vizsgálatnak, hiszen a legtöbb hazai vizsgálat a férfiak jelentősebb fogyasztásáról számolnak be. A nemzetközi rendvédelmi kutatásokban azonban a nők dohánytermékek fogyasztása volt magasabb (Richmon és mtsai, 1998;

Basaza és mtsai, 2020; Hartley és mtsai, 2011). Erdős (2025) szerint a szervezeti kultúra, a hivatás egyes jellegzetességei, a szakmaspecifikus stressz természete és a rendőrök pszichológiai karakterisztikája szolgálhat magyarázatul a nemek közötti hasonló fogyasztási mintázatnak. Összeségében az eredmények azt mutatják, hogy a dohányzás előfordulási gyakorisága jelentős, így egy egészségfejlesztési terv kidolgozása során elkerülhetetlen.

Az alkoholfogyasztással kapcsolatos összehasonlításban (melléklet: 88. táblázat Alkoholfogyasztási szokások összefoglaló táblázata) a soha nem fogyasztók aránya alulmarad a hazai felmérések eredményeihez képest (OLAAP 2019: Elekes és mtsai, 2023; Paksi és Arnold, 2021; Elef2019: KSH, 2019f; Hungarostudy 2021: Kopp Mária Intézet, 2022). Az alkoholfogyasztások mintázódását, ha alapul vesszük akkor az állapítható meg, hogy az absztinensek aránya alacsonyabb a lakossági átlagnál, hasonló gyakoriságú alkoholfogyasztás mellett. Nemzetközi rendvédelmi összehasonlításban is ez a megállapítás valószínűsíthető, azonban a külföldi vizsgálatban jóval kisebb volt az elemszám. A hazai rendvédelmi adatokkal összevetve (Gordos, 2022; Borbély, 2021b; Erdős, 2022b; Erdős, 2024) kiemelendő, hogy a jelen vizsgálat kedvezőbb alkoholfogyasztási képet mutat. A jelen vizsgálatban nem volt tapasztalható a nemek tekintetében szignifikáns különbség, ami megfelel Gordos (2022) eredményeinek, azonban Borbély (2021b) és Erdős (2022b, 2024) eredményeinek nem. Az utóbbi kutatások szerint a nők kedvezőbb alkoholfogyasztási mintázattal rendelkeznek. Ezen vizsgálatok azonban csak fiatalok, rendészeti középiskolások és egyetemi hallgatók bevonásával készültek.

Ahogy látjuk nem tűnnek problematikusnak az alkoholfogyasztási szokások, mégis a vármegyében 185 fő fogyaszt alkoholt hetente 2-3-szor vagy gyakrabban, ami jelentős számnak hangzik, így nem tekinthetünk el e problémakör tárgyalásától. Továbbá azért sem, mert a kutatás nem terjed ki olyan jellegű mintázódásra, hogy mennyi az egy alkalommal elfogyasztott alkoholmennyiség. Így nem láthatóak azok, akik ritkán, de nagy mennyiségben fogyasztanak alkoholt. Richmond és munkatársai (1999) a rendőrségi szervezeti kultúra fontosságára hívja fel a figyelmet. A munka végeztével megjelenő alkoholfogyasztás hozzájárul az információszerzéshez, a kollégákkal való szocializációhoz, melyet a hierarchia és a konformitás kényszere erősít. Mindemellett az egyéni szintű problémák esetén az érintetteknek hiányzik a problématudat, és nem folyamodnak segítségért.

A szűrővizsgálatok tekintetében (melléklet: 89. táblázat Szűrővizsgálatokon való részvétel összefoglaló táblázata) az önbevallások alapján a nők esetében a mammográfiai

szűrővizsgálaton való részvétel az Elef 2019 vizsgálatokkal (KSH, 2019h) összevetve kedvezőbb a részvételi hajlandóság. A régiót érintő felmérés (Berencsiné Madácsi és mtsai, 2013) eredményeihez viszonyítva pedig kiemelkedően jobb. A Hungarostudy 2021 (Döbrössy és mtsai, 2022) eredményeitől azonban elmaradnak. A nőgyógyászati szűrővizsgálatokon való részvétel jobb mind az Elef 2019, mind a Hungarostudy 2021 felmérésekhez viszonyítva. A férfiak prosztatata vizsgálatát tekintve közel azonos az átlagnépességhez viszonyítva (KSH, 2019h). Mindenképpen meg kell jegyezni azonban, hogy a kötelező rendvédelmi egészségügyi szűrővizsgálatok kötelező jelleggel tartalmazzák ezen szűrővizsgálatokat (ld. A Rendőrség alkalmasságvizsgálatának rendszere fejezet). Jelen kutatás kérdőívében nem pontosítottam, hogy a rendszeres szűrővizsgálat milyen időközönkénti megjelenést jelent, így vélhetően a kitöltők nem az előírt rendszerességet vették alapul.

Táplálkozási szokások, tápláltsági állapot (melléklet: 90. táblázat Táplálkozási szokások, tápláltsági állapot összefoglaló táblázata) tekintetében a kutatás részvevőinek a többsége odafigyel az étkezésére, azonban így is az étkezések összetétele nem felel meg az ajánlásoknak (MDOSZ, 2021). Elmarad a napi többszöri zöldség- és gyümölcsfogyasztás, a napi szintű tejtermék fogyasztás, a magasabb édességfogyasztás mellett. A zöldség- és gyümölcsfogyasztás az országos eredményektől (KSH, 2019k) és a régiós eredményektől (Sárváry és mtsai, 2019) is elmarad. Viszont a hazai rendvédelmi tapasztalatoknál kedvezőbb (Gordos, 2022). Jelen kutatás eredményei szerint az étkezésre való odafigyelés és a főtt étel fogyasztás jellemzőbb a felsőfokú végzettségűekre, bár az étkezési összetételük nem azt mutatja, hogy egészségesebb táplálkozási szokásaik lennének, hiszen zöldséget és gyümölcsöt kevesebbet fogyasztanak, tésztaféléket és édességet pedig többet. Ez az eredmény ellentmond a hazai tapasztalatoknak (KSH, 2019k) hiszen ott a zöldség- és gyümölcsfogyasztás kedvezőbb a felsőfokú végzettségűek körében.

A BMI a vármegye rendvédelmi dolgozóinak körében kedvezőtlenebbnek tűnik a népességi adatokhoz viszonyítva (KSH, 2019j; Susovits, 2022; Sárváry és mtsai, 2019). Lényegesen magasabb a túlsúlyos, illetve elhízott kategóriában lévő. A külföldi rendvédelmi kutatásokkal összevetve, azonban már nem ilyen egyértelműek az eredmények. Vannak olyan vizsgálatok, amelyek kedvezőbb rendvédelmi tapasztalatokról számolnak be (Barreto és mtsai, 2021; Garbarino és Magnavita, 2015; Hartley és mtsai, 2011), de vannak olyan kutatások is, ahol a vizsgált rendvédelmi populáció kedvezőtlenebb BMI értékekkel bír (Arredondo, 2018; Padmananhan és mtsai, 2024). Jelen kutatásban magasabb BMI mutatható ki a férfiak között, illetve a magasabb életkorúak között. Ez a

tapasztalat egybehangzik egyéb kutatások tapasztalataival (KSH, 2019j; Frick és mtsai, 2024; Juhász, 2011). A BMI értelmezésekor nem lehet figyelmen kívül hagyni, hogy a megnövekedett izomtömeg is hamisan, de növeli a BMI értékeket (Weir és Jan, 2023). Azonban a hazai Honvédség vizsgálata során azt tapasztalták, hogy a BMI szoros összefüggést mutatott a testzsír százalékkal, és az évek előrehaladtával a fokozatos emelkedése figyelhető meg, a fizikai teljesítmény csökkenésével párhuzamosan (Juhász, 2011). Úgy tűnik a BMI értékek alapján a rendvédelmi dolgozók között magas a testsúlyproblémával küzdők aránya, de további vizsgálatok szükségesek annak bizonyosságául, hogy az emelkedett BMI mögött tényleg az elhízás áll, vagy esetleg a megnövekedett izomtömeg.

A speciális étrend és a diétázók száma jóval alacsonyabb az országos átlagnál (KSH, 2019k). Országosan leginkább a diabetikus és a laktózmentes étrend jelenik meg, míg a jelen kutatás során a laktózmentes diéta és a gluténmentes étkezés mutatkozik leginkább. Az étrendkiegészítők fogyasztása is az országos átlag alatt marad (Horacsek, 2022). A jelen kutatásban leginkább a vitaminok jelennek meg, mint étrend-kiegészítők, ami összhangban áll Lehota és munkatársai (2015) eredményeivel. Az étrend-kiegészítők fogyasztása a jelen kutatás eredményei szerint nagyobb arányban tapasztalható a felsőfokú végzettségűek körében, mely megegyezik az országos mintázattal (KSH, 2019k). Zimmerman (2012) arra hívja fel a figyelmet, hogy a szakmaspecifikus kockázati tényezők pl. a műszakos munka az egyéni jellemzőkön túl hozzájárulhatnak a nem megfelelő étkezési szokásokhoz. Az eredmények alapján a munkahelyen az étrendi edukáció, és a munkahelyi táplálkozásfejlesztés szükségessége indokolt.

Sport/fizikai aktivitás (melléklet: 91. táblázat Sportolási szokások, fizikai aktivitás összefoglaló táblázata) tekintetében a jelen kutatás a Hungarostudy 2021 (Kopp Mária Intézet, 2022) eredményeinél kedvezőbb, de nincs jelentős különbség az Elef 2019 adataihoz viszonyítva (KSH, 2019k). A külföldi rendvédelmi adatokat nézve, a fizikai aktivitás kedvezőbb a vármegyében, de a sportolási gyakoriság ritkább. (Richmond és mtsai, 1998; Padmanabhan és mtsai, 2024; Barreto és mtsai, 2021). A hazai rendőrtanulók körében végzett kutatás eredményeivel összevetve a jelen kutatásban a rendszeresen sportolók aránya alacsonyabb (Borbély, 2019b).

A magasabb iskolai végzettség gyakoribb sportolási tevékenységgel jár, míg az alacsonyabb iskolai végzettség magasabb fizikai aktivitással, mely megfelel az átlag népesség körében végzett kutatás eredményeinek (KSH, 2019k). A nők kevesebb fizikai

tevékenységről számolnak be és az összefüggésekből látszik, hogy az életkor előrehaladtával csökken az aktivitás (KSH, 2019k; Kopp Mária Intézet, 2022).

Jelen tapasztalatok azt mutatják, hogy a sportolási szokásokat tekintve nem mutatkozik nemi különbség vagy életkorral való összefüggés, viszont a férfiakra jellemzőbb a fizikai aktivitás. A rendvédelmi feladatok ellátása fokozott fizikai igénybevételt jelent s ennek a fizikai igénybevételnek megőrzése érdekében aktívan az állomány fele tesz. Érdemes támogatni a már meglévő sportolási szokásokat, és motiválni azokat, akiknek nem tartozik az életmódjukba a rendszeres sport. Érdemes lenne a háttérben meghúzódó motivációs tényezők pontosabb vizsgálata.

A szubjektív testi tünet közül a jelen kutatásban leginkább a derék- és lábfájás jelentkezik panaszként, mely a lakossági vizsgálatokban is vezető panasz. Gyakori panasz mindkét mintában a fejfájás, fáradtság (Cserhádi és Stauder, 2008; Kopp Mária Intézet, 2022). A mozgásszervi panaszok háttérben vélhetően a rendőrségi munka jellegéből fakadó változatos fizikai megterhelés (pl. ülő munka, hirtelen erőteljes mozgástevékenység) és a sportolás hiánya miatt kialakuló – ennek az elvárásnak nem megfelelő – fizikai állapot állhat. A fejfájás és fáradtság a rendőri munkával járó fokozott stresszterheltséggel való nem adaptív megküzdési stratégia miatt is kialakulhat.

A boldogság és elégedettség tekintetében a Hungarostudy 2021-es adataival (Kopp Mária Intézet, 2022) azonos értékeket láthatunk a jelen mintában, míg a 2019-es országos adatokhoz viszonyítva (KSH, 2020) jóval kedvezőbb a rendőrök boldogság és elégedettség értéke.

Ha az egészségmagatartási tényezők kontextusába illesztjük, megvizsgálva a kapott klasztereket, akkor elmondhatjuk, hogy vélhetően az egészségmagatartástól független, hiszen a legegészségesebb életmódot folytató csoportba tartozók a legkedvezőtlenebb boldogság és elégedettség mutatókkal rendelkeznek. A boldogsággal és az elégedettséggel több pozitív pszichológia témájú kutatás is készült. A legtöbb kutatás az egészségmagatartási szokások és a boldogság, elégedettség pozitív kapcsolatáról számol be (Stendlund és mtsai, 2021; Mateos-Lardiés és mtsai, 2022), azonban nagyon sok egyéni tényező befolyásolhatja a boldogság megélését pl. mentális attitűdök, kontroll elvárások, énhatékonyság, emlékezeti modellek, élet értelmessége, flow, karaktererősségek (Nagy, 2019). Az érzelmi intelligencia és a boldogság pozitív összefüggését Furnham és Petrides vizsgálata (2003) igazolta, melynek jelentős szerepe van az egyéni elégedettség mintázódásban (Palmer és mtsai, 2002). Az érzelmi intelligencia moduláló tényező lehet a perfekcionizmus és a boldogság közötti kapcsolatban (Abdollahi és mtsai, 2008). A

munkahelyi stressz és a boldogság között pedig a szívósság lehet az egyik moduláló tényező (Abdollahi és mtsai, 2014). Lubics és munkatársai (2024) eredményei alapján az étellel való elégedettség pozitív összefüggésben van az extroverzióval, a lelkiismeretességgel, a női nemmel, ugyanakkor negatív kapcsolatban áll a boldogságtól való félelemmel, az életkorral, a neuroticizmussal és az egyedülálló párkapcsolati státusszal. Ezen tényezők egyéni vagy munkahelyi tényezők csoportformáló szerepével kapcsolatban további kutatások szükségesek.

A társas támasz (92. táblázat Társas támasz átlag értékeinek összefoglaló táblázata) eredményeit összevetve a Hungarostudy2013 (Szabó és mtsai, nd.) eredményeivel megállapítható, hogy a jelen kutatásban minden támogatási forma átlag értéke magasabb. Vélhetően így a vármegye rendvédelmi dolgozói szorosabb, erősebb szociális hálóval rendelkeznek. Mindkét vizsgálatban a házastárs, gyermek, barát, szülő támogatás szerepel az első helyen és ezt követi a Hungarostudy 2013 vizsgálatban a rokonok támogatása, míg jelen vizsgálatban a munkatársaktól kapott támogatás. Jelen kutatásban, ha a gyakorisági és az átlagértékeket vesszük alapul, akkor úgy tűnik a munkatársaktól kapott támogatásra számíthatnak, de nem olyan erős mértékben, mint a közvetlen hozzátartozóktól. (Tapasztalatom az, hogy a rendvédelemben gyakori, hogy sokan együtt végezték a tanulmányaikat, később közös szolgálati helyük van. Sok baráti és ismerősi kapcsolat alakul ki. A látszólag felszínes munkahelyi kapcsolatokban is megjelenik egymás munkahelyi és magánéleti sorsának követése, a széles kapcsolati háló megtartásának motivációja. Gyakori az is, hogy a családi mintákat követve, több családtag is a rendvédelem területén dolgozik. A formális szervezeti felépítés mellett igencsak hangsúlyos az informális kapcsolati háló.)

A hipertóniával kapcsolatban társas támasz mutató szerint szignifikánsan kevesebb a szülőktől, nagyszülőktől kapott támogatás. E mögött az állhat, hogy a szolgálati idő növekedésével szignifikánsan emelkedik a hipertónia prevalenciája és az idő előrehaladtával a tőlük kapott támogatás már nem elérhető. Azonban mivel a többi támogatás formánál nem volt szignifikáns különbség -gyermek és támogató csoportok esetében a támogatottságuk kissé magasabb is- így vélhetően a szociális kapcsolatrendszerük megfelelő. Ha a magas vérnyomással kezelték átlag értékeit összehasonlítjuk az átlagpopuláció adataival, akkor a rendvédelemben dolgozó hipertóniások kedvezőbb társas támasszal rendelkeznek. A társas támasz vizsgálatának korlátai miatt azonban csak óvatos értelmezésre van lehetőség.

Az egészségmagatartási szokások együtt járása során több kutatás is igazolta a zöldség- és gyümölcs fogyasztás és a fizikai aktivitás együtt járását (Shuit és mtsai, 2002; Tobias és mtsai, 2007; Johnson és mtsai, 1998; Woolcott, 2013; Meader és mtsai, 2016; Eaton és mtsai, 1995; Sandri és mtsai, 2025; Camões és Lopez, 2008; Ding és mtsai, 2001), amelyhez többnyire az alkoholfogyasztás és a dohányzási szokások szorosan kapcsolódtak (Noble és mtsai, 2015; Shuit és mtsai, 2002; Silva, 2013; Galán és mtsai, 2005). Jelen kutatás szerint a zöldség- és gyümölcs fogyasztás szoros kapcsolatban áll egymással, kevésbé a dohányzás és alkoholfogyasztás, valamint a fizikai aktivitás. A fent említett kutatások a dohányzás és alkoholfogyasztás szorosabb együtt járását találta, és gyengébb kapcsolatot az étkezési szokásokkal, amit a jelen kutatás eredményei nem erősítettek meg. Az átlag népességhez kapcsolódó kutatások szélesebb szocioökonómiai státusszal rendelkezőket ölelnek fel, így vélhetően ez is befolyásolta az eredmények alakulását, hiszen az alacsony iskolai végzettséggel rendelkezők és a rossz anyagi helyzetben lévők nagyobb valószínűséggel rendelkeznek több egészségre káros magatartásformával (Tobias és mtsai, 2007; Galán és mtsai, 2005; Silva, 2013). Úgy tűnik a jelen vizsgálati populáció színesebb egészségmagatartási mintázattal rendelkezik.

A kutatás résztvevőinek 11,45%-át magas vérnyomással kezelik. Az európai felnőtt lakosság körében a hipertónia prevalenciája 30-45% (Nemcsik és mtsai, 2024). A vármegye rendvédelmi dolgozóinak körében az előfordulási gyakoriság magasabb, mint az átlagnépesség körében (Zimmerman, 2012; Magnavita és mtsai, 2018; Chauhan és mtsai, 2022). Így összességében megállapítható, hogy a szigorú és folyamatos diagnosztikai ellenőrzés mellett igencsak kedvező az állományban a magas vérnyomás előfordulási aránya.

A hipertóniával kezeltek egészségmagatartásával kapcsolatban azonban kedvezőtlen tendenciák figyelhetők meg. Sem az alkoholfogyasztás, sem a dohányzás tekintetében nincs szignifikáns különbség a hipertóniával kezeltek és nem kezeltek csoportja között, és úgy tűnik magasabb életkorban a fennálló életmódbeli tényezők nem tudják ellensúlyozni a kockázatot. Több kutatásban is azt találták, hogy a dohányzásról való leszokás a magas vérnyomással rendelkezők körében magasabb (Neutel és Campbell, 2008; Steptoe és McMunn, 2009; Ahn és mtsai, 2023) csakúgy, mint az alkoholfogyasztás gyakoriságának csökkenése (Schelten és mtsai, 2010). Ennek ellentmondó vizsgálati eredmények is vannak, ahol a hipertóniával küzdők életmódváltoztatást nélkülöző viselkedésformákat mutattak. (V.Dionato és mtsai, 2021). A jelen kutatásban a keveset sportolók között (ritkábban, mint heti egy alkalom) nagyobb arányban vannak a hipertóniával kezeltek. Az

átlagnépességhez kapcsolódó vizsgálatok is azt találták, hogy a testmozgás nem jelent meg jelentős viselkedésváltozási elemként (Neutel és Vampbell, 2008; Wickasana és mtsai, 2022). Az étkezési szokásokkal kapcsolatban is megoszlanak a kutatási eredmények. Jelen kutatásban nincs szignifikáns különbség a hipertóniások és hipertóniával nem kezelték között abban, hogy mit és mennyit esznek, bár alapvetően úgy tűnik az állomány igyekszik odafigyelni az étkezésére. Több kutatás azt találta, hogy az étrendbeli változás kimutatható (Pitsavos és mtsai, 2006; Scheltens és mtsai, 2010; Barros és mtsai, 2014; Wicaksana és mtsai, 2022), más kutatások azonban nem erősítették meg ezen viselkedésváltozásokat (Ahn és mtsai, 2023; V.Dionato és mtsai, 2021). Barros és munkatársai (2014) azt találták, hogy a családi támogatás inkább hátráltató tényező egy egészségesebb étrend kialakításában.

Az átlag populációs vizsgálatok a gyógyszerfogyasztást mint a viselkedésváltozást befolyásoló tényezőt jelölték meg többek között. A gyógyszert fogyasztóknál pozitív változás volt megfigyelhető egyes kutatásokban (Neutel és Campbell, 2008) ami összefüggésben állhat a tudatossággal. Különféle tényezők azonban gátat szabhatnak a viselkedésváltozásnak, pl. tudással kapcsolatos akadályok (Gee és mtsai, 201; Elnaem és mtsai, 2022; Oo és mtsai, 2018), jövedelem problémák (Elnaem és mtsai, 2022; Morrison és mtsai, 2015), társuló betegségek, mozgásproblémák, így csak kis mértékben jelenhet meg az a hiedelem, hogy az egészségi állapotot a gyógyszerrel kompenzálják. A megfelelő gyógyszerzedés és a személyre szabott tanácsadás fontossága mellett megjelenik az önhatékonyság és a szociális támasz javítása (Criswell és mtsai, 2010; Oo és mtsai, 2018). Magyarországon kifejezetten alacsony a társas támasz a gyógyszert nem szedők között (Morrison és mtsai, 2015). Több kutatás is kifejezi a csökkent önhatékonyságot (Wiener és mtsai, 2017; Tan és mtsai, 2021), mint a hipertóniásokra jellemző személyiségvonás. Jelen kutatásban a társas támogatottság esetén csak a szülők és nagyszülők támogatásának hiánya jelenik meg szignifikánsan, ami vélhetően a magasabb életkornak köszönhető. A motivációs jellemzőik között viszont megjelenik a pesszimizmus, a szorongás, az alacsonyabb egészséggel kapcsolatos önértékelés. A belső- és a külső kontroll érzet emelkedése, azonban a motivációjuk gyengébb.

Kiemelendő, hogy a kutatás tapasztalatai alapján az idősebbek körében alacsonyabb a motiváció, a belső kontroll érzése, amellet, hogy a fizikai állapotot rosszabbnak élik meg, és a betegségek pl. hipertónia előfordulási gyakorisága nő. Ahogy látjuk ezt nem követi egészségesebb életmódra váltás. Ennek hátterében a rendvédelemben a kiegészítés is állhat. A kutatás keretében történt felmérés (Ambrusz és mtsai, 2022) eredménye szerint a személyes

teljesítmény érzés csökkenése és a sportolási gyakoriság negatívan korrelál. Lehetséges, hogy a fokozott kiégés, a személyes teljesítmény csökkenés megélése együtt jár a csökkent énhatékonysággal, a belső kontroll érzésének csökkenésével. Ezzel kapcsolatosan azonban további tudományos kutatások szükségesek.

A jelen kutatás során látszik, hogy a nők figyelme az egészségükkel kapcsolatban jobb, mint a férfiaké. A férfiakra való odafigyelés, az ő motivációjuk elősegítése fokozottabb kell, hogy legyen, mivel például a magas vérnyomás előfordulási gyakorisága is szignifikánsan nagyobb a férfiaknál. A nők támogatása, a meglévő viselkedésformák megerősítése is fontos cél kell legyen.

A klaszterek kialakításával kapcsolatban megállapítható, hogy a hazai (Nárai, 2009; Szakály és mtsai, 2014; Balku és Vitrai, 2016; Balku, 2017; Törőcsik és mtsai, 2019; Birkás és mtsai, 2020;) és nemzetközi kutatásokban (Mawditt és mtsai, 2016; Conry és mtsai, 2011; Fleary és Nigg, 2019; Rabel és mtsai, 2019) az egészségmagatartási mutatók mentén felállíthatóak voltak homogén csoportok, csakúgy mint a fegyveres testületeknél végzett vizsgálatok során (Novák és mtsai, 2019; Irizar és mtsai, 2022). A jelen kutatás eredményei is alátámasztják, hogy koherens egészségmagatartási profilokkal elkülöníthető csoportok azonosíthatóak az egészségmagatartási szokások, a társas támasz és az egészségorientáció dimenziói mentén. Az életstílus kutatások azon túl, hogy többnyire nem rendőrségi mintán készültek, eltérőek az életkori összetétel, az iskolázottság tekintetében és sok esetben a társadalmi státusz is csoportképző elem.

A legtöbb vizsgálat nem tudott megállapítani teljesen egészséges, vagy teljesen egészségtelen csoportot, kivételt képez ez alól Irizar és munkatársai (2022) vizsgálata. A legtöbb kutatásban inkább csak tendenciózus különbségek voltak megállapíthatóak, csakúgy, mint jelen kutatásban. Az Egészségkommunikációs felmérés (Birkás és mtsai, 2020; Balku, 2017; Balku és Vitrai, 2016) esetén a magyar lakosság 11%-a tekinthető szuperegészségesnek, 0,3%-a pedig szuperegészségtelennek, de ezek sem jelentek meg külön kategóriaként a klaszterek meghatározásánál.

Több kutatás sem tudott olyan csoportot megállapítani, mint a jelen kutatásban a Magas vulnerabilitásúak csoportja. Legközelebb ehhez a csoporthoz az Ír lakossági mintán végzett vizsgálat (Conry és mtsai, 2011) „Fizikailag inaktívak” vagy a „Több kockázatú” csoportok voltak, ahol magas distressz érték és rossz egészségmagatartási szokások mellett a vitalitásszint alacsonyabb. A Több kockázatú csoport esetében még a szociális jóllét is alacsony. Magyar mintán Törőcsik és Szűcs (2019) Prekáriusok csoportja tartalmazza azon,

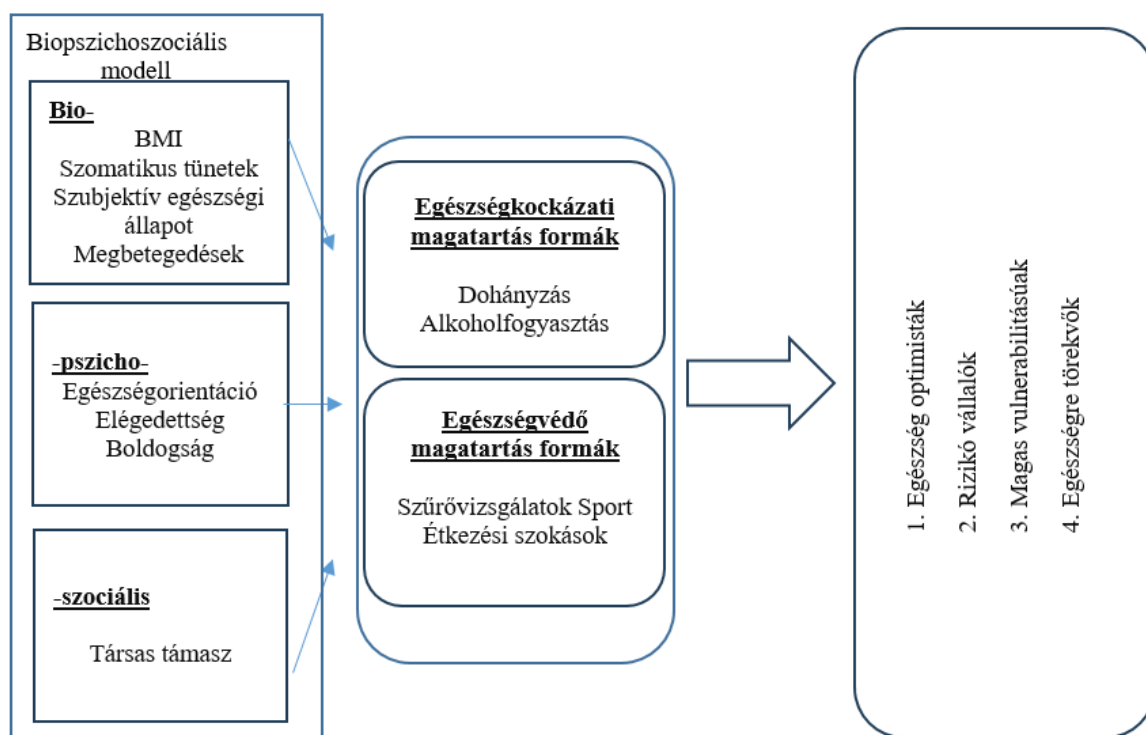
többszörre 55 év körüli egyedül élőket, akik kedvezőtlen életkörülmények mellett rosszabb egészségi állapotban vannak. A Magyar Honvédség állományában (Novák és mtsai, 2019) három csoport is hasonló jellemzőkkel bír a megbetegedések, a pszichoszomatikus tünetek, krónikus betegségek tekintetében: Elengedők, Tétlenkedők, Küszködők.

