

A foglalkozás-egészségügyi ápoló szerepe az alkoholfogyasztással kapcsolatos problémák azonosításában és kezelésében

DR. HIRDI Henriett Éva PhD

ÖSSZEFOGLALÁS

Az egészségtelen, mértéktelen alkoholfogyasztás káros hatással lehet az alkalmazottakra, növeli a munkahelyi sérülések kockázatát és csökkenti a termelékenységet. A foglalkozás-egészségügyi ápolóknak nagy szerepe lehetne az alkohollal kapcsolatos problémákkal érintett dolgozók felismerésében és kezelésében. Az ápolók állandó kapcsolatban állnak a munkavállalókkal, így kiváló helyzetben vannak ahhoz, hogy részt vegyenek a kliensek átfogó felmérésében (beleértve az alkoholszűrést is) és a tanácsadásban. Jelen kézirat bemutatja az alkohollal összefüggő munkahelyi problémák elterjedtségét, valamint az alkohollal összefüggő problémák előfordulását és szűrési módszereit a foglalkozás-egészségügyi ellátásban.

Kulcsszavak: alkoholfogyasztás, egészség és biztonság, munkahely, munkahelyi tesztelés

The Occupational Health Nurse's Role in the identification and management of alcohol-related problems

Henriett Éva HIRDI PhD

SUMMARY

Unhealthy alcohol consumption can have detrimental effects for employees, increases the risk of job-related injuries and reduces productivity. The occupational health nurses could play a major role in recognizing and in the management of the workers affected by alcohol related problems. Nurses in large companies are in constant contact with the workers and are therefore in an excellent position to participate in comprehensive client assessment (including alcohol screening) and counselling. This article examines the prevalence of alcohol-related problems in the workplace and the prevalence and screening methods for alcohol-related problems in occupational health care.

Keywords: alcohol consumption, health and safety, workplace, workplace testing programs


DR. HIRDI Henriett Éva PhD
címzetes főiskolai docens,
területi gyakorlatvezető,
Semmelweis Egyetem
Egészségtudományi Kar,
Ápolástan Tanszék, Budapest
elnök, egyetemi okleveles
ápoló, foglalkozás-egészség-
ügyi szakápoló, Foglalkozás-
egészségügyi Ápolók Európai
Szövetsége (FOHNEU)
ORCID-azonosító:
0000-0003-2159-1025

Levelező szerző

(Corresponding author):
DR. HIRDI Henriett Éva
E-mail cím:
hirdi.henriett@gmail.com

Beérkezett: 2022. július 20.

Elfogadva: 2022. augusztus 1.

 | Hungarian | <https://doi.org/10.55608/nover.35.0011> | www.eLitMed.hu

Bevezetés

A XX. század elején szerte a világban jelentős nehézséget jelentett a munkások alkoholfogyasztása, ami társadalmi és gazdasági problémákat egyaránt okozott. A politikai döntéshozók hamar felismerték, hogy az alkoholproblémákkal küzdő munkások munkaképessége csökken, gyakoribbak a munkabalesetek és a munkahelyről történő hiányzások, romlik a munkahelyek termelékenysége, sok az agresszió, illetve a munkaképtelenné vált személyek eltartása a társadalomra hárul. Éppen ezért számos országban vezettek be akkoriban szesztilalmat, amit később fokozatosan feloldottak (URL1).

Hazánk sem volt ez alól kivétel. 1919-től kezdődően többször volt szesztilalom, vagy éppen korlátozott hozzáférés. A munkások érintettségét jól szemléltette az úgynevezett „reggeli szesztilalom” bevezetése is, amikor munkanapokon reggel 9 óráig tilos volt szeszes italt értékesíteni, hogy a munkába menők ne tudjanak munkakezdés előtt szeszes italt fogyasztani (URL1). A probléma jelentőségét, illetve a megoldásra törekvést mutatja az is, hogy az 1930-as években indult gyárgondozónői tanfolyam elméleti oktatása során külön hangsúlyt fektettek az egészségügyi ismeretek keretében az alkoholizmus kérdésre, illetve arra, hogy a napi gyakorlatban hogyan tudja segíteni a gyári munkások káros szenvedé-

délyektől mentes, helyes életvitelének kialakítását a gyárgondozónő (Hirdi, 2013).

A szesztilalom feloldására, a korlátozások enyhítésére azonban nem azért került sor, mert a probléma teljesen eltűnt a munkahelyekről. Az elmúlt évszázadban időről időre újabb és újabb munkahelyi kampányokat hirdettek a probléma enyhítésére. Amerikában a munkavállalókat segítő programok (employee assistance program – EAP) az 1940-es években kifejezetten az alkoholizmusra fókuszálva indultak el, és csak később bővítették az ilyen programok témakörét (Campbell & Hanna, 2014). Az 1970-es években az amerikai foglalkozás-egészségügyi ápolók pedig még nagyobb szerepet kaptak a vállalati alkoholizmus programokban, hiszen ekkor az Amerikai Egyesült Államokban ez volt a negyedik legnagyobb népegészségügyi probléma. A foglalkozás-egészségügyi ápolók mint a munkahelyekkel és munkavállalókkal közvetlen és rendszeres kapcsolatban álló egészségügyi szakemberek pedig kiválóak voltak erre a feladatra is. Hamar felismerték, hogy a betegség késői szakaszában lévő munkavállalókra fókuszáló programok nem elég hatékonyak, sok az elbocsátás és emiatt az érintett munkások inkább „boszorkányüldözésként” élték meg a munkahelyi beavatkozást, mint segítségként. Ezért az új cél az alkoholproblémával küzdők minél korábbi azonosítása és támogatása lett. Ennek megfelelően az alkoholizmus korai felismerése érdekében a romló munkateljesítmény figyelésére helyezték a hangsúlyt, de nem feledkeztek meg a látható testi tünetekkel rendelkező munkások azonosításáról és rehabilitációjukról sem (Guida, 1976). Az amerikai foglalkozás-egészségügyi ápolói képzési követelményben a mai napig megtalálható e témakör, hiszen ezt a feladatot csak akkor tudják hatékonyan ellátni, ha erre megfelelő felkészítést kapnak az ápolók (Campbell & Hanna, 2014).

Mint az az előzőekből jól érzékelhető, a munkavégzés és a túlzott alkoholfogyasztás problematikája már több mint egy évszázada elhúzódó és a mai napig problémát okozó jelenség. Jelen kézirat elkészítésekor végzett friss Pubmed-keresés az „alkohol & munkahely” kulcsszavakra 2000-től 2022 júliusáig 1623 találatot adott.

Nemzetközi helyzet

Napjainkban rendkívül változatos, hogy az egyes országok hogyan kezelik egyrészt a munkahelyeken munkaidőben történő alkoholfogyasztást, másrészt az alkoholproblémával küzdő munkavállalókat. A Foglalkozás-egészségügyi Ápolók Európai Szövetsége (FOHNEU) az 54. taggyűlésén kiemelt témaként foglalkozott ezekkel a kérdésekkel, kihangsú-

lyozva a foglalkozás-egészségügyi ellátás lehetséges szerepeit. A gyűlésen résztvevők előzetesen egy online kérdőívet töltöttek ki, és a válaszok alapján a következők jelenthetők ki általánosságban:

- Az európai ápolói alapképzés során az ápolók kevés információt kapnak az alkoholizmusról vagy alkohollal kapcsolatos problémákkal küzdő személyek felismeréséről, ellátásáról és kezeléséről. A foglalkozás-egészségügyi szakápolói képzés során sem bővítik jelentősen e témakörben az ismereteiket, nem készítik fel őket a munkahelyi alkoholproblémák kezelésére.

