



Tartalom

TOVÁBBKÉPZÉS

Rövid beszámoló a Rákellenes Tavasz mozgalomról

2010–2015

Prof. Dr. Simon Tamás

2

Az IROHLA-projekt

Intervention Research On Health Literacy among Ageing Population

Beszámoló és a második munkacsomag keretében lezajlott

kvalitatív kutatás főbb következtetései

Csizmadia Péter, Dr. Koós Tamás, Novoszáth Ágnes

4

Az egészségműveltség értelmezése és főbb kihívásai

a mai magyar társadalomban – I. rész

Taller Ágnes, Dr. Makara Péter, Tonté Dóra

17

2014 – A CSALÁD ÉVE

Beszámoló egy németországi KITA-intézményben tett látogatásról,

az egészséges gyermekekért végzett pedagógiai munkáról

Soósné Dr. Kiss Zsuzsanna PhD., Balogh Kálmán

23

FELMÉRÉSEK

Érték-e az egészség?

Gondolatok a 13–14 éves korosztály

táplálkozási szokásairól – I. rész

Dr. Huszka Péter PhD.

29

A fogamzásgátlással kapcsolatos ismeretek

és a párkapcsolatról alkotott vélemények felmérése

különböző iskolatípusokban

Rácz Patrícia, Dr. Németh Anikó

38

AZ EGÉSZSÉG ÜGYE ANNO ÉS MOST

Már 117 éve megalapozták az iskolai testnevelés

helyes koncepcióját

A tanórák közé ékelt tornajáték káros hatásáról

Óbányainé Németh Zsuzsanna

47

SZAKMAI FOLYÓIRATSZEMLE

Válogatás nemzetközi folyóiratok cikkeiből

Berki Júlia, Dr. Varsányi Péter

51

Health
Development

EGÉSZSÉG- FEJLESZTÉS

A Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet folyóirata.

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

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

Főszerkesztő: dr. Török Krisztina

Felelős szerkesztő:
prof. dr. Simon Tamás

Vezető szerkesztő:
Balogh-Háromszéki Zsuzsanna

Szerkesztőség: NEFI,
1096 Budapest, Nagyvárad 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:

a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet.

Terjeszti:

előfizetésben a Magyar Posta Rt.

Hírlap Üzletága,

1080 Budapest, Orczy tér 1.

Előfizethető valamennyi postán,

a kézbesítőknel,

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:

Reneszánsz Tipográfiai Műhely

Nyomdai munkálatok:

Porszinter Nyomda

1033 Budapest, Benedek Elek u. 1–3.



Rövid beszámoló a Rákellenes Tavasz mozgalomról

2010–2015

Prof. Dr. Simon Tamás

A Magyar Rákellenes Liga elnöke, a Rákellenes Tavasz mozgalom ötletgazdája

A Magyar Rákellenes Liga 2010-ben ünnepelte fennállásának 20. évfordulóját. A civil szervezet a rákbetegség megismertetésével, megelőzésének, időbeni felismerésének szorgalmazásával és a betegek testi-lelki támogatásával foglalkozik. A Ligának országszerte több mint 40 alapszervezete működik, közel 4300 taggal. 2010 előtt is rendeztünk részben helyi, részben központi szervezésű eseményeket, de 2010 óta minden évben – a Rákellenes Világnap (február 4.) és a Nemzeti Rákellenes Nap (április 10.) közötti időszakban – egy közös mozgósító szlogen köré szervezzük a Liga alapszervezeteinek aktivitásait.