A jelen kutatás során a szociodemográfiai mutatók (iskolai végzettség, nem, életkor, szolgálati idő) csak részben járnak együtt a különböző egészségmagatartási mutatókkal. Azok alapján felállítható ugyan egy veszélyeztetettebb populáció – a középfokú végzettséggel rendelkező középkorú férfiak csoportja – azonban szélesebb körű egészségfejlesztési célcsoportok nehezen állapíthatóak meg pusztán ezen tényezők kapcsán. A homogén csoportok kialakítása során szignifikáns különbség igazolódott az életkori eloszlás és a szolgálati idő szerint, tendenciaszerűek a különbségek a nemek tekintetében míg az iskolai végzettség szempontjából nem mutatkozott különbség. Vélhetően így az egészségmagatartási szokások, az életstílus alapján felállított homogén csoportok megfelelőbb alanyai egy egészségfejlesztési programnak. Ahogy Slater (1996) is megállapítja, hogy a demográfiai csoportokban nagyon eltérő hiedelmek, viselkedésminták és értékek lehetnek. Jelen kutatásban mindkét struktúrában erős összefüggés mutatkozott az életkor, és a szolgálati idő viszonylatában így ennek szem előtt tartása fontos kell hogy legyen, csakúgy, mint a nők és a férfiak közötti különbségek figyelembevétele. Az életkori sajátosságok egyéb tényezői, a jellemző generációs különbségeket is praktikus szem előtt tartani egy egészségfejlesztési terv kidolgozásában. A biopszichoszociális modell és a Jessor féle probléma viselkedési modellben gondolkodva igyekeztem az egészségmagatartási szokásokat komplex módon megközelíteni. (46. ábra) Mindkét modell igen összetett, az értekezés keretei azonban nem tették lehetővé a tényezők maradéktalan vizsgálatát.

A biológiai dimenzió (BMI, magas vérnyomás, fizikai tünetek, megbetegedések) szigorú monitorozása a rendvédelemben kiemelten fontos, hiszen a munka alkalmasság, a hatékony munkavégzés alapvető feltétele a testi egészség megőrzése. A biológia faktorok közül kiemelten kezeltem a hipertóniával élők egészségmagatartását. A hipertóniával kezelték és nem kezelték között az egészségorientáció és a társas támasz bizonyos tekintetben különböző, azonban ez nem jelent meg a viselkedést módosító tényezőként. A 'Magas vulnerabilitásúak' klaszterben a szomatikus tünetek jelenléte és a csökkent társas támasz együtt jár olyan pszichológia tényezőkkel, mint a pesszimizmus, szorongás a jövőbeli egészséggel kapcsolatban, alacsony egészséggel kapcsolatos önértékelés. E csoportban az életmódbeli tényezők nem tekinthetők kifejezetten kedvezőtlennek, de elmaradnak az

'Egészség optimisták' és az 'Egészségre törekvők' klasztereihez képest. E csoport esetében feltételezhető, hogy a fennálló egészségügyi problémák (a háti- és ízületi fájdalmak, a gasztrológiai problémák) korlátozhatják az egészségvédő magatartásformákat pl.fizikai aktivitás, esetleg speciális étrendet kell követniük.

46. ábra Jelen eredmények a biopszichoszociális modell és a Jessor-féle probléma viselkedés modellben



A *pszichológiai tényezők*, mint az egészségorientáció, a boldogság, elégedettség vélhetően kritikus változó, hiszen az 'Egészségre törekvők' csoportjában egyértelműen látszik, hogy bár az egészségmagatartás viselkedéses elemek megfelelőek, és kedvezőek az egészségorientációs tényezők is, a boldogság és elégedettség mutatóik alacsonyabbak a többi csoporthoz képest. A 'Rizikó vállalók' csoportja esetében a kedvezőtlen egészségorientáció, a csökkent egészségtudatosság, motiváció, és a külső kontroll vélhetően kedvezőtlenül befolyásolja az egészségmagatartást. E csoportba tartozókra leginkább jellemző az egészségkockázati magatartás.

A *szociális dimenzió*, mint igen fontos védőfaktor, leginkább az 'Egészség optimisták' csoportjában és az 'Egészségre törekvők' klaszterben jelenik meg, hozzájárulva a kedvező egészségmagatartási mintázatokhoz. (Azonban a 'Magas vulnerabilitásúak' eredményeit látva felmerül, hogy a szociális kapcsolatok csekély volta egészségkockázati tényező is

lehet pl. magány érzés által. Ezzel kapcsolatosan azonban további vizsgálatok szükségesek.) A rendvédelemben a társas támasz nemcsak általánosságban járul hozzá az egészségmagatartáshoz, hanem a munkavégzés során egymás testi és lelki épségének megőrzőjeként is jelen lehet. A jelen kutatás azonban nem erősítette meg a kollegiális társas támasz egyértelműen kiemelt szerepét. További vizsgálatokra lenne szükség, hogy milyen szerepe van a kollégák által adott szociális közegnek. A társas támasz is képes a Jessor-i modellben gondolkodva proximális és disztális faktor lenni, a közös edzőtermi edzések, a rendőrségi normák, a vezetői modellek, a rendőri identitás befolyással lehetnek a rendőrök egészségmagatartására.

Jessor elméleti elgondolásában a viselkedés háttérében meghúzódó tényezők hasonló dinamikája miatt a problémás viselkedés növeli más kockázati viselkedés valószínűségét (Jessor, 2014). Bár jelen vizsgálatban nem minden egészségmagatartásforma mutatott együtt járást, a klaszterek szintjén mégis megfigyelhetők ennek megfelelő mintázódások. A 'Rizikó vállalók' csoportja esetében halmozódnak a kedvezőtlen egészségmagatartási szokások, mely alacsony egészségtudatossággal és motivációval társul. Az 'Egészségre törekvők' klaszterben pedig a kedvező egészségmagatartási mutatók mellett, a szociális támogatottságuk is jó, és motiváltak az egészségük megőrzésére.

A 'Rizikó vállalók' és 'Magas vulnerabilitásúak' csoportjában látszódnak leginkább a kockázati tényezők kumulatív hatásai, melyeket nem tudnak ellensúlyozni a meglévő protektív faktorok. Az 'Egészség optimisták' és az 'Egészségre törekvők' csoportban több védő tényező is jelen van, ugyanakkor vélhetően bizonyos kockázati tényezők mégis jelen lehetnek. A klaszterekből is látszik, hogy az egészségmagatartás háttérében összetett folyamatok állnak, ahol a biopszichoszociális alapokon a kockázati tényezők és védőfaktorok egészségmagatartási mintázatokká szerveződnek.

5. A vizsgálat erősségei és korlátai

A kutatás újszerűsége, hogy olyan populáció került a vizsgálat fókuszába, amely eddig még ilyen részleteiben nem volt kutatás tárgya. A Rendőrség állományában a hivatásos állományú rendőrök körében végzett, egészségmagatartásuk feltérképezését célzó kutatás még nem készült, így ilyen értelemben a kutatás hiánypótló.

A kutatás során alkalmazott kérdőív feltáró, leíró jellegű kérdéseket tartalmazott, mely lehetőséget adott a vizsgálat során a különféle egészségmagatartási szokások

prevalenciájának megbecsülésére. Ok-okozati összefüggések, következtetések levonására azonban nem ad lehetőséget, csakúgy, mint az időbeliség meghatározására, de jó alapot adhat a jövőbeli változások nyomon követésére. A kutatási időszak, amely alapvetően 2 évre lett tervezve, a Covid-19 világjárvány miatt 3 évre húzódott, ami egy keresztmetszeti vizsgálat esetében igen hosszú időszak, mégsem mondható longitudinálisnak. Az idő, így implicit módon nem kontrollált befolyásoló tényező. Összeségében a történeti hatások (Covid-19 és Orosz-Ukrán háború) miatt az eredmények időspecifikussá váltak és valószínűleg inkább adják ezen időszak lenyomatait.

Az eredmények általánosíthatóságának további korlátja, hogy csak a Szabolcs-Szatmár-Bereg Vármegyei Rendőr-főkapitánysághoz tartozó állomány került a vizsgálati célcsoportba, de ezen populáción belül sem került be a mintába minden megkérdezett válasza. Így nem reprezentálja a széles rendőrségi populációt, ami korlátozza a megállapítások külső érvényességét. Azonban a válaszadási arány optimális volt, magas elemszám mellett az eltérő szolgálati helyek, korosztályok így megfelelően képviselik ezen kisebb populációt.

A kérdőívek a kötelező pszichológiai alkalmasságvizsgálathoz kapcsolódóan kerültek felvételre, a társas kíváncsisági torzítás, így módosíthatta az eredményeket, bár igyekeztünk ennek kiküszöbölésére.

A vizsgálati mintában felülreprezentáltak a férfiak, bár ez arányaiban megfelel a rendőrségen belüli nemi megoszlásnak.

Az önbevalláson alapuló kérdőíves eljárás magában hordozza a torzítás lehetőségét, fennáll a visszaemlékezés és a szelekciós torzítás valószínűsége. A válaszok önértékelésen alapulnak, ami esetleges kihatással lehet az elemzett adatokra, pl. a dohányzás, alkohol fogyasztás mértékének megítélése. Dohányzás tekintetében ki kell emelni, hogy az utóbbi pár évben a dohánytermékek fogyasztásával kapcsolatban változás figyelhető meg. A régi típusú cigaretta fogyasztás mellett megjelentek egyéb termékek is (pl. elektromos cigaretta) melyek nem szerepelnek a kutatásban. A kutatás kezdetén, még inkább a hagyományos cigarettákat fogyasztották, esetleg kézzel készített cigarettát fogyasztottak, így akkor még nem tűnt relevánsnak az egyéb termékek használatára vonatkozó kérdés. Egy jövőbeni kutatás során mindenképpen számolni kell már az ilyen eszközök használatával. Az alkoholfogyasztás tekintetében mindig felmerül a kedvezőbb kép kialakításának lehetősége.

BMI tekintetében nemcsak a túlsúly esetében lehet megemelkedett BMI érték, hanem a megnövekedett izomtömeg is növeli a BMI-t (Weir). Erre a jövőben egyéb pontosító számadat szükséges majd.

A jelen tanulmány keretein kívülre kerültek olyan hiányzó egészségmagatartási szokások, mint pl. víz-, folyadékfogyasztás, szexuális magatartáshoz kapcsolódó tényezők, alvási szokások. A szuperegészséges és egészségtelen spektrumon számos kombináció létezik, melyek kihatással lehetnek a csoportok képzésére is.

A fizikai aktivitás megkérdezése során a jövőben érdemes a WHO ajánlásával harmonizáló kérdés feltevése, hogy összehasonlíthatóbb legyen a kutatás. Ezzel párhuzamosan a kapott eredmények az ajánlásokhoz jobban viszonyíthatóak lennének. A jelen kutatás tervezésekor, és a vizsgálat kezdetén az akkor feltalálható Hungarostudy vizsgálatok kérdéssora szolgált alapul.

A Hungarostudy 2013-as vizsgálat során alkalmazott 19 tételes betegségeklisában a válaszadónak azt kellett megjelölni, hogy kezelték-e járóbetegként, vagy részesült-e fekvőbeteg ellátásban olyan betegségek tekintetében, mint pl. cukorbetegség, gyomorfekély, magas vérnyomás, daganatos betegség, szívbetegség. Két kérdésben lett feltéve a kérdés, ahol az egyikben az elmúlt egy év során előforduló megbetegedéseket kellett megjelölni, egy másik esetben pedig az élete során elszenvedett betegségeket. A tapasztalat az volt, hogy a válaszadók nagy része nem tett különbséget a válaszai megadásakor, így a jövőben e kérdés használata során megfontolandó, az egyik idői dimenzió kiválasztása.

A sport, és a fizikai aktivitás tekintetében nem vizsgáltam az esetleges betegségek lehetőségét, melyek megnehezíthetik a mozgást. Valószínűsíthető azonban, hogy mivel egészségi állapotuk szerint foglalkoztathatóak rendvédelmi dolgozóként, így olyan jelentősebb egészségügyi problémájuk nincs, amely valóban megakadályozná a sportolási tevékenységet.

A szűrővizsgálati megjelenések rendszeressége nem lett pontosítva, így nem tudható valójában a válaszadók milyen gyakori szűrővizsgálati részvételt tekintettek rendszeresnek. Nem vizsgáltam olyan tényezőket, amelyek a viselkedésváltozás hátterében meghúzódhatnak még, pl. pénzügyi okok, egészségműveltség, önhatékonyság, a gyógyszerek megfelelő szedése, stresszel való összefüggést. A vérnyomáscsökkentő gyógyszerek megfelelő szedése azért lenne fontos, mert Magyarországon 70% azok aránya, akik önbevallás szerint sem szedik az előírtaknak megfelelően a gyógyszereiket. Ez növeli

a káros egészségügyi következmények kockázatát, valamint jelentős egészségügyi költségekkel jár (Morrison, 2015).

A kutatás során az Egészségorientációs kérdőív, bár hasznos adatokkal szolgált, nem széleskörűen elterjedt. Az elméleti beágyazottsága csekély, így kedvezőbb lett volna nagyobb elméleti háttérrel rendelkező kérdőív használata, mely lehetővé tette volna a motivációs tényezők pontosabb feltárását.

A kutatásban kiemelendő, hogy a társas támogatás során a Caldwell-féle társas támogatás kérdőívben külön szerepel a munkatársak támogatása, mely a statisztikai elemzésekben meg is jelenik. Az itthon leginkább használt kérdőívekben (Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás Kérdőív, Társas támogatás erőssége kérdőívben (Papp-Zipernovszky és mtsai, 2017) a család, barátok és egyéb jelentős személyek alskálákra osztás valósul meg a gyakorlatban. A Hungarostudy vizsgálatok során (Szabó és mtsai, nd.) is az elemenkénti statisztikai feldolgozás történt. A kérdőív kitöltése során gyakori hiba volt, hogy nem minden elemet jelölt a válaszoló, illetve a kérdőív eredményeinek értelmezése során nehézséget okoz, hogy az esetleges támasz hiány a forrás hiányára utal, vagy a nem támogató közeg meglétére pl. szülői, nagyszülői támogatás hiánya a halálozások miatt nem lehetséges, vagy mert élnek ugyan, de nincs részükről odafordulás.

A boldogság és elégedettség kérdéseivel kapcsolatban ugyan e két kérdés több országos kérdéssorban szerepel, az eredmények jobb érthetőségének tükrében lehet hasznosabb lett volna pontosabb kérdőívet használni, vagy a jóllétet mérő kérdőíveket használni.

A mentális jóllét, a pszichés egészség, a munkahelyhez kapcsolódó stressz, a nehézségekkel való megküzdés felmérése további fontos eredményekkel tudott volna hozzájárulni az eredményekhez.

A kutatás során fontos megállapítás, hogy a populáció alapú egészségfejlesztés során vélhetően célravezetőbbek lesznek a profil alapú, szervezeti kultúrát is célzó beavatkozások, mint a csak pusztán szociodemográfiai tényezőket figyelembe vevő eljárások.

Jelen vizsgálatban csak a dolgozó, munkavégzésre alkalmas személyek szerepelnek. A jövőben szükség lenne az állomány egészségügyi állapotának pontosabb és szélesebb körű felmérésére. Fontos lenne látni, a megbetegedési mutatókat, milyen megbetegedések fordulnak elő, milyen arányban. Milyen táppénzes állománybavételi tendenciák figyelhetők meg. Hasznos lenne látni az általános egészségi állapotot jelző objektív mutatókat, pl. vércukorszint, vérnyomás értékek, koleszterinszint, a túlsúly tényleges

diagnosztizálására alkalmas értékek. A FÜV (egészségügyi felülvizsgálati) eljárás tapasztalatait is érdemes lenne integrálni a programba.

Érdemes lenne a nem megfelelő egészségmagatartás háttérében meghúzódó tényezők pontos és részletes megismerése. A stressz terheltség és az egészségmagatartás összefüggéseinek felkutatása. A kiégés hatásának felmérése a boldogságra, elégedettségre, összefüggéseik az egészségmagatartási tevékenységekkel.

A munkahelyi balesetek elemzése is hozzá tudna járulni egy átfogó egészségfejlesztési programhoz. Felmérésre kerülhetne, hogy milyen jellegű balesetek jellemzőek a munkafeladatok ellátása során, melynek eredményekét esetleg kidolgozásra kerülhetne egy prevenciós program. (Pl. jellemző-e a gépjárművel történt baleset, vagy a kényszerítő eszközök alkalmazása során való megsérülés. Gyakori előfordulásuk esetén megfontolandó az állomány specifikus oktatása.)

Érdemes lenne feltérképezni, milyen állapotban és kihasználtsággal működnek a sportlétesítmények, a teakonyhák. Lehetőséget lehetne teremteni a szűrővizsgálatok támogatására, pl. szűrőbuszok meghívása.

6. Gyakorlati implikációk

Az egészségfejlesztési beavatkozásoknak különböző megközelítései lehetnek. A hagyományos egészségnevelési eszközökhöz tartoznak a tudás növelését célul kitűző kampányok, melyek a felvilágosítást szolgálják, gyakran az elrettentés eszközeivel, egyirányú kommunikációs formában (Járomi és Kimmel, 2017). A populációs megközelítés az egész népességre irányuló egészségfejlesztés program (Ilyés, 2004; ÁEEK, 2017). A színtér alapú megközelítés során a formálisan vagy informálisan kialakult közösségek adják az egészségfejlesztés célterületét. Jellemzően megtalálhatóak a kommunikációs folyamatok, a normaképződés, kialakulnak a magatartásmodellek (Füzesi és Tistyán, 2004; Juhász, 2019; Vitrai, 2024). A rizikócsoporthoz tartozók megközelítés során a fokozott kockázattal bíró egyének kerülnek a stratégia fókuszába. A társadalmi, gazdasági tényezők szerepét hangsúlyozza pl. a viselkedésváltoztatás kereké modellt (Mitchie és mtsai, 2011, 2014a, 2014b; Kimmel és Vitrai, 2015; Eörsi és mtsai, 2020; Vitrai, 2022), az Egészség hatás piramis (Frieden, 2010; Vitrai és Kimmel, 2015; Járomi és Kimmel, 2017) és a Szivárványmodell (Dahlgren és Whitehead, 2021; Moravcsik-Kornyicki és mtsai, 2021; Vitrai, 2022). Jessor szerint a kockázati tényezők csökkentése mellett a protektív

faktorok megerősítésére is erőfeszítéseket kell tenni. A disztális és proximális védőfaktorok mérsékelni tudják az egészséggel kapcsolatos kockázati tényezőket. (Jessor, 2010)

A munkahelyi egészségfejlesztés eredményeivel kapcsolatban a pénzben mérhető vállalati előnyökre fókuszáló megközelítések szerint a munkahelyi egészség olyan win-win-win helyzet, amelyből az egyén, a vállalat és a társadalom is profitál (Szabó és Juhász, 2019).

A viselkedésváltozást célzó konkrét intervenciók egymással nehezen összehasonlíthatóak. Sokszor hiányzik a programok összetevőinek pontos leírása, nehezen megítélhető, hogy a viselkedésváltozás melyik változóval, vagy változókkal van összefüggésben. Így a hatékonyságmutatók felmérése is problematikus. (Urbán, 2017)

6.1. Ajánlás a rendvédelem egészségfejlesztési programjához

A fenti megközelítések alapján a rendvédelemben mind a szintér alapú megközelítésben, mind a rizikócsoporthoz megközelítésben gondolkozhatunk, hiszen adott a közösség, és adottak azokat a lehetőségek, hogy a különféle alkalmassági területeken a magasabb rizikóval rendelkező egyének kiszűrésre kerüljenek, és megkezdődjön az egészségre kedvező prevenciók ellátása.

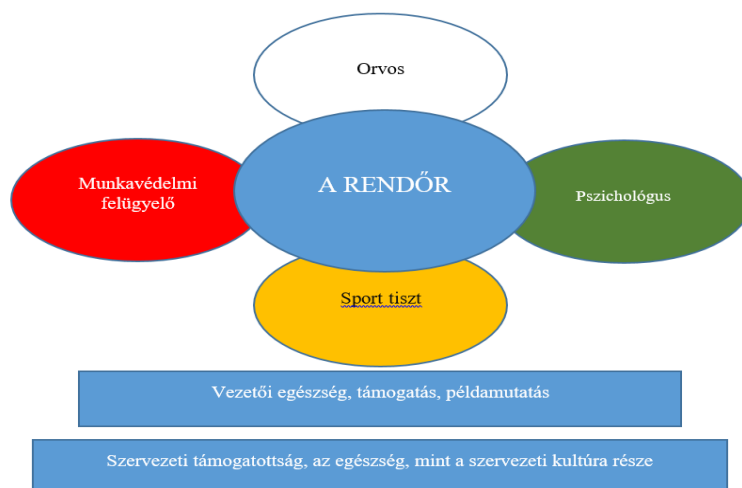
6.1.1. A szervezeti szintű megközelítés az egészség védelmét célzó környezeti és szervezeti átalakításokat tartalmazza. A beavatkozások több pilléren nyugszanak. A munkát az egyének igényeihez, képességeihez kell igazítani. A szerepek és felelősségek tisztázása fontos a szervezeti egészség szempontjából. Elő kell segíteni a *szervezeti kommunikációt*, a dolgozók közötti társas interakciót. Biztosítani kell a lehetőséget a *képzésekre* (Segal, 1995; Juhász, 2007). A KLIR Rendszer lehetőséget ad a kompetenciaterületek felmérésével, hogy a „megfelelő ember a megfelelő helyre” kerülhessen. A Belügyminisztérium Rendészeti Továbbképzési Rendszere lehetőséget tud nyújtani szakmai- és a szakmához kapcsolódó készségek, képességek fejlesztésére. A különböző továbbképzések keretében lehetőség lenne egyrészt a vezetők testi- és lelki egészségének megőrzésére vonatkozó program végrehajtására, másrészt a vezetői gondoskodás keretében a vezető szerepének hangsúlyozására, az állománya egészségének megőrzésének érdekében. A vezetők vezetői kompetenciáihoz hozzátartozik a személyes példamutatás és a munkatársak motiválása (Malét-Szabó és mtsai, 2018), mely nagyon fontos része az egészségfejlesztési programoknak is. A vezetői attitűd fontos az olyan rendszer által adott kedvezmények igénybevétele esetén is, mint a munkaidő terhére adható sportolási célú (heti 2 óra) kedvezmény, vagy a presenteeism elvárásának megszűnése.

Fontos mozzanat lenne a *vezetők* megfelelő hozzáállásának alakítása, az ő egészségük fontosságának hangsúlyozása is. Általánosságban a vezetői beosztásban dolgozók egészségi állapota kedvezőbb (Juhász, 2007; Salavecz, 2011; Kósa és mtsai, 2021). Az egészségorientált vezetési stílus (Franke és mtsai, 2014) a rendőri munkával összefüggésben is pozitív összefüggésben áll a közérzet javulásával, a kiégés, a depresszió és a testi panaszok csökkenésével (Maria és mtsai, 2018). Egy tajvani fegyveres testületnél végzett felmérés eredményei rámutatnak arra, hogy a munkával együtt járó stressznek moduláló tényezője a megfelelő vezetési stílus és a csoporttagok közötti interakció. A beosztottakkal törődő, őket motiváló, a csoporttagok közötti interakciót elősegítő vezetési stílus csökkentheti a munkahelyi ártalmak hatását (Cho, 2023).

A jövőben a szervezeti szintű elemek közé tartozhatna az *egészség értéként* való megfogalmazása, csoportnormaként való megjelenésének kialakítása a szervezeti kultúrában. A rendőrségre, mint közös identitáson alapuló közösségre lehetne gondolni, ezzel lehetőséget teremtve a közösség alapú megközelítésben való gondolkodásra. A közösségalapú megközelítés hatásai között van a normaalkotó funkciók tudatos kiaknázása, a közösség kontrolláló, jutalmazó-büntető funkcióinak tudatos érvényesítése, a közösségi részvétel identitás erősítő, motiváló hatásainak érvényesülése, a közösség, mint erőforrás tudatos tervezése, alkalmazása. A közösség társas támaszt, megerősítést ad, valamint tudást, információt közvetít. (Szőke és mtsai, 2019)

6.1.2. Az egyéni szintű megközelítéssel kapcsolatos intervenciókra is adottak a lehetőségek, a szervezeti szintű megközelítés mellett, hiszen az orvosi apparátus, a pszichológusok, a sporttisz, a munkavédelmi felügyelők egy teamet alkotva fontos elemei az egészségfejlesztésnek (47. ábra).

47. ábra Az egészségfejlesztési program alkotóelemei



Jelen kutatásban, ha a legegészségtelenebb csoport meghatározásánál sorba vesszük az adatokat, akkor alábbi számokat kapjuk: Dohányzik 559 fő. Ebből hetente 2-3-szor vagy többször fogyaszt alkoholt 77 fő. Közülük 40 fő BMI szintje magas, tehát náluk valószínűsíthető, hogy testsúly problémáik is vannak. Ebből 37 fő szinte sohasem figyel az étkezésére. Tehát a válaszadók kb. 2%-a az, aki kiemelkedően kritikus egészségmagatartási szokásokkal rendelkezik. Őket az alkalmasságvizsgálatok során könnyű lenne kiszűrni, és számukra specifikus csoportokat kialakítani, hogy a megfelelő szakmai háttér biztosításával olyan életmód kialakításában segítsük őket, amely alkalmas egy egészségesebb élet megőrzésére.