- Jelenleg a foglalkozás-egészségügyi szakápolók csak általános tanácsot adnak az alkohollal való visszaéléssel, alkoholfüggőséggel kapcsolatban.

- Megfelelő felkészítés esetén a magasan képzett foglalkozás-egészségügyi szakápolók képesek lennének komplexebb tanácsokat adni a munkáltatóknak és a munkavállalóknak a munkahelyi alkoholproblémák kezeléséhez. Emellett a munkahelyi környezetben jó helyzetben vannak ahhoz, hogy a témában akár oktatást is tartsanak mind a munkavállalóknak, mind pedig a munkaadóknak az alkoholfogyasztással kapcsolatos problémák felismeréséről és kezeléséről.

- A foglalkozás-egészségügyi szakápolók közreműködhetnek a mentális egészségügyi problémák – például az alkohollal való visszaélés és a függőség – azonosításában, felmérésében. Minden egyes rendelői megjelenésnél az anamnézis felvételekor az alkoholfogyasztás mennyiségét és egyéb jellemzőit rögzíthetnék.

A gyűlésen felszólalók több esetben kihangsúlyozták, hogy a nyugat-európai vállalatvezetők az alkoholizmust kezelhető krónikus betegségnek tartják. A vállalatok a foglalkozás-egészségügyi szolgálatokkal karöltve igyekeznek olyan munkahelyi politikát kialakítani, amely segíti az alkoholista munkavállaló egészségi állapotának helyreállítását, hogy munkáját kielégítően tudja ellátni. Dániában például vannak olyan vállalatok, amelyek átvállalják a munkavállaló kezelési-rehabilitációs költségeit, cserébe a dolgozó egy évig „alkoholnagykövetként” funkcionál, saját személyes példáját, sikertörténetét megosztva a többiekkel, támogatja, mentorálja azokat, akik szintén alkoholproblémával küzdenek. Azonban azok a dolgozók, akik nem hajlandók belátni problémájukat, küzdeni, együttműködni a leszokásért, azok ugyanúgy elveszítik munkahelyüket, mint mások. Svédországban a foglalkozás-egészségügyi ápoló szoros kontrollal figyeli az alkoholizmus kezelésére alkalmazott gyógyszeres terápia megtartását, akár oly módon is, hogy a munkavállaló a munkakezdés előtt az ápoló jelenlétében kell, hogy bevegye a gyógyszerét. Belgiumból a foglalkozás-egészségügyi ápoló ez irányú részletes anamnéziszfelvételi és ta-

nácsadási szerepkörének fontosságát hangsúlyozták ki. Míg a dél-európai országok vonatkozásában azt jegyezték meg, hogy a munkahelyeken csak bizonyos munkakörök, feladatkörök esetében elvárás a zero tolerancia, vagyis az alkoholfogyasztás teljes tilalma a munkavégzés alatt. Így például Olaszországban és Spanyolországban a hagyományok és az életmód miatt megengedett a kevés alkohol elfogyasztása („egy pohár bor ebéd után”). Természetesen a túlzott alkoholfogyasztókkal ezekben az országokban is foglalkoznak a foglalkozás-egészségügyi szolgálatok. A munkahelyi alkoholizmus elleni programok sikerének záloga pedig mindenhol a profi egészségügyi szakembergárda (ápoló, orvos, esetleg pszichológus) és a vállalat együttműködése, a munkavállaló motiválása, hogy segítséget kérjen és további szakirányú terápiára bejelentkezzen.

Míndez azért is nagyon fontos, mert ausztrál adatok alapján az alkoholfogyasztás járul hozzá a munkahelyi balesetek és sérülések 11%-ához, és az alkohollal összefüggő hiányzások évente körülbelül 2 milliárd dollárjába kerülnek a vállalatoknak (Pidd, 2018). Az Amerikai Egyesült Államokban még ennél is drámaibb a helyzet, mivel a munkahelyi kábítószer- és alkoholfogyasztás okozza a munkahelyi balesetek 65%-át (URL2). A WHO 2021. évi jelentése alapján a világ tíz legnagyobb ivó országa közül kilenc az európai régióban van (WHO, 2022a). 2017-ben a felnőttek (15 éves vagy annál idősebbek) alkoholfogyasztásának európai átlaga 9,8 liter egy főre jutó tiszta alkohol volt (ami már tulajdonképpen csökkenés a 2010-es 11,2 literhez képest). Összességében az európai régióban az összes haláleset 10,1%-át okozta az alkohol. S már huszonkét országban vannak nemzeti iránymutatások a munkahelyi alkoholproblémák megelőzésére és az azokkal kapcsolatos tanácsadásra vonatkozóan (WHO, 2020). Ennek ellenére például Luxemburgban minden negyedik foglalkozási balesetért, tehát azok 25%-áért az alkohol a felelős. Minden hatodik munkahelyi elbocsátás az alkoholfogyasztás következménye. Becslések szerint négyszer gyakoribb a munkahelyi hiányzás az alkoholt és kábítószer fogyasztó munkavállalók körében. Egyes cégeknél a munkaerő akár 15%-át is érinti a munkahelyi alkoholfogyasztás (URL3). Az Egyesült Királyságban

az alkalmazottak harmada másnaposan jár munkába, ami miatt koncentrációs nehézségük van, csökkent a termelékenységük, fáradtak és hibáznak (BMA OMC, 2016).

A munkáltatók számára általában azt ajánlják, hogy hozzanak létre alkohol- és kábítószer-használati szabályzatot, illetve ne elsősorban fegyelmi ügyként kezeljék az esetleges problémákat, hanem a vállalati egészségügyi és jóléti politika részeként. A foglalkozás-egészségügyi szakemberekkel szemben pedig elvárás, hogy törekedjenek arra, hogy megértsék, az adott munkáltató milyen alkohol- és kábítószer-használati politikát alkalmaz. (Például minden alkalmazottra kiterjed, vagy csak a biztonság szempontjából kritikus szerepet betöltőkre? Milyen támogatást kaphatnak az alkalmazottak a vállalattól?) (BMA OMC, 2016).

Hazai helyzet

Magyarország népessége 9,7 millió fő, akik közül 2022 júniusában a 15–74 éves foglalkoztatottak átlagos létszáma 4 millió 739 ezer fő volt. Tehát csaknem a lakosság fele a foglalkoztatotti körbe számít valamilyen formában (KSH, 2022). Ami azért lényeges, mert a munkahelyi környezet az egészségnevelés helyszínévé válhat, hiszen itt érhető el legkönnyebben az aktív munkavállalók, s így az alkoholproblémákkal küzdő egyének azonosításának lehetősége itt lenne a leghatékonyabb.

