

Tartalom

FELMÉRÉSEK

- Fiatalok szexuális magatartása – III. rész** 2
Veszélyeztetett korú diákok preventív igényei és szükségletei
Iskola – egészségfejlesztés szexedukáció
Dr. Simich Rita, Fábrián Róbert

TOVÁBBKÉPZÉS

- A fogyatékkal élők és segítségük megítélésével kapcsolatos
nézetek változása Magyarországon** 6
Szalontai Mónika, Soósné Dr. Kiss Zsuzsanna PhD, Dr. Hollós Sándor
- Felsőoktatási kezdeményezések a kisebbségek
egészség-esélyeinek növelése érdekében** 14
Dr. Tarkó Klára, Dr. habil. Benkő Zsuzsanna

- A szűrővizsgálatokkal kapcsolatos információszerzés
jellemzői a Dél-Alföldön** 20
*Dr. Molnár Regina PhD, Erdős Csaba, Dr. Paulik Edit PhD,
Dr. Müller Anna PhD, Prof. Dr. Nagymajtényi László*

HÍREK, INFORMÁCIÓK

- Győri szakmai elismerés és siker az Akadémián** 25
Prof. Dr. habil. Schmidt Péter

- A Cukorbeteg Világnapja** 26
November 14.

IFJÚSÁG ÉS EGÉSZSÉG

- HBV – HCV – HIV: három különböző, Európa fiataljait
folyamatosan fenyegető, komoly veszély** 28
Egy program (hálózat), amely szembenéz ezekkel a kihívásokkal
Dr. Simich Rita

- A fiatalok egészségműveltsége** 30
Az ifjúság és az egészségfejlesztés
2011. szeptember 29., Budapest

- Az ifjúsági orvoslás jelentősége és fontossága** 31
a gyermekorvosi munkában, a családorvosi gondozásban
Egészségnevelési-egészségmegőrzési siker Villachban
Az Osztrák Gyermekorvosok Társasága 49. Kongresszusa,
2011. október 6–8., Villach
Prof. Dr. habil. Schmidt Péter

AZ EGÉSZSÉG ÜGYE ANNO ÉS MOST

- A koffeinről** 32
Fekete Krisztina

Health
Development

EGÉSZSÉG- FEJLESZTÉS

Az Országos Egészségfejlesztési Intézet
folyóirata.

A lap alapítói: prof. dr. Métényi János,
prof. dr. Vilmon Gyula

A szerkesztőbizottság tagjai:
prof. dr. Balázs Péter,
dr. Gyárfás Iván, prof. dr. Hollán Zsuzsa,
dr. Kovács Attila, prof. dr. Molnár Péter,
prof. dr. Simon Tamás

Főszerkesztő: Gábor Edina

Felelős szerkesztő:
prof. dr. Simon Tamás

Vezető szerkesztő:
Balogh-Háromszéki Zsuzsanna

Szerkesztőség: OEFI,
1096 Budapest, Nagyváradi tér 2.
Levelezési cím: 1437 Budapest, Pf. 839/3.

Telefon: (1) 428-8272.

Fax: (1) 428-8273.

E-mail: titkarsag@oeffi.antsz.hu

Honlap: www.oeffi.hu

Kiadja:
az Országos Egészségfejlesztési Intézet.

Terjeszti:
előfizetésben a Magyar Posta Rt.

Hírlap Üzletága,

1080 Budapest, Orczy tér 1.

Előfizethető valamennyi postán,

a kézbesítőknél,

e-mailen: hirlapelofizetes@posta.hu,

faxon: 303-3440.

További információ: 06-80-444-444

Megjelenik kéthavonta.

Egy példány ára 2000 Ft.

Előfizetési díj egy évre 12 000 Ft,

fél évre 6000 Ft.

Index: 25 214, ISSN 1786-2434

Tipográfia és tördelés:

Renezánsz Tipográfiai Műhely

Nyomdai munkálatok:

Porszinter Nyomda

1033 Budapest, Benedek Elek u. 1–3.



Országos
Egészségfejlesztési
Intézet

Fiatalok szexuális magatartása – III. rész

Veszélyeztetett korú diákok prevenciós igényei és szükségletei

Iskola – egészségfejlesztés – szexedukáció

Dr. Simich Rita¹,
Fábián Róbert²

¹Országos Egészségfejlesztési Intézet

²Nemzeti Drogmegelőzési Intézet

Országos reprezentatív mintaválasztást követően csaknem 3300 nyolcadikos és tizedikes diákot, valamint 850 tanárt kerestek fel kérdezőbiztosaink azzal a szándékkal, hogy a veszélyeztetett korban lévő diákok prevenciós szükségleteit és igényeit – kiemelten a szexedukáció témakörében – felmérjük.

A diák kérdőív *első blokkjában* az általános prevenciós igényeket és szükségleteket mértük fel és elemeztük azzal a szándékkal, hogy az iskoláknak, a pedagógusoknak segítséget tudjunk nyújtani a prevenciós, egészségnevelési terv pontosabb, autentikusabb megválasztásához.

A *másik nagy kérdésblokk* a szexualitással kapcsolatos ismeret- és véleménykérdéseket tartalmazta, azzal a szándékkal, hogy általános képet nyerjünk a korosztály felkészültségéről, az iskolai szexedukáció helyzetéről, a szükséges lépésekről. Megtudhatjuk azt, hogy a veszélyeztetett korban lévő diákok ismeretei, gondolkodásmódja, érettsége megfelel-e a szakértők által szükségesnek ítéltnek, vannak-e hiányosságaik, milyen tartalmú tevékenység szükséges ahhoz, hogy szocializációjuk harmonikus legyen, s ezzel minimalizáljuk veszélyeztetettségük mértékét.

A szexuális ismeretek forrása

Mindkét korcsoportra az jellemző, hogy elsősorban barátaikkal és partnerükkel, esetleg idősebb testvérükkel beszélnek meg a szexualitással kapcsolatos kérdéseiket. A szakemberek nem játszanak szerepet (védőnő, tanár), és a szüleikhez is – életkoruktól függetlenül – *a vártnál kevesebb esetben fordulnak*.

Jelentősége van annak, hogy a fiatalok többsége senkivel sem beszélget a szexualitásról – holott koruknak megfelelően gondolataik igen nagy hányada ekörül forog. A fiúk 62%-a, a lányok fele *egyáltalán nem beszél senkivel e témáról*, s feltehetően felületes, vagy éppen ellentmondásos ismereteit más módon szerzi be. A fiatalok ötöde – elsősorban a 14 évesek és a lányok – *zavarba jön* a téma hallatán, kellemetlennek érzi másokkal ilyenről beszélgetni. Számuk ugyan 16 éves korra csökken, de úgy véljük, még mindig igen kevés lehetőségük nyílik megbeszélni felmerülő kérdéseiket, illetve nem találnak olyasvalakit, aki megfelel erre a célra, akivel zavaruk ellenére nem kellemetlen érdeklődésüket kimutatni, kérdéseiket feltenni.

Szexualitás, szexuális kapcsolatok

Akik már intim szexuális kapcsolaton is túlestek, azok esetében kiemelten fontos az, hogy a megfelelő ismeretek birtokában legyenek. Az erre vonatkozó kérdést kétféle formában tettük fel – először azt kérdeztük meg, *hogy hány éves korodban volt először szexuális kapcsolatod, közösültél?*

A fiúk közül 533-an válaszoltak igennel a kérdésre, átlagéletkoruk az esemény megtörténtekor 13,56 év.

A lányok közül 552-en számoltak be szexuális kapcsolatról, átlagéletkoruk az esemény megtörténtekor 13,97 év volt. Összességében a mintába került és a kérdésre válaszoló fiatalok 40%-a már létesített szexuális kapcsolatot.

A választ adó *nyolcadikos* fiúk 21%-a, a lányok 7%-a

A tanulmány egy három részből álló kutatási beszámoló befejező darabja. Az első részt 2011/1–2., a második részt 2011/3. lapszámunkban olvashatták.

élt már nemi életet. *A tizedikes diákok* közül pedig a fiúk 63%-a (49%-a), a lányok 56%-a (49%-a) esett már át az első eseményen.

A lányok esetében a szexuális élmény keresésében a legerősebb motiváció a szerelem, és az, hogy az eseményt a kapcsolat természetes folytatásaként élték meg. A fiúknál is ez a két tényező a leggyakoribb, de nem olyan mértékben, mint a lányoknál. Minden más, általunk felsorolt körülmény elsősorban a fiúknál jellemző gyakoriságú, s bizonyára nem tekinthetőek ideális élethelyzeteknek (ital, kábítószer, pornó látványa, mások jelenléte és aktivitása motiválta őket).

A szerelmet, mint a szexuális kapcsolat feltételét határozottan „nem igaz” indoknak tekinti a fiúk egyharmada, a lányok egytizede. Ez a tény egyértelműen a szexuális kapcsolatok leértékelését, a lelki kapcsolat, az érzelmi azonosulás szükségességét tagadó álláspont, vagyis az éretlenség indikátora.

Szexuális ismeretek

Összességében azt mondhatjuk, hogy *nincs olyan téma, amelyben ismereteik szintje elfogadható mértékűnek mondható*. Különösen súlyos hiányosságok mutatkoznak azokon a területeken, amelyek feltétlenül szükségesek a harmonikus, biztonságos szexuális élethez.

A lányok csak a menstruációról tudnak elfogadható arányban, miközben súlyos hiányosságként a kérdezettek kétharmada nem tud elegendőt az ovulációról és a szexuális erőszak elkerüléséről. Nagy hiányosságként értékelhető az is, hogy a kérdezett lányok fele a nemi betegségekről és azok megelőzéséről sem tud elegendőt.

A fiúk esetében nem találtunk olyan témát, területet, ahol kielégítő lenne az ismeretek szintje, talán egyedülként a nemi szervek higiénája sorolható ide. Kétharmaduk viszont így is elégedett azzal, amit a szerelemről, a szexről és a nemi szerepekről tud, miközben minden egyéb felsorolt témában hiányosnak ítélik ismereteiket.

Családtervezés, védekezés

Összességében a lányok tájékozottabbnak mondhatók a fiúknál. Ez több szempontból is érthető – nem csak azért, mert a védekezés leggyakoribb módszereit ők kell, hogy alkalmazzák, hanem azért is, mert sokkal nagyobb veszélyben vannak a meg gondolatlan kapcsolat elszenvedőiként, s nagyobb rizikót vállalnak, súlyos következményekkel. A fiúk számára a védekezés elmaradása sokkal kisebb felelősséggel jár, ezért kapcsolataik gyakrabban felelőtlenek.

A gumióvszert szinte teljes körben ismerik – köszönhetően a HIV-vel kapcsolatos kampányoknak. Az alkal-

mi és a rendszeres használatra alkalmas fogamzásgátló tabletta is ismert. A kevésbé gyakori eszközök – spirál és pesszárium, krém és zselé –, valamint a kevésbé megbízható módszerek – naptármódszer, megszakításos közösülés – sokak számára ismeretlennek bizonyultak.

A már szexuális élménnyel rendelkezők összességében minden módszert, eszközt valamennyivel többen ismernek. Ez akár magasabb átlagéletkoruknak is betudható. *A megnyugtató ismeretszint azonban a teljes körű ismeret lenne, legalább néhány rendszeresen alkalmazott módszer tekintetében*. Ez egyik felsorolt fogamzásgátló módszerre sem érvényes. *Egytizedük-kétharmaduk biztosan tájékozatlanul, felkészületlenül, a megfelelő ismeretek nélkül kezd szexuális kapcsolatot*.

Szexuális úton terjedő betegségek

A válaszok megoszlása alapján egyértelműen kijelenthető, hogy a szexuális úton terjedő betegségekről, azok megelőzéséről a veszélyeztetett korú fiatalok ismeretei elégtelenek. A felsoroltak között egy sem akad, ahol ismereteik szintje elfogadható mértékű lenne, sem az életkori, sem a nemek szerinti megoszlás szerint szemlélve.

A hepatitis vírus által okozott súlyos következményekkel és a HPV megelőzésével kapcsolatos tájékozottságuk kiemelkedően alacsony – *tízből heten nem tudnak elegendőt a vírusról és annak terjedési módjáról*.

Nincs lényeges különbség a két korcsoport ismeretei között, s ugyanez mondható a fiúk–lányok összehasonlításban is, vagyis indokolt megállapításunk: a fiatalok körében az ismeretek szintje igen alacsony.

A pedagógusok véleménye

850 tanár töltötte ki kérdőívünket azokban az iskolákban, ahol a diákok körében is folyt adatfelvétel. A pedagógusok (57–80%) kifejezetten romlást tapasztalnak a diákok szorgalmában, magatartásában, fizikai állapotában és egészségmagatartásában. Kétharmaduk túl korán kezdett szexuális életük miatt is aggódik.

Ez a romlás összefügg azzal, hogy megítélésük szerint az elmúlt években nőtt a családi problémákkal rendelkező, veszélyeztetettnek minősülő diákok száma is. Ez a tény önmagában is indokolná az iskolai egészségnevelés hatékonyságának növelését, mégis *ellentmondásos* az iskolai egészségnevelés fontosságának és támogatottságának megítélése körükben. A „*Sok minden történik, de tehetnénk többet is*” állítással kétharmaduk egyetért, viszont csak minden ötödik pedagógus érzi úgy, hogy „*az egész tantestület egyetért és támogatja ezt a tevékenységet az iskolában*”.

A szexuális nevelés kérdésében is ez tapasztalható: egyrészt „*nem várható el egy pedagógustól, hogy*

az ember legintimebb dolgával foglalkozzon”, „csak a szükséges információk átadása az iskola feladata”, ugyanakkor „az iskolai szexedukáció csak kullog a diákok fejlettsége mögött”.

Inkább képzelnék el felvilágosító tanfolyamot a diákok részére, mint azt, hogy önálló tantárgy legyen az iskolában a szexuális kultúra oktatása. Az egyetlen pozitívum, hogy az egészségtan-órák bevezetésével kétharmaduk egyetért.

Javaslataink

1. Meggyőződésünk, hogy a tanárok nem sokat tudnak diákjaik ismereteiről, attitűdjeiről, sőt magatartásáról a legintimebbnek tartott témában. Ezt igazolja az is, hogy a diákok az emberi szexualitásról nem szereznek információkat tanáraiktól. A pedagógusok sem egységesek a teendők elfogadásában. A pedagógusok többségének érzékenységét és segítőkészségét, valamint a tanulmányban szereplő hiányosságokat megismerve önmaguk érznek késztetést a helyzet megváltoztatására. Ugyanakkor sokan hangoztatják azt, hogy nem tehetők felelőssé a veszélyeztetett korban lévő fiatalok elégtelen szocializációjáért, felkészületlenségéért. Felelőssé nem lehet tenni a tanárokat, de azt is tudniuk kell, hogy ha a szülők nem tesznek elegendőt, akkor közös érdekünk az, hogy az iskola nagyobb részt vállaljon a szexuális nevelésből.

A legfontosabb teendőnek a vizsgálat tapasztalatainak lehető legszélesebb körben történő megismertetését tartjuk – elsősorban *a pedagógusokkal és az iskolafenntartókkal*. Szexedukációs tárgyú konferencián kívül kiadvány vagy szóróanyag készítése is szükséges, de a legtöbbet az oktatási kormányzat tudna tenni.

2. A szexualitás nem választható el az általános jóléttől, az egészséges életviteltől, a fogalmakat csak komplexen lehet értelmezni. A szexedukáció akkor sikeres, ha nem csak ismeretek átadására szorítkozik, hanem *képességek és készségek kialakításával is együtt jár*. A kiegyensúlyozott, egészséges életvitelű fiatalok nemi élete is kiegyensúlyozott, illetve ha kiegyensúlyozott, akkor az egészséget szolgálja. Ezért a komplex, holisztikus szemléletű egészségfejlesztési programok bevezetését támogatjuk. *Felméréseink alapján a pedagógusok ezzel egyetértenek.*

3. *A döntéshozóktól* azt várjuk, hogy támogassák az iskolai egészségnevelést, s a tantervbe épített, legalább heti egy alkalommal történő egészségnevelés-órák bevezetésével segítsék a pedagógusok és a szülők munkáját. Tudjuk, hogy nem elegendő a tanévben néhány alkalom, amikor az osztályfőnöki órák közül néhány tematizált,

vagy éppen az egyetlen egészségnevelési napon kívánnak eredményeket elérni. A szakirodalom alapján egyértelműen állíthatjuk azt, hogy csak akkor eredményes a munka, ha minden évfolyamon, a diákok fejlettségének és érdeklődésének megfelelő tematikával, folyamatosan történik az egészségfejlesztés.

4. *A tanárképzés* rendkívül fontos, főleg a szexedukáció területén. Ma a tananyagban látszólag elegendő ismeretanyag szerepel, *a hatás mégis elmarad*. Ennek oka az, hogy a tanárok nagy többsége nem kéri számon a leírtak ismeretét, hanem menekülési útként lehetőséget ad az esetlegesen felmerülő kérdések megbeszélésére. A szegénylősség, esetenként a stigma érzete meggátolja a fiatalokat abban, hogy éljenek ezzel a lehetőséggel, és konzultáljanak tanáraikkal. A tanárok magas presztízse párosul a fiatalok gátlásaival, ez akadályozza az ideális konzultációt, ezért elsősorban a hasonló módon tájékozatlan kortársak azok, akiktől a diákok informálódnak. *A főiskolai vagy egyetemi tanárképzés tematikájában célszerű egészségfejlesztő szakot indítani*, s olyan tanárokat képezni, akik egyedül, több évfolyamon és tanulócsoporthoz is tudnak munkát végezni. Nem ideális helyzet az, hogy humán vagy éppen reálszakos pedagógusok tartanak osztályfőnökként szexedukációs foglalkozást. E témában *más pedagógiai módszerek, intimebb kapcsolatok és főleg interaktivitás szükséges*, amely jelentősen különbözik a más órákon alkalmazott módszerektől.