Az alkalmasságvizsgálatok során pontosan fel lehet mérni az állomány, az egyének testi-lelki- és fizikai állapotát. A szakemberek tudásukkal hozzá tudnak járulni, hogy egyéni szinten, személyre szabottan tanácsadást, gondozási tevékenységet folytassanak. Team munkában dolgozva még hatékonyabban lehetne biztosítani az egyén egészségének támogatását. Rizikócsoportokban gondolkodva, akár csoportos formában is lehetne meghirdetni komplex programokat, ahol a team tagjai saját szakterületnek megfelelő támogatást biztosítanak. Az orvosi gyógyszeres kezelés mellett egyéb életmódot érintő tanácsadásokat kapjanak. Pszichológiai ellátás keretében tanulhassanak stressz- és konfliktuskezelést, relaxációt. A sporttiszték tudjanak sportolással kapcsolatos segítséget adni. A munkavédelmi szakfelügyelő esetleg át tudná tekinteni, hogy milyen lehetőségek vannak a munkaközi szünetek optimális kivételére, a munkakörnyezeti stressz csökkentésére.

A rendőrségen belül sok minden adott egy pontosan kidolgozott, átfogó és komplex egészségfejlesztési terv kidolgozásához. Nagyon sok elem megvan már, pl. a KLIR rendszer lehetőséget biztosít az állomány egészségi állapotának felmérésére, és nyomon követésére. A továbbképzési felület még online egészséggel kapcsolatos képzésekre is lehetőséget biztosít. A különféle kommunikációs felületek, mint a belső levelezési felület, a szervezet belső honlapja a különféle tájékoztatási és program felhívással kapcsolatos kommunikációban is használhatóak. Megszólíthatóak a már meglévő rendvédelmen vagy belügyi ágazatban lévő sportegyesületek. Több sportesemény is szerveződik évente, azonban ezek nincsenek összhangban az egészségfejlesztési tevékenységgel. Már egy rövid program is fontos változásokat tud elindítani a rendőri közösségen belül (Saffari és mtsai, 2020).

6.2. Egészségmagatartási programok specifikusan hipertóniával kapcsolatban

Ahogy a jelen kutatás eredményein is látszik a magas vérnyomás diagnózisa önmagában nem elegendő a viselkedés megváltoztatására, szükséges felhívni a figyelmet az egészséges életmód fontosságára, és kidolgozni a viselkedés megváltoztatását ösztönző stratégiákat, valamint felmérni az egészséges életmóddal kapcsolatos ismereteket. Ijzelenberg és munkatársai (2012) is felhívják a figyelmet arra, hogy megfelelő kezelés mellett is nagyon hasznosak az életmód javító programok, hiszen egy átfogó életmódbeli beavatkozás jótékony hatással van a kardiovaszkuláris kockázati tényezőkre.

A legfőbb ajánlások szerint a magas vérnyomás kezelésének életmódbeli változásai főként a káros szenvedélyekkel (dohányzás, alkoholfogyasztás) való felhagyás. A megfelelő étrend kialakítása, a nátrium csökkentése. A mozgás, fizikai aktivitás növelése, az elhízás csökkentése. (De Backer és mtsai, 2004; Maraj és mtsai, 2013)

Tekintettel arra, hogy a szív- és érrendszeri betegségek kockázati tényezői hajlamosak egymásra halmozódni, a BMI-értékelés és a vérnyomásmérés kiváló noninvazív szűrőeszköz az alapvető wellness-programokhoz. Másodszor, a szív- és érrendszeri megbetegedések magasabb kockázatával rendelkező egyéneknek (a prehipertónia és magas vérnyomás kategóriába tartozóknak) személyre szabott tanácsadást kell kapniuk a vérnyomás nem gyógyszeres kezelésével kapcsolatban, beleértve a diétát, a nátrium korlátozását, a fizikai aktivitást, a mérsékelt alkoholfogyasztást és az egészséges testsúly fenntartását valamint a súlycsökkenést a túlsúlyos/elhízott kategóriába tartozó BMI-vel rendelkezők számára (Kales és mtsai, 2009). A motivációs interjúk hatékonyan javíthatják a vérnyomás szabályozását a magas vérnyomásban szenvedő betegek körében (Huang és mtsai, 2023). Fizikai aktivitást támogató program, és a wellness programok hozzájárulnak ahhoz, hogy csökkentsék a munkához kapcsolódó stresszt, és növeljék az egyén jóllétét, csökkentve a krónikus betegségek kialakulását (Acquadro Maran és mtsai, 2018).

Az egészségmagatartást a pozitív pszichológiai megközelítésű kiegészítő beavatkozások is segítik, megcélozva a viselkedés olyan érzelmi korrelációit, amelyek segítik a sikeres viselkedésváltozást. Szükségesek még azonban kutatások a pontos mechanizmusok feltárásához (Feig és mtsai, 2022). A rendvédelemben a pozitív pszichológiára támaszkodó intervenciós megközelítések hatékonyan járulnak hozzá főként a depresszió, a szorongás és a negatív hatások mérsékléséhez. Korlátozott volt a hatás azonban más egészségmagatartás tekintetében. (Kukucska és mtsai, 2023)

6.3. A kutatás során klaszteranalízissel kialakított csoportokra vonatkozó ajánlás

1. csoport Egészség optimisták

Erősségük, hogy alapvetően nem jellemzőek a testi tünetek, jó a társas támogatottságuk főként a szülőktől, nagyszülőktől a többi csoporthoz viszonyítva. Fejlesztendő területként lehet megnevezni az étkezési szokásokat, a fizikai aktivitás növelését. Olyan prevenciós programok szükségesek, melyek megerősítik a meglévő kedvező egészségmagatartási szokásokat, és további motivációval bírnak, hiszen motivációs bázisuk gyenge. Így az egészséges kinézettel való törődés mellett megfelelő motivációs bázis kialakítása és a belső egészségkontroll kedvezőbb szintre emelése szintén hasznos lenne. A külső megjelenéssel való törődés kiemelkedő, ezért fogékonyak lehetnek olyan étrend intervenciókra, melyek megjelenésre hangolt üzenetet tartalmaznak (az egészséges étrend egészséges külsőt eredményez). Javasolt a kortársakkal való közös tevékenységekbe való bevonásuk. Segítség biztosítása a káros szokásoktól mentes élethez.

2. csoport Rizikó vállalók

Erősségük, hogy a társas kapcsolataik átlagosak. A leginkább káros szenvedéllyel élő csoport, akiknek a motivációs bázisa csekély. Egészségük megőrzésében a külső kontroll érzése jelentősebb, így fontos lenne olyan programok kidolgozása, mely a belsőhatóerő élményét növeli, és kiemeli az egészségmagatartás jelentőségét az egészség megőrzésében. Kiemelt jelentőséggel kellene a motiváció fókuszú programok. Az egészségtudatosság minden területe érintett ebben a csoportban, így a káros szenvedélyektől mentes élet kialakítása, a fizikai aktivitás növelése és a szűrővizsgálatokon való részvétel ösztönzése fontos lenne ebben.

3. csoport Magas vulnerabilitásúak

Erősségük, hogy vélhetően szorosan monitorozzák a testi állapotukat (magas a szűrővizsgálatokon való részvétel, legtöbb szomatikus tünet, magas egészségszorongás). Társas támogatottságuk alacsony, így fontos lenne a pszichés támogatásuk a mentális egészségük megőrzése érdekében és csapattevékenységbe való bevonásuk. Központi jelentőségű orvosi szempontból a szomatikus panaszoknak a folyamatos figyelemmel kísérése, azok terapizálása, a gyors hozzáférés az egészségügyi ellátáshoz.

4. csoport **Egészségre törekvők**

Erősségük, hogy alapvetően motiváltak az egészségük megőrzésére. Egészségmagatartásuk is kedvező. Azonban a boldogságuk és elégedettségük alacsony. A boldogság és elégedettség csökkent értéke miatt jóllét fokozó programok lehetőségének kidolgozása szükséges lehet. Pozitív pszichológiai intervenciók, stressz és egyéb jóllét programok elérhetőségének biztosítása során, a magas motivációjuk, és a jó egészségi állapotuk mellett megőrződne a mentális egészségük, növekedne a jóllét érzésük.

Érdemes egy prioritási sorrendet felállítani, ahol a 2. és 3. csoport elsődleges célcsoport. A 2. csoport esetében vélhetően magas a rizikó a megbetegedésre a kedvezőtlen egészségmagatartás és az alacsony motiváció miatt. A 3. csoport esetében a szomatikus tünetek már megjelentek, egészséggel kapcsolatos szorongásuk magas, és bár még munkafeladataik ellátására alkalmasak, a magasabb átlagéletkoruk és egy kedvezőtlenebb egészségmagatartási tendencia hamar kialakíthat esetükben egy súlyosabb kórképet.

Zárszó

A kutatás eredményei arra utalnak, hogy a Szabolcs-Szatmár-Bereg vármegyei rendőri állomány tagjai körében az egészségi állapot kedvező, a tudatos egészségmagatartás elemei jelen vannak, azonban egyes kockázati tényezők – különösen a dohányzás, a sport és fizikai aktivitás, valamint a táplálkozási szokások – további intervenciós beavatkozásokat indokolnak.

Azt gondolom, hogy a rendvédelmi apparátusban minden elem adott ahhoz, hogy a rendőrség szervezeti szinten is és egyéni szinten is támogatni tudja az egészségmegőrzést, segítse a rendvédelem dolgozóit egy egészséges élet kialakításában. Bízom benne, hogy a kutatás is hozzájárul a rendvédelmi szerveknél dolgozók egészségmagatartásának és pszichológiai egészségorientációjának átfogó megértéséhez. Természetesen egy komplex, jól kidolgozott egészségfejlesztési programhoz sok további konkrét adat szükséges, a lehetőségek és a kivitelezhetőség felmérése mellett. Remélem a disszertáció eredményei és gondolatai további kutatásokat és elgondolásokat fognak eredményezni, hogy a rend őrei úgy érezhessék, hogy az egészségük érték, amelyre vigyázni kell.

7. Irodalomjegyzék

(A megjelent tanulmányok doktori disszertációban való felhasználása a társszerzők beleegyezésével történt.)

Abdollahi, A., Hosseinian, S., Panahipour, H., Najafi, M. & Soheili, F. (2018). Emotional intelligence as a moderator between perfectionism and happiness. *School Psychology International*, 40 (1), 88-103. <https://doi.org/10.1177/0143034318807959>

Acquadro Maran, D., Zedda, M., & Varetto, A. (2018). Physical Practice and Wellness Courses Reduce Distress and Improve Wellbeing in Police Officers. *International journal of environmental research and public health*, 15(4), 578. <https://doi.org/10.3390/ijerph15040578>.

Ádány R. (2011). *Megelőző orvostan és népegészségtan*. Medicina Kiadó.

ÁEEK, Állami Egészségügyi Ellátó Központ. (2017). *Egyéni egészségtervezés módszertani kézikönyv*. https://semmelweis.hu/gytk/files/2017/11/Egyeni_egeszsegtervezes_modszertani_k_ezikonyv_finalMF.pdf (letöltés:2025.03.20.)

Ahn, S. V., Ro, H. & Lee, S. (2023) Changes in health behaviors following a hypertension diagnosis:The Korean genoma and epidemiology study (2003-2018). *Journal of Hypertension*, 41(3) Abstract <https://doi.org/10.1097/01.hjh.0000941248.05294.09>.

Ahn, S. V., Ro, H. & Lee, S. (2023). Changes in health behaviors following a hypertension diagnosis:The Korean genoma and epidemiology study (2003-2018). *Journal of Hypertension*, 41(3) Abstract <https://doi.org/10.1097/01.hjh.0000941248.05294.09>

Akbarpour, S., Khalili, D., Zeraati, H., Mansournia, M. A., Ramezankhani, A. & Fotouhi, A. (2018). Healthy lifestyle behaviors and control of hypertension among adult hypertensive patients. *Scientific reports*, 8(1), 8508. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-26823-5>.

Akbarpour, S., Khalili, D., Zeraati, H., Mansournia, M. A., Ramezankhani, A., & Fotouhi, A. (2018). Healthy lifestyle behaviors and control of hypertension among adult hypertensive patients. *Scientific reports*, 8(1), 8508. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-26823-5>.

Allender, S., Scharbotough, P., Peto, V., Rayner, M., Leal, J., Luengo-Fernández R. & Gray A. (2008). *European cardiovascular disease statistics: 2008 edition*. London British Heart Foundation

- Ambrusz A., Petlyánszki G. & Malét-Szabó E. (2022). Egészségfejlesztés és egészségvédelem a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Rendőr-főkapitányság állományában. *Belügyi Szemle*, 70(7), 1507-1527.
<https://doi.org/10.38146/BSZ.2022.7.9>
- Andics J. (2010). Életstílus-kutatások. In Veres, Z. (szerk.) *Életstílus alapú fogyasztói szegmensek Magyarországon*. Szegedi Tudományegyetem Gazdaságtudományi Kar, Üzleti Tudományok Intézete <http://acta.bibl.u-szeged.hu/id/eprint/57539>, 191-209. (Letöltés ideje:2024.09.12.)
- Arany A., Cs., Jámbo I. & Papp, G. (2020). A fizikai aktivitás a testedzés hatása az immunrendszer működésére. *Hungarian Journal of Sport Sciences*. 3(1), 1-10.
<https://doi.org/10.36439/SHJS/2020/1/5426>.
- Arredondo, G. P. (2018). Body mass index in a group of security forces (policemen). Cross-sectional study. *New Insights Obes Gene Beyond*. 2, 001-004.
<https://doi.org/10.29328/journal.niogb.1001007>.
- Bagi I. & Tóth I. (2022). A rendészeti tehetség szolgálatában. *OxIPO-interdiszciplináris folyóirat* 2. 93-99.
https://www.kpluszf.com/assets/docs/OxIPO/OxIPO_2022_2_093_Bagi-Toth.pdf. (letöltés: 2024.10.16.)
- Bahari, F. B., Lin, T. A., & Wider, W., (2016). The Effect of Occupational Stress Social Support As Moderator. *Australian Journal of Basic and Applied Sciences*, 10(4), 54-65.
- Bakacs M., (2022). *Országos Táplálkozási és Tápláltsági Állapot Vizsgálata. Kutatási Jelentés a felnőttek táplálkozásának, tápláltsági állapotának trendjeiről 2009-2014-2019* . https://ogyei.gov.hu/dynamic/otap_2019_kutatasi_jelentes_v3.pdf: OGYÉI, Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet. (letöltés ideje:2024.12.06.)
- Balga J. (2009). A rendészet kultúrája és az etikai kódex. *Pécsi Határőr Tudományos Közlemények*. 10, 71-78.
https://epa.oszk.hu/04500/04581/00010/pdf/EPA04581_pecsi_hataror_2009_071-078.pdf. (letöltés ideje: 2024.10.21.)
- Balku E. & Vitrai J. (2016). Egészségkommunikációs Felmérés Eredményei I.–Felnőtt felmérés. *Egészségfejlesztés*, 57 (2), 2-18. <http://dx.doi.org/10.24365/ef.v57i2.32>.

- Balku E., Tóth G., Nárai E., Zsiros E., Varsányi P. & Vitrai J. (2017). Methodology for identification of healthstyles for developing. *Journal of Public Health*. 25, 387–400. <https://doi.org/10.1007/s10389-017-0799-y>.
- Bannigida, D. M., Neeravari, V.S. & Nayak, S. B. (2019). Metabolic Syndrome and Cardiovascular Risk Factors in Police Officers. *Indian Journal of Medical Biochemistry*. 23(3), 324–326. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10054-0122>.
- Barna B. (2018). A munkahelyi stressz idői vetülete és főbb forrásai a hadseregben. *Hadtudományi Szemle*, 11(1). 124-141. (<http://hdl.handle.net/20.500.12944/14151> letöltés ideje: 2023. november 9.)
- Barreto, C.R., Carvalho, F.M. & Lins-Kusterer, L. (2021). Factors associated with health-related quality of life of military policemen in Salvador, Brazil: cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes* 19(21), <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01661-0>.
- Barros, A. A., Guedes, M. V. C., Moura, D. de J. M., Menezes, L. C. G. de, Aguiar, L. L. & Xavier, G. A. (2014). Health behaviors of people with hypertension: health belief model. *Rev Rene*, 15(3). <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2014000300018>.
- Basaza, R., Kukunda, M. M., Otieno, E., Kyasiimire, E., Lukwata, H., & Haddock, C. K. (2020). Factors influencing cigarette smoking among police and costs of an officer smoking in the workplace at Nsambya Barracks, Uganda. *Tobacco prevention & cessation*, 6(5), 1-7. <https://doi.org/10.18332/tpc/115031>.
- Belügyminisztérium Egészségügyi Államtitkársága (2023). Nemzeti Népegészségügyi Program Tervezet 2023-2033. Belügyminisztérium Egészségügyi Államtitkárságának megbízásából a Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek Országos Egyesülete (NKE) https://www.nnk.gov.hu/attachments/article/2542/NNP_2023_2033.pdf (letöltés:2024.12.15.)
- Benke M. (2018). Az önmeghatározás elmélet alkalmazása a tanulási motiváció vizsgálatára. *Taylor Gazdálkodás- és Szervezéstudományi Folyóirat*, 4(34), 4-14.
- Berencsiné Madácsi, E., Bokor A. & Jávorné Erdei, R. (2013). Milyen a nyíregyházi nők vélt egészsége és szűrési hajlandósága 2012-ben? *Acta Medicinæ et Sociologica*. 4(10), 171-182. <https://doi.org/10.19055/ams.2013.4/10/12>.
- Birkás B., Tóth G., Balku E., Nárai E., & Vitrai J. (2020). Defining healthstyles to plan behavior change interventions in representative samples of children and adults. *Psychology, Health & Medicine*. 26(5), 566-570. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1762903>

- Bolton D. (2023). A revitalized biopsychosocial model: core theory, research paradigms, and clinical implications. *Psychological medicine*, 53(16), 7504–7511.
<https://doi.org/10.1017/S0033291723002660>
- Bombak, A. E. (2013). Self-rated health and public health: a critical perspective. *Frontiers in public health*. 1(15), <https://doi.org/10.3389/fpubh.2013.00015>.
- Borbély Zs. (2019a). Az iskolarendszerű rendőrképzés napjainkban. In Zsámbokiné Ficskovszky Á. (szerk.) *Biztonság, szolgáltatás, fejlesztés, avagy új irányok a bevételi hatóságok működésében*. Magyar Rendészettudományi Társaság Vám- és Pénzügyőri Tagozat (pp.38-50). <https://doi.org/10.37372/mrtvtpt.2019.1.2>.
- Borbély Zs. (2023). *Egészségmagatartás, kiegész, mentális egészség – különbségek a munkahelyi stressz megélésében a tiszthelyettes-tanulók körében*. [Nem publikált doktori disszertáció] Nemzeti Közszolgálati Egyetem Rendészettudományi Doktori Iskola
- Borbély Zs., (2019b). Egészségmagatartás és mentális egészség - nemi különbségek a munkahelyi stressz megélésében. *Belügyi Szemle*, 67(7-8), 37-50.
<https://doi.org/10.38146/BSZ.2019.7-8.3>.
- Boros, J. (2005). *Egészségmagatartás*. Budapest: Országos Epidemiológiai Központ.
- Boros, J. (2019). *A felnőtt magyar népesség egészségmagatartása*. [Nem publikált doktori disszertáció] Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar Demográfiai és Szociológiai Doktori Iskola
- Boyce, R. W., Perko, M. A., Jones, G. R., Hiatt, A. H., & Boone, E. L. (2006). Physical fitness, absenteeism and workers' compensation in smoking and non-smoking police officers. *Occupational medicine (Oxford, England)*, 56 (5), 353–356.
<https://doi.org/10.1093/occmed/kql057>.
- Brys Z., Tóth G., Urbán R., Vitrai, J., Magyar G., Bakacs M., Berezvai Z., Ambrus Cs. & Péntes M. (2022). A dohányzás és az e-cigaretta-használat epidemiológiája a felnőtt magyar népesség körében 2018-ban. *Orvosi Hetilap*, 168(1), 31-38.
<https://doi.org/10.1556/650.2022.32319>.
- Buchanan, T. (2025). *Physical Fitness and Wellness in Law Enforcement*. Thesis, Concordia University, St. Paul https://digitalcommons.csp.edu/criminal-justice_masters/54. (letöltés ideje: 2025.03.12.)
- Bull, F. C., Al-Ansari, S. S., Biddle, S., Borodulin, K., Buman, M. P., Cardon, G., Carty, C., Chaput, J. P., Chastin, S., Chou, R., Dempsey, P. C., DiPietro, L., Ekelund, U., Firth, J., Friedenreich, C. M., Garcia, L., Gichu, M., Jago, R., Katzmarzyk, P. (2020).

- World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *British journal of sports medicine*, 54(24), 1451–1462.
<https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102955>
- Camões, M. & Lopes, C. (2008). Dietary intake and different types of physical activity: full-day energy expenditure, occupational and leisure-time. *Public Health Nutrition*, 11(8), pp. 841 – 848. <https://doi.org/10.1017/S1368980007001309>
- Chauhan, V. S., Bansal, M., Sharma, V. & Gupta, R. (2022). Prevalence and Risk Factors of Hypertension among Police Personnel of District Gwalior- A Cross Sectional Study. *Indian journal of community medicine: official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*, 47(3), 379–385.
https://doi.org/10.4103/ijcm.ijcm_1154_21.
- Cho, C. C. (2023). A Cross-Level Study of the Consequences of Work Stress in Police Officers: Using Transformational Leadership and Group Member Interactions as an Example. *Psychology research and behavior management*, 16, 1845–1860.
<https://doi.org/10.2147/PRBM.S413075>
- Chowdhury, R., Shah, D., & Payal, A. R. (2017). Healthy Worker Effect Phenomenon: Revisited with Emphasis on Statistical Methods - A Review. *Indian journal of occupational and environmental medicine*, 21(1), 2–8 .
https://doi.org/10.4103/ijoem.IJOEM_53_16
- Christian L. & Erdős L. (2020). Vészharang és jubileum? A rendészeti felsőoktatás kilátásai, a tisztjelöltek toborzásának és életpályára állításának nehézségei. *Belügyi Szemle*, 68(12), 11-42. <https://doi.org/10.38146/BSZ.2020.12.1>.
- Compare, A., Zarbo, C., Manzoni, G. M., Castelnovo, G., Baldassari, E., Bonardi, A., Callus, E., & Romagnoni, C. (2013). Social support, depression, and heart disease: a ten year literature review. *Frontiers in psychology*, 4 (384).
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00384>
- Conry, M. C., Morgan, K., Curry, P., McGee, H., Harrington, J., Ward, M. & Shelley, E. (2011). The clustering of health behaviours in Ireland and their relationship with mental health, self-rated health and quality of life. *BMC Public Health*, 11, 692.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-692>.
- Cox, B. D., Whichelow, M. J., & Prevost, A. T. (1998), The development of cardiovascular disease in relation to anthropometric indices and hypertension in British adults. *International journal of obesity and related metabolic disorders : journal of the*

- International Association for the Study of Obesity*, 22(10), 966–973.
<https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0800705>.
- Criswell, T. J., Weber, C. A., Xu, Y. & Carter, B. L. (2010). Effect of self-efficacy and social support on adherence to antihypertensive drugs. *Pharmacotherapy*, 30(5), 432–441.
<https://doi.org/10.1592/phco.30.5.432>.
- Csabai M. & Molnár P. (1999). *Egészség, betegség, gyógyítás*. Springer kiadó Budapest
- Cserhádi Z. & Stauder A. (2008). Szubjektív testi tünetek és szomatizáció. In Kopp M. *Magyar Lelekiállapot*. Semmelweis Kiadó. 592-598.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2021). The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. *Public health*, 199, 20-24.
<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.08.009>.
- Daniels, K. & Guppy, A. (1994). Occupational stress, social support, job control, and psycho. *Human Relations*, 47(12), 1523-1544.
<https://doi.org/10.1177/001872679404701205>
- Dankovics G., Barna I., Fadgyas Zs. & Juhász V. (2025). *Egészségkönyv. Magyarország átfogó egészségvédelmi szűrőprogramja 2010-2020-2030*.
https://egeszsegprogram.eu/content/egeszsegkonyv/pdf/felnott_egeszsegkonyv_2025.pdf (letöltés ideje:2025.04.29.)
- De Backer, G., Ambrosioni, E., Borch-Johnsen, K., Brotons, C., Cifkova, R., Dallongeville, J., Ebrahim, S., Faergeman, O., Graham, I., Mancía, G., Cats, V. M., Orth-Gomér, K., Perk, J., Pyörälä, K., Rodicio, J. L., Sans, S., Sansoy, V., Sechtem, U., Silber, S., Thomsen, T., ... European Society of Cardiology. American Heart Association. American College of Cardiology (2004). European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third Joint Task Force of European and other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of eight societies and by invited experts). *Atherosclerosis*, 173(2), 381–391. <https://doi.org/10.1097/01.hjr.0000087913.96265.e2>
- DeSalvo, K. B., Fisher, W. P., Tran, K., Bloser, N., Merrill, W. & Peabody, J. (2006). Assessing Measurement Properties of Two Single-item General Health Measures. *Quality of Life Research*, 15, 191-201 <https://doi.org/10.1007/s11136-005-0887-2>.
- Ding, D., Rogers, K., van der Ploeg, H., Stamatakis, E. & Bauman, A. E. (2015). Traditional and Emerging Lifestyle Risk Behaviors and All-Cause Mortality in Middle-Aged and Older Adults: Evidence from a Large Population-Based Australian Cohort. *PLoS Medicine*, 12(12), <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001917>.

- Döbrössy B., Susánszky A., Boros J. & Girasek E. (2022). A mammográfiás emlőszűrésen való részvételt befolyásoló tényezők. In Engler Á., Purebl Gy., Susánszky É. & Székely A. (szerk.) *Magyar Lélekiállapot 2021. Család-Egészség-Közösség. Hungarostudy 2021 Tanulmányok.* (pp. 311-332). KINCS Kopp Mária Intézet a népesedésért és a családokért.
- Dürgő H. (2024). Cikkismertetés: Az oktatás és az egészségmagatartás relatív jelentősége az egészség és a jóllét szempontjából. *Multidiszciplináris Egészség és Jólét*, 2(1), 36-41. <https://doi.org/10.58701/mej.14960>.
- Eaton, C. B., McPhillips, J. B., Gans, K. M., Garber, C. E., Assaf, A. R., Lasater, T. M. & Carleton, R. A. (1995). Cross-sectional relationship between diet and physical activity in two southeastern New England communities. *American journal of preventive medicine*, 11(4), 238–244.
- EEO (1986). Egységes Európai Okmány. Európai Parlament <https://www.europarl.europa.eu/about-parliament/hu/in-the-past/the-parliament-and-the-treaties/single-european-act> (letöltés:2023.12.01.)
- Egondi, T., Kabiru, C., Beguy, D., Kanyiva, M., & Jessor, R. (2013). Adolescent home-leaving and the transition to adulthood: A psychosocial and behavioural study in the slums of Nairobi. *International journal of behavioral development*, 37(4), 298–308. <https://doi.org/10.1177/01650254134792>
- EHIS European health interview survey Eurostat. Statistic explained. (2019). [https://ec.europa.eu/euro%20ACstat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:European_%20health_interview_survey_\(EHIS\)](https://ec.europa.eu/euro%20ACstat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:European_%20health_interview_survey_(EHIS)) (letöltés:2024.01.24)
- Eisenberger, R., Shanock, L R. & Wen, X. (2020). Perceived Organizational Support: Why Caring About Employees Counts. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 7(1), 101-124. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-012119-044917>
- Elekes Zs., Németh Á. & Paksi B. (2023). Önbevallásos vizsgálatok Magyarországon. In Elekes Zs. (szerk) *Alkoholhelyzet Magyarországon. Tények, adatok, elemzések.* (pp.231-324). ELTE PPK - LHarmattan Kiadó, 2023.
- Elnaem, M. H., Mosaad, M., Abdelaziz, D. H., Mansour, N. O., Usman, A., Elrggal, M. E. & Cheema, E. (2022). Disparities in Prevalence and Barriers to Hypertension Control: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 19(21), 14571. <https://doi.org/10.3390/ijerph192114571>.

- Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *The American Journal of Psychiatry*. 137(5), 535-544.
- ENWHP (2004). Healthy Employees in Healthy Organisations Report Making the Case for Workplace Health Promotion Analysis of the effects of WHP European Network for Workplace Health.
https://www.enwhp.org/resources/toolip/doc/2018/04/24/report_business_case_01.pdf (letöltés:2023.12.05.)
- Eörsi D., Árva D., Herczeg V. & Terebessy A. (2020). Komplex iskolai egészségnevelő program a COM-B modell tükrében. *Egészségfejlesztés*, 61(1), 36-47 .
<https://doi.org/10.24365/ef.v60i2.540>.
- Erdős Á. (2020). Függőség és rendészet: addikció szűrése, kezelése és megelőzése, a rendészeti gyakorlatban a tevékenységi alapmodell tükrében *Magyar Rendészet*, 20(2), 49–68. <https://doi.org/10.32577/mr.2020.2.3>
- Erdős Á. (2022a). A rendészeti felsőoktatás hallgatóinak dohányzási szokásai. *Scientia et Securitas*, 3(1), 61-68. <https://doi.org/10.1556/112.2022.00079>.
- Erdős Á. (2022b). Kockázatos alkoholfogyasztás a rendészeti hallgatók körében. *Belügyi Szemle*, 70(6), 1257–1272. <https://doi.org/10.38146/BSZ.2022.6.7>
- Erdős Á. (2024). A fiatal rendőrök alkoholfogyasztása és az alkoholhasználat motivációja. *Szociológiai Szemle*. 34(1), 28-47. <https://doi.org/10.51624/SzocSzemle.2024.1.2>
- Erdős Á. (2025). Nikotinfüggőség és dohányzási szokások a magyar rendőrtisztjelöltek körében. *Belügyi Szemle*, 73(SI1), 83–106 <https://doi.org/10.38146/BSZ-AJIA.2025.v73.SI1.pp83-106>
- Ernyes, M. (2020). *A Fővárosi Rendőrség és a M. KIR. Rendőrség, valamint a Magyar Rendőrség története a kezdetektől napjainkig I-II. kötet* . Nemzeti Közszerzői Egyetem Közigazgatási Továbbképzési Intézet.
- Eshah., N. F., Mosleh., S. M. & Al-Smadi, A. (2021). The Decisional Balance Toward Health Behaviors Among Patients With Hypertension. *Clinical Nursing Research*. 30(7), 977-984. <https://doi.org/10.1177/1054773820967548>
- EU, Európai Unió (1992, 1997). A Maastrichti és az Amsterdami Szerződés.
<https://www.europarl.europa.eu/factsheets/hu/sheet/3/a-maastrichti-es-az-amsterdami-szerzodes> (letöltés:2023.12.10.)
- EU, Európai Unió (2001). Zöld könyv 2001. https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=LEGISSUM%3Agreen_paper&qid=1623314376372 (letöltés:2020.11.03.)

EU, Európai Unió (2007). Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union.

https://www.enwhp.org/resources/toolip/doc/2018/05/04/luxembourg_declaration.pdf (letöltés:2023.12.05.)

Fábián B., Bollmann A. & Bugán A. (2018). Orvosilag megmagyarázhatatlan tünetek. *Psychiatria Hungrica*, 33(3) 236-242.

Faragó I. (2013). *Fiatal felnőttek dentális egészségének és az ezzel összefüggő tényezők kapcsolatának vizsgálata rendészeti szakközépiskolában*. [Nem publikált doktori értekezés] Semmelweis Egyetem, Klinikai Orvostudományok Doktori iskola.

Feig, E. H., Madva, E. N., Millstein, R. A., Zambrano, J., Amonoo, H. L., Longley, R. M., Okoro, F., Huffman, J. C., Celano, C. M., & Hoepfner, B. (2022). Can positive psychological interventions improve health behaviors? A systematic review of the literature. *Preventive medicine*, 163, 107214.

<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2022.107214>

Feigl, E. (2022). *MÉKISZ Konferencia Tápláltsági állapot és annak trendjei az OTÁP vizsgálat alapján, Testtömegindex (BMI) megoszlása.*

<https://mekisz.hu/conference2022mekisz/1.%20Feigl%20Edit%20-%20OT%C3%81P2019%20besz%C3%A1mol%C3%B3.pdf>

(utolsó letöltés:2026.01.19.)

Fergusson, K., Mang, C. & Frost, L. (2017). Teacher Stress and Social Support Usage. *Brock Education Journal*, 26(2), 62-86. <https://doi.org/10.26522/brocked.v26i2.606>

Finszter G. (2013). Változó rendészet és rendészettudomány. *Pécsi Határőr Tudományos Közlemények*. (14), 5-12.

Fleary, S. E. & Nigg, R. C. (2019). Trends in Health Behavior Patterns among US Adults, 2003–2015. *Annals of Behavioral Medicine*, (1), 1-15.

<https://doi.org/10.1093/abm/kay010>

Fodor Sz. & Olajos T. (2021). Az új rendvédelmi tehetségmenedzsment-rendszer tudományos megalapozása II. A munkahelyi tehetségmenedzsment pszichológiai alapjai. *Belügyi Szemle*, 69(8), 1449-1468. <https://doi.org/10.38146/BSZ.2021.8.8>.

Forgács A. (2015). Társas támasz a gyászban. In Kiss E. & Sz. Makó H. (szerk.) *Gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana*. (pp. 382-398) Pannónia Könyvek. Pro Pannonia Kiadói Alapítvány, Pécs.

Forgács A. (2017). *Fejezetek a kommunikáció szociálpszichológiájából*. Akadémia kiadó Budapest

- Fórizs S. (2014). A vezetési rendszerek fejlődése a rendészeti szervezetek vonatkozásában, a rendészeti szervezetek felsőszintű irányítása. In Horvát J. & Kovács G. (szerk.), *A rendészeti szervek vezetés- és szervezélmélete*. (pp.11-30). Nemzeti Közsolgálati Egyetem Rendészettudományi Kar.
- Földesi K. (2013). Férfiak és nők a rendőrségen. *Pécsi Határőr Tudományos Közlemények* 14, 161-168.
- Franke, F., Felfe, J. & Pundt, A. (2014). The Impact of Health-Oriented Leadership on Follower Health: Development and Test of a New Instrument Measuring Health-Promoting Leadership. *German Journal of Human Resource Management*, 28(1-2), 139-161. <https://doi.org/10.1177/239700221402800108>
- Frapsauce, A., Gilibert, D., Samatan, A. & Sauvezon, C. (2022). Meaning of Work, Perceived Recognition and Social Support in PTSD Among Police Officers *Journal of Police Criminal Psychology*, 37(3), 499–511. <https://doi.org/10.1007/s11896-022-09508-8>
- Frick, K. A., Agostinelli, P. J., Swinford, J. F., Harris, M. E., Mobley, C. B. & Sefton, J. (2024). Age-Related Declines in Health and Fitness among Law Enforcement Officers Compared to Population Norms. *Healthcare*, 12(7), 714. <https://doi.org/10.3390/healthcare12070714>
- Frieden, T. R. (2010). A framework for public health action: the health impact pyramid. *American journal of public health*, 100(4), 590–595. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.185652>.
- Furnham, A. & Petrides, K. V. (2003). Trait emotional intelligence and happiness. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 31(8), 815–824. <https://doi.org/10.2224/sbp.2003.31.8.815>
- Füzesi Zs. & Tistyán L. (2004). *Egészségfejlesztés és közösségfejlesztés a színtereken*. Országos Egészségfejlesztési Intézet.
- Gábor E. & Kiss J. (2009). Munkahelyi egészségfejlesztés – a minőség jegyében I. *Egészségfejlesztés*, 50(4), 2–8.
- Gábor E., Kiss J., Gazsó J., Lőrík E., Fekete K., Köteles G. & Taller Á. (2012). A munkahelyi egészségfejlesztés keretei. In Demetrovics Zs. Urbán R., Rigó A. & Oláh A. (Szerk.), *Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása I.* (pp. 259–294). ELTE Eötvös Kiadó.

- Galán, I., Rodríguez-Artalejo, F., Tobías, A., Díez-Gañán, L., Gandarillas, A. & Zorrilla, B. (2005). Clustering of behavior-related risk factors and its association with subjective health. *Gaceta Sanitaria*, 19(5), 370-378. <https://doi.org/10.1157/13080135>
- Garaj E. (2015). Versenyképesség és egészségnyereség. A munkahelyi egészségfejlesztés értéknövelő alternatív megoldásai. *Hadtudomány*, 25, 41–47.
- Garbarino, S. & Magnavita, N. (2015). Work Stress and Metabolic Syndrome in Police Officers. A Prospective Study. *PloS one*, 10(12), e0144318. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0144318>
- GBD, 2019 Tobacco Collaborators (2021). Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable disease burden in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet (London, England)*, 397(10292), 2337–2360. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01169-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01169-7)
- Gebauer Gy. (2007). A boldogság tényezői. In Buday-Sántha A. & Rácz G. (szerk.), *Évkönyv*. (pp. 107–121). Pécsi Tudományegyetem. Közgazdaságtudományi Kar. Regionális Politika és Gazdaságtan. Doktori Iskola Pécsi Tudományegyetem.
- Gecse G. & Volter Zs. (2009). A rendőri hivatás etikai kódexe *Pécsi Határőr Tudományos Közlemények*, 10, 79-92. (<http://www.pecshor.hu/periodika/2009/gecsevolter.pdf> letöltés: 2023. november 9.)
- Gee, M. E., Bienek, A., Campbell, N. R., Bancej, C. M., Robitaille, C., Kaczorowski, J., Joffres, M., Dai, S., Gwadry-Sridar, F., & Nolan, R. P. (2012). Prevalence of, and barriers to, preventive lifestyle behaviors in hypertension (from a national survey of Canadians with hypertension). *The American journal of cardiology*, 109(4), 570–575. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2011.09.051>.
- Gillman, M. W., Pinto, B. M., Tennstedt, S., Glanz, K., Marcus, B., & Friedman, R. H. (2001). Relationships of physical activity with dietary behaviors among adults. *Preventive medicine*, 32(3), 295–301. <https://doi.org/10.1006/pmed.2000.0812>
- Gordos M. (2022). Az Országos Rendőr-főkapitányság dolgozóinak fittségi állapota és életminősége közötti összefüggések. *Rendvédelem*. 11(1), 39-48. <https://doi.org/10.53793/RV.2022.1.3>.
- Graf, F. A. (1986). The relationship between social support and occupational stress among police officers. *Journal of Police Science & Administration*, 14(3), 178–186.

- Greenglass, E. R., Burke, R. J., & Konarski, R. (1997). The impact of social support on the development of burnout in teachers: Examination of a model. *Work & Stress*, 11(3), 267- 278. <https://doi.org/10.1080/02678379708256840>
- Greenwood, D. C., Muir, K. R., Packham, C. J., & Madeley, R. J. (1996). Coronary heart disease: a review of the role of psychosocial stress and social support. *Journal of public health medicine*, 18(2), 221–231. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.pubmed.a024483>
- Györffy Á. (2016). Katonánők pályaszocializációjának folyamatvizsgálata az alapkiképzéstől a missziós feladatok vállalásáig. [Nem publikált doktori értekezés]. Nemzeti Közszerológati Egyetem Hadtudományi Doktori Iskola
- Hansson, J., Hurtig, AK., Lauritz, LE., & Padyab M. (2017). Swedish Police Officers' Job Strain, Work-Related Social Support and General Mental Health. *Journal of Police Criminal Psychology*, 32(2), 128-137. <https://doi.org/10.1007/s11896-016-9202-0>
- Harris, D. M. & Guten, S. (1979). Health-protective behaviour: An exploratory study. *Journal of Health and Social Behavior*, 20(1), 17–29. <https://doi.org/10.2307/2136475>.
- Harrison, R. V. (1978). Person-Environment Fit and Job Stress. In Cooper, C. L. & Payne, R. (Eds.), *Stress at work* (pp. 175–205). John Wiley & sons Ltd.
- Hartley, T. A., Burchfiel, C. M., Fekedulegn, D., Andrew, M. E., Knox, S. S., & Violanti, J. M. (2011). Associations between police officer stress and the metabolic syndrome. *International journal of emergency mental health*, 13(4), 243–256.
- Hegedűs J., Fibié Babos B. & Szatmári A. (2021). A kompetenciafejlesztés lehetőségei a rendszetben. *Belügyi Szemle*. 8(9), 1469-1483. <https://doi.org/10.38146/BSZ.2021.8.9>.
- Heitzmann, C. A., & Kaplan, R. M. (1988). Assessment of methods for measuring social support. *Health Psychology*, 7(1), 75–109. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.7.1.75>
- Horacsek M. (2022). Étrend-kiegészítők az OTÁP 2019 tükrében. *Hazai táplálkozási felmérések legújabb eredményei - Tények, összefüggések az OTÁP és a COSI vizsgálatok tükrében*. OGYÉI Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-ügyi Intézet.
- Horváth F. & Malét-Szabó E. (2014). A vezető-kiválasztás biztonsági kockázatai. *Pécsi Határőr Tudományos Közlemények* 15, 325-331.

- Hu, L.-t., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1–55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Huang, X., Xu, N., Wang, Y., Sun, Y., & Guo, A. (2023). The effects of motivational interviewing on hypertension management: A systematic review and meta-analysis. *Patient education and counseling*, 112, 107760. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.107760>
- Hüse L. (2015). A szubjektív egészségi állapot tényezői és azok változása Nyíregyházán és vonzáskörzetében. *Acta Medicinæ et Sociologica*. 6(18-19), 96-120. <https://doi.org/10.19055/ams.2015.6/18-19/7>
- Hyphantis, T., Kroenke, K., Papatheodorou, E., Paika, V., Theocharopoulos, N., Ninou, A., Tomenson, B., Carvalho, A. F., Guthrie, E., & ARISTEIA-ABREVIATE Study Group members. (2014). Validity of the Greek version of the PHQ 15-item Somatic Symptom Severity Scale in patients with chronic medical conditions and correlations with emergency department use and illness perceptions. *Comprehensive psychiatry*, 55(8), 1950–1959. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.08.042>
- Ijzelenberg, W., Hellemans, I.M, van Tulder, M. W., Heymans, M, W., Rauwerda, J. A., van Rossum, A. C. & Seidell, J. C. (2012). The effect of a comprehensive lifestyle intervention on cardiovascular risk factors in pharmacologically treated patients with stable cardiovascular disease compared to usual care: a randomised controlled trial. *BMC Cardiovasc Disord*. 12(71). <https://doi.org/10.1186/1471-2261-12-71>
- Ilyés I. (2004). *Egészségügyi alapellátás és népegészségügy: hallgatói kézikönyv*. Debreceni Egyetem Orvos és Egészségtudományi Centrum, Családorvosi Tanszék.
- Irizar, P., Gage, S.H., Fallon, V. & Goodwin, L. (2022). A latent class analysis of health risk behaviours in the UK Police Service and their associations with mental health and job strain. *BMC Psychiatry* 22. 426. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04054-3>
- Jankowski, M., Gujski, M., Pinkas, J., Opoczyńska-Świeżewska, D., Krzych-Fałta, E., Lusawa, A., Wierzba, W. & Raciborski, F. (2021). The prevalence of cigarette smoking, e-cigarette use and heated tobacco use among police employees in Poland: a 2020 cross-sectional survey. *International journal of occupational medicine and environmental health*, 34(5), 629–645. <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.01805>
- Járomi É. & Kimmel Zs. (2017). Komplex egészségfejlesztési beavatkozások lehetséges prevenciók megközelítései. *Egészségfejlesztés*, 58(2), 20-29. <https://doi.org/10.24365/ef.v58i2.164>

- Járomi É., Szűcs E. & Vitrai J. (2016). Egészségstílusokhoz illesztett, viselkedésváltozást célzó beavatkozások tervezése. *Egészségfejlesztés*, 57(2), 34-51.
<https://doi.org/10.24365/ef.v57i2.47>
- Jávorné Erdei R. & Takács P. (2018). Szubjektív egészségi állapot és annak változásai Nyíregyházán. *Acta Medicinae et Sociologica*, 9(27), 96-109.
<http://dx.doi.org/10.24365/ef.v60i5.524>
- Jávorné Erdei R., R. Fedor A. & Berencsiné Madácsi E. (2014). A nyíregyházi lakosok szubjektív egészségi állapota és annak változásai. *Acta Medicinae et Sociologica*, 5(12-13), 189-206.
- Jessor R. (1991). Risk behavior in adolescence: a psychosocial framework for understanding and action. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 12(8), 597–605. [https://doi.org/10.1016/1054-139x\(91\)90007-k](https://doi.org/10.1016/1054-139x(91)90007-k)
- Jessor, R., Turbin, M. S., & Costa, F. M. (1998). Protective factors in adolescent health behavior. *Journal of personality and social psychology*, 75(3), 788–800.
<https://doi.org/10.1037//0022-3514.75.3.788>
- Jessor, R., Turbin, M. S., & Costa, F. M. (2010). Predicting developmental change in healthy eating and regular exercise among adolescents in China and the United States: The role of psychosocial and behavioral protection and risk. *Journal of Research on Adolescence*, 20(3), 707–725. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00656.x>
- Jessor, R., Van Den Bos, J., Vanderryn, J., Costa, F. M. & Turbin, M. S. (1995). Protective factors in adolescent problem behavior: Moderator effects and developmental change. *Developmental Psychology*, 31(6), 923–933. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.31.6.923>
- Johnson, M. F., Nichols, J. F., Sallis, J. F., Calfas, K. J. & Hovell, M. F. (1998). Interrelationships between physical activity and other health behaviors among university women and men. *Preventive medicine*, 27(4), 536–544.
<https://doi.org/10.1006/pmed.1998.0320>
- Joó T., Fadgyas-Freyler P., Vitrai J. & Kollányi Zs. (2024). Az egészségkárosodás társadalmi költségei a munkaképes korú lakosság körében 2019-ben Magyarországon. *Orvosi Hetilap*, 165(3), 110-120.
<https://doi.org/10.1556/650.2024.32955>

- Juhász Á. (2002). *Munkahelyi stressz, munkahelyi egészségfejlesztés*. Munka- és Szervezetpszichológiai Szakképzés Oktatási segédanyag. (letöltés:2023.12.15.)
<http://www.munkahelyiegeszsegfejlesztes.hu/docs/doc2.pdf>
- Juhász Á. (2007). Az egyéni és szervezeti fókuszú munkahelyiegszégfejlesztés. [Nem publikált doktori értekezés] Eötvös Lóránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológia Kar, Pszichológia Doktori Iskola.
- Juhász G. (2019). Az egészségvédelmi feladatok szintérialapú megközelítése.
Egészségfejlesztés 60(1), 9-15. <http://dx.doi.org/10.24365/ef.v60i3.482>
- Juhász Zs. (2011). *A magyar katonák külföldi katonai szolgálatra történő fizikai alkalmasság-vizsgálatának tapasztalatai*. [Nem publikált doktori értekezés] Zrínyi Miklós Nemzetvédelmi Egyetem. Bolyai János Hadmérnöki Kar Hadmérnöki Doktori Iskola <https://doi.org/10.17625/NKE.2012.009>
- Kales, S. N., Tsismenakis, A. J., Zhang, C., & Soteriades, E. S. (2009). Blood pressure in firefighters, police officers, and other emergency responders. *American journal of hypertension*, 22(1), 11–20. <https://doi.org/10.1038/ajh.2008.296>
- Kapás Zs. & Kaprielian T. (1998). A foglalkozás-egészségügy, mint szolgáltatás-piaci viszonyok között. In Monspart S. & Horváth N. (szerk). *Így csináljuk mi! A Népjóléti Minisztérium támogatásával az Egészségesebb Munkahelyekért Egyesület*. pp. 23-36
- Kaplan, B. H., Cassel, J. C. & Gore, S. (1977). Social support and health. *Medical care*, 15(5), 47–58. <https://doi.org/10.1097/00005650-197705001-00006>
- Karácsony I., Árváné Egri Cs., Bertókné Tamás R. & Fürtös V. D. (2024). Prevenció és egészségfejlesztés a „Helybe visszük a szűrővizsgálatokat” program keretei között. *Egészségfejlesztés*, 65(1), 24-33. <https://doi.org/10.24365/ef.13571>
- Karácsony I., Bertókné Tamás R., Árváné Egri Cs., Fürtös V. D., Szöllösi G. J. & Surján O. (2023). *Orvosi Hetilap*. 164(27), 1070–1076.
<https://doi.org/10.1556/650.2023.32763>
- Karasek, R. & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. Basic Books. NewYork
- Kékes E., Barna I. & Daiki T. (2019). Nemi különbségek a dohányzás gyakoriságában hazánkban 2010 és 2018 között. *Orvosi Hetilap*, 160(52), 2047–2053.
<https://doi.org/10.1556/650.2019.31637>
- Khan, M. K., Hoque, H. E. & Ferdous, J. (2019). Knowledge and Attitude Regarding National Tobacco Control Law and Practice of Tobacco Smoking among Bangladesh Police. *Mymensingh medical journal*, 28(4), 752–761.

- Kimmel Zs. & Vitrai J. (2015). Mennyire változtatható jogszabályokkal az egészségmagatartás? Elengedő-e a szabályozások az egészségmagatartás megváltoztatásához? II. rész. *Egészségtudomány*, 49(3) 71-78.
- Kis B. (2017). Az Ottawai Charta és jelentősége az egészségfejlesztésben. In Lippai L. (szerk.), *Holisztikus egészség, egészségmagatartás és egészségfejlesztés* (pp. 47–54). Testmozgásfókuszú egészségnevelés kortárs csoportokban egyetemi jegyzetsorozat I. kötet. Szegedi Tudományegyetem.
- Kishegyi J. & Makara P. (2004). Egészségfejlesztés alapelvei (Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai). *Egészségfejlesztési módszertani füzetek* 5-14. <https://www.proqaly.hu/files/userfiles/File/letoltes/Dokumentumok/egeszsegfejlesztas-alapelvek.pdf> (letöltés ideje: 2024.12.29)
- Kocalevent, R-D., Hinz, A. & Brähler, E. (2013). Standardization of a screening instrument (PHQ-15) for somatization syndromes in the general population. *BMC Psychiatry*, 13(91) <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-91>
- Kónya J. (2014). A rendészeti szervezetek alapformái és jellemzői. In Horvát, J. & Kovács, G. (szerk.), *A rendészeti szervek vezetés - és szervezés elmélete*. (pp.31-56). Nemzeti Közszerzői Egyetem, Rendészettudományi Kar.
- Kopp M. & Kovács M. E. (2006). *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó.
- Kopp M., Skrabski Á. & Neukem L. (1992). Magyar lelkiállapot. Végeken Alapítvány.
- Kopp M., Székely A., & Skrabski Á. (2006). Vallásosság és életminőség az átalakuló társadalomban. In: Kopp M. & Kovács M. E. (szerk.) *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest
- Kopp Mária Intézet. (2022). *A magyarok testi és lelki egészségét leíró főbb mutatók a Hungarostudy felmérések adatai alapján (2006, 2013, 2021)*. KINCS Kopp Mária Intézet a Népesedésért és a Családokért. [https://www.koppmariaintezet.hu/docs/A_magyarok_testi_es_lelki_egeszseget_leiro_fobb_mutatok_a_Hungarostudy_felmeresek_adatai_alapjan_\(2006,%202013,%202021\).pdf](https://www.koppmariaintezet.hu/docs/A_magyarok_testi_es_lelki_egeszseget_leiro_fobb_mutatok_a_Hungarostudy_felmeresek_adatai_alapjan_(2006,%202013,%202021).pdf) (letöltés ideje:2024.12.16.)
- Kósa K., Vincze Sz., Veres-Balajti I. & Bácsné Bába É. (2021). A vezetői beosztás mint egészségprotektív tényező szellemi munkát végzők körében. *Orvosi Hetilap*, 162(29), 1172-1179. <http://doi.org/10.1556/650.2021.32111>

- Kovács E. & Pikó B. (2010). A ún. nem hagyományos kockázati és egészségvédő faktorok jelentősége In Pikó B. (szerk), *Védőfaktorok nyomában: A káros szenvedélyek megelőzése és egészségfejlesztés serdülőkorban*. L'Harmattan Budapest
- Kovács E. (2012). A tradicionális szociokulturális védőfaktorok szerepe a fiatalok problémaviselkedésben [Nem publikált doktori értekezés] Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola
- Kovács J. (2020). *A viszonyosságon túl. Az igazságtalanságra adott proszociális válasz*. ELTE Eötvös kiadó. Budapest.
- Kökény M. (2015) Az egészségfejlesztés három évtizede Magyarországon a globális kihívások és a politikai változások tükrében [Nem publikált doktori értekezés] Debreceni Egyetem. Egészségtudományok Doktori Iskola
- Köteles F. & Bárdos Gy. (2009a). Tabletták perceptuális jellemzői által generált mellékhatás-elvárások és pszichológiai hátterük. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 10(1), 47-63. <https://doi.org/10.1556/Mental.10.2009.1.3>.
- Köteles F., Géme, H., Papp G., Túróczi P., Pásztor A., Freyler A., Szemerszky R., Bárdos, Gy. (2009b). A Szomatoszenzoros Amplifikáció Skála (SSAS) magyar változatának validálása. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 10(4). 321-335. <https://doi.org/10.1556/Mental.10.2009.4.3>
- Közzszolgálati Online Lexikon. (n.d.). *HSZT Nemzeti Közzszolgálati Egyetem*. <https://lexikon.uni-nke.hu/szocikk/hszt/> (letöltés:2025.08.07.)
- Krauzer E. (2020). A rendőri tiszthelyettes képzés oktatás-módszertani fejlesztési lehetőségei. *Pécsi Határőr Tudományos Közlemények*, 22. 167-176.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2002). The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic medicine*, 64(2), 258–266. <https://doi.org/10.1097/00006842-200203000-00008>
- KSH, Központi Statisztikai Hivatal (2019o). *Alkoholfogyasztás, 2019*. https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/alkoholfogyasztas_2019/index.html#tovbbiadatokinformcik. (letöltés:2024.12.18.)
- KSH, Központi Statisztikai Hivatal. (2019a). Európai Lakossági egészségfelmérés. A KSH kapcsolódó kiadványai, adatai. Vélt egészség (excell táblázat) <https://www.ksh.hu/elef/archiv/2019/kiadvanyok.html>
- KSH, Központi Statisztikai Hivatal. (2019b). Dohányzási szokások 2019. https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/dohanyzas_2019/index.html (letöltés: 2024.01.20.)