Ha a felnőtt magyar lakosság alkoholfogyasztási szokásait nézzük, akkor látható, hogy a KSH 2019. évi adatai alapján 5,2% a nagyivók, 20% a mértékletes ivók, 46% az alkoholt ritkán fogyasztók, illetve 29% az absztinensek közé sorolta önmagát (**I. táblázat**). A közzétett adatokból az is kiderül, hogy európai viszonylatban a harmadik legrosszabb helyen állunk az alkoholfogyasztással összefüggő halálozási mutató értéke alapján (URL4). Ugyanakkor, mivel ezek az adatok önbevalláson alapulnak, alábecsülhetik a valós alkoholfogyasztás okozta terheket.

Hazánkban az alkoholfogyasztással szemben viszont egyértelmű tilalom van a munkahelyeken, a munkáltató szondával ellenőrizheti az alkoholos befolyásoltságot, és amennyiben bebizonyosodik a munkahelyi alkoholfogyasztás, szankcionálják is.

I. táblázat. Alkoholfogyasztási szokások (Kassai-Farkas, 2015)

Absztinens	Egyáltalán nem fogyaszt alkoholt.
Alkoholt ritkán fogyasztó	Hetnél ritkább gyakorisággal iszik szeszes italt.
Mértékletes ivó	Legalább heti fogyasztó, de nem nagyivó. (Az ajánlott határok között marad.)
Nagyivó	Nőként hetente összesen több mint 7, férfiként több mint 14 egységnyi alkoholt fogyaszt.
Rohamivó (binge drinking)	Egy alkalommal két óra alatt egy férfi 5, egy nő pedig 4 standard italt fogyaszt havonta egyszer. A nagyivók közé sorolandók.

A munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII. törvény kimondja, hogy a munkavállaló csak olyan munkára és akkor alkalmazható, ha foglalkoztatása az egészségét, testi épségét károsan nem befolyásolja, illetve mások egészségét, testi épségét nem veszélyezteti és a munkára alkalmasnak bizonyult. Emellett azt is előírja, hogy a munkavállaló csak a biztonságos munkavégzésre alkalmas állapotban, a munkavédelemre vonatkozó szabályok, utasítások megtartásával, a munkavédelmi oktatásnak megfelelően végezhet munkát. Ennek megfelelően bizonyos munkakörökben, munkavégzési helyeken, illetve körülmények között (például gépjárművezetés, gépkezelés, építőipari munka stb.) a munkáltató, ha alkoholos befolyásoltságot állapít meg, köteles megtiltani a munkavállaló további munkavégzését, illetve a veszélyes munkaterületről el kell rendelnie a dolgozó azonnali távozását. Sőt, a munkahelyi alkoholfogyasztás, illetve alkoholos befolyásoltság jogalapot adhat a munkáltató részéről a munkaviszony rendkívüli felmondással történő megszüntetésére is (URL5).

A foglalkozás-egészségügyi szolgálat a munkakörre, szakmára való egészségi alkalmasság elbírálásakor figyelembe veszi a munkavállaló, a tanuló vagy az álláskereső káros szenvedélyeit is. Az alkalmassági vizsgálat keretében állapítja meg azt is, hogy szenved-e olyan betegségben, amely miatt rendszeres foglalkozás-egészségügyi ellenőrzést igényel. Alapvetően tehát az első találkozási pont az előzetes alkalmassági vizsgálat lesz, amelyet rendszeres időközönként végzett időszakos vizsgálatok, illetve szükség esetén (például munkahelyi baleset) soron kívüli vizsgálatok követnek. E vizsgálatok, a munkahelyi szemlék, a munkahelyek számára szervezett egészségmegőrző előadások, programok adnak lehetőséget arra, hogy a foglalkozás-egészségügyi szolgálat munkatársai még jobban megismerjék az ellátási körükbe tartozó munkavállalókat és szükség esetén gondozásba vegyék őket, vagy kiemeljék a kritikus munkakörökből.

Veszélyeztető munkakörülmények

Habár azt gondolnánk, hogy a munkanélküliek körében sokkal gyakoribb az alkoholfogyasztás s ők a legveszélyeztetettebbek, nemzetközi adatok alapján a 16 és 64 év közötti, munkaviszonyban álló férfiak és nők nagyobb arányban fogyasztanak alkoholt azokhoz képest, akik munkanélküliek vagy gazdaságilag inaktívak. A teljes munkaidőben dolgozó felnőttek körében az alkoholfogyasztás közvetlenül összefügg a foglalkoztatásból származó keresettel és a háztartások jövedelmével. Az alkoholfogyasztás mértéke és gyakorisága pedig általában csökken a jövedelem

csökkenésével, bár itt befolyásoló tényező az életkor is, hiszen az idősebb munkavállalók többet keresnek, mint a fiatalabbak (BMA OMC, 2016).

Tanulmányok alapján a foglalkozás típusa is hatással van az ivási szokásokra és a fogyasztás mértékére. A nagyvállalatoknál dolgozó vezetők és szellemi foglalkozásúak gyakrabban isznak, mint a rutinmunkát végzők. Munkáltatók és a vállalkozások körében végzett felmérések pedig azt is kimutatták, hogy sok munkavállaló munkaidőben is fogyaszt alkoholt (BMA OMC, 2016).

Bizonyos csoportoknál fokozódhat az alkohol- és drogvészélyeztetettség. Ilyenek például:

- családtól távol, országon belül vagy kívül tartósan munkát végzők;
- hajléktalan munkavállalók;
- külföldről áttelepült munkavállalók;
- állami gondozásból kikerült, munkába állt személyek (Ungváry, 1999).

A nemzetközi kutatások pedig azt mutatják, hogy a hosszabb munkaidő szignifikánsan összefügg az alkoholfogyasztás magasabb arányával és a kapcsolódó problémákkal. Emellett a fentiekben kívül bizonyos munkahelyzetek és -körülmények szintén veszélyeztető tényezőnek számíthatnak, például több műszakos munka, éjszakai munkavégzés, távmunka, gyakori üzleti étkezések, fokozott munkahelyi stressz, munkavégzés alkohollal (például vendéglátóipar a könnyű hozzáférés miatt). A munkahelyi kultúrán belül is számos olyan tényező van, amely fokozott kockázatot jelent például a munkahelyi/társ csoportos nyomás, a felügyelet hiánya, a fizikai veszélyeknek kitettség, agresszív nyilvánossággal történő érintkezés (BMA OMC, 2016).

Súlyos mértékű alkoholfogyasztást figyeltek meg az építőiparban foglalkoztatottak, valamint a telepítés, karbantartás és javítási szolgáltatásokat nyújtók, továbbá az élelmiszer- és vendéglátóiparban dolgozók körében (BMA OMC, 2016). Emellett szezonális jelenség az évről-évre vagy karácsonyi munkahelyi összejöveteleken, és csapatépítő programokon a szinte kötelezővé vált mértéktelen alkoholfogyasztás.

Foglalkozások, ahol nem foglalkoztatható alkoholfüggőségben szenvedő

Sokan nem is gondolnák, hogy az életmód milyen fontos tényező a foglalkoztathatóság szempontjából, pedig a gyógyszerszedés, a dohányzás és alkoholfogyasztás növelik bizonyos expozíciók kockázatát. Gondoljunk csak az alkohol és a hepatotoxikus anyagok, vagy épp alkohol és balesetveszély kombinációjára (Morvai & Ungváry, 2007).