5. A pedagógusoktól tudjuk, hogy az iskolai egészségnevelési órák tantervbe illesztésének legfőbb akadálya *a szülők ellenállása*. Ennek két oka van: egyrészt úgy érzik, hogy az igények esetleges elfogadása a nevelési hiányosságok beismerésével jár. Ahogyan az illegális és legális szerhasználattal kapcsolatos megelőző munkát sem támogatják a szülők, hiszen gyermekük *„nem érintett”*, úgy a hiányos szexuális ismeretek bevallását sem vállalják. A másik ok az, hogy úgy vélik, a korán érkező információk *„megzavarják”* gyermekük egészséges fejlődését. A tanulmány igazolja azt, hogy az akceleráció oly mértékben jellemző, hogy a fiataloknak már az általános iskola felső tagozatában szinte minden információra szükségük van. Ugyancsak a tanulmányból tudjuk azt, hogy a szülők a szexuális ismeretek elsajátításában nem nyújtanak támaszt gyermekeiknek, nem beszélgetnek a szexualitásról, csak a lányok esetében és szűk körben. Ebben változást szinte lehetetlen elérni, a családok életébe beavatkozni tanácsadással sem lehet eredményesen. Az eredményesen felkészített fiatalok később szülőként is másként viselkednek, felelősséggel és tudatosan cselekszenek s egyben olyan viszonyt alakítanak ki gyermekükkel, amely magától érthetővé teszi a beszélgetést, a felkészítést a szexuális életre.

Összefoglalás

A népegészségügyi szinten érzékelhető problémák csökkentése érdekében az iskolai prevenció, elsősorban a szexedukáció helyzetének áttekintése volt célunk. Az evidensnek bizonyult összefüggések révén eljutottunk oda, hogy nem lehet elválasztani a szexuális magatartást az általános egészségmagatartástól, annak részeként kell értelmeznünk, s a problémák megelőzése is csak azonos, komplex módon lehetséges.

Kulcsszavak: iskola (diákok, pedagógusok), egészségfejlesztés, prevenció, szexedukáció, tanterv

IRODALOM

- Szilágyi Vilmos: *Szexuálpszichológia*. Medicina 2006.
- Szilágyi Vilmos: „Vezérfonal az intézményes szexuális neveléshez.” In: *Magyar Szexológiai Szemle*, 2000.
- Lux Elvira: *Szexológiai olvasókönyv*. Osiris, 2000.
- Lux Elvira: *Szexuálpszichológia*. Medicina, 1981.
- Norbert Kluge: *A gyermeklét antropológiája*. Animula és Magánéleti Kultúra Alapítvány, 2004.
- Haberle: *Szexológiai dokumentumok*. Magánéleti Kultúra Alapítvány, 2007.
- Fábián Róbert: *Dél-dunántúli veszélyeztetett korú fiatalok egészségmagatartása. Prevenció igények és szükségletek*. Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, 2009.
- Fábián Róbert–Simich Rita: *Meglévő és működő modellprogramok, iskolai szexedukációs események értékelése*. Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2006.

Summary

In order to alleviate problems at the level of public health, our aim was to overview the situation of prevention in schools, especially sex education. Based on the relations which proved to be evident, we came to the conclusion that sexual behaviour and general health behaviour cannot be handled separately. Sexual behaviour forms part of general health behaviour, therefore, prevention of problems can be done only in the same, complex way.

Key words: school (students, teachers), health promotion, prevention, sex education, curriculum

- Iskolai egészségpszichológia*. Szerk: Demetrovics Zsolt–Urbán Róbert–Kökényei Gyöngyi. Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, 2007.
- Serdülők egészségi állapota és egészségmagatartása (HBSC)*. Szerk.: Aszmann Anna. 2000–2009.
- Népegészségügyi statisztikai évkönyvek*. Statisztikai Hivatal, 2006, 2008.
- Forrai Judit: „Szexuális ismeret és magatartás serdülőkorban.” In: *Belügyi Szemle*, 36. 1998. 3. (72–86.)
- Szilágyi Mária–Kátainé Kovács Éva–Szemenyei Bálintné–Kiss György Rita: „Nemi felvilágosítási tapasztalataink tizenévesek vizsgálatával.” In: *Egészségnevelés*, 36. 1995. 2. (42–47.)
- Schmidt Péter (orvosi szociológia)–Simon Tamás–Györi István: „Egy hatékony oktatási-egészségnevelési cél érdekében folytatott felmérés: pedagógusok véleménye az iskolai szexuális oktatásról.” In: *Egészségnevelés*, 31. 1990. 3. (107–109.)

A fogyatékkal élők és segítségük megítélésével kapcsolatos nézetek változása Magyarországon

Szalontai Mónika TDK-hallgató¹,
Soósné Dr. Kiss Zsuzsanna PhD., főiskolai docens¹
Dr. Hollós Sándor főiskolai tanár, tanszékvezető¹

¹Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Egészségfejlesztési és Klinikai Módszertani Intézet,
Egészségtudományi Klinikai Tanszék

Bevezetés

Az elmúlt évtizedben a sérült emberek problémája a társadalom globális kérdései közé emelkedett. Napjainkban a Föld népességének 10%-a, Magyarország lakosságának 4–5%-a él valamilyen fogyatékossgal, így a társadalom kiemelt kérdéskörévé vált a társadalom és a fogyatékos ember viszonya, a fogyatékos emberek életének segítése, életminőségük javítása. (1)

A technika és az orvostudomány fejlődésével, a családok nagyobb odafigyelésével sem csökkent hazánkban a fogyatékosok száma. 1999-ben a házi orvosokhoz bejelentett, 0–18 éves mentálisan retardáltak száma 31.005 fő, 2007-ben 39.976 fő, a csecsemőkori agyi bénulásban szenvedők száma 1999-ben 1.551 fő, míg 2007-ben már 2.076 fő volt. Pszichés fejlődési rendellenességgel 1999-ben 9.109 főt, 2007-ben pedig 15.794 főt regisztráltak a házi orvosi praxisokban. (17) A fogyatékkal élők összehírására az 1990. és 2001. évi népszámláláskor került sor. Eszerint körülbelül hatszázezren élhetnek hazánkban, csaknem 50%-uk valamilyen baleset következtében vált sérültté, 17%-uk születése óta fogyatékos. Összesen 102.000 újszülött és csecsemő él fogyatékkal, s közel ugyanennyi családot sújt a tragédiával való megküzdés már egészen a kezdetektől. A magyar társadalomban a sérültek 43,6%-a testi, illetve mozgásfogyatékos, az értelmi fogyatékosok aránya 10%, a vakoké és gyengénlátóké 14,4%, a hallássérülteké körülbelül 10%. (14)

A fenti adatok, a tanulmányozott szakirodalom és saját szakmai tapasztalataink alapján úgy tűnik számunkra, hogy a technika, a tudomány és a szakmai tudás fejlődésével a fogyatékkal élő, regisztrált személyek száma nő, és a problémáikkal történő foglalkozás

is egyre nagyobb figyelmet kap, de ahhoz, hogy a jövőben újabb előrelépés történjen, mindenképpen hasznos a múltba való visszatekintés. Tanulmányunk a magyarországi változásokat három jellemző korszak – a pogány babonák és vallásos balhiedelmek kora, a gyógyító-nevelő eljárások kezdetei és a napjainkra jellemző modern szemlélet – vonatkozásában tárgyalja, rövid áttekintést adva arról, hogyan alakult az orvostudomány, a segítő szakmák, és a család sérült emberekhez való viszonya.

Történeti áttekintés

1. A pogány babonák és vallásos balhiedelmek kora

Eleinte a legtöbb népnél a sérült emberek csodálatot és egyben félelmet váltottak ki embertársaikból, természetfeletti lényként kezelték vagy elpusztították őket. A pogány magyarok hitvilágában fontos szerepe volt a táltosnak, aki különös képességekkel megáldott ember volt. Legfontosabb tulajdonsága, hogy a „jövőbe látott”, és már születésekor magán hordozta a jelet (rendszerint kettőnél több kéz, láb vagy húsznál több ujj, gyakori ájulás, epilepsziás roham), amely mutatta, hogy őt „más” életre szánta a sors. Ebben az időben a fogyatékoság nem hiba volt, hanem valamiféle képességtöbblet jele. A táltosok természetes gyógymódokat és misztikus szertartásokat alkalmaztak, a rontás ellen ráolvasást és áldozati szertartásokat is végeztek.

A pásztortársadalomban élő magyarok egészségügyi viszonyairól, orvosi ismereteiről nagyon keveset tudunk, de a fennmaradt emlékek azt támasztják alá, hogy empirikus és természetfeletti elemek egyaránt megtalál-

hatóak voltak a gyógyítási eljárásokban. Az egyszerűbb emberek körében a babonák igen elterjedtek voltak. A sérülten született gyermekről azt gondolták, hogy a gonosz hozta őket, a „váltott gyermek” kifejezést használták rájuk. Az ördög a szülés után kicserélte az ép gyermeket a sérülte, hogy ezzel bosszulja meg a szülők bűneit, akik azután saját büntudatukat ezzel a babonával csökkentették. A fentiek alapján úgy gondolták, hogy a gyermek nem az ő húsuk-vérük, nem rájuk hasonlít, így nem kell hozzá érzelmileg kötődniük. Egy másik hiedelem szerint a sérüléssel született gyermekeket meg kell „sütni”. Sütőlapátra tették az újszülöttet és háromszor bedugták a hideg kemencébe, miközben különböző rigmusokat kántáltak.

Magyarországon *István király* megkoronázása után kezdtek terjedni az árvákat és sérült embereket felkaroló intézmények.

A középkorban megerősödő egyház hatására az egész nevelési rendszer és az orvostudomány is átalakult. A feudalizmusban a táltosok korábbi szerepét a keresztény papok vették át.

A XI. században a templomok mellett kórházakat (isptály) állítottak fel, amelyek fontos szerepet töltek be az egészségügyi viszonyok javításában. A kereszténység a felebaráti szeretetet és az elesettek védelmét hirdette. A korra jellemző misztikus felfogás hatására a középkor embere a jót, a szépet Istentől származtatta, a nem szép mögött az ördög művét vagy Isten büntetését sejtette. Ezek a sztereotípiák, amelyek megkönnyítették a gondolkodást és a cselekvést, apáról fiúra szálltak. A népmesékben megjelenített különös szereplők (púpos öregasszony, Pöttöm Panna, Hüvelyk Matyi, Babszem Jankó...) sokszor segítettek, hasznosak voltak az ismert, az ismeretlen, valamint a másság elkülönítésében. A másság általában rossz érzéseket keltett az emberekben, értéktelennek tartották az ezeket a jegyeket hordozókat, így az életüket is.

A XII. század végétől vándororvosok kezdték meg működésüket. A gyógyító eljárások elsősorban a Nyugat-Európában alkalmazott módszerekhez igazodtak, de keveredtek az ősi magyar eljárásokkal, így megtalálható volt közöttük az asztrológia, a mágikus gyógyítás és az alkímia is. Az asztrológia művelői még a XVII. században is nagy hatással voltak a népre, és gyakran megfordultak a fejedelmek udvarában is. Ebben a korban fel sem merült, hogy a fogyatékos gyermekek is iskolai oktatásban részesüljenek. A szülők szégyellték, sokszor elrejtették beteg gyermeküket, létezésüket titkolták a környezet előtt.

A XVII. és XVIII. században nem igazán javult az egészségügyi ellátás színvonala. A XIX. század közepéig a fogyatékosokról alkotott elképzelés is a középkori szinten rekedt meg. Iskoláztatásuk fel sem

merült, egészségügyi ellátásuk kedvezőtlen volt, soruk közvetlen környezetüktől függött, nem sok joggal rendelkeztek. A fentieket támasztja alá *Werbőczy István Hármaskönyve*, amely kimondja, hogy ezek a gyermekek örökre az „apa birtokában” maradnak, az apa joga a gyermek sorsáról való döntés.

A XIX. század hozott némi pozitív változást a fogyatékos személyek és családjuk életébe. Több embervédelmi intézkedés látott napvilágot, menhelyek létesültek a sérültek és az árvák számára, elrendelték ingyenes betegellátásukat. Az intézkedések hatással voltak a fogyatékos emberek életére, nagyobb figyelmet kezdtek kapni, de a változások jellemzően inkább a következő korszakban indultak el és teljesedtek ki. (3, 5, 6)

2. A gyógyító-nevelő eljárások kezdeteinek korszaka

A XIX. század elején mind az orvostudomány, mind a pedagógia nagyobb figyelmet szentelt a sérült emberek gyógyító-nevelésének. Ekkor még nem az egyének életszínvonalán akartak javítani vagy esélyegyenlőségüket megteremtteni, hanem fejlesztésükre kívántak nagyobb hangsúlyt fektetni, annak érdekében, hogy ők is hasznos tagjai legyenek a társadalomnak. Magyarországra jellemző volt, hogy a külföldön már működő rendszert (amely főleg empirikus úton alakult ki) honosították.

A kutatások hatására a XIX. század elején megfogalmazódott a védelemre szoruló ember képe. A védelem azt jelentette, hogy a fogyatékos embert védeni és sajnálni kell, a sérült gyermekek részére iskolát, menhelyeket kell biztosítani.

A tankötelezettség bevezetésével és végrehajtásával, az iskoláztatás színvonalának emelkedésével az enyhébb fogyatékos gyermekek feltünőbbé váltak egészséges gyermektársaik között, jobban elkülönültek tőlük. Ők a még kevés számban működő speciális intézményekbe kerültek vagy ellátatlanul maradtak.

Ebben az időben kezdődött a siketnémák intézményi keretek közötti gyógyító nevelése, de ez nem jelentette azt, hogy a megfelelő körülmények is adottak voltak a munkához. Már az 1800-as évek elején megnyitotta kapuit a *Siketnémák* és a *Vakok Intézete*, de csak a század végére alakult ki kedvezőbb helyzet a beiskolázási arányszám és ellátottság tekintetében. A polgári átalakulással szoros összefüggésben indult meg a fogyatékosok intézményes nevelése, de mivel ez Magyarországon később, a gyógyító-nevelés feltételei is csak később jöttek létre, főleg osztrák, német és francia mintára. Elsőként 1820-ban, *Czászár András* tevékenységének köszönhetően jött létre intézet Vácott. A működés első évtizedeiben *Simon Antal* és *Schwarcz Antal* munkássága is kiemelkedő volt. *Schwarcz* differenciálta először

a gyermekeket fejlettségi szintjük alapján, és könyvet írt az oktatás szervezésére. *Kőszeghy Bálint* folytatta a differenciálást. Eleinte szakmát tanítottak a gyermekeknek. A munkára való nevelés a továbbiakban is a képzés nagyon fontos része maradt, de az idő előrehaladtával már sokkal differenciáltabb volt az ismeretanyag, és több volt az elsajátítandó tantárgy is. Ekkor a tanítóképzőkben olyan tárgyakat kezdtek el oktatni, amelyek a siketek nevelését segítették.

A század végén további intézetek nyíltak a halláskárosultak számára. Olyan intézmények jöttek létre országszerte, amelyek részben magániskolaként, részben alapítványi intézetként vagy közadakozásból származó pénzzel kezdtek meg működésüket (az csak a következő évtizedekben valósult meg, hogy az állam bármelyik intézet fenntartásáról teljes egészében gondoskodik). A század végére, a XX. század elejére a siketek intézményes gyógyító-nevelésének szélesebb körű kibontakozása volt jellemző.

A *Vakok Intézete* Magyarországon – francia példára – 1826-ban jött létre, s már a kezdetektől magában foglalta az ipari képzést is. Alapításában elsősorban az dominált, hogy a társadalom számára haszontalannak titulált vak egyén ne vonjon el még egy személyt a társadalomtól. Az intézet a kezdetekben szegényes körülmények között működött, tartalmi munkáról nem igazán lehetett beszélni, a tanulók létszáma csekély volt, tanerőben sem bővelkedett, a kezdeti oktatás német nyelven folyt. A magasabb tanulósám érdekében bevezették a vakok népiskolai foglalkoztatását, de ez nem hozta meg a várt sikert.

A látási károsultak differenciálását a század végén *Mihályik Sidor* végezte el. *Mihályik* nagy hangsúlyt fektetett a prevencióra, küzdött a rideg bánásmód és az oktalan szánakozás ellen. Fontosnak tartotta a megelőzésben a szegénység és a tudatlanság elleni küzdelmet. Részletes leírást adott a vakság okairól, a vakok oktatásáról és neveléséről. Kiemelkedőnek tartotta a családban történő nevelkedést, és a korai fejlesztés fontosságát is hirdette.

Az értelmi fogyatékosok számára az első intézet a XIX. század második felében, 1875-ben jött létre Rákospalotán, *Frim Jakab* szervezésével. Eddig az értelmi fogyatékos egyének sorsa a közvetlen környezet bánásmódjától függött. A jómódú családok gyakran külföldi tébolydáknak vagy intézeteknek helyezték el értelmileg beteg gyermekeiket. *Frim* európai tanulmányútról hazatérve alapította meg az ápoló-nevelő intézetet az értelmi fogyatékosok számára. Az volt az álláspontja, hogy gyógyító-neveléssel gyógyítani és képezni kell a bennlakókat. A tanulók differenciálódása hamarabb indult meg ebben az intézetben, viszont a beiskolázott tanulók száma elmaradt a többi intézetéhez képest. *Frim*

célja a menhely létrehozásán túl az volt, hogy gyógyítsa, nevelje és képezze a fogyatékosokat annak érdekében, hogy hasznavehetőbb emberré válhassanak. Vallotta, hogy ennek eléréséhez az orvos és a pedagógus együttes munkája szükséges (ezek voltak a mai teammunka alapjai). A nevelés elsődlegességét hirdette, és a vallásos nevelést tartotta a legjobb gyógymódnak. Próbálta differenciálni az értelmi fogyatékosokat, de munkássága ilyen tekintetben nem volt letisztult. Meggyőződése szerint a nevelés alapjai a rendre, a tisztaságra és a társas életre történő szoktatás. Leírta az imbecillisek több, ma is alkalmazott nevelő eljárását. Munkásságának egyik igen lényeges eleme, hogy felismerte a gyermekek korábbi adatainak fontosságát. Egy 30 pontból álló kérdőívet alkalmazott, amelyet a beküldő személynek (pap, orvos, tanító) kellett kitöltenie. Ez a mai anamnézis-lap elődjének tekinthető. Munkásságának másik érdemi eleme az idiotákat ápoló intézeti foglalkozás alapjainak lerakása.

