

betegsége, pl. a szívinfarktus kialakulásában (11, 12). A probléma gyökerei sokkal inkább a káros szenvedélyek pszichodinamikai sajátosságaival, ill. a szociokulturális környezet normarendszerével állnak összefüggésben. Ezek feltárása, és ezen ismeret beépítése a megelőzésbe sokat javíthat a programok hatékonyságán.

A prevenció kulcsa: az életmódváltoztatás

Az utóbbi évtizedben egyre inkább köztudottá vált, hogy bizonyos életmódbeli és magatartási tényezők szoros összefüggésbe hozhatók a betegségek statisztika vezető helyén álló kórképek kialakulásával. Ezért is került előtérbe az egészségfejlesztés koncepciója, amelynek célja életstílusunk megváltoztatása. Az életstílus olyan egyéni életmódbeli elemekből áll, amely tükrözi személyes és társadalmi azonosságunkat, beleértve pl. a táplálkozási szokásainkat, káros szokásainkat vagy az öltözködés, ill. lakóhelyi környezet megválasztását.

Bár az első pillanatra úgy tűnik, hogy az életvitel megválasztása az egyén saját döntésén múlik, a döntés szabadsága egy bizonyos vagyoni-jövedelmi szint alatt csak látszólagos, hiszen választási lehetőségeinket erősen behatárolják a külső körülmények. Kimutatták, hogy a felső-közép osztályba tartozók sokkal inkább motiváltak életmódbeli szokásaik megváltoztatásában, mert úgy érzik, hogy választásaik felett nagyobb kontrollal rendelkeznek, míg az alacsonyabb státuszúak kevésbé bíznak saját erőfeszítéseik sikerében (13). Amikor az egyén felelősségét hangsúlyozzuk, látnunk kell, hogy jelentősen korlátozott az egyén cselekvési köre, ezért mindig adott társadalmi kontextusban kell az egyén lehetőségeit mérlegelni.

Kelet-Európa egész térségére jellemző az önkárosító magatartásformák, pl. a dohányzás vagy az alkoholfogyasztás magas aránya. Míg az USA-ban vagy a skandináv országokban jelentősen csökkent a dohányzás előfordulása, az Európa keleti felének országaiban, így Magyarországon továbbra is magas nemcsak a felnőtt lakosságban, hanem a serdülők körében is. Különösen riasztó, hogy a nemek közötti különbség egyre inkább eltűnik, s manapság szinte ugyanannyi fiatal lány dohányzik, mint fiú (14). Emellett a rászokás egyre fiatalabb életkorban jelentkezik, s már nem ritka a 9 év alatti gyermekek dohányzása sem (15).

Már serdülőkorban kimutatható a cigarettával való közvetlen találkozás szintjén az intrapszichés jelenségek szerepe, így a rendszeres dohányzó fiatalok körében gyakoribbak az öngyilkossági gondolatok, a szorongás, a depresszió vagy az alacsony önértékelés, az önbi-zalom hiánya (16). A felnőttkori dohányzástól eltérően azonban a dohányzásnak és más kockázati magatartásformának a serdülőkorban kitüntetett adaptációs jelentőségük van. Az alkohol, a cigaretta vagy a

szexuális aktivitás sajátos jelentést hordoznak magában, mintegy szimbolikus formában demonstrálva autonómiájukat, a felnőttek világához való tartozásukat (17). A dohányzás így vált a modern rítusok egyikévé, amely valódi rítusok hiányában megerősítést nyert és társadalmilag elfogadottá vált, hasonlóan az alkohol társasági szerepéhez. A kortárshatás, a csoportkonformitás a legerősebben érvényesül a dohányzásra való rászokásban, azonban a szülővel kialakított jó kapcsolat jelentős védőfaktor még ebben az esetben is (18).

A fejlett, nyugat-európai, individualista társadalmak már számos egészségfejlesztési programot valósítottak meg, amely egyben igazolás is lehet e programok hatékonyságára megfelelő szervezettség mellett. Melyek voltak a hatékony programok legfontosabb ismérvei? Mindegyikben megtalálható elem a világos célmeghatározás, a pontos tervezés, a tudományos alapok felhasználása, az eredmények szigorú mérése (19–21). Emellett azt is ki kell emelni, hogy ezekben az individualista társadalmakban az egyének felelőssége sokkal magasabb szintű saját egészségük iránt, mint Európa keleti felében, és emiatt erős motivációs készségük van az egészségfejlesztésben való részvételre. Ezzel szemben sajnos megállapítható, hogy a szocializmus nem kedvezett az egyéni felelősségvállalás és az egészségtudatosság kialakulásának, sőt a hosszú évtizedek alatt az egyének kontrollvesztett állapota alakult ki, amely az egyéni kezdeményező-készség alacsony szintjét eredményezte (1). A sok évtized alatt berögzült szokásrendszer elemei még ma is fennállnak, amely miatt az egészségfejlesztési programoknak számos nehézséggel kell szembenézniük a szocialista rendszer bukása után is.

A dohányzás egészségpszichológiai megközelítése

Mindenekelőtt fel kell ismerni, hogy a dohányzás – bár kétségtelenül hosszútávú egészségkockázatot jelent – vélt vagy valós pozitív hatásokkal is jár a dohányos számára. Ez részben a cigaretta biokémiai tulajdonságainak, részben pedig a tanult kóros magatartási reakcióknak köszönhető. A dohányosok rövidtávon inkább a cigarettázásból származó előnyöket élvezik, mint pl. a szorongásoldás vagy a barátokkal való szórakozás, s ezek mellett gyermekkorban számolnunk kell a csoportkonformitás kívánalmaival is, a cigaretta népszerűsége fokozó és a felnőttiséget szimbolizáló voltával. Ilyen értelemben mindig egy személyes előny/hátrány viszony mérlegelése történik, ami alapján az erős dohányosok esetében legtöbbször győznek a rövidtávú előnyök a hosszútávú és bizonytalan hátrányokkal, ill. egészségkockázattal szemben (22). Később azután fokozatosan kialakult az ún. irreális optimizmus jelensége, a rizikópercepció egy sajátos formája, amely a tudás, információ („a dohányzáskáros