Az mindenki számára köztudott, hogy hazánkban a közúti közlekedés biztonsága érdekében a sza-

bályozásban az úgynevezett „*zéro tolerancia*” jelenik meg, vagyis a gépjármű vezetése előtt és alatt a szesz ital fogyasztása teljes mértékben tiltott. Ennek hátterében az áll, hogy a járművezetőnek a vezetés során mindvégig a vezetésre alkalmas állapotban kell lennie. Éppen ezért nem meglepő, hogy a járművezetéshez kapcsolódó munkakörökben (járművezető-oktató, autóbuszvezető, taxisofőr stb.), ahol rendkívül fontos az ép érzékelési funkció, a gyors reakcióképesség és problémamegoldás, a figyelemösszpontosítás, a felelősségérzet, kizáró okként egyértelműen felsorolásra került a szakmai alkalmassági standardok között a gyógyszer-, illetve alkoholfüggőség (Cseh et al., 2014).

Ugyanígy nem kérdéses, hogy az alkoholizmus és narkómánia a lőfegyver megszerzése és tartása tekintetében külön mérlegelés nélkül kizáró egészségi okok közé tartozik (Cseh et al., 2014). Ezzel összhangban például a fegyveres szolgálatot végzők (rendőrök, katonák, pénzügyőrök, biztonsági őrök) esetleges túlzott alkoholfogyasztásának vizsgálata szigorúan szabályozott.

Az azonban kevésbé ismert, hogy vannak olyan munkakörök, ahol a munkavégzés során használt adott vegyi anyag-expozíció az, ami abszolút kontraindikálja az alkoholizmusban szenvedő munkavállaló alkalmazását (például benzol és nitrovegyületei, dimetilformamid, dioxán, etilbenzol, fenol, N-hexán, higany stb.).

Számos esetben a kórtörténetből az is fontos, hogy a munkát kereső, munkahelyet vagy munkakört váltó személy korábban szenvedett-e diagnosztizáltan alkoholfüggőségben, hiszen ebben az esetben az egészségi alkalmasság elbírálásához szükséges lehet addiktológus vagy pszichiáter szakorvos véleményére is (Cseh et al., 2014).

Azt is fontos kiemelni, hogy például a szabadidejükben a detoxikálóra került alkalmazottakat nem szabad a biztonság szempontjából kritikus munkakörökben tovább alkalmazni. Ilyenkor általában ideiglenesen vagy véglegesen át kell helyezni őket más munkakörbe. A kritikus munkához való visszatérés feltétele, hogy sikeres legyen a megfelelő terápiás kezelés és kerüljön bevezetésre egy szigorú megfigyelési időszak (visszatérés előtt és után), amely magában foglalhat véletlenszerű és/vagy előre be nem jelentett teszteleket is (BMA OMC, 2016).

Az alkalmasság elbírálása során figyelembe veendő szempontok

A munkaköri alkalmassági vizsgálat célja megállapítani az egyén arra való alkalmasságát, hogy tudja-e teljesíteni feladatait önmaga és mások veszélyeztetése nélkül.

Ha felmerül a fennálló vagy kórelőzményben szereplő kóros alkoholfogyasztás, a következő tényezőket mindenképp vizsgálni kell és egyéni alapon mérlegelni:

- Az adott munkahelyen és munkakörben mik lesznek a dolgozó alapvető feladatai?
- Milyen mértékű a vizsgált személy jelenlegi és múltbeli alkoholfogyasztása?
- A dolgozó aktuális egészségi állapota, beleértve az általa szedett gyógyszereket, mutat-e valamilyen jelenlegi, illetve előrelátható kockázatot saját maga vagy mások egészségére és biztonságára nézve?
- Vannak jogi vagy szabályozási követelmények az alkalmasságra vonatkozóan (például kizáró tényező az alkoholizmus)?
- Vannak olyan munka- vagy munkahelyi tényezők, amelyek kezelés hiányában súlyosbíthatják az egyén állapotát, alkoholfogyasztáshoz fűződő viszonyát? (Például nagyfokú stressz, túlóra, túl hosszú munkanap, több műszakos munkarend, fáradtság, elszigeteltség, könnyű hozzáférés a kábítószerkezhöz vagy az alkoholhoz.)
- Szükséges-e a kezelőorvos (házi orvos, addiktológus vagy pszichiáter) véleményének kikérése?
- Megvalósítható-e a munkakörbe történő szakaszos visszatérés (például olyanok számára, akik hosszabb távollét után térnek vissza)? (BMA OMC, 2016).

A foglalkozás-egészségügyi ápoló szerepe a felismerésben

Nagyon sok foglalkozás-egészségügyi rendelőben az ápoló találkozik először a munkavállalóval, ő az, aki egyezteteti a személyes adatokat és számos esetben felveszi az anamnézist, elvégzi a műszeres vizsgálatokat az alkalmassági vizsgálathoz kapcsolódóan. Emellett azokban a rendelőkben, ahol az orvos nincs mindig személyesen jelen, az ápoló az, aki az akut panaszok (például fejfájás, rosszullet stb.) miatt megjelenő dolgozót egyedül fogadja, esetleg munkabalesete kapcsán elsősegélyben részesíti.

Ilyen találkozásokkor a munkavállalók különféle panaszokat említhetnek, amelyek egy része fizikai, de lehetnek személyes (házassági, családi, pénzügyi, szociális és akár jogi) problémák is. Tehát jóval azelőtt felismerhetők a kockázati tényezők, mint hogy az alkoholfogyasztás tünetei megjelenének (Guida, 1976). Emellett a vizsgálat előtt a munkáltató, a közvetlen vezető is közölhet olyan jeleket, amelyek alkoholproblémára utalhatnak (**II. táblázat**).

A sürgősségi ellátás (például munkahelyi baleset) során pedig az ápoló azt is felismerheti, ha esetleg a

II. táblázat: Alkoholproblémára utaló jelek a munkahelyen (URL6)

Távollétek	Ittasság vagy alkoholos befolyásoltság megjelenése a munkahelyen
<ul style="list-style-type: none"> • megmagyarázhatatlan vagy igazolatlan munkahelyi hiányzások, • gyakori késés, • a betegszabadság túlzott igénybevétele, • jellemző hiányzási minták (például a fizetésnapot követő nap, vagy a gyakori hétfői vagy pénteki hiányzás), • gyakori nem tervezett hiányzások különböző „vészhelyzetek” miatt (például háztartási javítás, autóbaj, családi vészhelyzet, jogi problémák), • a munkavállaló indokolás vagy engedély nélkül is jelentős ideig távol marad a kijelölt munkaterületéről. 	<ul style="list-style-type: none"> • a munkavállaló környékén alkoholszag van, • tántorgás vagy bizonytalan járás, • vérben forgó szemek, • alkoholszagú lehelet, • hangulati és viselkedésbeli változások, például túlzott nevetés, hangos beszéd, • szájvíz vagy menta túlzott használata, • kerülő a kapcsolatfelvételt a vezetőivel, különösen ebéd után, • remegés, • szolgálatban, munkahelyen elalszik.
Teljesítményproblémák	Munkahelyi kapcsolatok
<ul style="list-style-type: none"> • elmulasztott határidők, • gondatlan vagy hanyag munkavégzés, vagy hiányos feladat-teljesítés, • a termelési kvóták nem teljesülnek, • sok kifogás a hiányos feladatokra vagy a határidők elmulasztására, • hibás elemzés. 	<ul style="list-style-type: none"> • a munkatársakkal való kapcsolat feszült, • a munkavállaló viselkedése harcias, vitakozó vagy szűkszavú, különösen reggel, hétfőn vagy ünnepnapokon, • a munkavállaló „magányos”.

munkavállaló alkoholos befolyásoltság következményeként szenvedett balesetet.