Az elmúlt években az alábbi mozgósító szlogeneket hirdettük meg:

– 2010. – *A rák is megelőzhető!* (A Nemzetközi Rákellenes Unió – UICC – által javasolt szlogen)

– 2011. – *Kergessük el a rákot jókedvvel, mozgással, étrenddel, szűréssel!* (A Magyar Rákellenes Liga szlogenje)

– 2012. – *Oszlassuk el a tévhiteket a rákról!* (A UICC szlogenje)

– 2013. – *Újabb tévhitek ellen a rákról* (A UICC szlogenje)

– 2014. – *Kár lenne, ha rák lenne!* (A Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Igazgatási Szervének és a Magyar Rákellenes Liga Miskolci Segítő Szolgálatának közös szlogenje)

– 2015. – *Tudj többet a rákról, tegyél többet ellene!* (A Magyar Rákellenes Liga szlogenje)

Arra kérjük alapszervezeteinket, hogy februártól ápri-

lisig ezek szellemében fejtsenek ki aktivitásokat, majd a *Nemzeti Rákellenes Napon* számoljanak be eredményeikről. A februári központi rendezvényen mindig olyan programot állítunk össze, ahol 4–5 előadás a szlogen szellemében foglalkozik a rákkal, annak elterjedésével, fölismerésével, gyógyításával, valamint a betegek gondozásával. Több mint 40 alapszervezetünk közül évente 25–30 rendez aktivitásokat, közülük 15–20 a *Nemzeti Rákellenes Napon* be is számol ezekről.

Az 2015-ös *Tudj többet a rákról, tegyél többet ellene!* szlogen jegyében a Liga központi előadásában foglalkozott a tudomány rákkutatásban játszott szerepével, az epidemiológiai szemléletmód fontosságával, melynek segítségével követhető a rákbetegség előfordulását és halálozási arányai, a szűrővizsgálatokon való megjelenés gyakoriságának növelési lehetőségeivel, a korszerű rákterápiákkal, az új lehetőségekkel és az ezek bevezetésében tapasztalható akadályokkal, valamint a Magyar Rákellenes Liga szerepével a ráktól szabadult és szabaduló betegek ellátásában.

Ez az öt előadás a tudománytól a rehabilitációig lefedi a rákkal való megküzdés lehetőségeinek stádiumait.

Az első előadást *prof. dr. Tompa Anna* akadémiai doktor, a *Semmelweis Egyetem Népegészségtani Intézetének professzora* „A géntoxikológiai módszerek szerepe az egri nővérek halmozott rákhalálozás okainak felderítésében” címmel tartotta, s egyben kiváló példát mutatott arra, hogy a legegzeztább molekuláris szintű tudomány segítségével hogyan bizonyítható egy környezeti ártalom talaján kialakult betegséghalmozódás. Ez a bizonyítás



a tudományos rákvizsgálatokkal foglalkozók körében nemzetközi feltűnést is keltett.

Dr. Vokó Zoltán, az ELTE TTK Egészségpolitika és Egészséggazdaság tanszékének vezetője – hazai és nemzetközi kitekintésben – nemcsak arról adott számot, hogy az egyes rákformák – mind előfordulásuk, mind a halálozási arányok tekintetében – milyen gyakoriak, hanem arról is, hogy tapasztalható-e az utóbbi tíz évben javulás. Megállapította, hogy bár az ismert rákbetegek száma növekszik, számos rákformában kimutathatóan csökkent a halálozás, bizonyítva a lakossági rákszűrések eredményességét.

Dr. Döbrössy Lajos, az ÁNTSZ szakmai tanácsadója helyett – aki betegsége miatt nem tudott részt venni a konferencián – *dr. Budai András* beszélt a lakossági rákszűrő programok legnagyobb problémájáról, az alacsony részvételi arányról. Ahol a megjelenésre nemcsak a hivatalos szervek, hanem az egészségügyi alapellátás, a védőnői szolgálat, valamint a *Magyar Vöröskereszt* és a *Magyar Rákellenes Liga* aktivistái jobban odafigyelnek, a lakossági átlagos 45–50%-os megjelenés közel 65–70%-ra emelhető, és a korai stádiumban kiszűrt betegek száma is jelentősen növekszik.