Frim munkásságát *Szenes Adolf* folytatta, ő beszélt először a gyógypedagógiáról – bár még nem a mai értelmezésben –, mint a pedagógia új ágának létrejöttéről. Az oktatás területén elítélte a megkülönböztetést, javaslatot tett a tankötelezettség kiterjesztésére és további, fogyatékosokat ellátó intézmények létesítésére. Felvetette a 20–25 fős kisegítő osztályok indítását gyengébb képességűek részére. Négy intézménytípust javasolt a súlyosabb értelmi fogyatékosok elhelyezésére (gyermekmenhely, nevelő-oktató osztály, foglalkoztató osztály, ápoló intézet). Az intézet 1896-ban állami kézbe került, ezáltal az értelmi fogyatékosok is a közoktatás részévé váltak. Két csoport, a képezhetetlenek (idioták) és a képezhetőek (debilis és imbecillis) csoportja jött létre. Két év elteltével, további differenciálódásként, kísérleti osztályok alakultak a debilisek számára, amelyek később ki is váltak, és kisegítő iskolává fejlődtek tovább. Ezzel egy időben az ápoló-nevelő otthonok szétváltak, az ápoló otthonok lettek a mai szociális ápoló-gondozó otthonok ősei. Az állam a gyógypedagógiai intézmények és ápodák létesítését saját feladatának tekintette, mert úgy gondolták, hogy a szülők nem tudják megfizetni a magánintézményeket.

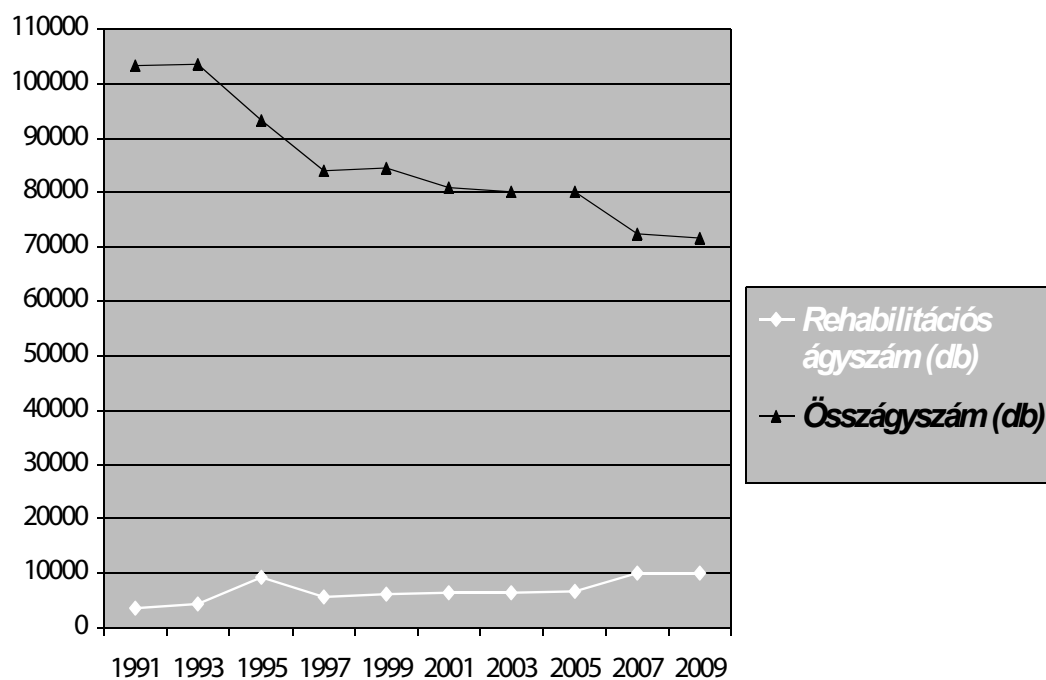
A sérültek nevelésében és gondozásában az orvosoknak, a tanítóknak, a papoknak, a nép valóságos nevelőinek tulajdonítottak nagy jelentőséget. Úgy gondolták, ők azok a szakemberek, akik sokat tehetnek azért, hogy „a majd kinövi magát” szállóige érvényét veszítse.

Az orvoslás az 1900-as évek elején kapcsolódott be jobban a fogyatékosok ügyébe. Már ekkor fontosnak tartották a profilaxist, úgy gondolták, hogy a profilaxissal számos fogyatékos, mint például a kankó okozta vakság is megelőzhető. Az értelmi és erkölcsi fogyatékosok orvosi megelőzését is kutatták, és arra jöttek rá, hogy

1. ábra

Kórházi ágyszámok alakulása 1991–2009. között hazánkban

(Forrás: 8, 9, 10, saját készítésű ábra)



az okok között található a genetika, az alkoholizmus, a bujakór, a TBC és az encephalitis is.

Ebben az időben megfogalmazódott, hogy a mozgás-fogyatékosok számára biztosítsanak szakorvosi felügyeletet és gyógytornát.

A szintén a század elején kibontakozó gyógypedagógiát univerzálisabbnak gondolták az orvoslásnál, mert úgy vélték, hogy az orvos nem találkozik eleget a fogyatékosokkal. A gyógypedagógia nem profilaxis, hanem a meglévő fogyatékosok kezelése. Úgy vélték, hogy a megfelelő színvonalú szakmai működéshez fejleszteni kell a gyógypedagógiai képzést, a továbbképzést és a kutatást. Ebben az időben meghatározták, hogy a gyógypedagógusnak tanulnia kell egész test-, elme- és örökléstant, valamint normális és abnormális egyének vizsgálatát szolgáló módszerek tanát is.

A pedagógusoknak továbbra is kiemelt szerepük volt a gyermekek gyengébb képességeinek felfedezésében, évről-évre történő megbuktatásuk eldöntésében, szakemberhez irányításában. A pedagógus feladatának tartották, hogy állandóan figyelmeztesse a szülőket azokra a veszélyekre, amelyek a születendő gyermeket érintik, s forduljanak szakorvoshoz (gyakori tapasztalat volt, hogy a szülők nem mentek orvoshoz vagy nem a fogyatékos-sággal foglalkozó szakorvoshoz mentek). Fontosnak tar-

tották, hogy a pedagógusok a pedagógiai képzés mellett gyógypedagógiai ismeretekkel is rendelkezzenek. Felmerült, hogy az óvó- és tanítóképző hallgatói ismerjék a fogyatékosokat, a nagyothallókat ne tanítsák együtt az eleve siketekkel, a gyengénlátóknak szervezzenek tanfolyamot a tapintó érzék kifejlesztésére.

A pedagógiai és orvosi karon is bevezették „A fiatal-korifogyatékoságotana” című tantárgyat, ezáltal az ott tanulók is mélyebb ismereteket szerezhettek a fogyatékoságról.

A papok feladatának tekintették, hogy figyelmeztessék a szülőket a betegségek elhanyagolása következtében kialakuló veszélyekre, s ha kell, a közigazgatási hatóságok segítségét kérik, valamint a gondozásuk alatt álló egyházközösségek tagjait megtanítsák a fogyatékkal élőkkel tanúsítandó helyes magatartásra, közreműködjenek megsegítésükben.

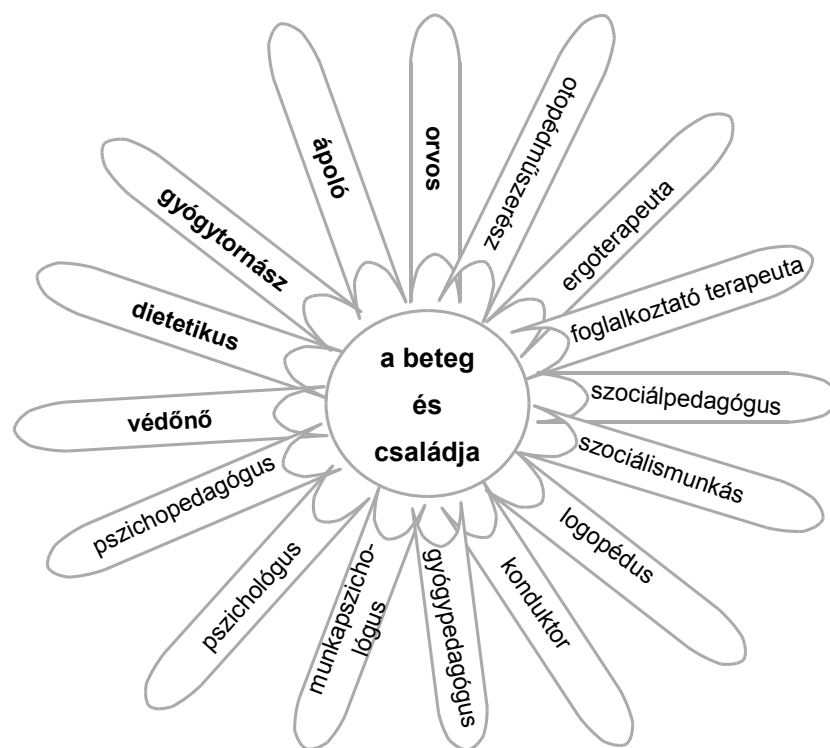
A jegyzők feladatuként tartották számon, hogy felügyeljék a területükön élő fogyatékosokat, és utasítsák a szülőket a gondos felügyeletre, betegség esetén az orvosi segítség igénybevételére.

Ebben az időben fontosnak tartották a népnevelést (népies előadások tartása, könyvek kiadása, kiállítások szervezése), a nevelésben a szülők folyamatos közreműködését. (3, 4, 15)

2. ábra

A rehabilitációs team tagjai

(www.oali.hu és www.e-oktatas.barczi.hu források alapján saját, kiegészített ábra)

**3. A XX. század kora és napjaink**

A XX. század elején a már meglévő intézetek bővültek és fejlődtek tovább. Emellett egyre nagyobb hangsúlyt kapott a fogyatékosági politika és az esélyegyenlőség kérdése.

Az egyes fogyatékosági ágaknak – az 1900-as évek elején alakult intézetek továbbfejlődéséből – külön iskolái jöttek létre szerte az országban, de főleg a fővárosban összpontosulva.

Az 1921. évi XXX. törvény (18) még kizárta az oktatásból az értelmileg sérülteket. Az 1961. évi III. oktatási törvény (19) nem oldotta fel a kizárást, de kiegészítő iskolákban engedte tanulni az imbecilliseket. Az értelmileg sérültek kizárását az 1993. évi közoktatási törvény (20) oldotta fel, amely megfogalmazta azt is, hogy a sérült gyermekeknek joguk van a képességeiknek megfelelő neveléshez, oktatáshoz. A törvény hatályba lépését követően kialakultak a sérült gyermekek nevelésének, oktatásának állomásai, mint a korai fejlesztés (központokban, szakszolgálatokban, utazó pedagógus segítségével a gyermek otthonában), az integráló bölcsődék

korai fejlesztőkkel, a gyógypedagógiai óvodák (sérülésspecifikus fejlesztés, iskolai előkészítés) és az iskola (a Szakértői és Rehabilitációs Bizottság sorolja be a tanulókat integrált vagy szegregált iskolákba).

A XX. század második felére jellemző az a gondolkodásmód, amely a sérült emberek életét közelíteni szeretné az épekéhez. Kezd átalakulni a fogyatékoság orvosi szempontok szerinti felfogása is. Megmaradt az az elv, amely szerint a sérült embert kezelni kell, de újszerű az az elgondolás, miszerint a sérült ember problémái nemcsak a sérülésből eredeztethetőek. Egyre dominánsabbá válik az a felfogás, amely a társadalmat és a kultúrát teszi a sérült ember problémáinak fő okozóivá.

A XX. század második felében öt elv terjedt el:

– *A normalizáció elve* az intézeti életforma ellen harcol, helyette a humánusabb ellátást biztosító lakóotthonok kialakítását célozza meg, amelyek biztosítják, hogy a sérült emberek az épekéhez közel hasonló életet élhessenek.

– *Az autonómia elve* elismeri, hogy a fogyatékos embernek is joga van az önálló élethez, és – a szükségleteknek megfelelően – ezt próbálja minél jobban elősegíteni.

– *Az integráció elve* az épek közti lakóhelyet, iskoláztatást és munkát célozza meg. A lakóhelyek integrálását elősegítette az épek lakhelyéhez közeli lakóotthonok építése. *Az 1998-as törvény* (21) kiemeli, hogy a sérült embernek joga van az épek óvodájába és iskolájába járni, ha az elősegíti fejlődését. Ezen kívül a sérült személy jogosult az integrált munkahelyre, de ha erre nincs lehetőség, akkor a védett munkahelyen történő foglalkoztatásra.

– *A participáció elve*, amely szerint a sérült embernek joga van a társadalmi életbe való bekapcsolódáshoz.

– *A prevenció és rehabilitáció elve* a fogyatékoságok megelőzését tűzi ki célul.

Az 1960-as évektől kezdett terjedni Magyarországon a korai fejlesztés gyakorlata, az egyetemeken is egyre több olyan tárgyat vezettek be, amelyek a csecsemő fejlődésneurológiájával foglalkoztak.

Az 1970-es években a munkafoglalkoztatás nagyon fontos része volt az ellátásnak, az 1980-as években felértékelődött a kulturális és sportfoglalkoztatás is, majd paraolimpiák rendezésére is sort került.

A nagyvárosban élők számára jobban elérhetőek lettek az egyes szolgáltatások, javultak a mindennapi közlekedési körülmények (kerekeszékesek könnyebben közlekedhetnek az utcán, mert a járdaszegélyek laposabbak, a BKV-járatokon gyakrabban járnak alacsonypadlós járművek), jeltolmácsszolgálat alakult. A fentiek megvalósítását olyan lépések segítik, mint például az, hogy 1995-ben az építészeti karon „*Az akadálymentes építészet alapelvei*” címmel féléves fakultatív tárgyat vezettek be, és 1998-tól a közhasznú épületekben törvény írja elő az akadálymentesítést. A kisebb települések vonatkozásában elmondható, hogy nagy lemaradások vannak (a közlekedés, az ellátórendszer..., stb. tekintetében is) a nagyobb városok lakóihoz képest.

Napjainkban is igaz, hogy a fogyatékoság megítélése és értelmezése még egy adott országon belül és szakmánként is eltérő. Másképp definiálják a politikusok, az orvosi társadalom, az állami és önkormányzati igazgatás, a biztosítók..., stb., eltérőek a fogalmak mentén megfogalmazott érdekek is. A téma vizsgálatát szintén nehezíti, hogy nem állnak rendelkezésre pontos adatok a fogyatékos emberek számáról, az ellátások rendszeréről, a költségvetési vonzatokról. (12)

A fekvőbeteg egészségügyi ellátórendszer ágyszámainak alakulásáról rendelkezésre álló pontos adatok (8,9,10) alapján (1. ábra) megállapítható, hogy míg az 1991–2009. közötti időintervallumban a kórházi ágyszámok időnként stagnáltak, de jellemzően folyamatosan csökkentek és soha nem emelkedtek, addig a rehabilitációs ágyak száma az 1995–1997. közötti időszak kivételével (ágyszámcsökkenés) jellemzően stagnáló-emelkedő tendenciát mutat.

A XX. század végének, így napjainknak is fontos kérdése a rehabilitáció. A rehabilitáció mai formái alatt értjük az orvosi (kezeli a sérülést, preventíven megakadályozza a további állapotromlást), a pedagógiai-gyógytárgypedagógiai (elősegíti a sérült emberek társadalmi beilleszkedését és lehető legönállóbb életüket), a foglalkozási (javítja a sérült ember munkavállalási és munkahelymegtartási esélyeit), valamint a szociális (segíti a társas kapcsolatok kialakítását, az anyagi önállóság elérését) rehabilitációt.

A rehabilitáció teammunkában folyik. A rehabilitációs team tagjait gyakorlati munkánk alapján kiegészített (védőnő, szociálpedagógus) formában szemlélteti a 2. ábra. A tagok munkáját segítik a teamegbeszélések és a rehabilitációs programok. A megbeszélésekbe, a programok készítésébe bevonják a sérültet és családját is. Egyre fontosabbá válik a szülők terápiákon történő részvétele, valamint lelki támogatásuk is.

Ma már minden egyes fogyatékosági ágnek külön érdekvédelmi szövetsége van, amely képviseli a fogyatékosági csoport érdekeit, segíti a társadalmi beilleszkedést és formálja a társadalmi tudatot. Néhány szövetség a teljesség igénye nélkül: *Értelmi Fogyatékosok és Segítőik Országos Érdekvédelmi Szövetsége, Magyar Vakok és Gyengénlátók Országos Szövetsége, Siketek és Nagyothallók Országos Szövetsége, Mozgáskorlátozottak Egyesületeinek Országos Szövetsége, Autisták Érdekvédelmi Egyesülete*. A területtel foglalkozó civil szervezetek száma is egyre nő. (2,4,5,6,11,13,16)

A jövőre vonatkozó szakmai javaslatok

Egyetértünk Lovászy Lászlóval, aki szerint „*A kihívás tehát óriási, és az arra adandó válasz már-már lehetetlennek tűnő vállalkozást és erőfeszítést feltételez.*” (12.p.8) Mi is úgy gondoljuk, hogy szakmai tennivalók tekintetében közel sem értünk az út végére. A jövőre vonatkozó szakmai feladataink teljes körének leírása eleve kudarcra ítélt vállalkozás, mindössze a témához kapcsolódó, több évtizedes, egészségügyi és segítő szférában végzett, prevenciós munkánkra alapozott meglátásaink főbb vonalait emeljük ki.

1. A múlt, az elődök munkásságának tanulmányozása a jelen szakembereinek támpontot jelent, az üzeneteket, bevált módszereket érdemes megfontolni és alkalmazni.

2. A primer, szekunder és terciér prevencióra egyaránt nagy hangsúlyt kell fektetni.

3. A sérült egyén – mint ahogyan az egészséges sem – soha nem függetleníthető az őt körülvevő „rendszerektől”, tehát elsősorban családjától, a barátoktól, a szakemberektől, a lakó-, kulturális, vallási és egyéb közösségektől, valamint az ország gazdasági helyzetétől, a társadalom egészétől, beleértve a törvényhozást és

a megtett intézkedéseket is. Az egyén és az őt körülvevő rendszerek együttes, egymástól soha nem függetleníthető működésmódja biztosítja mindannyiunk egészséges vagy egészségtelen életét, egy közösség elől eldugott, mássága miatt szenvedő gyermek vagy felnőtt sohasem csak az egyén és/vagy a család problémája és felelőssége. Mindannyiunknak, a hivatásos szakembereknek és civil segítőknek, a fogyatékkal élőknek és családjaiknak is meg kell erősödniük ezen a területen.

4. A család (a jelenlegi és a származási, a vérszerinti és nevelő családot is értjük alatta) szeretete, támogatása kulcsfontosságú a sérült ember életében. Minden egyes családtagnak és a család egészének is nagyon sok pozitív visszajelzésben, megerősítésben, elismerésben kellene részesülnie. Jó lenne, ha kifelé többet megmutatnának magukból, mindennapjaikból, annak érdekében, hogy minden család tanulhasson Tőlük szeretetet, türelmet, megértést, tiszteletet, alázatot, a szenvedések/nehézségek elviselésének túlélési technikáit, a felemelő, boldog pillanatok és elért sikerek örömét.