- KSH, Központi Statisztikai Hivatal. (2019c). Európai Lakossági egészségfelmérés. A KSH kapcsolódó kiadványai, adatai. Dohányzás (excell táblázat) <https://www.ksh.hu/elef/kiadvanyok.html> (letöltés:2024.01.20.)
- KSH, Központi Statisztikai Hivatal. (2019d). Fenntartható fejlődés indikátorai. A legalább heti gyakorisággal nagy mennyiségű alkoholt fogyasztók (rohamivók) aránya az EU országaiban, 2019 <https://ksh.hu/s/kiadvanyok/fenntarthato-fejlodes-indikatorai-2022/1-19#2-abra> (letöltés:2025.09.30.)
- KSH, Központi Statisztikai Hivatal. (2019e). Fenntartható fejlődés indikátorai. Az alkoholfogyasztással összefüggő standard halálozási ráta az Európai Unió egyes országaiban, 2018, százezer lakosra <https://ksh.hu/s/kiadvanyok/fenntarthato-fejlodes-indikatorai-2022/1-19#3-abra> (letöltés: 2024.03.15)
- KSH, Központi Statisztikai Hivatal. (2019f). Fenntartható fejlődési célok. Az egészséges élet biztosítása és a jóllét előmozdítása minden korosztály valamennyi tagjának. Alkoholfogyasztás. Alkoholfogyasztási szokások, 2019. <https://www.ksh.hu/sdg/1-15-sdg-3.html> (letöltés:2024.12.18.)
- KSH, Központi Statisztikai Hivatal. (2019g). Letöltések, módszertan és kapcsolódó adatok. A népesség megoszlása alkoholfogyasztási szokások szerint https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0038.html (letöltés: 2024.12.18)
- KSH, Központi Statisztikai Hivatal. (2019h). Tehetünk az egészségünkért. Szűréseken való részvétel. https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/te_2019/index.html#szrsekenvalrszvtel (letöltés:2024.11.30.)
- KSH, Központi Statisztikai Hivatal. (2019i). KSH Kiadványok. Fenntartható fejlődési célok. Az egészséges élet biztosítása és a jóllét előmozdítása minden korosztály valamennyi tagjának. Szűrővizsgálatok. <https://ksh.hu/s/kiadvanyok/fenntarthato-fejlodes-indikatorai-2023/1-22-sdg-3> (letöltés: 2024.11.30)
- KSH, Központi Statisztikai Hivatal. (2019j). Fenntartható fejlődés indikátorai. A túlsúlyosak aránya. <https://ksh.hu/s/kiadvanyok/fenntarthato-fejlodes-indikatorai-2023/1-20#3-abra> (letöltés:2024.12.15.)
- KSH, Központi Statisztikai Hivatal. (2019k). Táplálkozás, tápláltság, 2019. https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/taplalkozas_2019/ (letöltés:2024.12.06.)
- KSH, Központi Statisztikai Hivatal. (2019l). Tehetünk az egészségünkért. Egészségvédelem, egészségtudatosság.

- https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/te_2019/index.html#egszsgvdeleme_gszsgtudatossg (letöltés: 2024.12.10)
- KSH, Központi Statisztikai Hivatal. (2019m). Testmozgás, 2019.
https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/testmozgas_2019/index.html
(letöltés:2024.12.15.)
- KSH, Központi Statisztikai Hivatal. (2019n). Szubjektív jóllét, mentális egészség, 2019.
https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/szubjektiv_jolet_2019/index.html#ovbbiadatokinformcik (letöltés:2024.10.20.)
- KSH, Központi Statisztikai Hivatal. (2020). Magyarország 2019. Budapest.
https://www.ksh.hu/evkonyvek/2019/magyarorszag-2019/pdf/magyarorszag_2019.pdf (letöltés:2025.09.30.)
- KSH, Központi Statisztikai Hivatal. (2024). Fenntartható fejlődés indikátorai. Krónikus betegségek előfordulási aránya az összlakosságszám arányában.
<https://ksh.hu/kiadvanyok/fenntarthato-fejlodes-indikatorai/2024/1-17>
(letöltés:2025.02.01)
- KSH, Központi Statisztikai Hivatal. (2025). *Fókuszban a vármegyék – 2025. I. negyedév*
<https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/megy/251/index.html> (letöltés:2024.10.21.)
- KSH, Központi Statisztikai Hivatal. (n.d.). *Fenntartható fejlődési célok: SDG 16 – Béke, igazságosság, erős intézmények.* <https://ksh.hu/s/kiadvanyok/fenntarthato-fejlodes-indikatorai-2022/2-19-sdg-16> (letöltés:2024.12.21.)
- Kuehl, K. S., Elliot, D. L., Goldberg, L., MacKinnon, D. P., Vila, B. J., Smith, J., Miočević, M., O'Rourke, H. P., Valente, M. J., DeFrancesco, C., Sleight, A., & McGinnis, W. (2014). The safety and health improvement: enhancing law enforcement departments study: feasibility and findings. *Frontiers in public health*, 2, 38.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2014.00038>
- Kuehl, K. S., Elliot, D. L., MacKinnon, D. P., O'Rourke, H. P., DeFrancesco, C., Miočević, M., Valente, M., Sleight, A., Garg, B., McGinnis, W., & Kuehl, H. (2016). The SHIELD (Safety & Health Improvement: Enhancing Law Enforcement Departments) Study: Mixed Methods Longitudinal Findings. *Journal of occupational and environmental medicine*, 58(5), 492–498.
<https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000716>.
- Kuhns, J. B., Maguire, E. R. & Leach, N. R. (2015). *Health, Safety, and Wellness Program Case Studies in Law Enforcement*. Office of Community Oriented Policing Service. Washington DC

- Kukucska, D., Whitehall, J., Shorter, G.W., Howlett, N., Wyld, K. & Chater, A. M. (2023). A Systematic Review of Positive Psychology Interventions (PPIs) to Improve the Health Behaviours, Psychological Wellbeing and/or Physical Health of Police Staff. *J Police Crim Psych* 38, 728–742.
<https://doi.org/10.1007/s11896-023-09579-1>
- Kun Á. (2005). Mentális egészség és egészségmagatartás a társas tényezők tükrében In Münnich Á. (szerk.), *A mentális egészséget és egészségmagatartást befolyásoló tényezők* Didakt kiadó Debrecen
- Kurtessis, J. N., Eisenberger, R., Ford, M. T., Buffardi, L. C., Stewart, K. A. & Adis, C. S. (2017). Perceived Organizational Support: A Meta-Analytic Evaluation of Organizational Support Theory. *Journal of Management*, 43(6), 1854-1884.
<https://doi.org/10.1177/0149206315575554>
- Lalonde, M. (1974). *The new perspective on the health of Canadians. A working document.* Ottawa Minister of Supply and Service Canada. <https://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- Lampek K. (2004). *Az iskolai végzettség és az egészségi állapot kapcsolata. Egészség szociológiai vizsgálat a lakosság egészségi állapotában bekövetkező változások megismerésére a magyarországi társadalmi-gazdasági átalakulás időszakában.* [Nem publikált doktori értekezés] Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar.
- Lampek K., Boros J. & Füzesi Zs. (2022). Egészségmagatartás. In Boncz I., Lampek K. & Pusztfalvi H. (szerk.), *Kézikönyv az egészségfejlesztéshez* (pp. 37-55). Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar
<https://www.etk.pte.hu/public/upload/files/efop343/KezikonyvAzEgeszegfejleszteshez2022net.pdf> (letöltés: 2024.09.17)
- Lehota J., Németh N. & Gyenge B. (2015). Fogyasztói szokások felmérése az étrend-kiegészítők körében az étel-miszer-biztonság szempontjából – demokutatás. *GAZDÁLKODÁS: Scientific Journal on Agricultural Economics, Karoly Robert University College*, 59(6), 1-20.
<https://ageconsearch.umn.edu/record/253791/?v=pdf> (letöltés ideje: 2024.12.10.)
- Lengyel Zs. (2008). A katonai pályaszocializáció néhány sajátosságáról *Hadtudományi Szemle*, 2008. 1. (1), 69-74.

- Lockie, R. G., Dawes, J. J., & Orr, R. M. (2022). Health and fitness data for police officers within a health and wellness program: Implications for occupational performance and career longevity. *WORK*, 73(3), 1059–1074. <https://doi.org/10.3233/WOR-211089>
- Lubics O., Vadai K., Magyaródi T. & Nagy H. (2024). Az élettél való elégedettség és a boldogságtól való félelem vizsgálata a Big Five személyiségfaktorok, valamint különböző demográfiai változók mentén. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 25(1), 1-12. <https://doi.org/10.1556/0406.2024.00017>
- Mácsár G., Bognár J. & Plachy J. (2017). Sportolási és életmódszokások kérdőíves vizsgálata a Budapesten szolgálatot teljesítő rendőrállomány körében. *Recreation*, 7(3), 13–15. <https://doi.org/10.21486/recreation.2017.7.3.1>
- Magasvári A. & Szakács É. (2021). Pályakezdőkkel kapcsolatos kompetenciaelvárások a közszolgálatban. *Belügyi Szemle*, 69(8), 1411-1427. <https://doi.org/10.38146/BSZ.2021.8.5>
- Magnavita, N., Capitanelli, I., Garbarino, S. & Pira, E. (2018). Work-related stress as a cardiovascular risk factor in police officers: a systematic review of evidence. *International archives of occupational and environmental health*, 91(4), 377–389. <https://doi.org/10.1007/s00420-018-1290-y>
- Malét-Szabó E. & Horváth F. (2014). Az új vezető kiválasztási eljárás és a biztonság kapcsolata. In Hegedűs J. (szerk.), Tanulmánykötet a belügyi vezető kiválasztási eljárásról. (pp. 13-19). Belügyminisztérium. <https://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>(letöltés ideje:2024.12.28.)
- Malét-Szabó E. & Takács-Fehér M. (2021). A Kétlépcsős Integrált Alkalmasságvizsgáló Rendszer – a tudomány válasza a rendvédelmi hivatásos állomány alkalmasságvizsgálatának kihívásaira. *Belügyi Szemle*, 69(8), 1385-1409. <https://doi.org/10.38146/BSZ.2021.8.6>
- Malét-Szabó E. (2015). Egészség és hatékonyság: A magyar rendőrségen folyó pszichológiai tevékenységek kettős célkitűzése. In Balázs K. (Szerk.), *Alkalmazott pszichológiai tanulmányok a Szociál- és Munkapszichológiai Tanszék fennállásának 25. évfordulójára* (pp. 87–110). Debreceni Egyetem.
- Malét-Szabó E. (2023). A rendvédelmi szervek irányítói kompetenciák fogalma, helye és szerepe. In Malét-Szabó E., Münnich Á., Balázs K., Hidegkuti I. & Hőgye-Nagy Á. (szerk.), *A rendvédelmi szervek irányítói feladataira történő kompetencia alapú kiválasztás* (Tanulmánykötet) (pp. 7-16) Budapest Belügyminisztérium

https://bm-tt.hu/wp-content/uploads/2023/12/Iranytesz_PDF.pdf

(letöltés:2024.10.16.)

- Malét-Szabó E., Balázs K., Kurucz Gy. & Münnich Á. (2021). Kompetenciarendszerek kialakítási és mérési módszertana a belügyi alkalmasságvizsgálati rendszerben. *Belügyi Szemle*, 69(8), 1361-1383. <https://doi.org/10.38146/BSZ.2021.8.4>
- Malét-Szabó E., Hegyi H., Hegedűs J., Szeles E. & Ivaskevics K. (2018). Rendőri alapkompenciák az egységes közszolgálati alapkompenciák tükrében. *Rendőrségi Tanulmányok*. 1(1), 15-74.
- Malét-Szabó E., Münnich Á., Balázs K., Hidegkuti I. & Högye-Nagy Á. (2023a). A rendvédelmi szervek irányítói feladataira történő kompetencia alapú kiválasztás (Tanulmánykötet) Budapest Belügyminisztérium https://bm-tt.hu/wp-content/uploads/2023/12/Iranytesz_PDF.pdf (letöltés: 2024.10.16.)
- Malét-Szabó E., Münnich Á., Fodor Sz. & Olajos T. (2023b). A rendészeti tehetségek kompetencia alapú kiválasztási rendszere (Tanulmánykötet) Budapest Belügyminisztérium https://bm-tt.hu/wp-content/uploads/2023/12/Rendeszeti-tehetségek-kompetencia-alapu_PDF.pdf (letöltés: 2024.10.16.)
- Malét-Szabó, E. (2014). Az új belügyminisztériumi vezető kiválasztási eljárás rövid bemutatása. In Hegedűs J. (szerk), *Tanulmánykötet a belügyi vezető-kiválasztási eljárásról*. (pp. 60-66). Belügyminisztérium.
- Malét-Szabó, E. (2020). A rendvédők pszichológiája. In Haller J. (szerk.), *Rendeszeti pszichológia*. (pp.185-242). Ludovika Egyetemi Kiadó Nonprofit Kft. https://nkerepo.uni-nke.hu/xmlui/bitstream/handle/123456789/15779/834_Rendeszeti%20pszichologia_E.pdf;jsessionid=C072FC7BD01F14AAB24855A47DD53899?sequence=1 (letöltés ideje:2024.10.14.)
- Maraj, I., Makaryus, J. N., Ashkar, A., McFarlane, S. I., & Makaryus, A. N. (2013). Hypertension management in the high cardiovascular risk population. *International journal of hypertension*, 7, 382802. <https://doi.org/10.1155/2013/382802>
- Maria, A.S., Wolter, C., Gusy, B., Kleiber, D., & Renneberg, B. (2018). The Impact of Health-Oriented Leadership on Police Officers' Physical Health, Burnout, Depression and Well-Being. *Policing: A Journal of Policy and Practice*. 13(2), 186–200. <https://doi.org/10.1093/police/pay067>
- Masiero, M., Oliveri, S., Cutica, I., Monzani, D., Faccio, F., Mazzocco, K., & Pravettoni, G. (2020). The psychometric properties of the Italian adaptation of the Health

- Orientation Scale (HOS). *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(69), <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01298-z>
- Mateos-Lardiés, A. M., López-García, P., Morillo, D., Olaya, B., Tobiasz-Adamczyk, B., Koskinen, S., Leonardi, M., Maria Haro, J., Chatterji, S., Ayuso-Mateos, J. L., Cabello, M., & Miret, M. (2022). Relación entre los estilos de vida saludables y el bienestar subjetivo: estudio observacional europeo [Relationship between healthy lifestyle behaviours and subjective wellbeing: an european observational study.]. *Revista española de salud pública*, 96, e202210078.
- Mawditt, C., Sacker, A., Britton, A., Kelly, Y. & Cable, N. (2016). The clustering of health-related behaviours in a British population sample: Testing for cohort differences. *Preventive Medicine*, 88, 95-107. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.03.003>
- McMichael A. J. (1976). Standardized mortality ratios and the "healthy worker effect": Scratching beneath the surface. *Journal of Occupational Medicine*, 18(3), 165–168. <https://doi.org/10.1097/00043764-197603000-00009>
- MDOSZ (2021). Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége Okostányér <https://mdosz.hu/hun/wp-content/uploads/2016/03/okostanyer.pdf> (letöltés:2024.12.03.)
- Meader, N., King, K., Moe-Byrne, T., Wright, K., Graham, H., Petticrew, M., Power, C., White, M. & Sowden, A. J. (2016). A systematic review on the clustering and co-occurrence of multiple risk behaviours. *BMC Public Health*, 16, 657. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3373-6>
- Michie, S., Atkins, L. & West, R. (2014). *The Behaviour Change Wheel*. Great Britain: Silverback.
- Michie, S., van Stralen, M. M. & West, R. (2011). The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation science*, 6(42) <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>
- Michie, S., West, R., Campbell, R., Brown, J. & Gainforth H. (2014). *ABC of Behaviour Change Theories*. Great Britain: Silverback.
- Monostori J., Őri P. & Spéder Zs. (2021). *Demográfiai portré 2021. Jelentés a magyar népesség helyzetéről*. KSH Népességtudományi Kutatóintézet.
- Moravcsik-Kornyicki Á. & R. Fedor A. (2021). Az egészség komplex megközelítése, mint az egészségszociológiai vizsgálatok elméleti kerete. *Acta Medicinae et Sociologica*, 12(32), 24-49. <https://doi.org/10.19055/ams.2021.05/31/2>

- Morrison, V. L., Holmes, E. A., Parveen, S., Plumpton, C. O., Clyne, W., De Geest, S., Dobbels, F., Vrijens, B., Kardas, P., & Hughes, D. A. (2015). Predictors of self-reported adherence to antihypertensive medicines: a multinational, cross-sectional survey. *Value in health: the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 18(2), 206–216.
<https://doi.org/10.1016/j.jval.2014.12.013>.
- Mudryj, A. N., Riediger, N. D. & Bombak, A. E. (2019). The relationships between health-related behaviours in the Canadian adult population. *BMC Public Health*, 19, 1359.
<https://doi.org/10.1186/s12889-019-7674-4>
- Münnich Á., Nagy Á. & Abari K. (2006). *Többváltozós statisztika pszichológus hallgatók számára*. Bölcsész Konzorcium, Debrecen, 2006.
<https://psycho.unideb.hu/statisztika/index2.html>
- Nagy H. (2019) A pozitív pszichológia alkalmazása a klinikai és egészségpszichológiában. ELTE Eötvös kiadó
- Nagybányai Nagy O. (2006). Pszichológiai tesztek reliabilitása. In Rózsa S., Nagybányai Nagy o. & Oláh A. (szerk.), *A pszichológiai mérés alapjai*. Bölcsész Konzorcium. 103-116.
- Naidoo, J. & Wills, J. (1999). *Egészségmegőrzés*. Medicina.
- Nárai E. (2009). *Egészségstílus szegmentáció, egészség-attitűdök*. [Nem publikált doktori értekezés] Eötvös Lóránd Tudományegyetem, Pedagógiai és Pszichológiai Kar Pszichológiai Doktori Iskola.
- Nemcsik J., Takács J., Pásztor D., Farsang Cs., Simon A., Páll D., Torzsa P., Dolgos Sz., Koller Á., Habony N. & Járari Z. (2024). A rendelői vérnyomásmérések gyakorisága és a vérnyomás szezonális ingadozása hazánkban: a Magyar Hipertónia Regiszter eredményei. *Hypertonia és Nephrologia*, 28(4), 152-158.
<https://doi.org/10.33668/hn.28.023>
- Németh B. & Fritz P. (2021). Táplálkozási ajánlások fejlődése, gyakorlati használatának lehetőségei. *Recreation*, 11, 8-12. <https://doi.org/10.21486/recreation.2021.11.1.1>
- Németh J. & Sallai J. (2020). A Rendőrség kialakulása. 100 éves a Rendőrség. Zsaru magazin Különszám (17). 2-3.
- Nero, J.W., Campbell, M.A., Doyle, J.N. & Meagher J. (2022). The Link Between Social Support and Psychological Vulnerability Among Canadian Police Officers. *Journal of Police Criminal Psychology*, 37(2), 1-15. <https://doi.org/10.1007/s11896-022-09505-x>

- Neutel, C. I. & Campbell, N. (2008). Changes in lifestyle after hypertension diagnosis in Canada. *The Canadian journal of cardiology*, 24(3), 199–204.
[https://doi.org/10.1016/s0828-282x\(08\)70584-1](https://doi.org/10.1016/s0828-282x(08)70584-1).
- NIOSH. (2016). Fundamentals of total worker health approaches: essential elements for advancing worker safety, health, and well-being. *Lee MP, Hudson H, Richards R, Chang CC, Chosewood LC, Schill AL, on behalf of the NIOSH Office for Total Worker Health*. Cincinnati, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health. https://www.cdc.gov/niosh/docs/2017-112/pdfs/2017_112.pdf?id=10.26616/NIOSH-PUB2017112&i (letöltés:2025.03.13.)
- Noble, N., Paul, C., Turon, H. & Oldmeadow, C. (2015). Which modifiable health risk behaviours are related? A systematic review of the clustering of Smoking, Nutrition, Alcohol and Physical activity ('SNAP') health risk factors. *Preventive medicine*, 81, 16–41. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.07.003>
- Nordin, M., Westerholm, P., Alfredsson, L., & Akerstedt T. (2012). Social support and sleep. Longitudinal relationships from the WOLF-Study. *Psychology*, 3(12/A). 1223–1230. <https://doi.org/10.4236/psych.2012.312A181>
- Novák A., Nyakas Cs., Rázsó Zs. & Sótér A. (2019). Egészségmagatartási tényezők klaszteranalízise a Magyar Honvédségben. *Testnevelés, sport, tudomány*, 4(3-4), 42–52. <https://doi.org/10.21846/TST.2019.3-4.4>
- Nuttal, F. Q. (2015). Body Mass Index: Obesity, BMI and Health: A critical Review. *Nutrition Today*, (50)3, 117–128. <https://doi.org/10.1097/NT.0000000000000092>
- Ocsosvzky Zs., Rafael B., Martos T., Csabai M., Bagyura Zs., Sallay V. & Merkely B. (2020). A társas támogatás és az egészséges életmód összefüggései *Orvosi Hetilap*, 161(4), 129–138. <https://doi.org/10.1556/650.2020.31625>
- OECD, European Observatory on Health Systems and Policies (2023). *Magyarország: Egészségügyi országprofil 2023*. OECD. <https://doi.org/10.1787/5adc0e05-hu>
- Olajos T. & Fodor T. (2021). Az új rendvédelmi tehetségmenedzsment-rendszer tudományos megalapozása I. Tehetséges személyek a munka világában. *Belügyi Szemle*, 69(8), 1429–1447. <https://doi.org/10.38146/BSZ.2021.8.7>
- Olsen, J. A., Chen, G. & Lamu, A. N. (2023). The relative importance of education and health behaviour for health and wellbeing. *BMC Public Health*, 23(1), <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16943-7>

- Oo, H., Sakunhongsoophon, S., Terathongkum, S. (2018). Factors Related to Health Behaviors in Persons with Hypertension, Myanmar. *Makara Journal of Health Research* 22(3), 107-114. <https://doi.org/10.7454/msk.v22i3.10018>.
- ORFK Személyügyi Főigazgatóság (2016). „A Rendőrség Egészségfejlesztési és Egészségvédelmi Programja 2017-2021” (Élet-Erő-Egészség Program). https://my.police.hu/wp-content/uploads/2020/01/102_79_55_2016-%C3%89let-Er%C5%91-Eg%C3%A9szs%C3%A9g-program.pdf (letöltés:2023.11.12.)
- Országos Egészségfejlesztési Intézet (2007). *Egészségfejlesztés és Népegészségügy az Európai Unióban*. Egészségfejlesztési Módszertani Füzetek.
- Országos Rendőrfőkapitányság. (2020). *100 éves a rendőrség: Történeti áttekintés* (Zsaru melléklet, 2020/17). https://www.police.hu/sites/default/files/Zsaru_17_mell.pdf
- Országos Rendőr-főkapitányság. (n.d.). *A rendőrség szervezete*. A magyar rendőrség hivatalos honlapja. <https://www.police.hu/a-rendorsegrol/testulet/altalanosan/a-rendorseg-szervezete> (letöltés: 2025. augusztus 7.)
- Országgyűlés Hivatala, Képviselői Információs Szolgálat. (2023). *Infotabló 2023/17: Közbiztonság, rendőrség 2023*. Országgyűlés. https://www.parlament.hu/documents/10181/64399656/Infotablo_2023_17_kozbiztonsag_rendorseg_2023.pdf/e4f7b4e2-3ab5-cb82-c079-c8168426dcd7?t=1684243845856
- Országgyűlés Hivatala, Közgyűjteményi és Közművelődési Igazgatóság Képviselői információs szolgálat. (2021). *Európai lakossági egészségfelmérés 2019* https://www.parlament.hu/documents/10181/39233533/Infotablo_2021_34_europai_lakossagi_egeszsegfelmeres.pdf/6bc21158-5140-0fd6-ea21-d3dc55ebf824?t=1631863074168 (letöltés:2024.12.17)
- Országgyűlés. (2018). *Rendvédelmi életpálya* (Infojegyzet, 2018/21). https://www.parlament.hu/documents/10181/1479843/Infojegyzet_2018_21_rendvedelmi_eletpalya.pdf/0179c49b-b748-8587-2d13-86e60ecff365
- Padhy, M., Ralte, L., Padiri, R. A., & Chelli, K. (2023). Well-being of police personnel: Role of perceived social support and perceived control of internal states. *The Police Journal* 96(2), 318-330. <https://doi.org/10.1177/0032258X221085689>
- Padmanabhan, A., Thayyil, J., Alan, G., & Kumar, S. (2024). Cardiovascular Risk Factors and Metabolic Syndrome among Police Officers in Kozhikode Corporation. *Indian journal of occupational and environmental medicine*, 28(1), 45–48. https://doi.org/10.4103/ijoom.ijoom_11_23

- Paksi B. & Arnold P. (2021). Alkoholfogyasztás. In Paksi B. & Demetrovics Zs. (szerk.), *Addiktológiai problémák Magyarországon. Helyzetkép a lakossági kutatások tükrében. I. Szerhasználó magatartások.* (pp. 106-143). ELTE PPK - LHarmattan Kiadó.
- Paksi B., Pillók P., Magi A., Demetrovics Zs. & Felvinczi K. (2021). Az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról 2019 (OLAAP) reprezentatív lakossági felmérés módszertana. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*. 23(1), 184-207.
- Palmer, B., Donaldson, C. & Stough, C. (2002). Emotional intelligence and life satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 33(7), 1091–1100.
[https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00215-X](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00215-X)
- Papdi J. Á. & Rikkné Benkei R. (2011). Hogyan mértük fel a lakosság egészségi állapotát? *Területi statisztika*. 51(3), 297-306.
- Papp-Zipernovszky O., Kékesi M. Z. & Jámboři Sz. (2017). Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás Kérdőív magyar nyelvű validálása. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 18(3), 230-262. <https://doi.org/10.1556/0406.18.2017.011>
- Patterson, G. T. (2003). Examining the effects of coping and social support on work and life stress among police officers. *Journal of Criminal Justice*, 31(3), 215–226.
[https://doi.org/10.1016/S0047-2352\(03\)00003-5](https://doi.org/10.1016/S0047-2352(03)00003-5)
- Patyi A. & Barnucz N. (2020). A közszolgálati és rendészeti felsőoktatás néhány időszerű kihívása. *Új Magyar Közigazgatás*, 13(4), 1-12.
- Pavlik G. (2015). A rendszeres fizikai aktivitás szerepe betegségek megelőzésében, az egészség megőrzésében. *Egészségtudomány*. 59(2), 11-26.
<https://egeszsegtudomany.higienikus.hu/cikk/2015-2/2015-2.pdf>. (letöltés ideje: 2024.12.15.)
- Pécsi K. (2016). Egyéves az új rendvédelmi életpályamodell I. Az életpályamodell előkészítése. *Magyar Rendészet*, 16(6), 25-41.
- Pénzes M., Mikesy G., Kenesei-Kalló A., Jóni A. D., Lengyel L., Bertókné Tamás R., Árváné Egri Cs., Gál V. & Joó, T. (2024). „Egészségpart” mobil nyári szűrő- és egészség-educációs programsorozat: a 2021–2023. évek között megvalósult programok értékelése. *IME Innováció Menedzsment Egészségügy*, 23(1), 39-48.
<https://doi.org/10.53020/IME-2024-106>