Dr. Bittner Nóra, az Országos Onkológiai Intézet osztályvezető főorvosa, a Magyar Rákellenes Liga elnökségi tagja előadásában a 21. századi rákterápia legnagyobb eredményeit ismertette, a különböző műtéti eljárásoktól a molekuláris szintű gyógyításon át a személyre

szabott, célzott kezelésig. Bár már számos, molekuláris szinten ható gyógyszer létezik, ezek társadalmi hozzáférése – igen magas árak miatt – nehézkes, így komoly problémát jelent kiválasztani azokat a betegeket, akiknek ezeket a szereket juttatni tudjuk. A civil szervezetek szerepe ez utóbbi akadály mérséklésében igen nagy.

A ráktól szabaduló és szabadult rákbetegek gondjainak felvállalásáról *prof. dr. Simon Tamás, a Magyar Rákellenes Liga elnöke*, e sorok írója számolt be. Előadásában felhívta a figyelmet arra, hogy – mivel századunkban a rák már nem egyértelmű halálos ítélet – egyre több gyógyulófélben lévő, illetve gyógyult rákbeteggel kell számolnunk. A gyógyultakat meg kell tanítanunk gyógyultnak lenni, családjukat a túlzott, aggodalmaskodó szemléletről a segítő szemléletre kell nevelnünk, a társadalom figyelmét pedig fel kell hívnunk arra, hogy a gyógyult rákbetegeket mind a munka, mind a társadalom világába reintegrálják.

A fenti előadások megadták az alapszervezeteknek a jelet a „*Tudj többet a rákról, tegyél többet ellene!*” szellemében született aktivitások szervezéséhez. Számos alapszervezetünk iskolai vetélkedők mellett nyugdíjasklubokban is szervez vetélkedőket, valamint egészségnapok keretében helyi előadásokat, ahol szűrővizsgálatokra is sor kerül.

A *Magyar Rákellenes Liga* a jövőben is törekszik arra, hogy megszervezze a már hagyománnyá váló *Rákellenes Tavasz* eseménysorozatát.



Az IROHLA-projekt

Intervention Research On Health Literacy among Ageing Population Beszámoló és a második munkacsomag keretében lezajlott kvalitatív kutatás főbb következtetései

Csizmadia Péter, Dr. Koós Tamás, Novoszáth Ágnes

Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

1. A projekt célja és főbb jellemzői

Az IROHLA-projekt (*Intervention Research On Health Literacy among Ageing Population – Intervenciók kutatás az idős népesség egészségműveltségéről*) az FP7 Kutatási és Technológiafejlesztési Hetedik Keretprogram keretében, annak támogatásával valósult meg, s ez önmagában is jelzi fontosságát. Az elmúlt években a keretprogram a foglalkoztatottság és versenyképesség területén felmerülő európai igények kielégítésének legfőbb eszköze volt.

Az IROHLA-projekt 9 munkacsomaggal áll, közülük a második az időskorúak egészségműveltségét befolyásoló főbb egyéni és környezeti tényezők feltárását célozza. A módszerek között a fókuszcsoporthoz tartozó kutatás, illetve a szakirodalom elemzése szerepelt.

A projekt 2013 decemberében indult, s aktualitását az adta, hogy 2012 „A tevékeny idősor és a nemzedékek közötti szolidaritás” európai éve volt. A projekt az időskorúak egészségműveltségének fejlesztését tűzte ki céljává.

Az egészségműveltség a megalapozott, egészséggel

kapcsolatos döntések meghozatalának képessége a mindennapi életben, otthon, a munkahelyen, a helyi társadalomban, az egészségügyi intézményrendszerben és a közpolitikában. Segítségével az emberek kezükben tarthatják egészségük alakítását, az ehhez szükséges információk megszerzését, így felelősen alakíthatják életük és társadalmi környezetük minőségének e meghatározó elemét.

A konkrét témaválasztást korábbi kvantitatív kutatások, demográfiai és epidemiológiai trendek, továbbá elvi és értékalapú esélyegyenlőségi megfontolások is indokolták. A *European Health Literacy Survey* (2007–2013) szerint nyolc vizsgált európai országban a felnőttek majdnem felének egészségműveltsége alacsony szintű. Számos kutatás eredményei azt mutatják, hogy a hiányosabb egészségműveltség különösen a kevés jövedelemmel, illetve alacsony iskolai végzettséggel rendelkezők között gyakoribb. Ha az időseket segítjük egészségműveltségük fejlesztésében, és csökkentjük az egészségügyi ellátórendszer által támasztott hozzáférési korlátokat, hozzájárulhatunk az idősek egészségének és jól-létének javításához.