Anamnéziszfelvétel

A foglalkozási, az általános orvosi és az életmód anamnéziszfelvétele kulcsfontosságú az alkalmassági vizsgálat és alkalmasság véleményezése szempontjából. Éppen ezért van jelentősége a szisztematikusszűrésnek az anamnéziszfelvételbe beépítve, hiszen a foglalkozás-egészségügyi rendelőbe általában nem az alkohollal összefüggő panasszal érkezik a páciens. Hacsak nem a munkáltató küldi soron kívüli alkalmassági vizsgálatra a túlzott alkoholfogyasztás miatt.

A munkaköri alkalmassági orvosi vizsgálatok során alkalmazott – 33/1998. (VI. 24.) NM rendelet 13. számú mellékletében található – „Munkavállaló egészségügyi törzslapja” elnevezésű dokumentum papíralapú verziója meglehetősen kevés információ rögzítésére ad lehetőséget az alkoholfogyasztásra vonatkozóan. A formanyomtatványon alkalmazott válaszlehetőségek az alkoholfogyasztás tekintetében csak „igen”, „nem” válaszokra korlátozódnak. Ha valaki nemleges választ ad, akkor még megjegyezhető, hogy mikor, hány éve hagyta abba. Így e területen az anamnézis felvételekor felvett adatok minősége az egészségügyi dolgozó szakmai tudásától, tapasztalától függ, vagyis az, hogy mennyire kerül pontosan feltérképezésre az alkoholfogyasztás, illetve egyénként részletesen dokumentálásra, mind mennyiségi, mind pedig az elfogyasztott italok típusa, gyakorisága tekintetében.

Ezzel szemben sokkal jobban alkalmazhatók lennének a 4/2000. (II. 25.) EüM-rendelet 3. szá-

mú mellékletében található „Háziorvosi törzskarton a 18 év feletti bejelentkezett biztosítottak ellátása esetén” alkoholfogyasztásra vonatkozó kérdések. Mintegy sorvezetőként szolgálhatnának, hiszen sokkal konkrétan fogalmaz. Egyrészt rákérdez az ivási mintázatra, arra, hogy az elmúlt 12 hónapban milyen gyakran fogyasztott a vizsgált személy alkoholtartalmú italt, példálózva felsorolva a különböző alkoholdermékeket („sör, bor, pezsgő, pálinka, vodka, rum, whisky, koktél, likőr, alkoholos üdítő, háziilag előállított alkohol”). Másrészt a túlzott mennyiséget is rögzíti: „Az elmúlt 12 hónapban milyen gyakran fogyasztott Ön egy alkalommal 6 vagy annál több alkoholtartalmú italt? (Egy ital alatt egy korsó sört vagy két dl bort, vagy fél dl röviditalt értve; például egy buli alatt, étkezés közben, baráti összejövetel, esti kikapcsolódás alkalmával, vagy akár egyedül, otthon)” kérdéssel.

Azonban a leghatékonyabb felmérés az „Alkoholfogyasztási rendellenességek azonosítási tesztje (AUDIT-10) kérdőív” alkalmazásával valósulhatna meg. Az AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) egy egyszerű és hatékony módszer az egészségtelen alkoholfogyasztás kiszűrésére, amelyet kockázatos vagy veszélyes fogyasztásként, vagy bármilyen alkoholfogyasztási rendellenességként határoznak meg. Ezt a tesztet az Egészségügyi Világszervezet (WHO) támogatásával az 1980-as évek elején nemzetközi összefogásban kifejezetten egészségügyi szakemberek számára fejlesztették ki és azóta a világ legszélesebb körben használt alkoholszűrő eszközévé vált. Jelenleg körülbelül már 40 nyelven érhető el. A csupán 10 kérdést tartalmazó teszt segítségével pontosan felmérhető az alkoholfogyasztás mértéke, a függőség megléte, illetve az is, milyen kedvezőtlen hatások (következmé-

nyek) jelentkeztek eddig az italozás miatt (URL7) (1. ábra). A dr. Kassai-Farkas által az egészségfejlesztési irodák számára összeállított szakmai módszertani anyag pedig nemcsak az anamnézis felvételének körülményeire, a kérdések feltevésére és a teszt kiértékelésére fogalmaz meg útmutatást, hanem a teszteredmények visszajelzésére és a jövőbeni teendőkre is (Kassai-Farkas, 2015).

Azt sem szabad figyelmen kívül hagyni az anamnézis felvételekor, hogy az alkoholisták gyakran pontosan tisztában vannak azzal, hogy alkoholfogyasztási szokásaik eltérnek az átlagostól, s nem szívesen ismerik be problémáikat, sokszor eltitkolják, vagy bagatellizálják (Guida, 1976; Szabó, 2015). Ráadásul az alkalmassági vizsgálatok során a munkavállaló érdeke általában az, hogy alkalmas minősítést kapjon, ezért gyakran előfordul, hogy bizonyos betegségeiket, káros szenvedélyeiket „elfelejtik” megemlíteni (Morvai & Ungváry, 2007).

Mértékletes alkoholfogyasztáshoz ajánlott mennyiség – standard ital

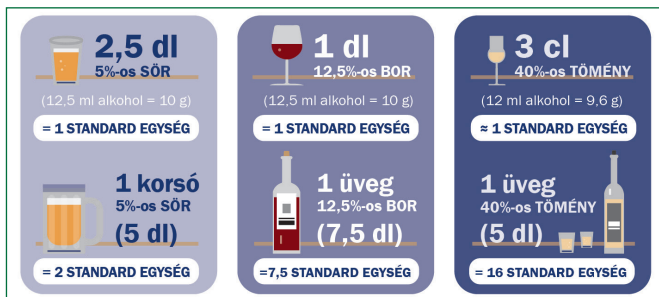
Ahhoz, hogy az anamnézis felvételekor az ápoló meg tudja ítélni, egészségtelen mértékben fogyaszt-e alkoholt az adott munkavállaló, fontos, hogy az adatok felvételénél standard mérőszámot alkalmazzon.