- Pesti T. (2021). Rendőrségi kultúra – A tisztképzés és a szervezeti keretek elméleti vizsgálata az előítéletek elleni fellépés tükrében. *Belügyi Szemle*, 69(5), 781-798. <https://doi.org/10.38146/BSZ.2021.5.4>
- Pfau C., Molnár A. & Dorog, K. (2022). A táplálkozási szokások változása a pandémia alatt. *Táplálkozásmarketing*, 9(1), 3-53. <https://doi.org/10.20494/TM/9/1/4>
- Pfau C., Müller A., Bács Z. & Bácsné Bába É. (2018). Az egészséges táplálkozás szerepe és jelentősége. *Táplálkozásmarketing*, 5(1), 49-63. <https://doi.org/10.20494/TM/5/1/4>
- Pfau Ch., Pető K. & Bácsné Bába, É. (2019). A fizikai aktivitás mint egészségbefektetés. *Egészségfejlesztés*, 60(1), 31-44. <https://doi.org/10.24365/ef.v60i1.354>
- Picard, M., Juster, R. & Sabiston, C. (2013). Is the whole greater than the sum of the parts? Self-rated health and transdisciplinarity. *Health*, 5(12A), 24-30. <https://doi.org/10.4236/health.2013.512A004>
- Pikó B. & Piczil M. (2006). A pszichoszociális munkakörnyezeti jellemzők összefüggése az életelégedettséggel nővérek körében. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7(4). <https://doi.org/10.1556/Mental.7.2006.4.3>
- Pikó B. (2001). A nővéri munka magatartástudományi vizsgálata: pszichoszomatikus tünetek - munkahelyi stressz - társas támogatás. *Lege Artis Medicinae*, 11(4), 318-325.
- Piljs, L. T., Feskens, E. J. & Kromhout, D. (1993). Self-rated health, mortality, and chronic diseases in elderly men. The Zutphen Study, 198-1990. *American journal of epidemiology*, 138(10), 840-848. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a116787>.
- Pirger T. (2016). A rendvédelmi szervek hivatásos állományú dolgozóinak véleménye a szervezeti kultúráról nemek szerint bontásban. *Belügyi Szemle*, 64(2) 57-66 <http://doi.org/10.38146/BSZ.2016.2.4>
- Pitsavos, C., Miliadis, G. A., Panagiotakos, D. B., Xenaki, D., Panagopoulos, G. & Stefanadis, C. (2006). Prevalence of self-reported hypertension and its relation to dietary habits, in adults; a nutrition & health survey in Greece. *BMC public health*, 6(206), <https://doi.org/10.1186/1471-2458-6-206>.
- Queirós, C., Passos, F., Bártolo, A., Marques, A. J., da Silva, C. F., & Pereira, A. (2020). Burnout and Stress Measurement in Police Officers: Literature Review and a Study With the Operational Police Stress Questionnaire. *Frontiers in psychology*, 11, 587. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00587>

- Rabel, M., Laxy, M., Thorand, B., Peters, A., Schwettmann, L. & Mess, F. (2019). Clustering of Health-Related Behavior Patterns and Demographics. Results From the Population-Based KORA S4/F4 Cohort Study. *Frontiers in Public Health*, (6), 387. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00387>
- Rácz J. (2013). Relapszusprevenció drogfüggőknél: pszichoterápiás és farmakoterápiás lehetőségek. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 15(4), 232-238.
- Rákóczi I., Sárváry A., Gyulai A., Takács P. & Jávorné Erdei, R. (2019). A felnőtt lakosság dohányzási szokásai Nyíregyházán. *Egészségfejlesztés*, 60(5), 76-86. <https://doi.org/10.24365/ef.v60i5.522>
- Redman, T., & Snape, E. (2006). The Consequences of Perceived Age Discrimination Amongst Older Police Officers: Is Social Support a Buffer? *British Journal of Management*, 17(2), 167–175. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8551.2006.00492.x>
- Rendőri hivatás etikai kódexe (nd.) <https://www.police.hu/hu/a-rendorsegrol/testulet/altalanosan/a-rendori-hivatas-etikai-kodexe> (letöltés: 2023.10.05.)
- Révai R. (2010). *Az egészségi alkalmasság vizsgálatok és a prevenció szerepe a megváltozott életkörülmények és veszélyhelyzetek tükrében a Rendészeti szerveknél.* [Nem publikált doktori értekezés] Zrínyi Miklós Nemzetvédelmi Egyetem Bolyai János Katonai Műszaki Kar Katona Műszaki Doktori Iskola.
- Richmond, R. L., Kehoe, L., Hailstone, S., Wodak, A. & Uebel-Yan, M. (1999). Quantitative and qualitative evaluations of brief interventions to change excessive drinking, smoking and stress in the police force. *Addiction*, 94(10), 1509–1521. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1999.941015097.x>
- Richmond, R. L., Wodak, A., Kehoe, L. & Heather, N. (1998). How healthy are the police? A survey of life-style factors. *Addiction*. 93(11), 1729–1737. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1998.9311172910.x>
- Ross, C. E. & Wu, C. (1995). The Links between Education and Health, *American Sociological review*, 60(5), 719-745.
- Rosseel, Y. (2012). lavaan: An R Package for Structural Equation Modeling. *Journal of Statistical Software*, 48, 1–36. <https://doi.org/10.18637/jss.v048.i02>
- Russell, D. W., Altmaier, E. & Van Velzen, D. (1987). Job-related stress, social support, and burnout among classroom teachers. *Journal of Applied Psychology*, 72(2), 269–274. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.72.2.269>

- Saffari, M., Sanaeinasab, H., Jafarzadeh, H., Sepandi, M., O'Garro, K. N., Koenig, H. G., & Pakpour, A. H. (2020). Educational Intervention Based on the Health Belief Model to Modify Risk Factors of Cardiovascular Disease in Police Officers in Iran: A Quasi-experimental Study. (*Abstract*) *Journal of preventive medicine and public health = Yebang Uihakhoe chi*, 53(4), 275–284. <https://doi.org/10.3961/jpmpmh.20.095>
- Saha, A., Sahu, S. & Paul, G. (2010). Evaluation of cardio-vascular risk factor in police officers. *International Journal of Pharma and Bio Sciences*, 1(4), 263-271.
- Salavecz Gy. (2011). A munkahelyi stressz és az egészség összefüggései hazai és nemzetközi viszonylatban. [Nem publikált doktori értekezés]. Semmelweis Egyetem, Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola.
- Salavecz Gy., Neculai K., Rózsa S. & Kopp M. (2006). Az erőfeszítés-jutalom-egyensúlytalanság kérdőív magyar változatának megbízhatósága és érvényessége. *Mentálhigiéné és pszichoszomatika*, 7(3), 231–246. <https://doi.org/10.1556/Mental.7.2006.3.7>
- Sallai J. (2015). A magyar rendészettudomány etablációja. *Belügyi Szemle*, 6(1), 5-28. <https://doi.org/10.38146/BSZ.2015.6.1>
- Sallai J. (2020). Rendészet, rendőr, rendfenntartás, rendőrség, rendvédelem. *Pécsi Határőr Tudományos Közlemények*. (22), 105-110.
- Sallai J. (2022). Rendészet a szocializmus első évtizedeiben. *Polymatheia Művelődés- és neveléstörténeti folyóirat*, 19(1-2), 82-96. <https://doi.org/10.51455/Polymatheia.2022.1-2.05>
- Sándor J. (2023). Szűrővizsgálatok értékelési szempontjai. In Ádány R., Kiss I., Paulik E., Sándor J. & Ungvári Z. (szerk.), *Megelőző orvostan és népegészségügy*. (pp. 96-106). Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Sandri, E., Capoferri, M., Luciani, G., & Piredda, M. (2025). The Link Between Physical Activity, Nutrition, and Health: A Cross-Sectional Study with Multivariate Analysis in a Young and Predominantly Female Spanish Sample. *Nutrients*, 17(9), 1486. <https://doi.org/10.3390/nu17091486>
- Sárközi I. (2008). *Nők a rendészetben*. [Nem publikált doktori értekezés]. Zrínyi Miklós Nemzetvédelmi Egyetem, Hadtudományi Doktori Iskola.
- Sárváry A., Szelesné Árokszállási A., Gyulai A. & Jávorné Erdei R. (2019). Nyíregyháza felnőtt lakosságának táplálkozási szokásai, tápláltsági állapota. *Egészségfejlesztés*. 60(5), 28-35. <https://doi.org/10.24365/ef.v60i5.515>

- Sass J. (2011). *Szervezeti érzelmek és szervezeti bizalom* (tananyag). Budapesti Corvinus Egyetem. <https://adoc.pub/kesztette-sass-judit.html>
- Scheltens, T., Beulens, J. W., Verschuren, W. M., Boer, J. M., Hoes, A. W., Grobbee, D. E. & Bots, M. L. (2010). Awareness of hypertension: will it bring about a healthy lifestyle? *Journal of human hypertension*, 24(9), 561–567. <https://doi.org/10.1038/jhh.2010.26>.
- Schramme, T. (2023). Health as Complete Well-Being: The WHO Definition and Beyond. *Public Health Ethics*, 16(3), 210-218. <https://doi.org/10.1093/phe/phad017>
- Schuit, A. J., van Loon, A. J., Tijhuis, M. & Ocké, M. (2002). Clustering of lifestyle risk factors in a general adult population. *Preventive medicine*, 35(3), 219–224. <https://doi.org/10.1006/pmed.2002.1064>
- Schultz, A. B. & Edington, D. W. (2007). Employee Health and Presenteeism: A Systematic Review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17, 547–579. <https://doi.org/10.1007/s10926-007-9096-x>
- Segal, L. (1995). *Issues in the Economic Evaluation of Health Promotion in the Work Place*. National Health and Medical Research Council, National Centre for Health Program Evaluation.
- Sherwood, L., Hegarty, S., Vallières, F., Hyland, P., Murphy, J., Fitzgerald, G. & Reid, T. (2019). Identifying the Key Risk Factors for Adverse Psychological Outcomes Among Police Officers: A Systematic Literature Review. *Journal of traumatic stress*, 32(5), 688–700. <https://doi.org/10.1002/jts.22431>
- Shields, G. S., Spahr, C. M. & Slavich, G. M. (2020). Psychosocial Interventions and Immune System Function: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Clinical Trials. *JAMA Psychiatry*. 77(10), 1031–1043. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0431>
- Siegrist, J. (1996). Adverse Health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27–41. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.1.1.27>
- Silva, D. A., Peres, K.G., Boing, A.F., González-Chica, D. A. & Peres, M.A. (2013). Clustering of risk behaviors for chronic noncommunicable diseases: a population-based study in southern Brazil. *Preventive Medicine*. 56(1), 20-24. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.10.022>

- Simonyi P. (2015). A táplálkozás aktuális összefüggéseiről: történet, egészség, fenntarthatóság. *Jelenkori Társadalmi és Gazdasági folyamatok*. 10(2), 53-64. <https://doi.org/10.14232/jtgf.2015.2.53-64>
- Simor P., Köteles F. & Bódizs R. (2011). Elmerülés az élményben: A Tellegen-féle Abszorpció Skála vizsgálata egyetemista mintán. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika* 12(2), 101-123. <https://doi.org/10.1556/Mental.12.2011.2.1>
- Singh, S., Gupta, B. & Mishra, P. C. (2021). Coping strategies and social support as moderators of occupational stress and mental health link among police personnel. *Industrial psychiatry journal*, 30(1), 67–73. https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_207_20
- Slater, M. D. (1996). Theory and Method in Health Audience Segmentation. *Journal of Health Communication*, 1(3), 267-284. <https://doi.org/10.1080/108107396128059>
- Smith, D. R., Devine, S., Leggat, P. A. & Ishitake, T. (2005). Alcohol and tobacco. *The Kurume medical journal*, 52(1-2), 63-65. <https://doi.org/10.2739/kurumemedj.52.63>
- Smith, R. A. (2017). Audience segmentation techniques. In *Oxford Research Encyclopedia of Communication*. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190228613.013.321>
- Snell, W. E., Johnson, G., Lloyd, P. J., & Hoover, M. W. (1991). The Health Orientation Scale: A measure of psychological tendencies associated with health. *Journal of Personality*, 5(2), 169-183. <https://doi.org/10.1002/per.2410050208>
- SPRINT Research Group, Wright, J. T., Jr, Williamson, J. D., Whelton, P. K., Snyder, J. K., Sink, K. M., Rocco, M. V., Reboussin, D. M., Rahman, M., Oparil, S., Lewis, C. E., Kimmel, P. L., Johnson, K. C., Goff, D. C., Jr, Fine, L. J., Cutler, J. A., Cushman, W. C., Cheung, A. K., & Ambrosius, W. T. (2015). A Randomized Trial of Intensive versus Standard Blood-Pressure Control. *The New England journal of medicine*, 373(22), 2103–2116. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1511939>
- Stauder A. & Konkolý Thege B. (2006). Az észlelt stressz kérdőív (PSS) magyar verziójának jellemzői. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 7(3), 203-216. <https://doi.org/10.1556/Mental.7.2006.3.4>
- Stauder, A., Witthöft, M., & Köteles, F. (2021). Validation of the Hungarian PHQ-15. A latent variable approach. A Beteg Egészségi Állapot Kérdőív Testi Tünet Skála (PHQ-15) magyar verziójának vizsgálata. *Ideggyógyászati szemle*, 74(5-6), 183–190. <https://doi.org/10.18071/isz.74.0183>
- Stellman, S. D., Boffetta, P. & Garfinkel, L. (1988). Smoking habits of 800,000 American men and women in relation to their occupations. *American journal of industrial medicine*, 13(1), 43–58. <https://doi.org/10.1002/ajim.4700130104>

- Stenlund, S., Koivumaa-Honkanen, H., Sillanmäki, L., Lagström, H., Rautava, P., & Suominen, S. (2021). Health behavior of working-aged Finns predicts self-reported life satisfaction in a population-based 9-years follow-up. *BMC public health*, 21(1), 1815. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11796-4>
- Stephoe, A. & McMunn, A. (2009). Health behaviour patterns in relation to hypertension: the English Longitudinal Study of Ageing. *Journal of hypertension*, 27(2), 224–230. <https://doi.org/10.1097/HJH.0b013e3283193e6e>.
- Strain, T., Flaxman, S., Guthold, R., Semanova, E., Cowan, M., Riley, L. M., Bull, F. C., Stevens, G. A. & Country Data Author Group. (2024). National, regional, and global trends in insufficient physical activity among adults from 2000 to 2022: a pooled analysis of 507 population-based surveys with 5·7 million participants. *The Lancet. Global health*, 12(8), 1232–1243. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(24\)00150-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(24)00150-5)
- Strauss, M., Foshag, P., Jehn, U., Vollenberg, R., Brzęk, A. & Leischik, R. (2021). Exercise capacity, cardiovascular and metabolic risk of the sample of German police officers in a descriptive international comparison. *International journal of medical sciences*, 18(13), 2767–2775. <https://doi.org/10.7150/ijms.60696>
- Susánszky É. & Székely A. (2013). A Hungarostudy 2013 felmérés módszertana. In Susánszky, É., & Szántó, Zs. (szerk.), *Magyar Lelkiállapot 2013*. (pp.13-21). Semmelweis Kiadó.
- Susánszky É., Székely A., Szabó G., Szántó Zs., Klinger A., Konkoly Thege. B. & Kopp M. (2007). A HUNGAROSTUDY egészség panel (HEP) felmérés módszertani leírása. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 8(4), 259-276. <https://doi.org/10.1556/Mental.8.2007.4.1>
- Susovits K., Bakacs M., Illés É., Feigl E. & Zenta A. (2022). „Az vagy amit megeszel”- Az egészségvesztést okozó kockázati tényezők megértése. Hazai táplálkozási felmérések legújabb eredményei - Tények, összefüggések az OTÁP és a COSI vizsgálatok tükrében OGYÉI Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet https://ogyei.gov.hu/dynamic/12_az_vagy_amit_megeszel_az_egeszseg_vesztese_get_okozo_kockazat (letöltés ideje: 2024.12.06.)
- Szabó Á. & Juhász P. (2019). A munkahelyi egészségprogramok értékteremtésének mérési lehetőségei. *Vezetéstudomány - Budapest Management Review*, 50(2), 59-71. <https://doi.org/10.14267/VEZTUD.2019.02.05>

- Szabó E. (2009). *A munkahelyi egészségpszichológia és egészségfejlesztés rendszere a Magyar Köztársaság Rendőrségén, valamint a szubjektíve észlelt munkahelyi stresszterheltség jellegzetességei-különös tekintettel az idői tényezőre – a hivatásos állományú rendőrök körében*. [Nem publikált doktori értekezés] Debreceni Egyetem. Humántudományok Doktori Iskola
- Szabó G., Susánszky É. & Szánt, Zs. (nd). *Magyarország közérzete. 25 év a lelkiállapot tükrében*. https://www.hungarostudy.hu/files/magyarorszag_kozerzete_teljes2.pdf (letöltés ideje: 2025.02.25.)
- Szakály Z. (2016). Egészségmagatartás, viselkedésváltozás és személyre szabott táplálkozás: az élethosszig tartó egészség koncepciója. In Fehér András (szerk.), *EMOK XXII. Országos konferencia 2016 Tanulmánykötet: Hitelesség és értékorientáció a marketingben*. Debreceni Egyetem gazdaságtudományi Kar. (pp.5-25). <https://emok.hu/hu/tanulmany-kereso/konferenciakotetek/d-452:egeszsegmagatartas-viselkedesvaltozas-es-szemelyre-szabott-taplalkozas> (letöltés ideje: 2024.09.17.)
- Szakály Z., Pető K., Soó M. & Sente V. (2013). Az életstílus hatása az egészségmagatartásra és a funkcionális élelmiszerek fogyasztására. *Élelmiszer, Táplálkozás és Marketing*, 9(1), 3-11.
- Szakály Z., Szabó S., Jasák H., Sente V. & Kiss M. (2014). A személyes értékek hatása az egészségmagatartás változására és a tudatos élelmiszervásárlásra. *Táplálkozásmarketing*, 1(1-2), 57-71. <https://doi.org/10.20494/TM/1/1-2/9>
- Szatmári A. (2021). Vezetői életpályamodell a Magyar Rendőrség kiválasztási rendszerében. *Magyar Rendészet*, 21(1), 81-97. <https://doi.org/10.32577/mr.2021.1.6>
- Szilás R. (2011). *Munkahelyi stressz és szervezeti igazságosság* [Nem publikált doktori értekezés] Budapesti Corvinus Egyetem. Gazdálkodástani Doktori Iskola.
- Szilás R. (2014). A szervezeti igazságosság hatása a munkahelyi stressz kialakulásának folyamatára. *Munkaügyi Szemle*, 58(1), 56–65.
- Szőke K., Tistyán L. & Füzesi Zs. (2019). Közösségi részvételre alapozott egészségtervezés Magyarországon. *Egészségfejlesztés*, 60(3), 21-28. <https://doi.org/10.24365/ef.v60i3.483>
- Szűcs Zs. (2016). OKOSTÁNYÉR® – új táplálkozási ajánlás a hazai felnőtt lakosság számára. *Egészségfejlesztés*, 57(4), 68-70. <https://doi.org/10.24365/ef.v57i4.80>

- T. Kárász, J., Nagybányai Nagy, O., Széll, K. & Takács, S. (2022). Cronbach-alfa: vele vagy nélküle? *Magyar Pszichológiai Szemle*, 77(1), 81-98. <https://doi.org/10.1556/0016.2022.00004>
- Takács J. (2020). *Fizikai aktivitás és mentális jóllét - A testmozgás szerepe a depressziós és/vagy szorongásos tünetek megelőzésében és kezelésében, valamint az alvásminőség javításában*. [Nem publikált doktori értekezés]. Testnevelési Egyetem Sporttudományok Doktori Iskola.
- Tan, F. C. J. H., Oka, P., Dambha-Miller, H. & Tan, N. C. (2021). The association between self-efficacy and self-care in essential hypertension: a systematic review. *BMC family practice*, 22(44), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01391-2>.
- Tanyi Zs., Mészáros V., Kovác, D., Jakubovits E., Ferenczi A., Smohai M., Szili I. & Kövi Zs. (2021). Az életminőség, a kronotípus, az alvásminőség és más pszichoszociális tényezők kapcsolata teljes állásban dolgozó munkavállalók körében. Egy pilot vizsgálat eredményei. *Psychologia Hungarica Caroliensis*, 9(1), 52-71. <https://doi.org/10.52993/PSYHUNG.9.2021.1.4>
- Tegyey A. C. (2018). Eltérő szakterületek a szervezeti kultúrában. In Farkas J. & Horváth J. (szerk.), *Szervezeti kultúrák és kutatásuk*. (pp.139-156). Nemzeti Közszoigálati Egyetem.
- Teleki Sz. Á. (2022). *Szív-ügyünk- A szívkoszorúér-megbetegedések bio-pszicho-szociális szempontjai, az elsődleges, másodlagos és harmadlagos megelőzés lehetőségei*. Budapest. Akadémia Kiadó
- Tharkar, S., Kumpatla, S., Muthukumaran, P. & Viswanathan, V. (2008). High prevalence of metabolic syndrome and cardiovascular risk among police personnel compared to general population in India. *The Journal of the Association of Physicians of India*, (56), 845–849.
- Tobias, M., Jackson, G., Yeh, L. C. & Huang, K. (2007). Do healthy and unhealthy behaviours cluster in New Zealand? *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 31(2), 155-163. <https://doi.org/10.1111/j.1753-6405.2007.00034.x>
- Togas, C. & Parlalis, S. (2021). Translation and Psychometric Evaluation of the Health Orientation Scale in a Greek Speaking Sample (Greece-Cyprus). *Health psychology research*, 9(1), <https://doi.org/10.52965/001c.24766>
- Tokaji Károlyné, Faragó M. & Boros J. (2011). Objektíven szubjektív. *Statisztikai Szemle*, 89(7-8), 768-789.

- Törőcsik M. & Szűcs K. (2019). A hazai életstílus-kutatások történeti áttekintése . *Vezetéstudomány*, 50(12), 99-111. <https://doi.org/10.14267/VEZTUD.2019.12.09>
- Törőcsik M., Szűcs K., Nagy Á. & Lázár E. (2019). Életstíluscsoportok Magyarországon a digitalizáció korában. *Életstílus kutatások és a marketing. Replika*, (111), 63-86. <http://doi.org/10.32564/111.5>
- Tózsér E. (2022). *A Magyar Rendőrség szervezeti kultúrájának főbb jellemzői szervezetpszichológiai vizsgálatok eredményének tükrében*. [Nem publikált doktori disszertáció]. Nemzeti Közszerológati Egyetem, Rendészettudományi Doktori Iskola.
- Uchino, B. N., Cacioppo, J. T., & Kiecolt-Glaser, J. K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological bulletin*, 119(3), 488–531. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.119.3.488>
- Urbán R. & Péntes M. (2021). Dohányzás és e-cigaretta-használat. In Paksi B. & Demetrovics Zs. (szerk.), *Addiktológiai problémák Magyarországon. Helyzetkép a lakossági kutatások tükrében. I. Szerhasználó magatartások*. (pp.166-197). LHarmattan Kiadó.
- Urbán R. (2001). Útban a magatartásszemponú egészségpszichológia felé: egészségmagatartás pszichológiai elemzése. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 56(4), 93-622. <https://doi.org/10.1556/MPSzle.56.2001.4.5>
- Urbán R. (2007). A nikotinaddikció In Demetrovics Zsolt (szerk.) *Az addiktológia alapjai I.* (pp. 107-133). ELTE Eötvös kiadó.
- Urbán R. (2017). *Az egészségpszichológia alapjai*. ELTE Eötvös Kiadó.
- V.Dionato, F. A., Enes, C. C. & Nucci, L. B. (2021). Factors associated with not adopting healthy behavior among hypertensive individuals: a population-based study in Brazil. *Journal of human hypertension*, 35(8), 718–725. <https://doi.org/10.1038/s41371-020-0382-9>.
- van der Windt, D. A., Dunn, K. M., Spies-Dorgelo, M. N. & Mallen, C. D. (2008). Impact of physical symptoms on perceived health in the community. *Journal of psychosomatic research*, 64(3), 265–274. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.10.003>
- Van Maanen, J. & Schein, E. H. (1979). Toward a theory of organizational socialization. *Research in organizational behavior*. 1, 209–264. <https://dspace.mit.edu/bitstream/handle/1721.1/1934/SWP-0960-03581864.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (letöltés: 2023.10.04.)

- Varga A. & Horváth C. (2019). A fizikai aktivitás globális cselekvési terve 2018–2030: Aktív emberek egy egészségesebb világért. *Új Pedagógiai Szemle*, 69(3-4), 140-146.
- Vári V. (2018). A rendőri életpályamodell és a rendőri felsőoktatás összehangoltsága. *Magyar Rendészet*. 18(2), 205-222.
- Vitrai J & Bakacs M. (2024). Hazai Egészségpillanatkép, 2024. A magyar lakosság egészségveszteségei a Global Burden of Disease Study 2021 adatai alapján. <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.34313.45922>
- Vitrai J. & Kimmel Zs. (2015). Mennyire változtatható jogszabályokkal az egészségmagatartás? Mitől függ és hogyan változtatható meg az egészségmagatartás? I. rész. *Egészségtudomány*, 59(3), 57-70.
- Vitrai J. (2022). A komplex egészségfejlesztés szemlélete. In Boncz I., Lampek K. & Pusztafalvi H. (szerk.), *Kézikönyv az egészségfejlesztéshez*. (pp. 56-77). Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar.
- Vitrai J. (2024a). Szakdokumentum: Hazai Egészségpillanatkép, 2024: A magyar lakosság egészségveszteségei a Global Burden of Disease Study 2021 adatai alapján. *Multidiszciplináris Egészség és Jólét*, 2(3), 17-20. <https://doi.org/10.58701/mej.16530>
- Vitrai J. (2024b). Fordítás: Színterek, célcsoportok és idő. A népegészségügyi beavatkozások fogalmi kerete. *Multidiszciplináris Egészség és Jólét*, 2(3), 55-64. <https://doi.org/10.58701/mej.15864>
- Vokó Z. (2019). Egészségbarát kormányzás. *Magyar Tudomány*, 180(10), 1496–1499. <https://doi.org/10.1556/2065.180.2019.10.9>
- Wang, H. H., Wu, S. Z. & Liu, Y. Y. (2003). Association between social support and health outcomes: a meta-analysis. *The Kaohsiung journal of medical sciences*, 19(7), 345–351. [https://doi.org/10.1016/S1607-551X\(09\)70436-X](https://doi.org/10.1016/S1607-551X(09)70436-X)
- Weir, C., B. & Jan, A. (2023). BMI Classification Percentile and cut off points. In Weir, C., B. & Jan, A. (Eds.), *Study Guide from StatPearls Publishing, Treasure Island (FL)*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541070/> (letöltés ideje: 2024.09.25.)
- WHO (2018). Global Action Plan On Physical Activity 2018-2030. More Active People For A Healthier World. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/26c5e4a5-7cac-4a53-a252-9bc4ed8d7742/content> (letöltés: 2024.12.15.)
- WHO (2021). Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour <https://www.who.int/multi-media/details/who-guidelines-on-physical-activity-and-sedentary-behaviour> (letöltés: 2024.12.15.)