Az idősek kedvezőtlen egészségműveltsége mögött



innovative policies for healthy ageing



Jelen tanulmány az IROHLA-projekt kilencedik munkacsomagja keretében készült, mely az Európai Unió Egészség Programja keretében pénzügyi támogatásban részesült.



számos összefüggő ok húzódnak meg, ezek pontosabb ismeretének és megértésének igénye jelentősen hozzájárult a projekt koncepciójának kialakításához. Számos korábbi kutatás – különösen krónikus betegségek esetén – összefüggést talált az egészségműveltség és az egészségi állapot, a társadalmi helyzet és az egészség társadalmi-gazdasági meghatározói között.

Ahhoz, hogy az idős emberek egészségműveltségének fejlesztésére hatékony stratégiát alakítsunk ki, fontos, hogy figyelembe vegyünk igényeiket, sajátos élethelyzetüket, valamint azt a szociális és kulturális kontextust, amelyben élnek. Csak néhány olyan tanulmányt ismerünk, mely az egészségműveltséget kvalitatív szempontból vizsgálja, és figyelembe veszi az ezt befolyásoló tényezők bonyolult halmazát.

A projekt keretében végzett, kvalitatív eszköztárat alkalmazó elemzés kettős célja:

1) feltárni az európai, deprivált lakókörnyezetben élő idős emberek szükségleteit és tapasztalatait az egészség, a prevenció és az ellátás területén, az idős emberek és a velük kapcsolatba kerülő egészségügyi szakemberek nézőpontjából;

2) elmélyíteni tudásunkat arról, hogy ezen szükségleteket és tapasztalatokat hogyan befolyásolják a társadalmi és kulturális különbségek.

A kutatás Görögország, Hollandia és Magyarország közreműködésével valósult meg. Egy másik *IROHLA*-partner, Nagy-Britannia – némileg eltérő közegben – hasonló kutatási módszereket használt. Az eredmények lehetővé teszik az egyes országok közötti kulturális összehasonlításokat is. Magyarországon a projekt partnere az *Országos Egészségfejlesztési Intézet* volt *Csizmadia Péter, dr. Koós Tamás* és *Novoszáth Ágnes* részvételével.

2. Módszerek

2.1. Részvevők és toborzás

A projekt kutatási céljainak megvalósítása érdekében 12 fókuszcsoportos beszélgetésen 50 évnél idősebb, deprivált lakókörnyezetben élő emberek, illetve hasonló környezetben dolgozó egészségügyi szakemberek (alapellátásban dolgozók, házi orvosok, szakorvosok) vettek részt. A beszélgetések Athénban, Groningenben és Budapesten egyaránt utánkövetéses formában történtek, azaz ugyanazon résztvevőket két alkalommal is megkérdezték. Az utánkövetés célja a minél érvényesebb eredmények biztosítása, valamint a kommunikáció elmélyítése volt.

Az idős résztvevőket a kedvezőtlen társadalmi-gazdasági státusz jelzőszámai alapján keresték meg, feltételezve, hogy egészségműveltségük is alacsony szintű. A kutatók ebben az esetben *Weiss* megállapítására hagyatkoztak, mely szerint az alacsony egészségműveltség gyakran alacsony iskolai végzettséggel jár együtt. A résztvevőket

kapcsolatok révén, adatbázisokból, valamint különböző közösségi honlapok (pl. *webbeteg.hu*) segítségével választották ki. A magyar házi orvosok és szakorvosok a fókuszcsoportos beszélgetéseket szervező, illetve a technikai háttérrel biztosító *Szinapszis Piackutató Kft.* adatbázisából kerültek ki.