5. A sérült emberekkel foglalkozó szakemberek egyéni és teammunkája – mint ahogy elődeink is többen hangsúlyozták – megkérdőjelezhetetlen fontosságú. Az egyes szakterületek (egészségügy, oktatás-nevelés, szociális munka, gyermekvédelem, stb.) szakembereinek egyéni, a szakemberek közös munkájának minőségi végzése, az időfaktor (minél korábbi kiszűrés, korai, célzott kezelés, kezelések időbeli összehangolása) javítása, valamint a területi egyenlőtlenségek kiegyenlítése folyamatos feladat. A sikeres szakmai munka a szakembereknek az egyénnel és a családdal együttesen végzett közös tevékenységén, a rehabilitációs team (2. ábra) minél sikeresebb (a kompetens szakemberek bevonása és összehangolt munkája) működésén alapul. A team összetétele, szakmai működésmódja az egyes tudományterületek fejlődésével, az új szakmák megjelenésével, illetve a régiiek profiljának módosulásával is folyamatosan változik.

6. A felsőoktatásban egészségügyi szakemberképzéssel foglalkozó oktatóként felelősek vagyunk azért, hogy a jövő diplomás szakemberei kellően nyitottak és felkészültek is legyenek a témában: rendelkezzenek a fogyatékkal élők ellátásához szükséges speciális egészségtudományi, medikális, családgondozási ismeretekkel és gyakorlati készségekkel. Az érintett felsőoktatási intézmények tananyagtartalmának frissítése, új tantárgyak esetleges bevezetése megfontolásra érdemes jövőbeli feladat.

A tanszékünk munkatársai által oktatott *Klinikai alapismeretek, Neurorehabilitáció–fejlődésneurológia és Családgondozás–krízisprevenció* kötelező tantárgyak mellett, a témára vonatkozó tudás kiegészítése céljából vezettük be – a *Pető Intézettel* történő együttműködésben – az elmúlt tanévben a *Bevezetés a konduktív pedagógiába* című választható tantárgyunkat.

Tudományos Diákköri munka keretében a témához kapcsolódó kutatásokat hirdettük meg, jelen tanulmány is az *SE-ETK TDK* kutatás keretében valósulhatott meg.

Összefoglalás

„Fogyatékoság”-ról az emberiség létezése óta tudunk, beszélünk róla, próbáljuk kezelni, de a sérült emberekkel és a családjukkal történő foglalkozás igazán a XX. században vált világméretű kérdéssé. A róluk alkotott képet, a hozzájuk fűződő viszonyt kezdetekben transzcendentális felfogás és erős paternalizmus jellemezte, később a medikális dominancia volt jellemző, majd a XX. században az esélyegyenlőségre törekvő változások nyitották meg az utat napjaink lehetőségeihez. A tanulmány az egyes korszakok legfontosabb történésein kalauzolja végig az olvasót, korszakonként kiemelve a sérült emberek egészséges fejlődéséhez szükséges körülmények megteremtésének lépéseit. Napjainkhoz eljutva a szerzők hangsúlyozzák, hogy közel sem értünk az út végére, az egészségfejlesztéssel foglalkozó szakemberek számára is maradt bőven szakmai tennivaló.

Summary

We know about 'disability' since the existence of human being, we talk about it, we try to cure it however taking care of the disabled people and their family became worldwide issue in the 20th century. At the beginning the image about them, the relationship with them could be characterized by transcendental conception and strong paternalism. Later the medical dominance was specific, then in the 20th century the changes in the egalitarian movements opened up the way to our present day's opportunities. The study guides the reader through the most significant milestones of each era, highlighting the steps of creating the essential circumstances for the disabled to support their healthy development steps by era. Reaching to our present days the authors highlights that we are not near to the end of the road at all, still there is plenty of professional work to be done for health improvement specialists.

IRODALOM

1. Abonyi Nóra: „Tendenciák a fogyatékosügyben” In: *Szociális Munka*, 1999. 11. évfolyam, 1. sz., 45–49.
2. Bujdosó Balázs–Kemény Ferenc: *Fogyatékoság és rehabilitáció*. Nemzeti Szakképzési és Felnőttképzési Intézet, Budapest, 2008.
3. Gordosné Szabó Anna: *A gyógypedagógia története, II. kötet*. Tankönyvkiadó, Budapest, 1984.
4. Hatos Gyula: *Az értelmi akadályozottsággal élő emberek: nevelésük, életük*. APC-Stúdió, Gyula, 2008.
5. Kálmán Zsófia–Könczei György: *A Taigetosztól az esélyegyenlőségig*. Osiris, Budapest, 2002.
6. Könczei György: „Megharcolt jogok a fogyatékosügyben”. In: Kósáné Kovács Magda–Pető Andrea (szerk.): *Mérleg*. Napvilág Kiadó, Budapest, 2007., 189–208.
7. Könczei György: „Mégis kinek az érdeke?” *A fogyatékkutatás és a fogyatékospolitika útja a rehabilitációtól a független életig*. Neotipp Bt., Budapest, 1994.
8. KSH: *Egészségügyi és Szociális Statisztikai Évkönyv 1997*. KSH, Budapest, 1998.
9. KSH: *Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 1999., 2001., 2003., 2005., 2007., 2009.* KSH, Budapest, 2000., 2002., 2004., 2006., 2008., 2010.
10. KSH: *Népjeléti Statisztikai Évkönyv 1991., 1993.* KSH, Budapest, 1992., 1995.
11. Laki Ildikó (szerk.): *Fogyatékoság és a mai magyar társadalom*. Belvedere Meridionale, Szeged-Budapest, 2009., 9–34.
12. Lovászy László: „A fogyatékos emberek helyzetéről – a filozófiától a demográfiáig” In: *Kapocs*, 2006. V. évfolyam, 1. sz., 2–9.
13. Rádai Sándor: „Az akadálymentesség története és helyzete a ’80-as, ’90-es években Európában és Magyarországon” In: *Rehabilitáció*, 1998. 8. évfolyam, 4. sz., 201–203.
14. Száde László (szerk.): *A befogadó társadalomért*. Szerif Kiadó, Budapest, 2010., 101–133.
15. Szentgyörgyi Gusztáv–Tóth Zoltán (szerk.): *A testi fogyatékosok okai és megelőzése, I. kötet*. Magyar Gyógypedagógiai Társaság, Budapest, 1924.
16. Tegyei Jenő: „A fogyatékosok szociális problémái”. In: *Mozaikok a szociális gondoskodás hazai történetéből, I.* A Szociális Munka Alapítvány Kiadványai, 5. SZMA, Budapest, 1993., 129–139.
17. <http://stainfo.ksh.hu/Stainfo/haDetails.jsp?null=null&wf11ca da73=x> 2011.01.20. 14:52
18. 1921. évi XXX. törvénycikk az iskoláztatási kötelesség teljesítésének biztosításáról
19. 1961. évi III. törvény a Magyar Népköztársaság oktatási rendszeréről
20. 1993. évi LXXIX. törvény a közoktatásról
21. 1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról

Felsőoktatási kezdeményezések a kisebbségek egészség-esélyeinek növelése érdekében

Dr. Tarkó Klára¹,
Dr. habil. Benkő Zsuzsanna¹

¹Szegedi Tudományegyetem, Juhász Gyula Pedagógusképző Kar,
Alkalmazott Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Intézet

Bevezető

Tanulmányunk egy időszerű társadalmi méretű kérdésnek a felsőoktatás keretei közötti tárgyalását helyezte középpontjába, nevezetesen a magyarországi kisebbségek társadalmi-gazdasági helyzetéből fakadó, az esélyegyenlőségük ellenében ható folyamatoknak köszönhető, „van”-helyezeten alapuló innovatív pedagógiai megoldási javaslatok bemutatását. Szociológiai értelemben a kisebbségek közé soroljuk a különböző nemzeti és etnikai csoportokat, a nőket, a fogyatékosokkal élőket, a vallási kisebbségeket és a homoszexuálisokat. Mindezen csoportok egyik jellemző esélyegyenlőtlenségi mutatója a körükben tapasztalható egészség-esélyegyenlőtlenségek mértéke. Nézzünk meg erre vonatkozóan néhány jól ismert példát a teljesség igénye nélkül:

A romák születéskor várható átlagos élettartama 10 évvel alacsonyabb, mint a magyar lakosságé; a vetélés, koraszülés aránya magas; magas a látens morbiditás; jellemzőek a járványos megbetegedések (a hepatitis A és B), valamint jelentős a tetvesség aránya; jellemző a kedvezőtlen egészségmagatartás (dohányzás, alkoholfogyasztás) és a minőségi és mennyiségi értelemben is elégtelen táplálkozás (Busa és mtsai, 2004). Az egészségügyi ellátó személyzet irányából érkező negatív diszkrimináció is érzékelhető (Neményi, 2005).

2009-es adatok szerint a születéskor várható élettartam Magyarországon, *nemek szerinti bontásban* férfiaknál 69, nőknél 77 év. A férfiak és nők eltérő mortalitási és morbiditási struktúrával rendelkeznek: a fejlett országokban a férfiak körében a kardiovaszkuláris, míg a nők körében a daganatos megbetegedések vezetnek (Lásd pl. Józán, 2009).

A fogyatékosokkal élők egészség-esélyeit veszélyeztető hátrányok között említhetjük többek között azt a népszámlálási adatokkal (2001) igazolt tény, hogy a fogyatékos emberek által lakott lakásokban kisebb arányban található meleg folyóvíz, hálózati gáz, vízvezeték, vízöblítéses WC, mint azokban a lakásokban, ahol nem laknak fogyatékos emberek. Halmozott hátrányokat jelent az a tény is, hogy a romák között magas a fogyatékosok aránya: 2001-ben a népesség 1,9 százaléka, illetve a fogyatékos személyek 2,1 százaléka tartozott a roma etnikumhoz (Központi Statisztikai Hivatal, 2001).

A vallási kisebbségek tekintetében – inkább a vallásra koncentrálna – az abban rejlő pozitív lehetőségeket emeljük ki: nemzetközi kutatások, valamint a *Hungarostudy 2002* eredményei (Lásd pl. Kopp és mtsai., 2003; Kopp és Kovács, 2006) is alátámasztják a rendszeres vallásgyakorlás egészségi állapotra, kiemelten a lelki egészségre gyakorolt pozitív hatását, amennyiben az kevesebb dohányzással, kevesebb töményalkohol-fogyasztással, magasabb együttműködési készséggel és toleranciával, valamint jobb megbirkózási stratégiákkal jár együtt.

Nemzetközi kutatási eredmények szólnak a *homoszexuális és biszexuális férfiak* átlagos élettartamáról (Diggs, 2002). Egy 1987 és 1992 között Vancouverben (Kanada) végzett kutatás szerint annak az esélye, hogy egy 20 éves homoszexuális férfi 65 évig fog élni, csak 32 százalék, míg a heteroszexuális férfiaknál 78 százalék. A homoszexuális személyek körében magas a szexuális úton terjedő megbetegedések és a fizikai sérülések kockázata. Magasabb arányú a depresszió, a drogfogyasztás és az öngyilkossági kísérlet.

Feladatunk tehát a hátrányos és halmozottan hátrányos helyzetű gyerekek, fiatalok és felnőttek, kiemelten

a kisebbségi csoportok esélyeinek, egészségeseleink elősegítése a felsőoktatás oktatási-nevelési eszközrendszerén keresztül. E feladat hatékony megvalósítása új pedagógiai módszereket és stratégiákat igényel, mint például az új információs és kommunikációs technológiák használata, az idegennyelv-oktatás, a toleranciára és demokráciára való nevelés, az előítéletek csökkentése, az integráció, az egészségfejlesztés, az egészségnevelés, a környezeti nevelés és a tehetséggondozás, a motiváló, hatékony tanítási módszerek, a kooperativitás, a gondolkodási képességek fejlesztése, a tanulásmenedzselés, a projekt módszer használata, a probléma-alapú tanulás és a bizonyítékon alapuló tanulás. Mindezek – a kisebbségi egészségfejlesztésben is érvényesülő – *differenciálspecifikák* nyilvánulnak meg a *Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Karának Alkalmazott Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Intézete* hazai és nemzetközi tapasztalatain alapuló tananyag-fejlesztési projektjeiben és képzési programjaiban. A következőkben bemutatjuk hazai és nemzetközi tapasztalatszerzésünk legfontosabb fázisait, az Intézet vezetésével, hazai és nemzetközi együttműködésben létrehozott kisebbségtudományi és egészségfejlesztési tananyagokat, valamint mindezen szakmai tapasztalatokat ötvöző képzési programjainkat.

A nemzetközi és hazai tapasztalatszerzés állomásai

2002 októberében a kisebbségekkel kapcsolatos oktatási tapasztalatok cseréje céljából találkoztunk a *Nyitrai Konstantina Filozofa Tudományegyetem* egyetemi és kari szintű vezetőivel, valamint a *Roma kultúra* tanzó oktatóival. A szakmai megbeszéléseket kiegészítette egy látogatás Iglón (*Spišská Nová Ves*), az egyetem kihelyezett intézményeként működő *Oktató, Kutató és Tanácsadó Központban*. Az intézmény roma kisebbségi továbbképző központként tevékenykedik, itt megismertük a központ munkáját és a használt tananyagokat.

Igló a kelet-szlovákiai Szepességben található. 2001-es népszámlálási adatok szerint lélekszáma 39 193 fő, amelynek 1,93%-a roma. A térség társadalmi és gazdasági szempontból fejletlen. „*A romák többsége a két roma közösségben él. A nagyobb telep, 'Vilčurná', többé-kevésbé gettószerű, négy km-re van a városközponttól. Körülbelül 727-en élnek ott, 510 ember egyetlen tömbházban a többiek kis házakban. Az épületek a helyi önkormányzat tulajdonai. ... A telepen van egy óvoda, ahova 35 gyerek jár, a többi gyerek egy másik, kb. 2–3 km-re lévő iskolába jár. A gyerekek egy része a csökkent képességűeknek fenntartott 'speciális iskolába' jár, négy km-re a teleptől. ... A munkanélküliség a közösségben 95% körüli, nincs biztos, rendszeres*

jövedelmük, és senkinek sincs középiskolai végzettsége. Az önkormányzat négy romát alkalmaz a közösségből, akik a helyi vezető (vajda) irányításával rendőrként dolgoznak a telepen, és egy szociális munkást is a városból, hogy közvetítsen és segítsen különböző területeken” (Tanaka, 2006. 18. o.).

2003 május végén Portugáliában, Lisszabonban az „*Association Culturelle Moulin de la Jeunesse*” központban tettünk hivatalos szakmai látogatást. A központ a Lisszabon és Amadora között elterülő, alacsony ellátottságú területen fekszik, amelynek neve *Cova da Moura*. Az első telepések az 1970-es években húzták fel engedély nélküli házaikat. A közösség lakóinak többsége Portugália volt afrikai gyarmatairól származik (Angola, Mozambik, Guinea, Cabo Verde és Sao Tomé). Mintegy 6000 fő él itt, a lakosság 50%-a 20 évesnél fiatalabb. Az intézmény az 1980-as évek elején jött létre. Fő céljuk és módszerük a közösség „*empowermentje*”, valamint az *autonómia* megszerzése, az önálló döntések meghozatalára való felkészítés. A megszerzett tapasztalatok közül talán a legfontosabbnak a holland példa alapján kidolgozott *mediátorképzést* tartottuk. Az egyetemi végzettségű mediátor a 4–8. osztályban, illetve a középiskolában van jelen. A közösségből való, megbecsült, hiteles, közösséggért elkötelezett személy, aki képes eligazodni a portugál társadalomban is. A mediátorokat a központban képzik, oktatóik között pszichológusok, pedagógusok, szociológusok vannak. A program alapját a személyiségfejlesztés, a készségfejlesztés, a konfliktuskezelés, a kulturális antropológia és a pedagógia adja.

2002-ben egy szituációs feladattal mértük fel a szegedi tanítóképzésben résztvevő hallgatók képzési igényeit, amelyre egy nemzetközi teamben kidolgozandó tananyagfejlesztéshez volt szükségünk (*Tarkó és Benkő, 2005*). A feladat így szólt:

Ugorjon előre az időben 5–6 évet és képzelje el, hogy már gyakorló tanítóként dolgozik. Iskolájában nemcsak a tanulók oktatása és nevelése a feladata, hanem a szülők, az önkormányzat és a különböző szociális helyzetű emberekből álló szélesebb társadalom, közösségek igényeinek is meg kell felelnie. Értelmiségi dolgozóként számos elvárásnak kell eleget tennie és több felelősségi körrel rendelkezik: munkahely, település, család, önmaga. E feladatok elvégzésére készítették fel magas szinten a felsőoktatásban, mégis úgy érzi, vannak olyan kérdések, amelyekről szó eshetett volna még a felkészítése során. Ha most megkérdeznénk Önt, milyen témákat, készségeket, ismereteket, stb. sorolna fel, amelyek elsajátításával hatékonyabb szakemberré válhatna, mit válaszolna?

A kapott válaszok azt tükrözik, hogy a megkérdezett tanító-jelöltek határozott képpel rendelkeznek választott hivatásukról és az előttük álló feladatok hatékony

megoldásához szükséges ismeretekről, készségekről és képességekről. Bár képzésük magas színvonalú, mégis hiányolják belőle azokat az elméleti és gyakorlati ismereteket, amelyek a hátrányos helyzetű gyermekek kezelését elősegítő innovatív és kreatív módszereket ötvözik.