- WHO (2022). More physical activity. Global status report on physical activity 2022.
<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/8804f1b0-dbae-4e58-a251-36fd14dc7e02/content> (letöltés: 2024.12.15.)
- WHO. (1948). Constitution of the World Health Organization.
https://treaties.un.org/doc/Treaties/1948/04/19480407%2010-51%20PM/Ch_IX_01p.pdf (letöltés: 2025.08.10.)
- WHO. (1978). *Declaration of Alma-Ata 1978*.
<https://www.who.int/publications/i/item/declaration-of-alma-ata>
 (letöltés: 2025.08.10.)
- Wicaksana, A. L., Artawan, I. P. A. A. & Destiana, A. K. (2022). Health-promoting behaviors among hypertensive adult patients with and without comorbidities in Indonesia: a cross-sectional study. *Frontiers of Nursing*, 9(3), 255-261
<https://doi.org/10.2478/fon-2022-0031>.
- Wienert, J., Kuhlmann, T., Fink, S., Hambrecht, R. & Lippke, S. (2017). Motivational and Volitional Correlates of Physical Activity in Participants Reporting No, Past, and Current Hypertension: Findings from a Cross-Sectional Observation Study. *International journal of behavioral medicine*, 24(6), 908–914.
<https://doi.org/10.1007/s12529-017-9649-0>.
- Wind, Y. J. & Green, P. E. (2011). *Some conceptual, measurement, and analytical problems in life style research*. Marketing Classics Press.
- Woolcott, C. G., Dishman, R. K., Motl, R. W., Matthai, C. H., & Nigg, C. R. (2013). Physical activity and fruit and vegetable intake: correlations between and within adults in a longitudinal multiethnic cohort. *American journal of health promotion : AJHP*, 28(2), 71–79. <https://doi.org/10.4278/ajhp.100917-QUAN-312>
- World Health Organization. (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion.
<https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference> (letöltés: 2024.10.16.)
- Wuorela, M., Lavonius, S., Salminen, M., Vahlberg, T., Viitanen, M., & Viikari, L. (2020). Self-rated health and objective health status as predictors of all-cause mortality among older people: a prospective study with a 5-, 10-, and 27-year follow-up. *BMC geriatrics*, 20(1), 120. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01516-9>
- Zhang, S., Fu, X., Du, Z., Guo, X., Li, Z., Sun, G., Zhou, Y., Yang, H., Yu, S., Zheng, L., Sun, Y., & Zhang, X. (2022). Is waist-to-height ratio the best predictive indicator of

- cardiovascular disease incidence in hypertensive adults? A cohort study. *BMC cardiovascular disorders*, 22(1), 214. <https://doi.org/10.1186/s12872-022-02646-1>
- Zimmerman, H. F. (2012). Cardiovascular disease and risk factors in law enforcement personnel: a comprehensive review. *Cardiology in review*, 20(4), 159–166. <https://doi.org/10.1097/CRD.0b013e318248d631>
- Zsíros E., Balku E. & Vitrai J. (2016). Egészségkommunikációs Felmérés Eredményei II. – Iskolai felmérés. *Egészségfejlesztés*. 57(3), 21-40. <http://dx.doi.org/10.24365/ef.v57i3.45>

8. Melléklet

87. táblázat Dohányzási szokások összefoglaló táblázata

Forrás/Vizsgálat	Minta	Dohányzási szokások
jelen kutatás	18-65 év	soha: 43,2% dohányzó: 32,1% leszokott: 24,0%
GBD, 2019	15+	élettartam prevalencia: nők: 26,5% férfiak: 34,2%
Euro.stat. (EHIS, 2019)	15+	dohányzó: nők: 17,3% férfiak: 21,5% össz: 28,7%
Brys és mtsai, 2022	18+	naponta doh.: 25,5% leszokott: 12,1%
OLAAP (Urbán és Pénzes, 2021)	18-64 év	dohányzó: nők: 21,8% férfiak: 43,8% napi szinten doh. össz: 35,1% alkalmi fogyasztók: 3% leszokott: 17,1%
MAESZ (Kékes és mtsai, 2019)	18-80 év	dohányzó: nők: 24,29% férfiak: 24,4%
Elef2019 (KSH, 2019b)	18-64 év	18-34 év: dohányzó: 31,7% leszokott: 10,0% soha nem doh.: 53,2% 35-64 év: dohányzó: 28,7% leszokott: 18,8% soha nem doh.: 50,9%
Hungarostudy (Kopp Mária Intézet, 2022)	18+	össz. dohányzó: 34,1% leszokott: 12,2% soha nem doh.: 53,7%
Elef É. Alföld (KSH, 2019c)	15+	naponta doh.: 32,6% leszokott: 16,1% soha nem doh.: 51,3%
Nyíregyháza panel v. (Rákóczi és mtsai, 2019)		naponta doh.: nők: 24,0%; férfiak: 30,5% alkalmanként: nők: 10,3% férfiak: 6,4% nem dohányzik: nők: 65,7% férfiak: 63,1%
Rendvédelmi kutatások		
Külföldi rendvédelmi kutatások		
Boyce és mtsai, 2006		dohányzó: 21% nem dohányzó: 79%
Tharkar és mtsai, 2008	India	dohányzó: 22,6%
Khan és mtsai, 2019	Banglades	dohányzó: 25,4% naponta doh. 18,4% alkalmi doh.: 7,0% leszokott: 25,9% soha nem doh.: 48,6%
Basaza és mtsai, 2020	Uganda	dohányzó: 25-33 év: 48,0%; 34-44 év: 36,0%; 18-24 év: 16,0% tisztok: nők: 27,8%; férfiak: 25,2% össz dohányzás: 25,5%
Jankowski és mtsai, 2021	Lengyelo.	dohányzó: naponta: 19,5% alkalmanként: 13,4%

		E-cigaretta naponta: 3,1%; alkalmanként:3,2%
Richmon és mtsai, 1998	Sydney	dohányzó: férfiak: 27%; nők:32%
Padmanabhan és mtsai, 2024	India, rendőrök	dohányzás: 17,3%
Barreto és mtsai, 2021	Brazília, fegyveres szervek	dohányzó: 5,8%
Garbarino és Magnavita, 2015	Olaszország, rendőrtisztek	dohányzó: 26,2%
(BCOPS) Hartley és mtsai, 2011	USA, Buffalo	dohányzó: férfiak: 13,2%, nők: 27,3% leszokott: férfiak: 20,1%; nők: 30,3% soha nem dohányzott: férfiak: 66,7%; nők: 42,3%
Bannigida és mtsai, 2019	India, rendőrök	dohányzó: 70%, dohány terméket fogyasztó:20,75%
Strauss és mtsai, 2021	Németország, rendőrök	dohányzó: 2,5 szál/nap
Magyar rendvédelmi kutatások		
Mácsár és mtsai, 2017	Budapest	dohányzó:33,4%
Borbély, 2019b	próbaidős rendőrök	dohányzó: férfiak: 37,8%; nők:34,6%; nem dohányzó: férfiak:54,9%; nők: 48,1%; leszokott: férfiak:2,4%; nők: 5,8%;
Faragó, 2013	Rendészeti szakképzés	dohányzó:36,2%
Erdős, 2022a	NKE hallgatók	dohányzó:24,4%; férfiak: 29,1%; nők:18,2%;

88. táblázat Alkoholfogyasztási szokások összefoglaló táblázata

Forrás / Vizsgálat	Minta	Alkoholfogyasztási szokások
Jelen kutatás	18-65	soha:19,3% havonta vagy ritkábban fogyasztó: 44,8% havonta 2-4-szer fogyasztó: 24,80% hetente fogyasztó: 9,6% hetente 4-szer fogyasztó: 1,2%
OLAAP 2019 (Elekes és mtsai, 2023; Paksi és Arnold, 2021)	Magyarország, 18–64 éves népesség	soha: 48% éves fogyasztás:70,4% havi szintű fogyasztás: 52,0% heti fogyasztás:24,1% napi szintű fogyasztás:5%
Elef 2019 (KSH, 2019f)	Magyarország, 15+ éves népesség	soha nem fogyaszt: 29,1%. ritka fogyasztók: 45,5%; mértékletes: 20,2%; nagyivók: 5,2%;
Elef 2019 (KSH, 2019g)	Észak-Alföld Régiós minta	soha nem iszik: 33,1%. ritka: 47,8%, mértékletes: 14,3%, nagyivó: 4,7%,
Hungarostudy, 2021 (Kopp Mária Intézet, 2022)	Magyar felnőtt népesség	soha nem fogyaszt: 44,7%, ritkán: 28%, havonta 2–4×: 13,5%, heti rendszerességgel: 13,8%.
Rendvédelmi kutatások		
Külföldi rendvédelmi kutatások		
Richmond és mtsai, 1998	Ausztrália, rendőrök	absztinensek: 8-15% túlzott fogyasztó: férfiak: 48%, nők: 40%
Padmanabhan és mtsai, 2024	India, rendőrök	alkoholfogyasztás: 24,2%
Barreto és mtsai, 2021	Brazília, fegyveres szervek	túlzott alkoholfogyasztás: 7,3%
Bannigida és mtsai, 2019	India, rendőrök (n=400)	alkoholfogyasztás: 56,5%
Strauss és mtsai, 2021	Németország, rendőrök (n=55)	heti alkoholfogyasztás: 1,52 nap
Hazai rendvédelmi kutatások		
Gordos, 2022	ORFK dolgozók	alkoholt ritkábban, mint havonta fogyasztó: 32,4%, havonta egyszer fogyasztó: 14,7%. heti 1-2: 23,5%; heti 3-4:17,6%
Borbély, 2019b	rendőrtanulók	havonta v. ritkábban: férfiak:34,6%; nők:67,3% havonta többször: férfiak: 16,0%; nők:7,7% heti szintű fogyasztás: férfiak:8,6%; nők:5,8% heti többszöri fogyasztás: férfiak: 3,7%, nők: 1,9%. napi alkoholfogyasztása: férfiak: 9,9%, nők: 0%;
Erdős, 2022b	NKE hallgatók	havonta vagy ritkábban: 42,7%; férfiak:38,6%; nők: 49,4% nagyivó:25,8% havi alkoholfogyasztás: 34,3%; heti: alkoholfogyasztás: 21,3%; napi: alkoholfogyasztás: 1,1%.
Erdős, 2024	NKE hallgatók	alacsony kockázatú fogyasztó: 81,5% problémás alkoholfogyasztó: 18,5%

89. táblázat Szűrővizsgálatokon való részvétel összefoglaló táblázata

Forrás/Vizsgálat	Minta	Szűrővizsgálatokon való részvétel
jelen kutatás:	18-65 év	tüdőszűrő: 68,2%; nőgyógyászat: 86,2% mammográfia:25,4% prosztata: 8,9%
Elef 2019 (KSH, 2019h)	Magyarország, 15+ éves népesség	méhnyakrák szűrés: 18-34 év:50,4%; 35-64 év:43,8% mammográfia: 18-34: 4,7%; 35-64 év: 29,6% prosztatarák szűrésen soha nem vett részt: 18-34 év:94,0%; 35-64 év: 67,0%; az elmúlt 1 évben rész vett: 11,9%
Hungarostudy 2021 (Döbrössy és mtsai, 2022)	Magyarország, felnőtt népesség	mammográfia 18-44 év: 35,7%; 45-65 év: 45,1%
Nyíregyháza háztartás panell (Berencsiné Madácsi és mtsai, 2013)	Nyíregyházi lakosság	mammográfia: 1% citológia: 75%

90. táblázat Táplálkozási szokások, tápláltsági állapot összefoglaló táblázata

Forrás/ vizsgálat	Minta	Táplálkozási szokások
jelen kutatás	18-65 év	napi szintű zöldség: 34,4% gyümölcs:32,0% napi szintű húsfogyasztás: 28,3% BMI: alultáplált: férfiak: 0,2%; nők: 2,2% normál: férfiak: 16,8%; nők: 53,3% túlsúlyos: férfiak: 51,0%; 30,1% elhízott: férfiak: 32,0%; nők: 14,4%
Elef 2019 (KSH, 2019h)	Magyarország, 15+ éves népesség	napi szintű zöldség- és gyümölcsfogyasztás: férfiak:49%; nők: 61% napi szintű húsfogyasztás: 7,4% BMI: <u>sovány:</u> 18-34 év: férfiak:1,4%; nők:5,5% 35-64 év: férfiak: 0,4%; nők:3,5% <u>normál:</u> 18-34 év: férfiak:52,4%; nők:62,2% 35-64 év: férfiak:25,9%; nők:42,8% <u>túlsúlyos:</u> 18-34 év: férfiak: 31,4%; nők:21,1% 35-64 év: férfiak:44,5%; nők:28,2% <u>elhízott:</u> 18-34 év: férfiak:14,8%; nők:11,2% 35-64 év: férfiak:29,2%; nők:25,6% speciális étrend: 14%
Horacsek, 2022	Magyarország, 15+	étrend-kiegészítők: férfiak 18-34 év=54%; 35-64 év=55%; 65+=41%, nők:18-34 év=60%; 35-64=65%; 65+=66%
OTÁP 2019 (Susovics, 2022)	Magyarország, 15+ éves népesség	túlsúlyos:34%; elhízott:34% sovány/normál: 32%
Nyíregyháza háztartás panell	Nyíregyháza lakossága	átlagos BMI: férfiak:28,1; nők: 25,7 <u>sovány/normál súly:</u> 18-34 év: férfiak:53,1%; nők: 83,9%

(Sárváry és mtsai, 2019)		35-64 év: férfiak:20,0%; nők: 45,9% <u>túlsúlyos:</u> 18-34 év: férfiak:35,1%; nők: 7,1% 34-64 év: férfiak: 38,5%; nők: 35,8% <u>elhízott:</u> 18-34 év: férfiak: 10,8%; nők: 8,9% 35-64 év: férfiak: 41,5%; nők: 18,3% az elmúlt 4 hétben napi szintű zöldség és gyümölcs fogyasztás: 54,6% hetente 4-6-szor:20,4% hetente 1-3-szor:18,3% ritkábban, mint hetente: 6,5% soha:0,3%
Rendvédelmi kutatások		
Külföldi rendvédelmi tapasztalatok		
Padmanabhan és mtsai, 2024	India	magas BMI: 67,3%
Barreto és mtsai, 2021	Brazília	elhízott: 14,3%
Arredondo, 2018	Mexikó	ideális súly: 6,6%
		túlsúly:28,0%
		elhízott:65,3%
Frick és mtsai, 2024	USA	alultáplált 20-29 évesek 30%; idősebbek kb. 10%
		normál: kb. 40%
Garbarino és Magnavita, 205	Olaszország	túlsúlyos: 40,63%
Hartley és mtsai, 2011	Buffalo	alultáplált vagy normál: férfiak: 6,9%; nők:49,0%
		túlsúlyos: férfiak: 44,1%; nők: 34,3%
		elhízott: férfiak: 4,90%; nők: 16,7%
Hazai rendvédelmi kutatások		
Gordos, 2022	ORFK	gyümölcs fogyasztás: naponta 32,5% naponta többször:29,4% zöldség- és gyümölcsfogyasztás napi rendszeresség: 41,2% nem követ diétát: 73,5%

91. táblázat Sportolási szokások, fizikai aktivitás összefoglaló táblázata

Forrás/vizsgálat	minta	Sportolás/ fizikai aktivitás
jelen kutatás	18-65 év	<u>sportolás gyakorisága</u> hetente többször: 35,30% hetente egyszer: 26,4% ritkábban, mint heti 1: 32,3% soha: 5,6% <u>fizikai aktivitás:</u> hetente többször: 54,6% hetente egyszer: 36,2% soha: 8,8%
Elef, 2019 (KSH, 2019k)	15+	<u>heti rendszerességgel sportolók aránya</u> érettségivel férfiak: 52,0%; nők: 42,8% felsőfokú végzettség: férfiak: 67,5%; nők: 65,7%
Hungarostudy 2021 (Kopp Mária Intézet, 2022)	18+	<u>sportolás gyakorisága</u> hetente többször: 26,5% heti 1: 13,7% ritkábban, mint heti 1: 9,8% soha: 50,1% <u>fizikai aktivitás</u> hetente többször: 27,3% heti 1-szer: 13,5% ritkábban, mint heti 1: 12,7% soha: 46,4%
Rendvédelmi kutatások		
Külföldi rendvédelmi adatok		
Richmond és mtsai (1998)	Sydney	<u>sportolás gyakorisága</u> naponta: 6% heti 3-4 nap: 32% heti 1-2 nap: 38% nem végez fizikai aktivitást: férfiak: 21%; nők: 47%
Padmanabhan és mtsai, 2024	India	fizikai aktivitás hiánya: 47,1%
Barreto és mtsai, 2021	Brazília	heti 3-7 alkalom: 52,3% heti 2 alkalom: 47,7%
Hazai rendvédelmi tapasztalatok		
Borbély, 2019b	rendőrtanulók	rendszeres sport: férfiak: 82,9%; nők: 78,8%

92. táblázat Társas támasz átlagértékeinek összefoglaló a vizsgálati populáció tekintetében

	Házastárs	Élettárs	Gyerek	Barát	Szülő	Nagyszülő	Rokon	Munkatárs	Iskolatárs	Szomszéd	Segítő fogl	Egyházi cs	Egyesület csop.
Hungarostudy 2013 (Szabó és mtsai, n.d)	2,21		2,10	2,01	1,90	1,32	1,75		1,62		0,38	0,28	0,22
Jelen kutatás													
átlag értékei	2,81	2,24	2,65	2,59	2,58	1,60	2,05	2,15	0,97	1,54	0,98	0,82	0,87
Hipertóniával nem kezeltek	2,81	2,24	2,64	2,59	2,60	1,65	2,05	2,15	0,98	1,54	0,99	0,81	0,85
Hipertóniával kezeltek	2,80	2,27	2,71	2,53	2,40	1,13	2,06	2,10	0,81	1,54	0,93	0,85	0,92

93. táblázat Szubjektív egészségi állapot összefoglaló táblázata

Forrás/vizsgálat	Minta	szubjektív egészségi állapot	
Jelen kutatás	18-65	kiváló:16,9% jó:61,3% közepes:14,3% rossz:0,8% nagyon rossz: 0,1%	
Elef2019 (KSH , 2019a)	15+	jó, nagyon jó:61,5% kielégítő:28,8% rossz, nagyon rossz: 9,7%	
Hungarostudy, 2021 (Kopp Mária Intézet, 2022)	18+	jó:67,10% közepes: 25,90% rossz: 6,90%	
Észak-Alföld régió (KSH, 2019b)	15+	jó, nagyon jó: 58,7% nagyon kielégítő: 29,9% rossz, rossz: 11,4%	
Nyíregyháza háztartáspanel vizsgálat (Jávorné Erdei és mtsai, 2014; Hüse, 2015; Jávorné Erdei és Takács, 2018)		Nyíregyháza város	Nyíregyháza járás
		nagyon jó	17,20% 8,40%
		jó	37,20% 32,60%
		elfogadható	36,70% 32,60%
		rossz	7,60% 13,80%
		nagyon rossz	1,30% 2,10%

94. táblázat Betegséglista (elmúlt egy évben) (általános statisztikai adatok)

	n	nem kezelték	csak járóbetegként	feküdt kórházban is
1. Cukorbetegség	99,1% (n=1704)	97,6% (n=1663)	2,3% (n=40)	0,1% (n=2)
nincs adat/ nem válaszolt	0,9% (n=15)	% (n=)		
2. Májbetegség	99,0% (n=1702)	99,1% (n=1687)	0,8% (n=14)	0,1% (n=1)
nincs adat/ nem válaszolt	1,0% (n=17)			
3. Asztma	99,1% (n=1703)	99,4% (n=1692)	0,6% (n=11)	0,0% (n=0)
nincs adat/ nem válaszolt	0,9% (n=16)			
4. Más légzőszervi	% (n=1703)	96,2% (n=1638)	3,3% (n=56)	0,5% (n=9)
nincs adat/ nem válaszolt	0,9% (n=16)			
5. Allergia	99,1% (n=1703)	95,8% (n=1632)	3,9% (n=57)	0,2% (n=4)
nincs adat/ nem válaszolt	0,9% (n=16)			
6. gyomorfekély, nyombélfekély	99,0% (n=1702)	99,1% (n=1687)	0,8% (n=13)	0,1% (n=2)
nincs adat/ nem válaszolt	1,0% (n=17)			
7. Más gyomor, bélrendszer	99,1% (n=1703)	97,1% (n=1653)	2,5% (n=43)	0,4% (n=7)
nincs adat/ nem válaszolt	0,9% (n=16)			
8. Vesebetegség	99,1% (n=1703)	98,8% (n=1683)	0,8% (n=14)	0,4% (n=6)
nincs adat/ nem válaszolt	0,9% (n=16)			
9. reuma	99,1% (n=1703)	97,2% (n=1656)	2,5% (n=43)	0,2% (n=4)
nincs adat/ nem válaszolt	0,9% (n=16)			
10. Más izom- és csont	99,1% (n=1703)	93,1% (n=1586)	5,8% (n=99)	1,1% (n=18)
nincs adat/ nem válaszolt	0,9% (n=16)			
11. Közlekedési baleset	99,1% (n=1703)	99,0% (n=1686)	0,5% (n=9)	0,5% (n=8)
nincs adat/ nem válaszolt	0,9% (n=16)			
12. Üzemi baleset	99,1% (n=1703)	99,0% (n=1686)	0,6% (n=11)	0,4% (n=6)
nincs adat/ nem válaszolt	0,9% (n=16)			
13. Otthoni baleset	99,0% (n=1702)	95,7% (n=1629)	3,7% (n=63)	0,6% (n=10)
nincs adat/ nem válaszolt	1,0 (n=17)			
14. Magas vérnyomás	99,2% (n=1705)	88,5% (n=1509)	11,2% (n=191)	0,3% (n=5)
nincs adat/ nem válaszolt	0,8% (n=14)			
15. Daganatos betegség	99,0% (n=1702)	98,4% (n=1675)	0,9% (n=16)	0,6% (n=11)
nincs adat/ nem válaszolt	1,0% (n=17)			
16. Pszichiátriai betegség	99,1% (n=1703)	99,4% (n=1692)	0,6% (n=10)	0,1% (n=1)
nincs adat/ nem válaszolt	0,9% (n=16)			
17. Szívbetegség	99,1% (n=1703)	98,7% (n=1681)	1,2% (n=20)	0,1% (n=1)
nincs adat/ nem válaszolt	0,9% (n=16)			
18. Agyér betegség	99,1% (n=1703)	99,7% (n=1695)	0,3% (n=5)	0,0% (n=0)
nincs adat/ nem válaszolt	0,9% (n=16)			
19. valami más.....	98,5% (n=1693)	92,6% (n=1568)	5,4% (n=91)	2,0% (n=34)
nincs adat/nem válaszol	1,5% (n=26)			

95. táblázat Betegséglista (élete folyamán) (általános statisztikai adatok)

	n	nem kezelték	csak járóbetegként	feküdt kórházban is
1. Cukorbetegség	98,4% (n=1692)	97,5% (n=1650)	2,4% (n=40)	0,1% (n=2)
nincs adat/ nem válaszolt	1,6% (n=27)			
2. Májbetegség	98,3% (n=1690)	98,3% (n=1661)	1,4% (n=24)	0,3% (n=5)
nincs adat/ nem válaszolt	1,7% (n=29)			
3. Asztma	98,3% (n=1690)	98,7% (n=1668)	1,0% (n=17)	0,3% (n=5)
nincs adat/ nem válaszolt	1,7% (n=29)			
4. Más légzőszervi	98,3% (n=1690)	94,7% (n=1601)	3,8% (n=65)	1,4% (n=24)
nincs adat/ nem válaszolt	1,7% (n=29)			
5. Allergia	98,2% (n=1688)	92,2% (n=1556)	7,5% (n=126)	0,4% (n=6)
nincs adat/ nem válaszolt	1,8% (n=31)			
6. gyomorfekély, nyombélfekély	98,3% (n=1690)	97,2% (n=1643)	2,4% (n=40)	0,4% (n=7)
nincs adat/ nem válaszolt	1,7% (n=29)			
7. Más gyomor, bélrendszer	98,2% (n=1688)	95,9% (n=1621)	3,7% (n=63)	3,1% (n=52)
nincs adat/ nem válaszolt	1,7% (n=29)			
8. Vesebetegség	98,3% (n=1690)	95,9% (n=1621)	2,4% (n=40)	1,7% (n=29)
nincs adat/ nem válaszolt	1,7% (n=29)			
9. reuma	98,3% (n=1690)	96,0% (n=1622)	3,0% (n=50)	1,1% (n=18)
nincs adat/ nem válaszolt	1,7% (n=29)			
10. Más izom- és csont	98,3% (n=1689)	87,5% (n=1478)	8,1% (n=137)	4,4% (n=74)
nincs adat/ nem válaszolt	1,7% (n=30)			
11. Közlekedési baleset	98,3% (n=1689)	94,6% (n=1598)	2,9% (n=49)	2,5% (n=42)
nincs adat/ nem válaszolt	1,7% (n=30)			
12. Üzemi baleset	98,4% (n=1691)	95,0% (n=1607)	3,2% (n=54)	1,8% (n=30)
nincs adat/ nem válaszolt	1,6% (n=28)			
13. Otthoni baleset	98,3% (n=1689)	88,0% (n=1486)	8,6% (n=145)	3,4% (n=57)
nincs adat/ nem válaszolt	1,7% (n=30)			
14. Magas vérnyomás	98,4% (n=1691)	85,6% (n=1448)	13,8% (n=233)	0,6% (n=10)
nincs adat/ nem válaszolt	1,6% (n=28)			
15. Daganatos betegség	98,3% (n=1690)	97,7% (n=1651)	0,7% (n=12)	1,6% (n=27)
nincs adat/ nem válaszolt	1,7% (n=29)			
16. Pszichiátriai betegség	98,3% (n=1690)	97,9% (n=1655)	1,3% (n=22)	0,8% (n=13)
nincs adat/ nem válaszolt	1,7% (n=29)			
17. Szívbetegség	98,3% (n=1690)	97,9% (n=1655)	1,3% (n=22)	0,8% (n=13)
nincs adat/ nem válaszolt	1,7% (n=29)			
18. Agyér betegség	98,3% (n=1689)	99,4% (n=1679)	0,3% (n=5)	0,3% (n=5)
nincs adat/ nem válaszolt	1,7% (n=30)			
19. valami más.....	97,6% (n=1677)	89,6% (n=1503)	4,5% (n=75)	5,8% (n=98)
nincs adat /nem válaszolt	2,4% (n=42)			

96. táblázat Normalitásvizsgálat eredménye a HOS kérdőív skáláira

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
HOS_PHC	,076	1647	<,001	,986	1647	<,001
HOS_HIC	,119	1647	<,001	,926	1647	<,001
HOS_HA	,118	1647	<,001	,921	1647	<,001
HOS_HEC	,097	1647	<,001	,959	1647	<,001
HOS_MAU	,061	1647	<,001	,986	1647	<,001
HOS_MFH	,063	1647	<,001	,989	1647	<,001
HOS_IHC	,087	1647	<,001	,971	1647	<,001
HOS_EHC	,084	1647	<,001	,972	1647	<,001
HOS_HE	,068	1647	<,001	,975	1647	<,001
HOS_HS	,066	1647	<,001	,984	1647	<,001

a. Lilliefors Significance Correction

97. táblázat Normalitás vizsgálat eredménye A PHQ-15 kérdőív skáláira

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
TT_fajdalo	,169	1700	<,001	,912	1700	<,001
m						
TT_gasztro	,375	1700	<,001	,588	1700	<,001
TT_kardio	,442	1700	<,001	,430	1700	<,001
TT_faradt	,244	1700	<,001	,809	1700	<,001
TT_sum	,160	1700	<,001	,834	1700	<,001