Mielőtt tehát az ajánlott mennyiségre rátérnénk, tisztáznunk kell, hogy mi is az a standard ital (egység), amit egységes mérőszámként használnak. A standard ital fogalmát az alkoholfogyasztás mennyiségének összehasonlíthatósága érdekében hozták létre. 10 gramm tiszta alkoholt tartalmazó ital számít egy standard egységnek. 1 ml tiszta alkohol körülbelül 0,79-0,8 g-nak felel meg. A különböző sörök, borok és égetett szeszek alkoholtartalma és országonként a felszolgált italok szabványmennyisége is eltérő. Magyarországon a standard italok mértéke a 2. ábrán láthatóan alakul. Egyes honlapokon kalkulátor is se-

1. ábra: Az AUDIT-10 kérdőív (Gerevich, et al., 2006)

AUDIT – 10	
<p>1. Milyen gyakran iszik alkoholtartalmú italt?</p> <p>1 – Soha. 2 – Havonta vagy kevesebbszer. 3 – Havonta kétszer-négyszer. 4 – Hetente kétszer-háromszor. 5 – Hetente négyszer vagy többször.</p> <p>2. Hány italt fogyaszt Ön egy tipikus napon, amikor iszik?</p> <p>1 – 1 vagy 2. 2 – 3 vagy 4. 3 – 5 vagy 6. 4 – 7-9 között. 5 – 10 vagy több.</p> <p>3. Milyen gyakran iszik 6 vagy több italt egy alkalommal?</p> <p>1 – Soha. 2 – Ritkábban, mint havonta. 3 – Havonta. 4 – Hetente. 5 – Naponta vagy csaknem naponta.</p> <p>4. Milyen gyakran fordult elő Önnel az elmúlt évben, hogy nem volt képes abbahagyni az ivást?</p> <p>1 – Soha. 2 – Ritkábban, mint havonta. 3 – Havonta. 4 – Hetente. 5 – Naponta vagy csaknem naponta.</p> <p>5. Milyen gyakran fordult elő Önnel az elmúlt évben, hogy az ivás miatt nem tudta elvégezni azt, amit rendes körülmények között elvárnak Öntől?</p> <p>1 – Soha. 2 – Ritkábban, mint havonta. 3 – Havonta. 4 – Hetente. 5 – Naponta vagy csaknem naponta.</p>	<p>6. Milyen gyakran fordult elő Önnel az elmúlt évben, hogy egy nagyobb ivászat után reggel innia kellett, hogy elkezdhesse a napját?</p> <p>1 – Soha. 2 – Ritkábban, mint havonta. 3 – Havonta. 4 – Hetente. 5 – Naponta vagy csaknem naponta.</p> <p>7. Milyen gyakran fordult elő Önnel az elmúlt évben, hogy ivás után büntudatot vagy megbánást érzett?</p> <p>1 – Soha. 2 – Ritkábban, mint havonta. 3 – Havonta. 4 – Hetente. 5 – Naponta vagy csaknem naponta.</p> <p>8. Milyen gyakran fordult elő Önnel az elmúlt évben, hogy az ivás miatt nem volt képes visszaemlékezni az előző éjszakára?</p> <p>1 – Soha. 2 – Ritkábban, mint havonta. 3 – Havonta. 4 – Hetente. 5 – Naponta vagy csaknem naponta.</p> <p>9. Megsérült-e Ön vagy egy másik személy az Ön ivása miatt?</p> <p>1 – Nem. 2 – De nem az elmúlt évben. 3 – Igen, az elmúlt évben.</p> <p>10. Aggódott-e már rokon, barát, orvos, más egészségügyi dolgozó az Ön ivása miatt vagy javasolta-e, hogy csökkentse az ivást?</p> <p>1 – Nem. 2 – Igen, de nem az elmúlt évben. 3 – Igen, az elmúlt évben.</p>

2. ábra: Jellemzően fogyasztott italok standard egységének mértéke (Papp, 2021).



gít meghatározni, hogy az elfogyasztott italok hány standard egységnek felelnek meg (Papp, 2021).

Felnőtt férfiaknak napi maximum 2 (maximum heti 14) standard ital az ajánlott mennyiség, felnőtt nőknek pedig napi maximum 1 (maximum heti 7) standard ital – legalább heti két nap szünettel. Egy alkalommal legfeljebb 3 (nő)/4 (férfi) standard ital elfogyasztása javasolt. Várandósság és szoptatás alatt fontos, hogy a kismama kerülje az alkoholfogyasztást, mert az hátráltatja a magzat/gyermek fejlődését (Papp, 2021).

Akut alkoholfogyasztás szűrési lehetősége

Hazánkban a munkahelyeken leginkább az akut fogyasztás vizsgálata a jellemző. A munkavégzésre alkalmas állapot ellenőrzésének elvégzéséhez többnyire manuális vagy digitális alkohol-ellenőrző készüléket, valamint véralkohol-vizsgálati egységdobozt szereznek be a munkáltatók, és a vizsgálat eljárásrendjét a munkavédelmi szabályzatban vagy külön munkautasításban (ittasságvizsgálat rendje) rögzítik.

E szabályozásokban szokták rögzíteni, hogy amennyiben a méréskor a nulla értéknél nagyobb véralkohol- vagy légalkoholszintet mérnek, akkor az munkavégzésre alkalmatlan állapotnak minősül. Az ellenőrzés a munkáltató szabályozása szerint lehet rendszeres, szűrőpróba jellegű, rendkívüli (például munkabaleset követően, vagy ha a munkavállalónál alkoholfogyasztásra utaló jelek észlelhetők). Emellett önkéntes ellenőrzésre is általában szokott lehetőséget biztosítani a munkáltató, például, ha a munkavállaló szeretné a munkakezdés megkezdése előtt ellenőrizni a munkavégzésre alkalmas állapotát.

A foglalkozás-egészségügyi szolgálat többnyire akkor kapcsolódik be a folyamatba, ha az ellenőrzés pozitív eredményt mutat és azt a vizsgált munkavállaló vitatja, ekkor véralkohol-vizsgálatot kell végezni. Ilyenkor a mintavételhez a véralkohol-vizsgálati egységdoboz használata szükséges, amely pontosan tartalmazza a metódust.

Ha a foglalkozás-egészségügyi szolgáltatást nyúj-

tó orvos igénybevétele akadályba ütközik, a mintavétel érdekében a munkavégzés helye szerint illetékes egészségügyi szolgáltató ügyeletes orvosát kell igénybe venni. Ha az orvosi ügyelet csak a család/házi orvosi szolgálat rendelési idején kívül eső időben működik (például délutántól reggelig), akkor a körzethatár szerinti háziorvosi szolgálatot szükséges felkeresni. A 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet 4. § (2) bekezdés g) pontja ugyanis a háziorvos feladatkörébe helyezi az alkohol szintjének kimutatása érdekében végzett vérvételt, mint külön jogszabályban meghatározott orvosi, orvosszakértői feladatot. Ha előzőek egyike sem érhető el, akkor a területileg illetékes kórház-rendelőintézet, illetőleg az önálló rendelőintézet vezetője által kijelölt szakrendelés orvosa az illetékes. A vér- és vizeletvételeért fizetendő térítési díjat pedig a térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról szóló 284/1997. (XII. 23.) kormányrendelet melléklete rögzíti.