Állapot- és igényfeltárásunk következő állomása egy regionális fókuszcsoporthoz tartozó vizsgálat volt 2003 áprilisa és júliusa között: nemzetiségi és roma szülő-, illetve pedagóguscsoportok körében a Dél-Alföldi Régió (Bács-Kiskun, Csongrád, Békés megye) megyeszékhelyein, településein. Vizsgálatunk során arra a megállapításra jutottunk, hogy a romák törekednek az integrációra. Alacsony iskolai végzettségük ellenére is töreksenek bejutni a munkaerőpiacra, de a rendszerváltással elinduló folyamatok hatására erre egyre kevesebb esélyt látnak. Diszkriminációba ütköznek az iskolában (Lippai, Benkő és Tarkó, 2006), a munkahelyeken és az egészségügyben, előítéletekkel övezik őket. Nyelvi helyzetük vegyes képet mutat, a cigány nyelv használata sok családban jelentős. Jobb lakáskörülményekre, megbecsültségre és egyenlő esélyekre vágynak. A megkérdezett pedagógusok elmondták, hogy a szegregáció irányába ható folyamatokat tapasztalnak, amennyiben egy iskolában növekszik a roma tanulók aránya, a magyar szülők elviszik onnan gyermekeiket egy másik iskolába. A roma tanulók mögött erős, támogató családi háttér áll, azonban a szülők bevonása az iskolai munkába nem minden esetben sikeres. Alacsony az iskolaelőkészítés szempontjából fontos óvodai látogatottság. Különbségek vannak a családi és az iskolai szocializáció céljaiban, módszereiben, így az iskolai szabály-, norma- és szokásrendszer elfogadtatása nehéz. A pedagógusok fontosnak tartanak a multikulturális kérdéseket társadalmi, gazdasági és politikai szempontból értékelni tudó, megoldási javaslatokkal élő szakember jelenlétét az iskolákban, a szociális intézményekben, az önkormányzatoknál, az állami szektorban és a civil szférában is, aki – ahogy ők mondták – „segít megtalálni a közös hangot”.

A nemzetközi tapasztalatok és a hazai igényfeltárás eredményeire építve születtek meg kisebbségtudományi és kisebbségi egészségfejlesztő elemeket is tartalmazó tananyagfejlesztési projektjeink.

Intézeti tananyagfejlesztési projektek

2001 és 2004 között *Integrált programok a tanítóképzés megújítása érdekében* címmel, a portugál *Escola Superior de Educacao de Lisboa* és az osztrák *Pädagogische Akademie des Bundes in Wien* tanítóképző intézményekkel közösen dolgoztunk ki a tanítóképzésbe integrálható szakmai modulokat. Ebben nagy hangsúlyt szerezett a multikulturális nevelés, a kisebbségek

művészetének (zene, tánc, irodalom) bevonásával (Tarkó és Benkő, 2005). A program további területei az iskolai egészségfejlesztésre és egészségnevelésre, a matematika-oktatásra és tehetséggondozásra, valamint az idegen nyelvek (angol és német) oktatására irányultak. A kidolgozott szakanyagok elméleti alapjai az egyes résztvevő partnerországok specifikumaival és helyes gyakorlatának példái-val egészültek ki. A teljes program részletesebb bemutatása elérhető Tarkó és Benkő (2005) cikkében. A jelen írás a témánk szempontjából legfontosabb szempontot emeli ki, mégpedig az érzelmek mozgósításának szükségességét a hatékony toleranciára való nevelésben. Ennek eszköze a kisebbségek művészetében rejlő lehetőségek kiaknázása. Pályázatunkban a magyarországi, a portugál és az osztrák nemzeti és etnikai kisebbségi csoportok táncait, népzenejét és meséit gyűjtöttük össze DVD, CD és fűzött tanári segédlet formájában. Az elkészült tananyag alkalmas arra, hogy a leendő pedagógusok közel kerüljenek a különböző népekhez, emberekhez, családokhoz, gyerekekhez, ugyanakkor a „sokszínű” osztályteremben gyakorló szakemberként majd képesek legyenek közelebb hozni diákjaikat, azok szüleit, nagyszüleit is egymáshoz. Mindez kiegészül a hátrányos helyzetűekre irányuló kommunikációs készségfejlesztés célzott alkalmazásával, miáltal még több esélyük nyílik a kisebbségekkel kapcsolatos problémák feldolgozására az iskolák mindennapi életében.

2002 és 2005 között az angliai *Manchester Metropolitan University* és a németországi *Universität Lüneburg* intézményeivel közösen újabb tananyagokat dolgoztunk ki és célul tűztük ki a tanárok attitűdjének megváltoztatását a normál és a távoktatáson keresztül a nyitottabb emberi kapcsolatok érdekében. *Különbözőség és multikulturális nevelés*, valamint *Gyermekek, fiatalok, társadalmi kirekesztés és bennfoglalás* címen két modul keretében tárgyaltuk a kisebbségek és a hátrányos társadalmi gazdasági helyzet következményeit, valamint hagyományos és távoktatási formában kidolgozott *Egészségfejlesztés* tananyagunkban foglalkoztunk az egészség-esélyegyenlőség kérdéseivel.

Sikeresen elnyert Phare-pályázat keretében (HU 0008-02 „A képzésből a munka világába való átmenet támogatása” Phare-program) 2004-re elkészült a modulrendszerben működő *Kisebbségkoordinátor* pedagógus szakvizsgára felkészítő programunk tanterve (Benkő és Lippai, 2004). Célunk volt egy olyan szakanyag kidolgozása (Lippai, Benkő, Erdei és Tarkó, 2007), amelyen keresztül a leendő szakemberek felkészülnek a kisebbségi helyzetben élő tanulók (nemzeti-ségi, etnikai – főleg roma – fogyatékosok) hatékonyabb fejlesztésére, társadalmi integrációjára, valamint alkalmassá válnak olyan speciális módszerek alkalmazására, amelyekkel a kisebbségi körbe sorolható tanulók fejlőd-

1. táblázat

**Az Intézet további képzési programjaiba beillesztett
kisebbségi egészségfejlesztő elemek**

Képzés megnevezése	Kurzusok neve
Egészségtan tanár főiskolai és egyetemi képzés	Kisebbségtudományi alapismeretek, Multikulturális nevelés alapjai, Gyógypedagógiai alapismeretek, Egészségszociológia (Kisebbségek egészségesélye)
Rekreációs szervezés és egészségfejlesztés alapképzési szak (BSc)	Kisebbségtudományi alapismeretek I., Sajátos nevelési szükségletűek pedagógiája, Deviancia és egészségpszichológia, Egészségfejlesztő szakirányban Kisebbségi egészségfejlesztés, Kisebbség-egészségkoordinátor szakirány, Rekreációs szervező szakirányban Hátrányos helyzetűek és fogyatékossgal élők rekreációja
Egészségfejlesztés tanár (Master)	Gyógypedagógiai alapismeretek, Multikulturális nevelés
Egészségfejlesztő mentálhigiéné szak- irányú továbbképzési szak és Egészség- fejlesztő mentálhigiénikus szakvizsgára felkészítő szakirányú továbbképzés	Kisebbségek egészségfejlesztése, Hátrányos helyzetűek egészségfejlesztése, Sajátos nevelési igényű tanulók pedagógiája/inkluzív nevelés, Hátrányos helyzetűek és kisebbségek nevelése

dését és integrálását szolgálják iskolai környezetben és a társadalom más alrendszerében (család, egészségügy, szociális intézmények).

Képzési programok

A fentiekben ismertetett hazai és nemzetközi tapasztalatszerzésünkre alapozott, a kisebbségek és a hátrányos helyzetű társadalmi csoportok kezelésére, egészség-esélyeinek növelésére irányuló képzési programjaink széles skálája áll az érdeklődő hallgatók, leendő és gyakorló szakemberek rendelkezésére. Programajánlatunk a következő:

Egészségnevelés – mentálhigiéné. 120 órás továbbképzés pedagógusok részére: A képzés négy 30 órás modulból áll, amelyek egyike az *Egészséges társadalom* modul. Ebben 6 órával szerepel a *Multikulturális nevelés*. További közvetített szakterületei a szociálpolitika, a népegészségtan, az etika és a mentálhigiéné.

Egészségfejlesztő kisebbségkoordinátor szakirányú továbbképzési szak (90 kredit): A képzés során a különböző alapszakmákban (pl. pedagógusképzés, társadalomtudományok, természettudományok, orvos- és egészség-

tudományok, nemzetvédelmi és katonai, hittudományi, művészet és sporttudományi) dolgozó résztvevők napi munkájának ellátásához szükséges szakmai és módszertani ismereteit kívánjuk a kisebbségi csoportok körébe sorolható (a nemzeti és etnikai csoportok, a nők, a fogyatékossgal élők, a vallási kisebbségek és a homoszexuálisok), illetve a hátrányos és halmozottan hátrányos helyzetű gyermekek, fiatalok és felnőttek fejlesztését, társadalmi integrációját, egészség-esélyegyenlőségét segítő alapismeretekkel, alapkészségekkel bővíteni.

Egészségfejlesztő Kisebbségkoordinátor pedagógus szakvizsgára felkészítő szakirányú továbbképzés (120 kredit): A kisebbségi (nemzeti és etnikai csoportok, a nők, a fogyatékossgal élők, a vallási kisebbségek és a homoszexuálisok), a hátrányos- és a halmozottan hátrányos helyzetű csoportokat érintő demográfiai, társadalmi, gazdasági, és kulturális kérdésekben kívánja fejleszteni a többségi és kisebbségi pedagógus hallgatók ismereteit és tudatosságát egyaránt annak érdekében, hogy a kisebbségi létből és a hátrányos helyzetből fakadó egészség-esélyegyenlőtlenségeket ellensúlyozni tudja az iskolákban használt oktatási, nevelési és szervezeti eszközökkel.

A hátrányos helyzet kezelésére, a kisebbségi léthelyzetből fakadó egészség-esélyegyenlőtlenségek megismerésére felkészítő, érzékenyítő elemek intézetünk minden más – eddig külön ki nem emelt – képzési programjában megtalálhatók. Az 1. táblázat az érintett képzéseket és a témát tárgyaló kurzusok neveit tartalmazza.

Konklúzió

Intézetünk hosszú folyamat eredményeként született, szakmailag megalapozott és az aktuális társadalmi igényeket messzemenően kielégítő kisebbségtudományi ismereteket közvetítő programkínálattal szolgálja a magyar pedagógus és egészségfejlesztő szakemberek felkészítését. Tartalmi és módszertani kínálatunkat, amely mind a közoktatásban, mind a felsőoktatásban újszerű eszközrendszert ad a pedagógusok kezébe, minden szakember szíves figyelmébe ajánljuk.

Összefoglalás

A magyarországi kisebbségek (nemzeti és etnikai, vallási, nők, fogyatékossgal élők, homoszexuálisok) egészség-esélyegyenlőtlenségét jelző mutatók kedvezőtlen értékei jól ismertek az egészségfejlesztő szakemberek körében. Szükség van tehát arra, hogy minden szintéren foglalkozunk a kérdéssel. A felnövekvő nemzedékek egészség-esélyeinek növelésében fontos szerepet játszik a közoktatás, és az iskolai egészségfejlesztő feladatokra való felkészítést végző felsőoktatás. A *Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Karának Alkalmazott Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Intézete* nemzetközi és hazai tapasztalatokon alapuló, célcsoport-

orientált graduális és posztgraduális képzéseivel szolgálja a korszerű kisebbségi egészségfejlesztő módszerek és ismeretek átadását. A képzési paletta 1–1 célzott kurzus, modul, BSc-képzéshez kapcsolódó szakirány integrálásától a szakirányú továbbképzési szakig, mint az *Egészségfejlesztő kisebbségkoordinátor szakirányú továbbképzési szak (90 kredit)* és az *Egészségfejlesztő kisebbségkoordinátor pedagógus szakvizsgára felkészítő szak (120 kredit)* terjed.

Abstract

The unfavourable figures denoting the unequal health opportunities of Hungarian minorities (national and ethnic, religious, women, disabled, homosexuals) are well known among the health promotion professionals. Thus it is essential to address the issue on every setting. Public education plays an outstanding role in promoting the health opportunities of future generations, as well as higher education preparing professionals for school health promotion. The *Institute of Applied Health Sciences and Health Promotion at the Juhász Gyula Faculty of Education, University of Szeged* serves the transmission of up-to-date minority health promotion methods and knowledge through target-group oriented graduate and postgraduate education based on international and national experiences. The educational palette offers 1–1 targeted and integrated course, module, professional domain connected to BSc education, as well as complex trainings like *Health Promoting Minority Coordinator in-service Training (90 credits)* and *Health Promoting Minority Coordinator Teachers' Special Exam Training (120 credits)*.

IRODALOM

- Benkő Zsuzsanna–Lippai László (2004): *Tájékoztató. Kisebbségkoordinátor képzési program*. JGYF Kiadó. Szeged.
- Busa Csilla–Brandmüller Teodóra–Füzesi Zsuzsanna–Tistyán László–Varga Ivett (2004): *A romákkal kapcsolatos szakirodalom áttekintése, Összefoglaló*. Fact.
- Diggs, J. R. (2002): *The Health Risks of Gay Sex*. Corporate Resource Council.
- Józan Péter (2009): „Halálózási viszonyok és életkilátások a 21. század kezdetén a világ, Európa és Magyarország népességében.” In: *Magyar Tudomány*, 2009. 10. 1231–1244.

- Neményi Mária (2005): „Szegénység–etnicitás–egészség.” In: Neményi Mária–Szalai Júlia (2005, szerk.): *Kisebbségek kisebbsége. A magyarországi cigányok emberi és politikai jogai*. ÚMK, Budapest. 152–192.
- Kopp Mária–Kovács Mónika–Purebl György–Réthelyi János–Skrabski Árpád–Stauder Adrienne–Susánszky Éva–Szántó Zsuzsa (2003): *Jelentés a Hungarostudy 2002 országos reprezentatív felmérés legfontosabb eredményeiről*. <http://www.behsci.sote.hu/hungarostudy2002>. Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, Budapest.
- Kopp Mária–Kovács Mónika Erika (2006, szerk.): *A magyar népes-*

- ség életminősége az ezredfordulón.* Semmelweis, Budapest.
- Központi Statisztikai Hivatal (2001): *Népszámlálás 2001. 12. A fogyatékos emberek helyzete.* <http://www.nepszamlalas.hu/hun/kotetek/kotetek.html>.
- Lippai, L.–Benkő, Zs.–Tarkó, K. (2006): „Multidisciplinary Background of Gipsy Children’s Failure in Hungarian Schools.” In: Tuula Merisuo-Storm and Marjaana Soininen (2006, eds.): *Cultural diversity and its impact on education.* Pinosalama Oy, Turku. 167–185.
- Lippai László–Benkő Zsuzsanna–Erdei Katalin–Tarkó Klára (2007): „Társadalmi esélyegyenlőség az iskolákban: a kisebbség-tudományokban jártas pedagógus.” In: Szretykó György (2007, szerk.): *A szegénység, az egészség és a társadalmi kirekesztettség. A roncs társadalom szociológiai és társadalomgazdaságtani dimenziói.* Comenius Kft. Pécs. 440–480.
- Tanaka, J. (2006): *Helyi partnerség a szegénység és a romák kirekesztése elleni küzdelemért. Esettanulmányok.* Autonómia Alapítvány, Creating Effective Grassroots Alternatives, Pakiv Európai Roma Alap, Roma-Lom Foundation.
- Tarkó Klára–Benkő Zsuzsanna (2005): „A magyar tanítóképzés megújítása – tananyagfejlesztés a Szegedi Tudományegyetemen.” In: *Új Pedagógiai Szemle*, 2005. július–augusztus, 33–44.

A szűrővizsgálatokkal kapcsolatos információszerzés jellemzői a Dél-Alföldön

Dr. Molnár Regina PhD, egyetemi tanársegéd¹,
Erdős Csaba szociológus¹,
Dr. Paulik Edit PhD, egyetemi docens¹,
Dr. Müller Anna PhD, egyetemi mestertanár¹,
Prof. Dr. Nagymajtényi László tanszékvezető egyetemi tanár¹

¹Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar,
Népegészségügyi Intézet

Bevezetés

Magyarországon a szív- és érrendszeri megbetegedések után a második leggyakoribb halálokok a rosszindulatú daganatos betegségek (1). A világviszonylatban is magas daganatos halálozás hátterében a késői orvoshoz fordulás, illetve a megfelelő szűrővizsgálatok elmulasztása egyaránt megtalálható. *Mechanic* értelmezése szerint ahhoz, hogy az egészségügy hatékonyan működhessen, az orvosnak orientálnia kell a betegeket annak érdekében, hogy eljussanak a megfelelő egészségügyi intézményekbe. Az adekvát információkat a betegtájékoztató keretei között kell megkapniuk. Ennek eléréséhez először meg kell vizsgálni és meg kell érteni azokat a faktorokat, amelyek az orvos felkeresésére ösztönzik az embereket, vagy éppen távol tartják őket az orvosi ellátás igénybevételétől (2).

A daganatos megbetegedésekkel, szűrővizsgálatokkal kapcsolatos információk a betegekhez számos úton eljuthatnak. Ebben a folyamatban az egészségügyi személynél közvetlen felvilágosító tevékenységének kiemelt szerepe van. Emlő- és/vagy nőgyógyászati tumorról kezelt nők táplálkozási szokásait vizsgálva is kiderült, hogy akiknek orvos is javasolta az életmód-változtatást, négyszer nagyobb eséllyel módosítottak táplálkozási szokásaikon, mint azok, akik nem kaptak ilyen tanácsot (3). Napjainkban a televízió, mint az egyik legkedveltebb szabadidő-eltöltési forma is nagy hatással bír, és számos információt közvetít a lakossághoz.

Tradicionalis móltra tekint vissza a laikus segítségnyújtás, a családtagok támogató szerepe, de meg kell említenünk a betegek önszerveződését, önszervező csoportjait is, amelyek jelentősége a rendszerváltás óta megnövekedett (4). A *Hungarostudy*-vizsgálatok országos reprezentatív adatai mérhetően mutatják a civil szervezetekben való részvétel egészségvédő hatását is (5).

A napjainkra jellemző legújabb jelenség azonban az internet robbanásszerű térhódítása: e-maileken, fórumokon, közösségi portálokon, honlapokon keresztül is számos információ jut el a potenciális betegekhez, amelyek hatása jelentősen eltérő. A sorstársaktól, hasonló betegséggel küzdőktől, szakemberektől ily módon kapott információk egyrészt gyógyulásukat, egészségük megőrzését segíthetik; ugyanakkor ezen információk megbízhatósága sokszor kérdéses és ellenőrizhetetlen, negatív, romboló következményük szinte felmérhetetlen. Az egyre népszerűbbé váló internethasználat nagy hatást gyakorol az orvos–beteg kapcsolatra is, és bizonyos szempontból konfliktus forrásává is válhat. A betegek sok esetben előzetes információkkal, elképzelésekkel, elvárásokkal érkeznek az orvoshoz, amelyek nem biztos, hogy összhangban vannak a szakmai előírásokkal. Az orvosnál töltött idő sem elegendő a teljes körű tájékozódásra, a betegek így más helyen is keresnek információt, amelynek minősége kérdéses, ám jelentősen befolyásolhatja a betegviselkedést (6).