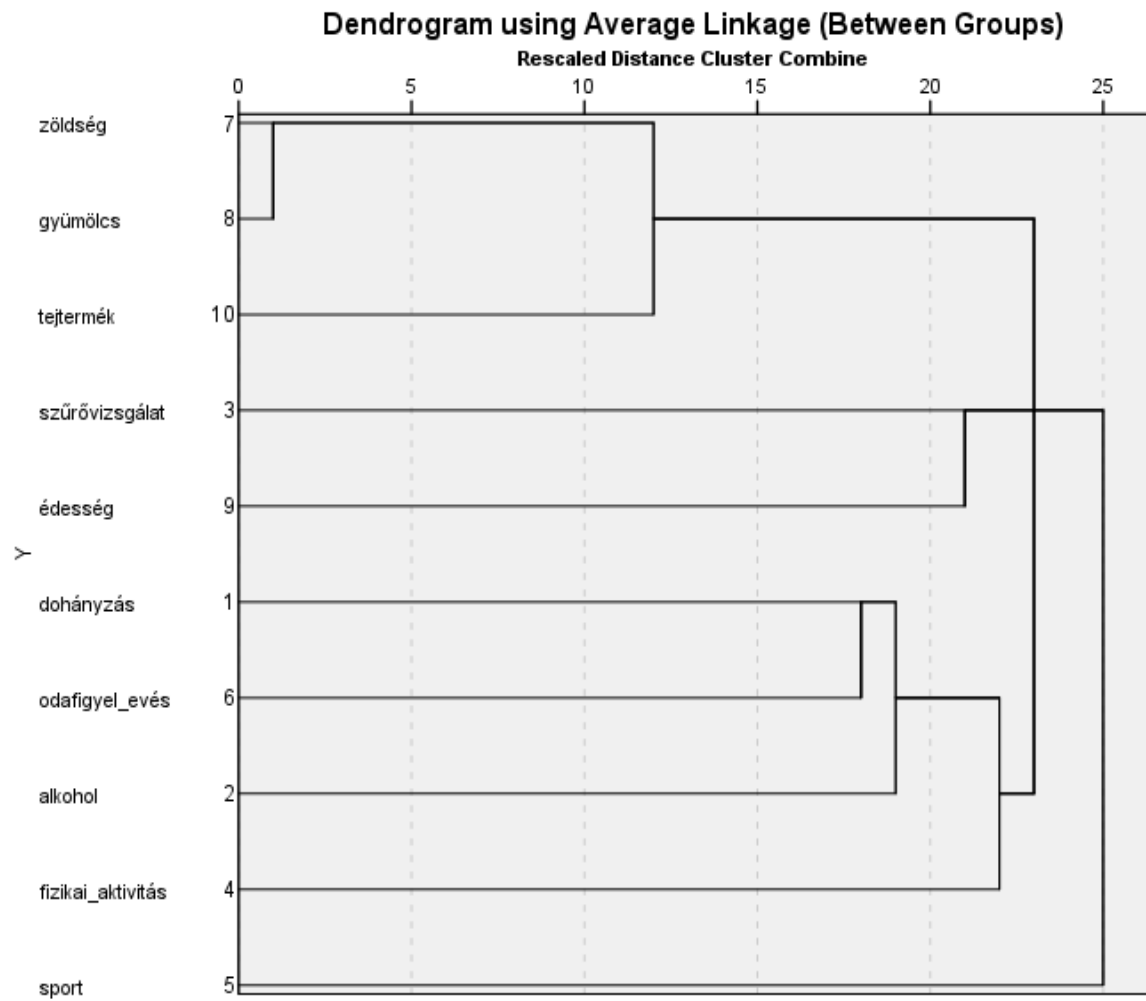
a. Lilliefors Significance Correction

98. táblázat A hipertóniával kapcsolatos logisztikus regresszió eredményei

Változó	Nagelker ke-féle R ²	Omnibus test	B	S.e.	Exp(B)	Sig.	Klassz.
1. blokk	0,398	$\chi^2(3)=37,9$				0,000	91,6
Életkor			0,286	0,081	1,331	0,000	
Nem			-1,456	1,125	0,233	0,195	
Szolgálati idő			-0,195	0,331	0,823	0,555	
Hipertónia							33,3
Nem kezelték							98,1
Változó	Nagelker ke-féle R ²	Omnibus test	B	S.e.	Exp(B)	Sig.	Klassz.
2. blokk	0,418	$\chi^2(7)=40,06$				0,000	91,1
Életkor			0,292	0,094	1,339	0,002	
Nem			-1,326	1,188	0,266	0,264	
Állományi idő			-0,231	0,375	0,793	0,538	
Dohányzási státus			-0,376	0,381	0,687	0,324	
Alkohol			0,100	0,321	1,105	0,755	
Sportolás			-0,321	0,333	0,725	0,335	
Fizikai aktivitás			-0,300	0,475	0,740	0,527	
Hipertónia							27,8
Nem kezelték							98,1
Változó	Nagelker ke-féle R ²	Omnibus test	B	S.e.	Exp(B)	Sig.	Klassz.
3. blokk	0,450	$\chi^2(10)=43,5$				0,000	89,4
Életkor			0,307	0,099	1,360	0,002	
Nem			-1,795	1,288	0,166	0,164	
Állományi idő			-0,284	0,394	0,753	0,471	
Dohányzási státus			-0,383	0,403	0,682	0,342	
Alkohol			0,179	0,339	1,196	0,597	
Sportolás			-0,447	0,372	0,639	0,230	
Fizikai aktivitás			-0,279	0,503	0,757	0,580	
Főtt étel			0,442	0,717	1,556	0,537	
Speciális étrend			-2,224	1,392	0,108	0,110	
Étrend-kieg.			-0,780	0,695	0,458	0,261	
Hipertónia							16,7
Nem kezelték							97,5
Változó	Nagelker ke-féle R ²	Omnibus test	B	S.e.	Exp(B)	Sig.	Klassz.
4. blokk	0,459	$\chi^2(14)=44,4$				0,000	90,5
Életkor			0,301	0,103	1,351	0,003	
Nem			-1,408	1,338	0,245	0,292	
Állományi idő			-0,292	0,407	0,747	0,473	
Dohányzási státus			-0,472	0,427	0,624	0,268	
Alkohol			0,227	0,347	1,255	0,514	
Sportolás			-0,437	0,374	0,646	0,243	
Fizikai aktivitás			-0,205	0,534	0,815	0,701	
Főtt étel			0,569	0,782	1,767	0,467	
Speciális étrend			-2,467	1,425	0,085	0,083	
Étrend-kieg.			-0,768	0,708	0,464	0,278	
Szolgálati hely			-0,024	0,056	0,976	0,668	
Iskolai végzettség			0,075	0,378	1,078	0,843	
Óra/hét			-0,034	0,077	0,967	0,658	
Időrend			0,534	0,568	1,706	0,347	
Hipertónia							22,2
Nem kezelték							98,1
Változó	Nagelker e-féle R ²	Omnibus test	B	S.e.	Exp(B)	Sig.	Klassz.
5. blokk	0,611	$\chi^2(27)=61,9$				0,000	93,9
Életkor			0,440	0,165	1,552	0,008	
Nem			-3,722	2,276	0,024	0,102	
Állományi idő			-0,773	0,594	0,461	0,193	
Dohányzási státus			-1,052	0,657	0,349	0,109	
Alkohol			0,701	0,547	2,015	0,200	
Sportolás			-0,691	0,546	0,501	0,206	

Fizikai aktivitás	0,426	0,736	1,531	0,563				
Főtt étel	1,091	1,214	2,978	0,369				
Speciális étrend	-2,045	2,328	0,129	0,380				
Étrend-kieg.	-2,006	1,073	0,134	0,061				
Szolgálati hely	-0,108	0,088	0,897	0,218				
Iskolai végzettség	-0,363	0,492	0,696	0,461				
Óra/hét	-0,123	0,126	0,884	0,329				
Időrend	2,020	1,022	7,537	0,048				
Szülő	0,190	0,440	1,209	0,666				
Házastárs	-0,583	0,412	0,558	0,157				
Élettárs	-0,668	0,397	0,513	0,093				
Nagyszülő	-0,350	0,606	0,705	0,564				
Iskolatárs	-0,373	0,745	0,689	0,617				
Szomszéd	0,873	0,700	2,393	0,212				
Munkatárs	0,012	0,793	1,012	0,988				
Barát	-1,315	0,994	0,268	0,186				
Gyermek	-0,970	0,526	0,379	0,065				
Rokon	0,841	0,813	2,318	0,301				
Segítő fogl.	-1,928	1,030	0,145	0,061				
Egyházi csop	0,961	1,121	2,613	0,392				
Egyesület	1,341	1,271	3,824	0,291				
Hipertónia								55,6
Nem kezeltek								98,1
Változó	Nagelkerk e-féle R ²	Omnibus test	B	S.e.	Exp(B)	Sig.	Klassz.	
6. blokk	0,703	$\chi^2(37)=73,5$				0,000	95,5	
Életkor			0,552	0,266	1,738	0,038		
Nem			-3,264	3,162	0,038	0,302		
Állományi idő			-0,230	0,959	0,795	0,811		
Dohányzási státus			-2,066	1,100	0,127	0,060		
Alkohol			1,406	1,037	4,081	0,175		
Sportolás			-0,442	0,917	0,643	0,630		
Fizikai aktivitás			1,162	1,254	3,195	0,354		
Főtt étel			0,800	1,887	2,225	0,672		
Speciális étrend			-2,900	3,169	0,055	0,360		
Étrend-kieg.			-2,479	1,619	0,084	0,126		
Szolgálati hely			-0,099	0,149	0,906	0,507		
Iskolai végzettség			-0,386	0,715	0,680	0,589		
Óra/hét			-0,148	0,218	0,862	0,497		
Időrend			1,928	1,447	6,875	0,183		
Szülő			0,367	0,702	1,443	0,601		
Házastárs			-0,601	0,597	0,548	0,314		
Élettárs			-0,768	0,621	0,464	0,217		
Nagyszülő			-0,002	0,867	0,998	0,998		
Iskolatárs			1,198	1,390	3,314	0,389		
Szomszéd			0,639	1,010	1,895	0,527		
Munkatárs			1,379	1,476	3,969	0,350		
Barát			-2,540	1,704	0,079	0,136		
Gyermek			-1,242	0,897	0,289	0,166		
Rokon			0,669	1,313	1,952	0,610		
Segítő fogl.			-3,171	1,868	0,042	0,090		
Egyházi csop			1,236	1,919	3,443	0,519		
Hos phc			0,477	0,452	1,611	0,291		
Hos hic			0,423	0,375	1,526	0,260		
Hos ha			-0,516	0,507	0,597	0,309		
Hos hec			-0,706	0,429	0,494	0,100		
Hos mau			-0,232	0,305	0,793	0,448		
Hos mfh			-0,067	0,376	0,935	0,859		
Hos ihc			0,255	0,366	1,290	0,487		
Hos ehc			-0,177	0,277	0,838	0,523		
Hos he			-0,132	0,297	0,876	0,656		
Hos hs			0,152	0,275	1,164	0,581		
Hipertónia								72,2
Nem kezeltek								98,1

48. ábra Az életmódbeli tényezők együtt járásának hierarchikus klaszter elemzésének dendrogramja



Melléklet
Tisztelt Válaszadó!

Beleegyező Nyilatkozat

A jelen kérdőív a Humánigazgatási Szolgálat Egészségügyi és Pszichológiai Alosztály Pszichológiai munkacsoportja által szerkesztett kérdőív, mely azt a célt szolgálja, hogy az állomány saját egészségéhez való hozzáállását felmérjük. A kérdőív kitöltése önkéntes. Aláírásával elismerem, hogy a tájékoztatást elolvastam, és beleegyezek a vizsgálatba. Ha a vizsgálat során mégis el szeretne állni a vizsgálat folytatásától, azt megteheti, abban az esetben addigi adatai sem kerülnek földolgozásra.

Dátum:.....
.....
aláírás

Hozzájáruló nyilatkozat

Hozzájárulok, hogy az általam kitöltött kérdőív a pszichológiai dokumentáció részét képezze, azt az egyéb egészségügyi dokumentációval együtt, oktatási, kutatási célból felhasználhassák. (Adatait az európai általános adatvédelmi rendelet (GDPR) szerint kezeljük.)

Dátum:.....
.....
aláírás

Együttműködését köszönjük!

Név:	Életkor:	Szolg. hely:	Dátum:
Iskolai végzettség: Középiskola Rendészeti szakközépiskola Főiskola Egyetem Egyéb:	Hány órát dolgozik átlagosan egy héten: Milyen időrendben dolgozik: Összességében hogyan minősítené saját egészségi állapotát?		
Hány éve van állományban: 0-5 5-10 10-15 15-20 20-25 25-30 30+	1. Nagyon rossz 2. rossz 3. közepes 4. jó 5. kiváló		

I. Dohányzás

Melyik állítás igaz Öntre?

1. soha nem dohányzott
2. korábban dohányzott, de már nem vagy
3. most is dohányzik

Mióta dohányzik?

.....éve

Ha dohányzik, általában hány szál cigarettát szív el naponta? db

II. Alkohol

Milyen gyakran iszik alkohol tartalmú italt:

1. soha
2. havonta vagy ennél is ritkábban
3. havonta kétszer-négyyszer
4. hetente kétszer-háromszor
5. hetente legalább négyszer

III. Szomatikus állapot

Milyen magas ön?

Hány kiló az ön testtölgya?

Jelenleg vannak-e testi fájdalmak?

- a) igen
- b) nem

Ezek a fájdalmaik önt a napi tevékenységében:

1. nem korlátozzák
2. enyhén korlátozzák
3. nagyon korlátozzák

Rendszeresen részt vesz-e szűrővizsgálatokon? (A megfelelő rész aláhúzandó)

- 1) igen
Tudósűrő vizsgálat
Nőgyógyászati szűrés
Mammográfia
Prostata szűrés
Fogászati ellenőrzés
Belgyógyászati szűrő vizsgálat
Erzékességi elváltozások kimutatása
egyéb.....
2) rendszeresen
3) soha

Fel lesz sorolva pár tünet ami az emberekkel elő szokott fordulni. Kérem mindegyikről írjon meg, hogy az adott tünet az elmúlt hónap során előfordult-e önnel? És ha igen, akkor az mennyire zavarta ön?

1. Nem fordult elő
2. Előfordult, egyáltalán nem zavart
3. Előfordult kissé zavart
4. Előfordult, nagyon zavart

1. Gyomorfájás	1	2	3	4
2. Derék- és hátfájás	1	2	3	4
3. Kar, láb vagy ízületi fájdalom pl. térd, csipő és hasonlók	1	2	3	4
4. Fejfájás	1	2	3	4
5. Mellkasi fájdalom	1	2	3	4
6. Szédülés	1	2	3	4
7. Ájulás-érzés, elgyengülés	1	2	3	4
8. Erős, vagy szapora szívdobogás	1	2	3	4
9. Nehézlégzés, légszomj	1	2	3	4
10. Fájdalom vagy problémák a szexuális együttlét során	1	2	3	4
11. Székrekedés, híg vagy túl gyakori széklet	1	2	3	4
12. Hányinger, puffadás, belgázok, emésztési problémák	1	2	3	4
13. Fáradtság, energia hiány	1	2	3	4
14. Alvással kapcsolatos problémák	1	2	3	4

Fel lesz sorolva néhány betegség. Kérem mindegyikről mondja meg, hogy **az elmúlt évben** feküdt-e valamelyikkel kórházban, vagy kezelték-e járóbetegként.

Tehát cukorbetegséggel Ön feküdt-e kórházban, csak járó betegként kezelték, vagy nem kezelték ezzel a betegséggel? És...

1. Nem kezelték
2. Csak járóbetegként
3. Feküdt kórházban is

1. Cukorbetegséggel	1	2	3
2. Májbetegséggel	1	2	3
3. Asztmával, más néven asztma bronchiáléval	1	2	3
4. Más légzőszervi betegséggel	1	2	3
5. Allergiás betegséggel	1	2	3
6. Gyomorfékkel, nyombélfekélyel	1	2	3
7. Más gyomor és bélrendszeri betegséggel, éspedig...	1	2	3
8. Vesebetegséggel	1	2	3
9. Reumával	1	2	3
10. Más izom- és csontrendszeri betegséggel, éspedig...	1	2	3
11. Közlekedési balesettel	1	2	3
12. Üzemi balesettel	1	2	3
13. Otthoni balesettel	1	2	3
14. Magas vérnyomással	1	2	3
15. Daganatos betegséggel	1	2	3
16. Pszichiátriai betegséggel, mint: amilyen a depresszió, pánikzavar, vagy más szorongásos betegség	1	2	3
17. Szívbetegséggel, mint amilyen a koszorúér betegség, szívérbetegség, szívér szűkület, angina, infarktus	1	2	3
18. Agyrérbetegséggel, mint amilyen például az agyvérzés, trombózis, embólia, agyvérzés, gutatás vagy sztrók	1	2	3
19. Valami mással, éspedig...	1	2	3

Fel lesz sorolva néhány betegség. Kérem mindegyikről mondja meg, hogy **élete folyamán valaha is** feküdt-e kórházban, csak járó betegként kezelték, vagy nem kezelték ezzel a betegséggel? És...?

1. Nem kezelték
2. Csak járóbetegként
3. Feküdt kórházban is

1. Cukorbetegséggel	1	2	3
2. Májbetegséggel	1	2	3
3. Asztimával, más néven asztma bronchiáléval	1	2	3
4. Más légzőszervi betegséggel	1	2	3
5. Allergiás betegséggel	1	2	3
6. Gyomorfekélyvel, nyombélfekélyvel	1	2	3
7. Más gyomor és bélrendszeri betegséggel, éspedig.....	1	2	3
8. Vesebetegséggel	1	2	3
9. Reumával	1	2	3
10. Más izom- és csontrendszeri betegséggel, éspedig.....	1	2	3
11. Közlekedési balesettel	1	2	3
12. Üzemi balesettel	1	2	3
13. Orthoni balesettel	1	2	3
14. Magas vérnyomással	1	2	3
15. Daganatos betegséggel	1	2	3
16. Pszichiátriai betegséggel, mint amilyen a depresszió, pánikzavar, vagy más szorongásos betegség	1	2	3
17. Szívbetegséggel, mint amilyen a koszorútér betegség, szívérbetegség, szívér szűkület, angina, infarktus	1	2	3
18. Agyérbetegséggel, mint amilyen például az agyérgörcs, trombózis, embólia, agyvérzés, gutaütés vagy sztrók	1	2	3
19. Valami mással, éspedig.....	1	2	3

IV. Egészség attitűd

Karikázza be az Öltre vonatkozó megállapítás számát!

Milyen gyakran sportol, például úszik, fut, kerékpározik, focizik, aerobikozik vagy végez más testmozgást?

1. soha
2. ritkábban mint heti egyszer
3. hetente egyszer
4. hetente többször

Milyen gyakran végez a sportoláson kívül olyan fizikai aktivitást, például kerti munkát, építkezést, ahol legalább 10 percen keresztül gyorsabban ver a szíve, kimelegszik, megizzad:

1. soha
2. hetente egyszer
3. hetente többször

Miért sportol? (Több válasz is bekarikázható)

1. Általános mozgásvágyból, mozgásszeretéből
2. Jó sport eredmény elérésért
3. Felüldést, kikapcsolódást jelent számomra
4. Egészséges életmód miatt tartom fontosnak
5. Jó társaság miatt
6. Egyéb:

Hozzáértőzői, barátai fontosnak tartják hogy sportoljon, támogatják benne?

1. Igen
2. Nem

Figyele-e arra, hogy mit és mennyit eszik?

1. mindig
2. legtöbbször
3. néha
4. soha

Milyen gyakran eszik főtt ételt?

1. Naponta
2. hetente többször
3. ritkábban

Milyen rendszerességgel fogyasztja az alábbiakat?

	Naponta többször	Naponta	Hetente többször	Hetente	Szinte soha
Zöldség					
gyümölcs					
főzelék					
hús					
lészta					
édesség					
tejtermék					

Különleges étrenden van-e? (pl. vegetáriánus, gluténmentes.....)

Miért? (pl. egészségmegőrzés, cukorbetegség, érzékenység.....)

Fogyaszt-e táplálék kiegészítőket? (vitaminok, protein.....)

- igen
- nem

V. Elégedtség

Egészen véve Ön mennyire elégedett mostanában az életével? Kérem 1 és 10 között osztályozzon. A 10-es jelentse azt, hogy teljesen elégedett, az 1-es pedig azt, hogy teljesen elégedetlen!

Teljesen elégedett
10 9 8 7 6 5 4 3 2 1
Teljesen elégedetlen

Egészen mennyire tartja boldognak saját magát? Kérem ismét 1 és 10 közötti számmal osztályozzon. A 10-es azt jelenti, hogy Ön teljesen boldognak tartja magát, az 1-es azt, hogy teljesen boldogtalanak!

Teljesen boldog
10 9 8 7 6 5 4 3 2 1
Teljesen boldogtalan

VI. Egészségorientáció

Az alábbi állítások az általános egészségi állapottal kapcsolatosak. Kérem, olvassa el figyelmesen a tételeket és jelölje be az Önre leginkább jellemző válaszlehetőséget az alábbiak szerint:

1 = egyáltalán nem jellemző rám

2 = kicsit jellemző rám

3 = inkább jellemző rám

4 = meglehetősen jellemző rám

5 = teljesen jellemző rám

1. Jól tudom, hogy mennyire vagyok egészséges.	1	2	3	4	5
2. Néha előprengek azon, vajon mit gondolhatnak mások az egészségi állapotomról.	1	2	3	4	5
3. Szorongok, ha az egészségemre gondolok.	1	2	3	4	5
4. Magabiztos vagyok az egészségi állapotomat illetően.	1	2	3	4	5
5. Olyan dolgokat teszek, amelyek megakadályozzák, hogy megbetegedjek.	1	2	3	4	5
6. Késztetést érzek arra, hogy egészséges legyek	1	2	3	4	5
7. Úgy érzem, saját magam vagyok felelős az egészségi állapotomért.	1	2	3	4	5
8. Egészségi állapotom leginkább véletlen eseményektől függ	1	2	3	4	5
9. Úgy érzem, az egészségem a jövőben kitűnő lesz.	1	2	3	4	5
10. Jó fizikai egészségnek örvendek.	1	2	3	4	5
11. Azonnal észreveszem, ha a testem nem érzi magát egészségesnek.	1	2	3	4	5
12. Nagyon érdekel, hogyan értékelik mások a testi egészségemet.	1	2	3	4	5
13. Aggódok a testem egészségéért.	1	2	3	4	5
14. Néha elbizonytalanodom az egészségemmel kapcsolatban.	1	2	3	4	5
15. Késztetést érzek arra, hogy elkerüljem a fizikai betegséget.	1	2	3	4	5
16. Erős késztetést érzek arra, hogy időt és energiát szánjak az egészségemre.	1	2	3	4	5
17. Az egészségemért egyedül én vagyok a felelős.	1	2	3	4	5
18. Egészségi állapotomat véletlenszerű történések befolyásolják.	1	2	3	4	5
19. Azt hiszem, az egészségi állapotom az elkövetkező időben jó lesz.	1	2	3	4	5
20. A testem fizikailag jó állapotban van.	1	2	3	4	5
21. Érzékeny vagyok az egészségemmel kapcsolatos belső jelzőingerekre.	1	2	3	4	5
22. Tudatában vagyok mindannak, amit mások gondolnak a saját egészségi állapotomról.	1	2	3	4	5

23. Rosszul érzem magam, ha az egészségi állapotomra gondolok.	1	2	3	4	5
24. Meg vagyok elégedve az egészségi állapotommal.	1	2	3	4	5
25. Megpróbálom elterelni az egészségemre káros helyzeteket.	1	2	3	4	5
26. Nagyon szeretném magam egészségesnek megőrizni.	1	2	3	4	5
27. Egységi állapotom nagyon függ attól, hogy én mit teszek (vagy mulasztok el).	1	2	3	4	5
28. A jó egészség szerencse kérdése.	1	2	3	4	5
29. Nem hiszem, hogy egészségügyi problémáim lennének a jövőben.	1	2	3	4	5
30. Fizikailag jó kondícióban vagyok.	1	2	3	4	5
31. Azonnal tudom, ha nem vagyok teljesen egészséges.	1	2	3	4	5
32. Fontos számomra, hogy milyenek tűnik mások előtt a saját egészségi állapotom.	1	2	3	4	5
33. Alapvetően aggódok azért, hogy vajon egészséges vagyok-e.	1	2	3	4	5
34. Pozitívan gondolok az egészségi állapotomra.	1	2	3	4	5
35. Mindenáron megakadályozom, hogy kiessek a legjobb formámból.	1	2	3	4	5
36. Nagyon fontos számomra, hogy milyenek tűnik mások előtt a saját egészségi állapotom.	1	2	3	4	5
37. Saját ügyem, hogy mi történik az egészségemmel.	1	2	3	4	5
38. A kitűnő fizikai állapotnak nem sok köze van a szerencséhez.	1	2	3	4	5
39. Valószínű, hogy lesznek egészségügyi problémáim a jövőben.	1	2	3	4	5
40. A testem sok munkával tudhán jó formába hozni.	1	2	3	4	5
41. Mindig tudatában vagyok a fizikai egészségemmel kapcsolatos változásoknak.	1	2	3	4	5
42. Fontos számomra, hogy mit gondolnak mások a saját egészségi állapotomról.	1	2	3	4	5
43. Feszült leszek, ha a fizikai egészségi állapotom eszembe jut.	1	2	3	4	5
44. Úgy érzem, jól kezelem az egészségemmel kapcsolatos kérdéseket.	1	2	3	4	5
45. Késztetést érzek arra, hogy elkerüljem a rossz fizikai állapotomat.	1	2	3	4	5
46. Sokat dolgozok azért, hogy mindig a legjobb formámat hozzam.	1	2	3	4	5
47. A jó fizikai egészség saját képességeinkből és erőfeszítéseinkből függ.	1	2	3	4	5
48. Nem hiszem, hogy a véletlen vagy a szerencse bárhogyan befolyásolná egészségi állapotomat.	1	2	3	4	5
49. Úgy gondolom, az egészségem a jövőben romlani fog.	1	2	3	4	5
50. A fizikai egészségem több figyelmet érdemelne.	1	2	3	4	5

VII. Társas támasz

Nehéz élethelyzetekben van akire számíthatunk, van akire nem. Kérem mondja meg, hogy a következő személyekre, csoportokra Ön mennyire számíthat. Tehát Ön mennyire számíthat nehéz élethelyzetekben valamelyik szülőjére: nagyon számíthat rá, kevésbé számíthat rá vagy egyáltalán nem számíthat rá? És mennyire számíthat a(z)?

1. egyáltalán nem számíthat
2. kevésbé számíthat rá
3. átlagosan számíthat rá
4. nagyon számíthat rá

1. A szülőjére	
2. Házastársára	
3. Élettársára	
4. nagyszülőjére	
5. Iskolatársára	
6. Szomszédjára	
7. Munkatársára	
8. Barátjára	
9. Gyermekére	
10. Rokoniára	
11. Segítő foglalkozására	
12. Egyházi csoportra	
13. Egyesületre, polgári csoportra	