Néhány munkáltatónál – például ahol egy munkahelyen az „A” és „B” foglalkozás-egészségi osztályba tartozó munkavállalók száma egy műszakban 300 fő feletti és a foglalkozás-egészségügyi ápoló a helyszínen biztosít ellátást – előfordul, hogy az ittasságvizsgálat elvégzését az ápoló feladatkörébe adják. Ez esetben már hamarabb a foglalkozás-egészségügyi szolgálat látókörébe kerülhet az alkoholproblémákkal küzdő dolgozó.

Krónikus alkoholfogyasztás laboratóriumi szűrési lehetősége

Vannak olyan munkahelyek, amelyeknél a feladatrendszerből azonnal kiemelendő az alkoholfüggő dolgozó, mivel betegsége nemcsak saját, hanem akár mások életét, testi épségét is veszélyezteti. Ilyen helyzetekben rendkívül fontos, hogy az alkoholfogyasztás mértéke minél objektívebben legyen megítélhető. Sok helyen végeznek laborvizsgálatot, ahol általában az enzimeket (GOT, GPT, GGT) figyelik, ezek közül különösképpen a GGT-t. Ugyanakkor egyes munkahelyeken – például fegyveres testületeknél – lehetőség van a titkolt alkoholfogyasztás felderítése érdekében speciális vizsgálatok elvégzésére is (Szabó, 2015; Mátyus, 2017).

A 10/2015. (VII. 30.) HM rendelet kiemeli, hogy a laboratóriumi vérvizsgálat során mért emelkedett májenzimértékek esetében a katonai szolgálatra való egészségi alkalmassági vizsgálat során a minősítéshez szükséges a vizelet-mintavétel is a krónikus alkoholfogyasztás vizsgálatához. Ez esetben a kimutathatósági idő rendkívül fontos, vagyis az, hogy a vizsgált biomarker az alkoholfogyasztástól minél hosszabb ideig legyen kimutatható. Jelenleg erre a

célra leggyakrabban direkt biomarkerként a vizelet-EtG (etil-glukuronid) vizsgálata szolgál, amelynek 80 óra a kimutathatósága. Azok a foglalkoztatottak, akiknek pozitív lesz a vizsgálati eredményük az alkalmassági vizsgálatot megelőző napokban is, 70 g/nap mennyiségű tiszta alkoholt fogyasztottak. Ennél a vizsgálatnál a 350 ng/ml-t meghaladó koncentráció biztos, hogy nem magyarázható szájvíz, kézfertőtlenítő, belélegzett alkoholgőz hatásával. Ugyanakkor bizonyos, alkoholt tartalmazó gyógyszerek adhatnak pozitív EtG-eredményt (Mátyus, 2017).

Mátyus és munkatársai a mintával kapcsolatban kihangsúlyozzák, hogy az EtG-vizsgálatnál „...a méréshez megfelelően koncentrált vizelet szükséges. Az EtG a vizeletben +8°C-on tárolva négy napig stabil. A vizeletmintát hűtőben vagy fagyaszttva kell tárolni. Fluoridos mintavevő cső is alkalmazható a fermentáció gátlására” (Mátyus, 2017).

A krónikus fogyasztást indirekt biomarkerekkel is vizsgálhatják. Ugyanakkor ezeknek az értékei nemcsak alkoholfogyasztás, hanem más okból is (például fertőző és hematológiai betegségek) változhatnak, így kevésbé specifikusak (Mátyus, 2017). Ezek közül kiemelendő a már 1976 óta vizsgált CDT% (szénhidrátszegény transzferrin) -érték, ami szoros kapcsolatban áll az alkoholfogyasztás mennyiségével. Napjainkra több kutatás is alátámasztotta, hogy a CDT% értéke általában a napi 60 g-nál tartósan több alkoholt fogyasztóknál emelkedik meg, illetve ennek a szintje az absztinencia után is emelkedett még legalább három hétig. Mindez szintén segíthet kiszűrni azokat, akik csak egy kontroll- vagy alkalmassági vizsgálat dátumára próbálnak „felkészülni” és olyan képet mutatni magukról, mintha túllennének alkoholproblémájukon (Szabó, 2015).

Bár a fentiekből látható, hogy vannak már olyan laboratóriumi vizsgálatok, amelyek segítségével a krónikus alkoholfogyasztás kiszűrhető, objektíven mérhető, a hazai jogszabályi környezet csupán csak a kiemelt kockázattal bíró munkaterületeken ad lehetőséget a munkáltatóknak arra, hogy az alkalmassági vizsgálat során erre irányuló kiegészítő vizsgálatokat is elrendelhessenek.

A krónikus, kóros mértékű alkoholfogyasztás miatt előbb-utóbb bekövetkező munkaképesség-csökkenés, munkavégzésre való alkalmatlanság miatt az alkalmassági vizsgálatot végző szakorvosra rendkívüli felelősség hárul.

Tanácsadás, egészségnevelés a munkahelyen

A foglalkozás-egészségügyi szolgálat rendkívül széleskörűen bővítheti a dolgozók ismereteit, hiszen egyrészt megközelítheti az alkoholfogyasztás kérdé-

sét a végzett munka, annak biztonsága és hatékonysága szempontjából, másrészt a túlzott fogyasztás egészségi állapotra gyakorolt hatása tekintetében is. Emellett tanácsot adhat az érintett munkavállalónak is, mely egészségügyi ellátóhelyek, illetve szervezetek azok, ahová fordulhat.

A hazai foglalkozás-egészségügyi ápolók körében 2012-ben végzett országos felmérés során arra a megállapításra jutottunk, hogy a túlzott alkoholfogyasztásról való leszokás lehetőségei témakörében az ápolók 64,1%-a végez egészségnevelő tevékenységet. Közülük 29,6% az, aki önállóan végzi, míg 34,5%-uk közreműködőként. Végzettségüket tekintve megfigyelhető volt, hogy a foglalkozás-egészségügyi szakápolói specializációval vagy diplomás ápolói végzettséggel rendelkezők nagyobb arányban végeztek ilyen irányú tevékenységet, mint alacsonyabb szintű képzettséggel dolgozó kollégáik (Hirdi et al., 2013).

Rendkívül fontos lenne a munkavállalók mellett a munkahelyi vezetők és felügyelők kiképzése is, hogy felismerjék az alkohollal kapcsolatos problémák korai jeleit, illetve tudják, mit kell/lehet tenniük, ha azt gyanítják, hogy egy alkalmazottnak alkoholproblémája van.

Összefoglalás

A munkahelyi alkoholfogyasztás, a munkavállaló alkoholizmusa nemcsak a dolgozó egyéni problémája, hanem a munkáltatóé is. Mindketten veszítenek. A munkáltató a termelékenységet, a kiképzett munkaerőt, míg a munkavállaló az egészségét, a munkaképességét veszíti el. A foglalkozás-egészségügyi szakterület értékes segítséget nyújthat az alkoholproblémákkal küzdő dolgozók korai felismerésében, a probléma súlyosságától függően a leghatékonyabb ellátási forma felé történő terelésben.

Guida ajánlása az ápolók képzése, továbbképzése tekintetében még napjainkban is aktuális. Fontos lenne a foglalkozás-egészségügyi területen alkalmazott ápolók továbbképzése az alkoholizmus korai megnyilvánulásának tüneteiről, a fiziológiai, pszichológiai, családi, társadalmi és spirituális vonatkozásairól. Szélesebb körű ismeretekkel kell rendelkezniük az alkoholizmus kezelése és rehabilitációja terén, az anonim alkoholista csoportok működéséről, szerepéről.