Az érintettek minél jobb informáltsága érdekében

*A vizsgálat az ETT 217-08/2009 számú kutatási pályázata keretében készült.
Etikai engedély száma: 53/2010.*

örvendetes új kezdeményezés a *Bács-Kiskun Megyei Önkormányzati Kórház Onkoradiológiai Osztálya* által – a régióban elsőként – létrehozott *Onkó Klub*, amely komplex módon segíti a daganatos betegekben szenvedőket és hozzátartozóikat. Betegségükkel kapcsolatos, szakmailag megalapozott információkhoz juthatnak, pszichés segítséget kaphatnak, előadásokon vehetnek részt, internetkapcsolat, számos folyóirat áll rendelkezésükre, ezzel javítva életminőségüket, könnyítve gyógyulásukat, rehabilitációjukat és csökkentve az egészségügyi személyzet leterheltségét is (7).

Vizsgálatunk célja a lakosság daganatos betegségekkel és azok megelőzésével kapcsolatos ismereteinek, az ismeretek hiányosságainak feltárása volt a prevenciósz tevékenység hatékonyságának javítása érdekében. E tanulmány a 25–64 éves lakosság szűrővizsgálatokkal kapcsolatos általános tájékozottságát, információszerezésének módját, internethasználatát elemzi, vizsgálja továbbá, hogy mennyire szimpatizálnak a szűrővizsgálatokra figyelmet felhívó különböző lehetőségekkel, valamint azt, hogy hogyan reagálnak a daganatos betegségekről hozzájuk eljutó információkra.

Módszerek

Az adatfelvétel 2010-ben zajlott, kérdezőbiztosok által lekérdezett kérdőív segítségével, a Dél-alföldi Régió (Csongrád, Békés, Bács-Kiskun megye) különböző népességnagyságú településein. A mintaválasztás több lépésben történt. Először a települések (1 megyeszékhely, 3 város, 6 község) kiválasztása történt meg, az alábbiak figyelembevételével:

- a 3 megyeszékhely közül azért esett Szegedre a választás, mert itt találhatóak az egyetemi klinikák, amelyek központi szerepet töltenek be a régió egészségügyi ellátásában;

- véletlenszerű kiválasztással, megyénként egy-egy olyan város került a mintába, ahol nincs helyben fekvő-beteg intézeti ellátás;

- az 1000–2000 fő közötti lakossal rendelkező települések közül megyénként 2–2 olyan települést választottunk ki – szintén véletlenszerűen –, ahol van helyben háziorvos, de szakellátás nincsen.

A tervezett 600 fős minta nem tette lehetővé a kor, nem, iskolai végzettség, település szerinti populációs arányoknak megfelelő reprezentativitást. Így – a mintaválasztás második lépésében – az egyes személyek kiválasztásánál településenként kor, nem és iskolai végzettség szerinti kvótákat alkalmaztunk. A célkitűzéseknek megfelelően nőknél a 25–64 éves, férfiaknál pedig a 45–64 éves lakosság került a felmérésbe. A visszaérkezett, értékelhető kérdőívek száma 590 volt.

Elemztük a válaszadók demográfiai jellemzőit, általános

egészségi állapotát, egészségmagatartását, daganatokkal, szűrővizsgálatokkal kapcsolatos informáltságát, az információszerezés módját, továbbá a konkrét daganattípusokkal – vastag- és végbélrákkal, emlődaganattal, méhnyakrákkal – kapcsolatos tudásukat és a prevencióban való részvételüket.

Az adatok feldolgozása *SPSS 17.0 for Windows* statisztikai programmal történt. A tájékozottság és az egyes információszerezési formákkal kapcsolatos attitűd mérése 1–5-ig terjedő skálán alapult (1 = egyáltalán nem tájékozott, illetve egyáltalán nem szimpatikus módszer; 5 = maximálisan tájékozott, illetve nagyon szimpatikus módszer). Az értékelést százalékos megoszlások és átlagpontszámok alapján végeztük.

Eredmények

A felmérésben résztvevők *szűrővizsgálatokkal kapcsolatos tájékozottsága* átlagosnak mondható (3,25 átlagpont), a válaszadók 14,5%-a (85 fő) egyáltalán nem, vagy nem, közel fele (48,5%; 284 fő) közepesen, 37,0% (216 fő) tájékozott, vagy maximálisan tájékozott volt.

A szűrővizsgálatokkal kapcsolatos információk számos csatornán jutnak el a lakossághoz. A többség (73,7%, 435 fő) különböző médiumokból (TV, rádió) tájékozódik, illetve (60,8%, 359 fő) háziorvosát, szakorvosát is megkérdezi. A válaszadók több mint fele (47,3%, 279 fő) életmódmagazinokat is olvas. Jelentős a családtagok között áramló információ (38,8%, 229 fő) valamint az internet használata (37,1%, 219 fő) is a célzott egészségügyi információk megszerzésében. Az egészségügyi személyzet (ápolók, asszisztensek) szerepe a betegek informálásában viszonylagosan kisebb mértékű, csak 19,7% (116 fő) jelezte, hogy védőnőtől, ápolónőtől informálódik, és elhanyagolható azok száma is (1,5%, 9 fő), akik egyáltalán nem rendelkeznek információval.

Az internethasználat napjainkban egyre fontosabb a különböző típusú, így az egészséggel kapcsolatos információk megszerzésében is. A válaszadók 67,6%-a (397 fő) *rendelkezett valamilyen típusú internethozzáférési lehetőséggel* (otthonában, munkahelyén, vagy egyéb helyen).

Az internethozzáféréssel rendelkezők (397 fő) közül *az internethasználat gyakoriságára jellemző*, hogy 58,7% (233 fő) naponta legalább egyszer, de jellemzően inkább többször is használja azt, 18,4% (73 fő) hetente többször, 12,1% (48 fő) havonta néhány alkalommal, 10,8% (43 fő) pedig soha nem veszi igénybe.

Az internethasználat céljait illetően a legtöbben – 79,3% (315 fő) – az e-mail-olvasást és -írást jelölték meg, 78,8% (313 fő) leggyakrabban általános témákban tájékozódik (hobby, utazás, stb.), 71,5% (284 fő) a helyi/országos híreket olvassa, 68,3% (271 fő) egészséggel,

1. táblázat

Vélemények a szűrővizsgálatokkal kapcsolatos tájékoztatás módszereiről

Módszerek	Átlagpontszám/ szórás	Egyáltalán nem szimpatikus, kerüli/ Nem szimpatikus n (%)	Kicsit szimpatikus n (%)	Szimpatikus/ Nagyon szimpatikus, kifejezetten kedveli n (%)
Telefonon információt kapni	2,07/1,29	394 (67,5)	77 (13,2)	113 (19,3)
SMS-ben információt kapni	2,13/1,31	379 (64,9)	85 (14,6)	120 (20,5)
E-mailben információt kapni	2,68/1,47	255 (46,8)	87 (15,7)	205 (37,6)
Interneten megjelenő hirdetések	2,51/1,39	279 (51,2)	103 (18,9)	163 (29,9)
Konkrét weboldalak	2,89/1,52	222 (40,9)	83 (15,3)	238 (43,8)
Ismert híres emberek beszélnek saját tapasztalataikról, betegségeikről	3,22/1,27	144 (24,7)	176 (30,2)	262 (45,0)
Súlyos betegségeket bemutató közérdekű közlemények	3,10/1,31	183 (31,4)	151 (25,9)	249 (42,7)
Levélben információt kapni	3,91/1,16	71 (12,2)	96 (16,4)	417 (71,4)
Egészségügyi személyzet felvilágosító tevékenysége	4,30/0,90	26 (4,5)	60 (10,2)	498 (85,3)
Prospektusok, tájékoztatók	3,92/1,09	59 (10,1)	99 (16,9)	427 (73,0)

egészségüggyel kapcsolatos információt keres (rendelési idő, konkrét betegség, stb.), 65,7% (261 fő) közösségi portálokat látogat, 30,2% (120 fő) banki ügyleteket intéz, 27,9% (111 fő) pedig vásárol is.

Ahogy a fenti eredmények is mutatják, a többség a különböző médiákat használja a szűrővizsgálatokkal, betegségekkel kapcsolatos információk megszerzésére. A következő kérdéssel – „Ha Ön daganatos betegségről hallott/olvasott a közelmúltban különböző médiákban

(tv, újság, internet, stb.), hogyan reagált ezekre az információkra?” – az egyénre gyakorolt hatásokat mértük fel: a válaszadók majdnem felének (49,8%; 294 fő) keltette fel az érdeklődését, igyekezett még több információhoz jutni, 33,4%-ukat (197 fő) rossz érzéssel töltötte el az információ tartalma, igyekeztek nem odafigyelni, 10,3% (61 fő) közömbös volt a témával kapcsolatban, nem foglalkozott vele, 6,4%-uk (38 fő) pedig semmit sem hallott, olvasott a daganatos betegségekkel kapcsolatban.

A szűrővizsgálatok vonatkozásában a lakosság figyelmének felhívására sokféle módszer létezik (1. táblázat). Eredményeink alapján a telefonos vagy sms-ben küldött információ a válaszadók közel kétharmadának a legkevésbé sem szimpatikus, s ha lehetőségük van rá, kerülnek az azt. Az e-mailben küldött információval, az interneten megjelenő hirdetésekkel, konkrét weboldallal kapcsolatban erősen megoszlott a válaszadók véleménye. Szintén nagyon eltérően ítélik meg, ha ismert, híres embereket látnak/hallanak saját betegségükkel kapcsolatos tapasztalatukról beszélni, vagy ha súlyos betegséget bemutató közérdekű közleményeket látnak. A többség kedveli, ha levélben, illetve prospektusok, tájékoztatók útján jutnak el hozzá a szűrővizsgálatokkal kapcsolatos információk. A legnagyobb igény az egészségügyi személyzet felvilágosító tevékenységére van, a válaszadók kicsivel több mint a fele ezt tartja a legszimpatikusabb formának.

Megbeszélés

A lakosság szűrővizsgálatokkal kapcsolatos tájékozottsága átlagosnak mondható; a megkérdezettek különböző információs forrásokat használnak. A média befolyása meghatározó, a televízióban látott-hallott közérdekű közlemények, vagy ha híres emberek beszélnek pl. saját daganatos megbetegedésükről, kifejezetten felkeltik az érdeklődést. Több ismeretet szereznek ezekből a forrásokból, mint az egészségügyi személyzettől. Emellett a magazinok, a családtagok és az internet is jelentős szerepet töltenek be az információ átadásában. A válaszadók több mint fele napi szinten használja az internetet, többféle célból, így az egészségével kapcsolatos információk megszerzésére is.

A lakosság majdnem felének alapvetően felkelti az érdeklődését, ha konkrétan a daganatos betegségekről hall. A „biztos pont” a szűrővizsgálatokkal kapcsolatos tájékoztatásban az egészségügyi személyzet felvilágosító tevékenysége és a hagyományos módszerek, mint a levél, az írásos anyagok, a tájékoztatók.

Eredményeink felhívják a figyelmet a média és az internet egyre nagyobb szerepére. Ez különösen fontos, ha szem előtt tartjuk, hogy az elmúlt években a médiafogyasztási szokások is jelentősen átalakultak. A rádió és a televízió mellett egyre nagyobb szerephez jut az internet, ahol nemcsak passzív, hanem aktív felhasználóként is jelen lehet lenni, s folyamatosan kialakul egy újfajta fogyasztói attitűd is, amelyre az aktív használat és a személyreszabottság is jellemző (8).

Gyakorlati szempontból az a leghasznosabb, ha a lehetőségeket az orvosok és a potenciális betegek érdekében a lehető legjobban kihasználjuk. A gyógyítás terén is egyre nő a különböző modern kommunikációs formák

szerepe, az elektronikus levelezéstől az internetes segítő kalauzokon át az online terápiáig (9).

A WHO Terápiás Betegoktatásról szóló 1998-as dokumentuma szerint a gyógyításnak kiemelten fontos része a beteg megfelelő információkkal való ellátása. A betegeknek egyre nagyobb igényük van az egészségi állapotukkal kapcsolatos tájékoztatásra, amely – különösen a betegek jogairól szóló törvények óta – az orvosi/egészségügyi ellátás kötelező eleme kell, hogy legyen (10). A legnagyobb hatású, ha az „orvos mondja”, vagy a beteg „kezébe adja” a megfelelő információkat a szűrővizsgálatokkal kapcsolatban. Érdemes azonban a média és az internet nyújtotta lehetőségeket is kihasználni, mert segíthetik az egészségügyi személyzet munkáját és a betegek egészségének megőrzését.

Hangsúlyozni kell azonban, hogy mind a szóbeli, mind az írásos tájékoztatás során egyre nagyobb szükség van a megbízható információt tartalmazó honlapok címeinek ismertetésére, feltüntetésére; ha már használják a betegek az internetet, akkor azt saját egészségük és a megfelelő orvos–beteg kapcsolat előmozdítása érdekében tegyék.

Összefoglalás

Magyarországon a haláloki statisztika második helyén a rosszindulatú daganatos betegségek állnak. A preventív lehetőségek kihasználása érdekében kiemelten fontos, hogy időben eljussanak a lakossághoz a szűrővizsgálatokkal kapcsolatos megfelelő információk.

A vizsgálat célja a daganatos betegségek kialakulásával és azok megelőzésével kapcsolatos ismeretek, az ismeretek hiányosságainak feltárása volt a preventív tevékenység hatékonyságának javítása érdekében. Jelen közlemény célja az ismeretszerzés forrásainak és az azzal kapcsolatos elvárásoknak a bemutatása. A felmérés 2010-ben, a Dél-alföldi Régió 25–64 éves populációja körében történt, kérdőíves módszerrel.

Az eredmények alapján a lakosság a szűrővizsgálatokkal kapcsolatosan átlagos tájékozottsággal rendelkezik. Információikat elsősorban a médián keresztül, valamint házi orvosuktól szerzik be. A tájékozottságra a különböző magazinoknak, a családtagoknak, valamint az internetnek is jelentős hatása van.

A szűrővizsgálatokkal kapcsolatos információkat legszívesebben a hagyományos módon – az egészségügyi személyzet felvilágosító tevékenysége vagy prospektusok által –, illetve kézzelfogható levélben fogadnak; a direkt marketing módszereit – telefon, sms, e-mail – egyértelműen elutasítják. A válaszadóknak majdnem fele szimpatizál azzal, ha ismert, híres emberek beszélnek saját tapasztalataikról, betegségeikről, ha konkrét weboldalakon találnak információt, illetve

ha súlyos betegségeket bemutató közérdekű közleményekkel találkozhatnak.

A lakosság tájékoztatása terén egyre inkább figyelembe kell venni, hogy a szűrővizsgálatokkal kapcsolatos információ számos – sokszor kontrollálatlan – helyről érkezik a betegek/lakosság felé. Ahhoz, hogy a tájékoztatás elérje célját, a hagyományos módszerek mellett szükség lenne olyan „útmutatóra” is, amely lehetővé teszi azon információk helyek megismerését, ahonnan érdemes autodidakta módon tájékozódni.

Kulcsszavak: daganatos betegségek, internet, lakossági felmérés, szűrővizsgálatok

Summary

Malignant tumours are the second major cause of death in Hungary. Giving the population appropriate information about screening is essential from the point of the adequate utilization of preventive services.

The aim of this study was to explore the knowledge about the risk factors of malignant tumours and their prevention, the knowledge gap to improve the effectiveness of prevention; the aim of this paper is to show the acquisition of knowledge resources and related requirements.

The questionnaire based study was delivered in the

population of the Southern Great Plain, aged 25–64 in 2010. Based on our results the population has an average knowledge about the screening procedures. Their knowledge was obtained primarily through the media and their GPs. The various magazines, family members, as well as the internet have a major impact on their knowledge. The population prefer the traditional ways, they like to get the information about screening from health personnel, or by brochure – as well as receive it from concrete letter; direct marketing methods – phone, SMS messaging, e-mail – are clearly rejected.

Almost half of the respondents sympathize with known, famous people talking about their experiences and diseases, with specific websites providing information, and with public services presenting announcements about severe diseases.

It has to be taken into account in connection with informing the public that numerous screening-related information – often uncontrolled – comes towards the patients/public. In order to achieve the goal of giving information, in addition to traditional methods, there is a need for a guideline which allows the information about the places where you should be informed by autodidact way.

Key words: malignant tumours, internet, public survey, preventive services

IRODALOM

1. *Demográfiai évkönyv, 2009.* Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2010.
2. Mechanic D.: „The concept of illness behaviour.” In: *Journal of Chronic Diseases.* 1962;15:189–94. In: Armstrong D.: *Az orvosi szociológia alapjai.* Semmelweis Kiadó; 1995.
3. Maróti-Nagy Á.–Paulik E.–Thurzó L.: „Az egészségügyi személyzet életmód-tanácsadó tevékenységének szerepe daganatos betegséggel kezelt nők táplálkozási szokásainak megváltoztatásában.” In: *Magyar Onkológia,* 2010;54:41–5.
4. Gyebnár B.: „Civil szervezetek és családorvosok.” In: *Med. Univ.,* 2000;6:391–4.
5. Siegrist J.: *Medizinische Soziologie.* Urban & Fischer Verlag; 2005.
6. http://www.weborvos.hu/regionalis_hirek/orszag_elso_onkologiai_informacio_s/156591/
7. Puskás-Vajda Zs.–Susánszky É.–Kopp M.: „Hazai önkéntes társulások tagságának szociodemográfiai és pszichés jellemzői, valamint a társulások dinamikájának elemzése egy országos reprezentatív felmérés alapján.” In: *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika,* 2009;10(2):119–37.
8. Urbán Á.: „Új médiaszolgáltatások piaci fogadtatása.” In: *Társadalom és gazdaság,* 2006;1:21–60.
9. Vincze G.–Túry F.–Ress K.: „A telemedicina térhódítása. Új lehetőség a pszichoterápia és a konzultációs-kapcsolati pszichiátria számára.” In: *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika,* 2004;5(3):213–226.
10. Molnár P.–Trinn Cs.: „Betegoktatás, mint a gyógyítás fontos eleme.” In: *Népegészségügy,* 1999;80(3):4–10.