Azok számára, akik szeretnének bővebb ismereteket szerezni a témához kapcsolódó kommunikációs stratégiákban a WHO által összeállított „*A WHO alkohollal kapcsolatos rövid intervenció képzési kézikönyve az alapellátás számára*” című kiadvány és a Kassai-Farkas Ákos „*Szakmai anyag (mini-protokoll) az egészségfejlesztési irodák (EFI-k) állapotfelmérési, ri-*

zikőbecslési, életmód-tanácsadási, helyi hálózatépítési és közösségi egészségfejlesztési tevékenységét segítő alkohol témakörben” című munkaanyag rendkívül sok értékes segítséget adhat.

Anyagi támogatás: A közlemény megírása, illetve a kapcsolódó kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült.

Érdekeltségek: A szerzőnek nincsenek érdekeltségei.

Irodalomjegyzék

1993. évi XCIII. törvény a munkavédelemről. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99300093.tv>
- 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet a háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a0000004.eum>
- 33/1998. (VI. 24.) NM rendelet a munkaköri, szakmai, illetve személyi higiénés alkalmasság orvosi vizsgálatáról és véleményezéséről. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99800033.nm>
- 10/2015. (VII. 30.) HM rendelet a katonai szolgálatra való egészségi, pszichikai és fizikai alkalmasságról, valamint a felülvizsgálati eljárásról. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1500010.hm>
- BMA OMC (Occupational Medicine Committee of the British Medical Association) (2016). *Alcohol, drugs and the workplace – The role of medical professionals*. 2nd Edition. https://www.bma.org.uk/media/1067/bma_alcohol-and-drugs-in-the-workplace_-_oct_2019.pdf
- Campbell, K.N., Hanna, J.K. (2014). Individual & Organizational Health & Well-being. In: Moore, P.V. & Moore, R.L. (eds). *Fundamentals Of Occupational and Environmental Health Nursing AAOHN Core Curriculum* 4th Edition. American Association of Occupational Health Nurses, Inc.: USA.
- Cseh, K., Nemeskéri, Zs., Szellő, J., Tibold, A. (2014). *Kézikönyv a foglalkozások egészségi szempontjainak meghatározásához (online)*. Pécsi Tudományegyetem Emberi Erőforrás Fejlesztési Kar, Pécs.
- Gerevich, J., Bácskai, E., & Rózsa, S. (2006). A kockázatos alkoholfogyasztás prevalenciája. *Psychiatria Hungarica*, 21(1): 45-56.
- Guida, M. (1976). The Occupational Health Nurse's Role in the Corporate Alcoholism Program. *Occupational Health Nursing*, March, 23-24. <https://doi.org/10.1177/216507997602400804>
- Hirdi, H., Balogh, Z., Mészáros, J. (2013). Foglalkozás-egészségügyi szakterületen alkalmazott ápolók prevenciósi tevékenységének felmérése. *Egészségfejlesztés*, 14(4):20-29.
- Hirdi, H. (2013). Magyarország a foglalkozás-egészségügyi szakápoló képzés bölcsője. *Nővér*, 26(6):26-40.
- Kassai-Farkas, Á. (2015). Szakmai anyag (mini-protokoll) az egészségfejlesztési irodák (EFI-k) állapotfelmérési, rizikóbecslési, életmód-tanácsadási, helyi hálózatépítési és közösségi egészségfejlesztési tevékenységét segítő alkohol témakörben. https://norvegcivilalap.hu/sites/default/files/esemeny/alkohol_mini_protokol.pdf
- KSH. (2022). Gyorstájékoztató. Foglalkoztatottság, 2022. június. <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/gyor/fog/fog2206.html>
- Mátyus, M., Wolf, V., Dinya, E., Szentgyörgyi, V., Halász, Zs., Palkó, A., Szabó, J. (2017). Az alkoholfogyasztás igazságügyi szakértői megítélésének új laboratóriumi markerei. <http://www.hungariantoxicologists.hu> > 2017/11
- Morvay, V., Ungváry, Gy. (2007). Munkaköri orvosi alkalmassági vizsgálatok. In: *Foglalkozás- orvostani gyakorlati jegyzet*. Budapest: Országos Munkahigiénés és Foglalkozás-egészségügyi Intézet.
- Papp, M. (2021). Alkoholfogyasztás In: *Egészség elvitelre*. Semmelweis Egyetem Egészségfejlesztési Központ, Budapest <https://semmelweis.hu/egeszsegfejlesztas/elvitelre/alkoholfogyasztas/>
- Pidd, K., Roche, A., Cameron, J., Lee, N., Jenner, L., Duraisingam, V. (2018). Workplace alcohol harm reduction intervention in Australia: Cluster non-randomised controlled trial. *Drug and alcohol review*. 37(4):502-13. <https://doi.org/10.1111/dar.12660>
- Szabó, Gy. (2015). Szénhidrátszegény transzferrin (CDT, Carbohydrate Deficient Transferrin) vizsgálat alkohol abusus szűrésére. *Hadmérnök*, 10(1): 286-93.
- Ungváry, Gy. (1999). *A munkaköri alkalmasság vizsgálata* (oktatási segédanyag). Budapest: „Fodor József” Országos Közegészségügyi Központ Országos Munkahigiénés és Foglalkozás-egészségügyi Intézete.
- WHO (2020). Final report on implementation of the European Action Plan to Reduce the Harmful Use of Alcohol 2012–2020. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/EUR-RC70-8-A>
- WHO (2022). Alcohol and tobacco use - European health report 2021 factsheet. <https://www.who.int/europe/publications/m/item/alkohol-and-tobacco-use-european-health-report-2021-factsheet>
- URL: Wikimedia Foundation. (2022. április 28). Szesztíalom. Wikipedia. Retrieved August 2022, from <https://hu.wikipedia.org/wiki/Szesztíalom>
- URL2: Quit Genius (2021). Workplace Safety: The connection between On-the-Job Accidents and Addiction. <https://www.quitgenius.com/blog/workplace-safety-the-connection-between-on-the-job-accidents-and-addiction>
- URL3: Un accident de travail sur quatre causé par l'alcool (2017.12.18). <https://www.lessentiel.lu/fr/story/un-accident-de-travail-sur-quatre-cause-par-l-alcool-743438665538>
- URL4: KSH (2019). Az egészséges élet biztosítása és a jólét előmozdítása minden korosztály valamennyi tagjának. Alkoholfogyasztás. <https://www.ksh.hu/sdg/1-15-sdg-3.html>
- URL5: Munkahelyi alkoholfogyasztás. <https://tarsadalombiztositasilevek.hu/levelek/2010/08/10/3055/+munkahelyi+alkoholfogyaszt%C3%A1s/>
- URL6: U.S. Office of Personnel Management. Alcoholism in the Workplace: A Handbook for Supervisors. <https://www.opm.gov/policy-data-oversight/worklife/reference-materials/alkoholism-in-the-workplace-a-handbook-for-supervisors/>
- URL7: AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) <https://auditscreen.org/about/background/>