Győri szakmai elismerés és siker az Akadémián

Prof. Dr. habil. Schmidt Péter

Gyermekegészségügyi Szolgálat, Győr

A Magyar Tudományos Akadémia IX. Osztályának Jövőkutatói Bizottsága 2011–2012. évi tanévnyitó ülését Budapesten, az MTA Titkársága tanácstermében tartotta. A Bizottság alelnöke, Dr. Schmidt Péter meghívására a Semmelweis Egyetem professzora – egyúttal az Egyetem Baráti Körének elnöke –, Monos Emil akadémiai doktor tartott előadást a Semmelweis Egyetem önállóvá válásának elmúlt hat évtizedéről (1951–2011), ismertetve az egykori Nagyszombat városában történt alapítást, majd az egyes tudományegyetemekhez (Pázmány Péter Tudományegyetem, ELTE) való integrálást.

Az elmúlt hat évtized komoly szakmai fejlődést mutatott, hiszen az egyes karok bővülése (az orvosi, a fogorvosi és a gyógyszerészeti fakultás mellett a Testneveléstudományi és Egészségügyi Főiskolai Kar, továbbá az Egészségügyi Menedzsment Szak létrejöttével) fokozatosan megtörtént.

Monos professzor az egyetem rektorai és jelentősebb professzorai életpályájának bemutatása mellett kitért a tudományos élet jelentős bővülésére, valamint az OSC sportolójának eredményeire, utalva az egyetem olimpiai bajnokaira is.

Dr. Schmidt Péter MTA Bizottsági alelnök hozzászólásában méltatta a Semmelweis Egyetem dinamikus fejlődését, hiszen míg egyetemista korában a Rezső téri Kollégium ebédlőjében zajlottak az egyetemi ünnepségek, rektori fogadások, addig az elmúlt három évtizedben átadták Budapest legmagasabb épületét, a Nagyvárad téri Elméleti Tömböt, illetve a világszínvonalú Tüzoltó utcai Tudásközpontot.

A bizottsági ülés keretében mutatták be a Dr. Schmidt Péter és a német Martin Bartenberger által szerkesztett egészségnevelési és egészségmegőrzéssel kapcsolatos angol és magyar nyelvű kiadványt, amely „Felnőtté válás a globalizáció világában – Growing Up Under Globalisation” címmel Bécsben jelent meg. A kötet a Római Klub és a Magyar Tudományos Akadémia Jövőkutatói Bizottsága győri nemzetközi kongresszusának összefoglaló kötete. A Bizottság tagjai nagy elismeréssel szóltak a győri sikerről.

A kiadványról további információ a praxised@externet.hu e-mailcímen a szerkesztőnél kapható.



Dr. Schmidt Péter

A Cukorbetegek Világnapja

November 14.

A régió eddigi legkiterjedtebb kockázatalapú cukorbetegszűrése zárult le 2011-ben hazánkban, amelyen több mint 70 000 egészséges felnőtt vett részt. A kérdőíves vizsgálat a résztvevők 15 százalékánál, több mint tízezer embernél mutatott ki addig még nem diagnosztizált glükózintoleranciát, vagyis cukorbetegséget vagy azt megelőző állapotot. A vizsgálat igazolta a kockázat-alapú diabétesz-szűrés hatékonyságát.

A diabétesz a leggyakoribb anyagcsere-betegség a világon. Becslések szerint világszerte jelenleg mintegy 320 millió cukorbeteg él. Hazánkban a cukorbetegek számát 500 ezerre teszik, azonban a kutatások szerint minden felismert diabéteszes betegre egy még fel nem ismert esik. Így hazánkban is feltehetően 1 millió cukorbeteggel kell számolnunk.

Az inzulin a hasnyálmirigyben termelődik. Az inzulin teljes hiánya esetén 1-es típusú cukorbetegségről beszélünk, amelyet kizárólag inzulininjekciókkal lehet kezelni. 2-es típusú diabétesznek nevezzük, ha az inzulinhiány részleges – csökkent inzulinválasztás vagy a sejtek inzulin iránti csökkent érzékenysége esetén. A betegek 90%-át érintő 2-es típusú cukorbetegség manapság sajnos már egyre fiatalabb korban jelenik meg. Nehéz diagnosztizálni, mert hosszú ideig tünetmentes lehet. Gyakran jár együtt magas vérnyomással és koleszterinszinttel, valamint hasi elhízással. A 2-es típusú cukorbetegség kialakulásának megelőzése vagy késleltetése érdekében éppen ezért fontos a tudatos, egészséges táplálkozás és a rendszeres testmozgás, fizikai aktivitás.

Az eddigi tapasztalatok alapján a már kialakult cukorbetegség nem gyógyítható. Megfelelő gyógyszeres kezeléssel és az életmódra vonatkozó tanácsok betartásával súlyosbodása lassítható, a szövődmények kialakulása késleltethető vagy megakadályozható. A helyes anyagcsere-vezetéshez a megfelelő kezelés mellett a vércukorszint rendszeres ellenőrzése is nélkülözhetetlen.

Az alábbi *FINDRISC-kérdőív* a nem, az életkor, a családi és egyéni kórelőzmények figyelembevételével a 2-es típusú cukorbetegség kialakulásának kockázatát, valószínűségét jelzi előre. A betegség korai felismerése azért is fontos, mert az a diabétesz szövődményeinek megelőzését és a hatékony kezelést egyaránt szolgálja.

A cukorbetegség hosszú ideig nem okoz semmilyen panaszt. Az érintettek gyakran már csak súlyosabb következményeit érzélik. Az alábbi teszt segítségével ellenőrizheti, hogy milyen mértékben veszélyeztetett, és lépéseket tehet a megelőzés érdekében.

TESZT A 2-ES TÍPUSÚ CUKORBETEGSÉG KOCKÁZATÁNAK FELMÉRÉSÉRE

1) Hány éves?

- | | |
|--------------------|--------|
| a. 45 év alatt | 0 pont |
| b. 45–54 év között | 2 pont |
| c. 55–64 év között | 3 pont |
| d. 64 év felett | 4 pont |

2) Mekkora a testtömegindexe(BMI)?

A testtömegindex kiszámítása: testsúly kg-ban, osztva a méterben mért testmagasság négyzetével.

Példa: ha az Ön magassága 165 cm, súlya 70 kg, a testtömegindexe = $70(1,65*1,65)=25,7$.

- | | |
|---|--------|
| a. Alacsonyabb, mint 25 kg/m ² | 0 pont |
| b. 25–30 kg/m ² | 1 pont |
| c. Magasabb, mint 30 kg/m ² | 3 pont |

3) Mekkora a háskőfogata?

- | Férfiak | Nők | |
|------------------|--------------|--------|
| a. 94 cm alatt | 80 cm alatt | 0 pont |
| b. 94–102 cm | 80–88 cm | 3 pont |
| c. 102 cm felett | 88 cm felett | 4 pont |

4) Végez-e naponta legalább 30 perces fizikai tevékenységet (testmozgást)?

- | | |
|---------|--------|
| a. Igen | 0 pont |
| b. Nem | 2 pont |

5) Milyen gyakran fogyaszt zöldséget, gyümölcsöt?

- | | |
|-------------------|--------|
| a. Minden nap | 0 pont |
| b. Nem minden nap | 1 pont |

6) Szed-e rendszeresen vérnyomáscsökkentő gyógyszereket?

- | | |
|---------|--------|
| a. Nem | 0 pont |
| b. Igen | 2 pont |

7) Állapítottak-e meg Önnél valaha magasabb vércukoréréket (orvosi vizsgálatkor, betegség, terhesség esetén)?

- | | |
|---------|--------|
| a. Nem | 0 pont |
| b. Igen | 5 pont |

8) Diagnosztizáltak családtagjainál vagy közeli rokonságában 1-es (ifjúkori) típusú vagy 2-es (időskori) típusú cukorbetegséget?

- | | |
|--|--------|
| a. Nem | 0 pont |
| b. Igen, nagyszülőnél, nagynéninél, nagybácsinál vagy elsőfokú unokatestvérnél | 3 pont |
| b. Igen, szülőnél, testvérnél vagy saját gyermeknél | 5 pont |

Értékelés: mekkora a cukorbetegség 10 éven belüli kialakulásának kockázata?

7 pont alatt: 1%*

Az Ön veszélyeztetettsége alacsony, azonban így sem árt, ha ügyel rá, hogy továbbra is egészségesen táplálkozzék és eleget mozogjon.

7–11 pont: 4%

Enyhén fokozott kockázat: bár a diabétesz kialakulásának rizikója csak kismértékben tér el a minimálistól, legyen elővigyázatos! Ha túlsúlyos (30 BMI fölött), próbáljon leadni testsúlyából. Mozogjon rendszeresen, étkezzen egészségesen: növelje a rostfogyasztását teljes kiőrlésű termékek, zöldségek, gyümölcsök formájában, és csökkentse a zsírt étrendjében.

12–14 pont: 17%

Fokozott kockázat: koncentráljon a megelőzésre, változtasson életmódján! Fogyasszon zöldséget, gyümölcsöt, zsírszegény tejtermékeket és sovány húsokat, halat. Főzzön minél kevesebb zsiradékkal sóval. Kerülje a cukortartalmú, szénsavas italokat. Sportoljon naponta legalább 30 percet, könnyű, állóképesség-növelő mozgásformát válasszon, pl. úszást, gyaloglást. emelkedett cukorérték esetén ellenőrizze rendszeresen vércukorszintjét.

15–20 pont: 33%

Magas veszélyeztetettség: az ekkora rizikóval rendelkezők egyharmadánál 10 éven belül kialakul a cukorbetegség. Akkor se vegye félvállról a helyzetet, ha eddig nem észlelt panaszokat! Forduljon orvoshoz, mértesse meg vércukorszintjét, és járjon rendszeres kontrollra.

20 pont felett: 51%

Igen magas kockázat: ekkora rizikóval rendelkezők közül minden második esetben alakul ki cukorbetegség 10 éven belül. Forduljon orvoshoz!

*: Rizikó %-ban kifejezve. Pl.: 1%-os rizikó azt jelenti, hogy 100 emberből 1 milyen pontszámmal rendelkező egyén betegedhet meg az elkövetkezendő 10 évben 2-es típusú diabéteszben.

HBV – HCV – HIV: három különböző, Európa fiataljait folyamatosan fenyegető, komoly veszély

Egy program (hálózat), amely szembenéz ezekkel a kihívásokkal

Dr. Simich Rita mb. főigazgató-helyettes

Országos Egészségfejlesztési Intézet

A „H-CUBE” az Európai Unió által finanszírozott projekt, amely *11 európai tagállam* szoros partnerségi együttműködésén alapul. A projekt fő célja egy *európai információs és prevenciók kampány* megszervezése *15–24 éves fiatalok* bevonásával.

A program időtartama: 2009. május 1.–2011. november 30.

A program módszerei és eszközei:

Az Európai Unió országaiban azonosítottuk azon legjobb gyakorlatokat, amelyek harcolnak a HBV-, a HCV- és a HIV/AIDS-fertőzés ellen, és amelyek célja egy olyan innovatív stratégia, amely elősegíti a magasabb rizikójú fiatalok biztonságos szexuális magatartását. Az egészségügyi oktatóknak többnyelvű és -formátumú digitális segédanyagok készültek, remélve, hogy a jövőben alkalmazzák az e-learning pedagógiai innovációs lehetőségét, valamint az új online tanulási és tréning módszereket a HBV-, a HCV- és a HIV-oktatás területén. Végezetül megelőző kampányokat szerveztünk olyan, fiatalok által gyakran látogatott helyeken, mint diszkók, pubok, bárók és sportcentrumok, ahol felvilágosítást kaptak a HBV-, a HCV- és a HIV/AIDS-fertőzések kockázatáról és azok tudatos megelőzéséről.

A program eredményei:

– A H-Cube project partnerországokban megismerhetővé váltak a HBV, a HCV és a HIV/AIDS elleni harcban alkalmazható legjobb gyakorlatok.

– Az uniós tagállamok között átjárhatóvá tettük a legjobb gyakorlatokat, különösen az új tagok számára adaptálható módszereket. A helyi szereplőknek segítettünk a HBV, a HCV és a HIV/AIDS elleni harcban, átadtuk a legjobb gyakorlatok know-how-ját (tudni, hogyan kell), amely multiplikációval működve a legeredményesebb.

– Szakembereket képeztünk annak érdekében, hogy a digitális formátumot használni tudják, és készen legyenek alkalmazni munkájuk során.

– E-learning tanfolyam segítségével a következőket valósítottuk meg:

- a) HBV-, HCV- és HIV-tréning, valamint a legjobb gyakorlatok bemutatása,
- b) tanfolyamok szervezése, lebonyolítása,
- c) a tréningek anyagának kézikönyve, digitális verziója (bemutatás, felhasználás).

– Európai prevenciók kampányt szerveztünk olyan találkozóhelyeken, amelyeket a fiatalok – életmódjuk, viselkedésük, kulturális és vallási események kapcsán – minden résztvevő országban gyakran látogatnak.

Nemzetközi kapcsolattartó szervezet:

ASSOCIAZIONE ISES
VIA CAVALLOTTI 26
15048 VALENZA (AL) – ITALY

Nemzetközi kapcsolattartó személy:

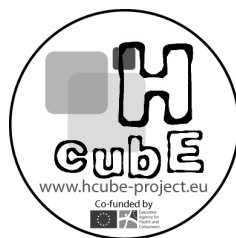
Dolores Forgione
Telefon: +39 0131951746
Fax: + 39 0131609940
E-mail: dolores.forgione@associazioneises.org

Hazai kapcsolattartó szervezet:

Sex Educatio Kiemelten Közhasznú Alapítvány

Hazai kapcsolattartó személy:

Dr. Forrai Judit
Telefon: 459-1500/6190
E-mail: forjud@net.sote.hu



*A Közösségi Akcióprogrammal kapcsolatosan az Európai Közösség „Népegészségügy 2008” programjának társalapításával létrehozta az Egészség és Felhasználók Végrehajtási Ügynökséget (EAHC). A H-CUBE konzorciumi program egyedül felelős e poszter tartalmáért, amely nem fejezi ki a Közösség véleményét.
A Közösség nem felelős bármilyen, a poszteren található információ felhasználásért.*

A fiatalok egészségműveltsége Az ifjúság és az egészségfejlesztés

2011. szeptember 29., Budapest

Országos Egészségfejlesztési Intézet

A Országos Egészségfejlesztési Intézet és a Collegium Pannonicum Alapítvány „A fiatalok egészségműveltsége – az ifjúság és az egészségfejlesztés” címmel 2011. szeptember 29-én nagy sikerű konferenciát tartott. A konferencia helyszínéül szolgáló Nagyterem zsúfolásig megtelt, s a résztvevők nagy érdeklődéssel követték az előadásokat, amelyeket a szünetekben élénk szakmai vita követett.

A konferencián az alábbi előadások hangzottak el:

- Majzik Balázs: *Országos ifjúságpolitikai szakmai aktualitások és célkitűzések*
- Gábor Edina: *Az ifjúság és egészségfejlesztés – értelmezési keretek*
- Dr. Kishegyi Júlia: *A primer prevenció jelentősége az ifjúsági munkában*
- Solymosy József Bonifác: *Iskolai egészségfejlesztés – iskolai egészségterv*
- Dr. Simich Rita: *A HIV/AIDS prevenció, családi életre nevelés és az ifjúság biztonságos szexuális életre nevelését szolgáló programok*
- Demjén Tibor: *A dohányzás primer prevenciója gyermekkorban*
- Monspart Sarolta: *Az energiaegyensúly fontossága a fiatalok mindennapjaiban*
- Galambos Adorján: *Merre tovább, Mobilitás?*

Reméljük, hogy a konferencián elhangzott, magas színvonalú előadásokkal, valamint a folyamatban lévő, ezzel kapcsolatos egészségfejlesztési tematikájú kutatások bemutatásával sikerült felhívni a szélesebb szakmai közönség figyelmét a téma aktualitására, s a konferenciát további, nagy sikerű szakmai tapasztalatcsere követik.

Az előadások szövege honlapunkról (www.oefi.hu) letölthető.

A konferencia a Nemzeti Erőforrás Minisztérium a „Komplex gyermek- és ifjúságfejlesztő szakmai tevékenységek, programok megvalósításának támogatására” kiírt IFJ-KX-10-B-0021 pályázat eredményeképpen valósult meg.

Az ifjúsági orvoslás jelentősége és fontossága a gyermekorvosi munkában, a prevenció szolgálatában

Egészségnevelési-egészségmegőrzési siker Villachban

Az Osztrák Gyermekorvosok Társasága 49. Kongresszusa, 2011. október 6–8., Villach

Prof. Dr. habil. Schmidt Péter

Gyermekegészségügyi Szolgálat, Győr

Paracelsus városában, az olasz és szlovén határ menti Villachban tartotta 49. Kongresszusát az Osztrák Gyermekorvosok Társasága. A házigazdákon kívül hat európai ország, továbbá Kanada és az Amerikai Egyesült Államok képviseltette magát.

A nemzetközi konferencia középpontjában a „Pädiatrie quo vadis...” gondolata, azaz a gyermekgyógyászat jövője állt. A 700 szakember-résztevő százötven előadással és közel félszáz poszterbemutató-előadással szerepelt. Kiemelt témaként a prevenció, tehát a megelőzés szolgált, ezen belül az autizmus, a genetikai betegségek, az ifjúsági orvoslás, a csecsemő- és gyermekkori idegrendszeri betegségek, valamint a görcsrohamok megelőzése és gyógyítása. Érdekesség, hogy az előadásokat és poszterbemutatókat videókonferencia formájában is nyomon követhették azon regisztrált szakemberek, akik személyesen nem tudtak elutazni Villachba.

Öröndetes módon igen nagy számban vettek részt ifjúsági orvosok és iskolaegészségüggyel foglalkozó szakemberek, s jelentős volt a 35 év alatti résztvevők aránya is.

Magyarországot egyedül Dr. Schmidt Péter győri gyermekorvos, az Osztrák Gyermekorvosok Társasága tagja képviselte, aki poszterbemutató-előadásával a legjobb külföldi előadónak járó elismerést nyerte el. „Paradigmenwechsel in der Jugendmedizin unter den Aspekten der Wirtschaft und Gesundheitserhaltung” című, demográfiai és egészségügyi gazdasági kérdésekkel foglalkozó előadásához a helyszínen szót hozta Dr. Sibille Mottl-Link Mannheimból, továbbá Prof. Dr. P. Blümel Bécsből, illetve Prof. Dr. H. Salzer Tullnból. Az elismeréshez elsőként Klaus Schmitt professzor, az Osztrák Gyermekorvosok Társasága elnöke gratulált.

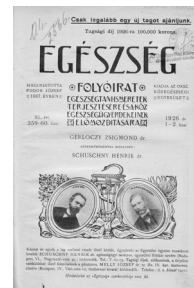
Az Osztrák Gyermekorvosok Társasága 49. Nemzetközi Kongresszusa méltó módon járult hozzá a gyermekorvoslás nemzetközi tekintélyének további elismeréséhez. A kongresszus szervezése – az előző évek hagyományainak megfelelően – példamutató módon zajlott, s a szervezők – a szakmai rendezvényen túl – kitűnően gondoskodtak a társas programokról is.



Prof. Dr. Klaus Schmitt, az Osztrák Gyermekorvosok Társasága elnöke gratulál Dr. Schmidt Péternek

Kathrin Brugger (Villach) felvétele

Az „Egészség” című folyóirat (Egészségtani ismeretek terjesztésére s a közegészségügy érdekeinek előmozdítására, szerkesztő: Dr. Fodor József, kiadó: Országos Közegészségi Egyesület) 1887–1942 között megjelent példányait a közelmúltban az Országos Egészségfejlesztési Intézetnek ajándékozták. (A példányok tartalomjegyzéke az OEFI honlapján megtekinthető, betekintés személyes egyeztetés után lehetséges.) Folyóiratunk visszatekint a múltba, s az akkori szemléletmód – a mai állásponttal párhuzamos – bemutatásával új cikksorozatot indít el. Időutazásra invitálunk mindenkit az 1800-as és 1900-as évekbe, és ezzel párhuzamosan bemutatjuk a témával kapcsolatos aktuális adatokat, álláspontokat is.



A koffeinről

Fekete Krisztina dietetikus, egészségfejlesztő

Országos Egészségfejlesztési Intézet

„Griebel az «Ernährung» című folyóirat 1937. évi 2. számában «Koffeinhaltige Erfrischungsgetränke» címen közli a Preussische Landesanstalt für Lebensmittel und gerichtliche Chemie-ben végzett vizsgálatait a Coca-cola néven ismert és az ipari munkások között nagyon elterjedt frissítő italtra vonatkozólag.

Megállapította, hogy egy 200 cm³ üveg Coca-cola ital kb. 50 grm koffeint tartalmaz, körülbelül amennyit egy jó babkávéből főzött csésze kávé. Szükség van-e ilyen italokra? Vagy alkoholmentes italokra, vagy könnyű alkoholokra? – kérdi. A koffeintartalmat mindenesetre fel kell tüntetni.”

Dr. Gotvay György
Egészség, 1939. április, 124. oldal

Közel 75 év távlatából elmondható, hogy a címkéken feltüntetett hatóanyagok bemutatása még kívánnivalókat hagy maga után, népegészségügyi szempontból hatékonyságuk növelhető. A kóla-típusú „üdítő” italok esetében az időnként nagy cukortartalom mellett a koffeintartalom is figyelmet érdemel.

Néhány koffeinnel kapcsolatos gondolat:

– Számos, a koffein és az egészség kölcsönhatásait vizsgáló tanulmány látott napvilágot, de legtöbbjük a kávé tulajdonságain, hatásain alapul. Ez gyakran megnehezíti, hogy a koffein önmagában való hatását a kávéital egészének hatásától megkülönböztessük.

– A koffein pozitív vagy éppen negatív hatására nem egyformán reagálunk. A tudósok felfedeztek egy „lassú anyagcsere gént” – akik ilyen a génnel rendelkeznek, sokkal lassabban bontják le a koffeint.

– A koffein rendszeres fogyasztásával a hatások leg többjével szemben tolerancia fejlődik ki, pl. a koffein serkentő tulajdonságai a rendszeres kávéfogyasztókra kevésbé hatnak, mint az alkalmi kávéivókra.

– Ha valaki úgy dönt, hogy koffeint vesz magához, akkor ügyeljen arra, hogy ne legyen kiszáradva, és nagyobb mennyiségű folyadékot igyon, mint egyébként.

– Nagy melegben a szívfrekvencia eleve magasabb,

mint a normál érték, ezért ilyenkor ajánlatos kerülni a koffeintartalmú italokat.

– A koffein rendszeres fogyasztása esetén enyhe fokú hátsóizmok alakul ki, ami néhány „koffeinmentes” héttel – kis, tompa fejfájás, lehangoltság kíséretében – viszonylag egyszerűen leküzdhető.

– A gyógyításban is használják a koffeint, elsősorban fájdalomcsillapítók (fejfájás, migrén) és megfázás elleni gyógyszerek összetevőjeként.

– A koffein az elfogyasztást követő 30–45 percben bejut a véráramba. Ezt követően a test vízterein keresztül szétoszlik, később lebomlik és a vizelettel távozik. A koffein hatásának időtartamát több tényező is befolyásolja: fiataloknál, illetve korosodó embereknél a koffein felezési ideje 2,5–4,5 óra. Ez azonban akár 50%-kal is csökkenhet, ha valaki dohányzik, egy nőnél viszont

duplájára is nőhet, ha fogamzásgátló tablettát szed. Aki terhessége utolsó időszakában van, annál ez az érték a 15 órát is elérheti.

Koffein és egészség

Az élénkítő, koffeintartalmú fogyasztási cikkek – a tea, a kávé és a kóla – népszerűsége a mai napig töretlen az egész világon.

Ma már tudjuk, hogy a koffein hozzávetőlegesen mintegy 60 növényben fellelhető, többek között a kávéban, a tealevéiben, a kóladióban, a kakaóban, a guaranában és a matében is. A koffeintartalom – és így annak szervezetre gyakorolt hatása – azonban több tényezőtől is függ:

– A növény fajtája alapvetően befolyásolja a belő-

1. táblázat

Különböző élelmiszerek koffeintartalma

Élelmiszer	Koffein [mg/100 g]
kólafélék (normál és light)	10,5–13,5
egyéb szénsavas üdítőitalok	0
kávé (amerikai, hosszú)	40–80
kávé (espresso)	50–175
instant kávé (elkészítve)	30–50
koffeinmentes kávé	1,5–2
tea	15–20
instant tea	20
Ice tea	2–3
csokoládé (főző, ét)	70–80
csokoládé (édes, ét)	62–65
csokoládé (tej)	20–30
csokoládészirup	14
kakaóital (elkészítve)	2,5
kakópor (holland)	78
energiaitalok	25–80

le készült főzet koffeintartalmát. Az arabica kávéban pl. feleannyi a koffein, mint a robusta kávéban.

– A különböző behatások szintén módosítják a koffein mennyiségét: a világosabbra pörkölt kávéban több koffein marad, mint a sötétebbre pörkölt szemekben. A tealevel fermentálási foka alapján megkülönböztetett fekete, oolong, valamint zöld tea is eltérő koffeintartalmú.

– Az elkészítéshez használt víz keménysége, hőfoka, a főzési/áztatási idő, a növényi rész és a víz aránya szintén módosító tényezők.

Bármilyen koffeintartalmú ételt, italt (*l. táblázat*) is fogyasztunk, figyeljünk arra, hogy 300 mg/nap az egészséges felnőtt szervezet számára maximálisan ajánlott koffeinmennyiség. A 300 mg koffein három csésze kávénak felel meg, ami rendszerint nem ad okot aggodalomra, feltéve, ha a mértékletes kávéivás más, az egészséges életmódot támogató szokással párosul (kiegyensúlyozott táplálkozás, rendszeres testedzés).

Európában a felnőttek naponta átlagosan 200 mg koffeint fogyasztanak (100–400 mg között), főként kávé és tea, kisebb részben üdítőitalok és energiatalok formájában, ami nagyban függ a kulturális szokásoktól. Az észak-európai országok – Dánia, Finnország, Norvégia, Svédország – közismerten nagy kávéfogyasztók, így ott az átlagos napi koffeinbevitel elérheti a 400 mg-ot is.

A koffein jelenlétét – a 2002/67/E európai irányelvnek megfelelően – világosan fel kell tüntetni az abból 150 mg/l-nél többet tartalmazó italokon. Ezt a szabályt a gyártók a koffeintartalmú üdítő- és energiatalok alkalmazásánál, ám a teán, a kávéban és a hozzájuk kapcsolódó termékeken – amelyekről a fogyasztók tudhatják, hogy jelentős koffeinforrások, és hogy a koffeintartalom az elkészítési mód függvénye is – nem.

Milyen hatása van a koffeinnek?

– Megfelelő mennyiségben fogyasztva élénkíti a szervezetet, fokozza az éberséget, stimulálja az ideg- és szívrendszer működését, javítja a szellemi funkciókat (megfigyelés, ítéletalkotás, koncentráció, stb.). A koffein élénkítő hatása jól érzékelhető reggel, éjszakai munka, hideg vagy alváshiány esetén, mértékkel fogyasztva hosszan tartó vezetés, szellemi teljesítmény (prezentáció, vizsga, stb.) alkalmával.

– A koffein növeli az izmok teljesítőképességét (a kalcium izomsejtekben való felszabadításával serkenti az izomösszehúzódot). Ez mind az aerob, mind az anaerob tevékenységekben hasznos lehet. A vizsgálatok szerint az optimális adag 3–6 mg testtömegkilogrammonként, amellyel – megfelelő oxigénellátottság mellett – a fáradtság jelentkezése késleltethető, a kimerülési időszak elnyújtható, főként nagy állókép-

ességet és kitartást igénylő fizikai aktivitásnál, sporttevékenységénél, pl. futásnál, úszásnál, kerékpározásnál. (A Nemzetközi Olimpiai Bizottság 2004-ben vette le a koffeint a tiltott szerek listájáról.)

– A koffein képes felgyorsítani az anyagcserét, ezáltal emeli a testhőmérsékletet és serkenti a vizeletkiválasztást (vízhajtó hatás). Fokozza az adrenalin felszabadítását, mobilizálja a zsírsavakat (a szervezet kevesebb glikogént és több zsírsavat használ fel), ezért a koffeint előszeretettel alkalmazzák különböző fogyasztszerek összetevőjeként is.

A túlzott mennyiségű koffeinfogyasztásnak hosszú távon megvannak a veszélyei: közvetlenül a szívre hatva fokozza az ingerképzést, szaporább lesz a szívritmus, nő a vérnyomás. Növeli a kalcium ürítését, ami a csontritkulás fokozott kockázatával jár együtt. Mellékhatásként jelentkezhet remegés, álmatlanság, idegesség, szapora légzés, de nyugtalanságot és a finommotoros kontroll elvesztését is eredményezheti. Ellazítja a hörgőket, növeli a gyomorsavtermelést. Vízhajtó hatással bír, ami fokozza a dehidráció (kiszáradás) veszélyét.

A kardiovaszkuláris betegségek kutatóit évtizedek óta érdekli a koffein szervezetre gyakorolt hatása, tekintettel arra, hogy kapcsolatba hozható a vérzsírszintek változásával, a vérnyomással, a ritmuszavarral és a szívfunkciók egyéb romlásával. E témában több, időnként egymással ellentmondó kutatási eredmény is napvilágot látott. Az eredmények alapján megállapítható, hogy:

– a kávéfogyasztás bizonyos személyekben – alkalmi kávéivóknál (egy vagy ennél kevesebb csésze/nap), három vagy több CHD (*coronary heart disease*) rizikófaktorral bíró személyeknél, és azoknál, akiknek lassú a koffein-anyagcseréjük – a nem halálos kimenetelű miokardiális infarktus tényezője lehet,

– a mérsékelt kávéfogyasztóknál kisebb a koronária-szívbetegség kockázata, ami valószínűleg a kávéban található antioxidánsoknak köszönhető,

– véglegesen döntő tudományos adatok hiányában mérsékelt koffeinfogyasztás elfogadott a magas vérnyomásban szenvedőknek.

Egészséges táplálkozás, folyadékfogyasztás

Tudományosan bizonyított, hogy az elfogyasztott táplálék jellege és összetétele alapvetően meghatározza életünk minőségét. Ebből fedezzük az életműködéseinkhez szükséges energiát, építjük újjá testünk anyagait, sejtjeit, szöveteit nap mint nap. Az egészséges táplálkozás nem jelenti egyetlen étel, ital, étel-miszer tilalmát sem. Vannak azonban olyan étel-miszerek, amelyeket gyakrabban, míg másokat csak ritkábban érdemes fogyasztanunk. Az ételek, italok minősége, mennyisége, az elkészítés módja, a fogyasztás gyakorisága, az ételek, italok energia- és

tápanyagtartalma, a tápanyagok aránya mind-mind befolyásolja azt, hogy étrendünk, étkezésünk mennyire szolgálja egészségünket. Az egészséges táplálkozás általános javaslatai – köztük a folyadékbevitelre vonatkozó rész – éppúgy megtalálhatóak a lakosság (1), mint a közétkeztetők számára elkészített táplálkozás-egészségügyi ajánlásban (2).

– A szomjúság legjobban az ivóvízzel oltható! A napi kb. kétliternyi folyadékigényt főként vízzel, ásványvízzel, rostos gyümölcs- és zöldséglével, gyümölcssteával, tejjel lehet fedezni, de az elfogyasztott leves, kefir és joghurt is része a folyadékfelvételnek. A szénsavas, cukros üdítők fogyasztását kis tápértékük, nagy energiatartalmuk miatt érdemes kerülni. A koffeintartalmú kávé, tea, kólafélék és energiatartalmú italok serkentő, élénkítő hatásukon túl – az alkoholtartalmú italokhoz hasonlóan – fokozzák

avízvesénkeresztültörténeti kiürülését, ezértezek fogyasztását is mérsékelje (1).

– Folyadékpótlásra az ivóvízen kívül kizárólag világosra főzött, legfeljebb az útmutató szerint megengedett mértékben ízesített, tea víz vagy ásványvíz adható.

– A tea akkor világosra főzött, ha másfél liter vízhez egy teafiltert vagy 2 gramm mennyiségű teafüvet használunk fel.

– A közétkeztetésben az alábbi élelmiszerek felhasználása nem javasolt:

– (d) koffeintartalmú vagy energiatartalmú (az előzőekben említett tea, illetve kakaó kivételével),

– (e) alkoholt tartalmazó élelmiszer,

– (f) szénsavas vagy cukrozott üdítő, szörp,

– (g) hozzáadott cukrot tartalmazó vagy 50% alatti gyümölcsstartalmú gyümölcslevek (2).

IRODALOM

MDOSZ: *Táplálkozás és Tudomány hírlevél*, VIII. évfolyam, 5. szám, 2007. május

Fekete K.–Koszonits R.–Kovács I.–Lelovics Zs.: *Korszerű és egészséges iskola büfé. Ajánlás a helyes táplálkozás és életmód elveinek elsajátításához*. MDOSZ, 2005.

<http://www.eufic.org/article/hu/taplalkozas/funkcionalis-elelmiszerek/artid/Koffein-egeszseg/>

Rodler I.: *Táplálkozási ajánlások a magyarországi felnőtt lakosság részére*. Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest, 2004.

OTH: *A rendszeres étkezést biztosító, szervezett étkeztetési ellátásra vonatkozó táplálkozás-egészségügyi ajánlás közétkeztetők számára*. (2011) http://www.antsz.hu/portal/down/kulso/kozegezessegugy/elemekzeseu/szervezett_elelmezesei_ellatasra_vonatkozo_taplalkozas-egeszsegugyi_ajanlas_kozetkeztetoknek_20110805.pdf

Tisztelt Szerzőink!

Kérjük, hogy az *Egészségfejlesztés* beszámítási írásait, az ábrákkal és képekkel együtt, e-mailben (csatolt file-ként) vagy lemezen/CD-n – ez esetben a nyomtatott változatot és az eredeti képe(ke)t mellékelve –, levélben küldjék el a szerkesztőség címére.

A szerkesztőség címe és telefonszáma megváltozott: 1096 Budapest, Nagyvárad tér 2.

Levelezési cím: 1395 Budapest, Pf. 839/3.

Telefon: (1) 428-8272. *Fax:* (1) 428-8273.

E-mail: haromszeki.zsuzsanna@t-online.hu. *Honlap:* www.oefi.hu.

A kézirat formája

A cím alatt szerepel a szerző(k) neve, munkahelye, telefonszáma és e-mail címe. Egy lapoldalt meghaladó terjedelmű (ötezer karakternél hosszabb) cikk, tanulmány, elemzés esetén célszerű alcímekkel tagolni az anyagot. Az írást kérjük rövid magyar és angol nyelvű összefoglalóval (az angolra lefordított címmel együtt), valamint irodalomjegyzékkel zárni. Ötezer karakternél rövidebb írás, könyvismertetés és lapszemle esetén nem alkalmazunk alcímeket és összefoglaló sem szükséges. Az ábrák elkészítésénél vegyék figyelembe, hogy azok fekete-fehérben fognak megjelenni.

Fáradozásukat köszöni és eredményes munkát kíván

a Szerkesztőbizottság

CONTENTS

SURVEYS

- Sexual Behaviour of Young People – Part III. 2
Rita Simich M.D., Róbert Fábrián

TRAININGS

- Significant Milestones of Helping Disabled People in Hungary 6
Mónika Szalontai, Zsuzsanna Kiss Soósne M.D., PhD, Sándor Hollós M.D.

- Minority Health Promotion Methods and Knowledge through Target-Group Oriented Graduate and Postgraduate Education 14
Klára Tarkó M.D., Zsuzsanna Benkő M.D.

- Acquisition of Knowledge Resources about Preventive Services on Southern Great Plain in Hungary 20
Regina Molnár M.D., PhD, Csaba Erdős, Edit Paulik M.D., PhD, Anna Müller M.D., PhD, Prof. László Nagymajtényi M.D.

NEWS, INFORMATION

- Professional success at Academia of Győr 25
Prof. habil. Péter Schmidt M.D.

- Diabetes Day – 14th of November* 26

YOUTH AND HEALTH

- HBV – HCV – HIV – A Program Facing Challenges between European Youth* 28
Rita Simich M.D.

- Youth and Health Development – Conference on 29th September, 2011, Budapest 30

- Health Prevention Success in Family Practice – Conference on 6–8th October, 2011, Villach 31
Prof. habil. Péter Schmidt M.D.

THE MATTER OF HEALTH – PAST AND PRESENT

- About Coffeine 32
Krisztina Fekete

Megrendelőlap

Előfizetésben megrendelem az Egészségfejlesztés című lapot példányban.

Előfizetési díj: 1 évre 12 000 Ft 1/2 évre 6000 Ft

Megrendelő (fizető):

Cím:

Kézbesítési cím:
(csak akkor töltsse ki, ha a fizető cím nem azonos a kézbesítési címmel)

.....
aláírás

A megrendelőlapot a következő címre borítékban szíveskedjen feladni: Magyar Posta Rt. Telefonos értékesítési csoport
1900 Budapest