Görögországban a válaszadókat jellemzően alacsony státuszú területekről, két, idős emberek ellátására szakosodott intézményből választották ki, míg az egészségügyi dolgozók a legnagyobb alapellátási rendelőintézetből kerültek a kutatásban résztvevők közé.

Hollandiában az idős emberek a helyi közösségi házban szervezett programokra érkező résztvevők közül kerültek ki. A holland egészségügyi dolgozók alacsony státuszú lakókörnyéken dolgoztak.

Az együttműködésre hajlandó házi orvosok kiválasztása – az orvosok jelentős munkaterhe miatt – mindhárom országban nehézségekbe ütközött.

Nagy-Britanniában a kutatás elsősorban agrárjellegű területen, Norfolkban zajlott. Itt – időskorúakkal, gondozókkal és egészségügyi szakemberekkel – hat fókuszcsoportos beszélgetést bonyolítottak le. A résztvevő idős emberek már átestek legalább egy hosszú lefolyású krónikus betegségen, iskolai végzettségük és foglalkozásuk alapján heterogén társadalmi háttérrel rendelkeztek, s a helyi kórház reumatológiai osztályán vizsgálatra jelentkeztek közül választották ki őket. A szakemberek az alapellátásból, a szakellátásból, illetve a szociális ellátásból kerültek ki.

2.2. Fókuszcsoportos kutatás

A fókuszcsoportos beszélgetések mind az idős emberek, mind az egészségügyi szakemberek esetében külön útmutató alapján zajlottak. Mindkettő felölelte az egészség és a jólét szubjektív megítélésével, az egészség megőrzésével és fenntartásával, az egészségi problémákkal való megküzdéssel, az egészségügyi ellátásban szerzett tapasztalatokkal, az egészséggel kapcsolatos információk gyűjtésével, illetve azok felhasználásával összefüggő kérdéseket. A további témakörök megbeszélését két, az egészségügyi ellátással és a megelőzéssel kapcsolatos poszter segítette. Az útmutatókat pilot-vizsgálatok során tesztelték, melyek tapasztalatai alapján nem volt szükséges alapvető változtatás, így a pilot-vizsgálatok adatai is bekerültek a kutatás adatbázisába.

Mindegyik fókuszcsoportban moderátor vezette a beszélgetést, aki az egymással való interakcióra bátorította a résztvevőket. Egy másik kutató jegyzetelt és a technikai részletekre felügyelt. A beszélgetés elején az időskorúak egy kérdőívet töltöttek ki olyan alapinformációkról, mint az életkor, a nem, az iskolai végzettség, betegségük és szubjektív egészségi állapotuk. A kutatáshoz minden résztvevő írásbeli beleegyezését adta,



1. táblázat

A résztvevők száma a fókuszcsoportos beszélgetéseken (FCSB) és az utóvizsgálatokon országonként

Ország	FCSB/Utó-vizsgálat	Idősek		Egészségügyi dolgozók	
		Kisebb egészségi problémák	Súlyosabb egészségi problémák	Ápolók/Szociális munkások	Háziorvosok/Szakorvosok
Görögország	FCSB	16 ¹	4	7	4
	Utánkövetés	2	3	5	2
Magyarország	FCSB	8	8	8	6
	Utánkövetés	7	8	6	5
Hollandia	FCSB	7	7	5	–
	Utánkövetés	6	5	2	–
Egyesült Királyság ²	FGD	–	15 ³	16 ⁴	

¹ Két FCSB-t szerveztek idősekkel kisebb egészségproblémákkal; ezek közül az egyik a pilot-FCSB volt, melynek adatait hozzáadták a görög adatbázishoz. Ezt a pilotkutatót Oinofitában, Athéntől 70 km-re, egy részben agrárjellegű területen bonyolították le (n = 10)

² Az Egyesült Királyságban az idősek és az egészségügyi dolgozók mellett családsegítők is részt vettek a kutatásban (n = 3)

³ Három FCSB-t bonyolítottak le időskorúakkal (n = 5; n = 6; n = 4)

⁴ Két FCSB-t bonyolítottak le egészségügyi dolgozókkal: egyet az alapellátásban dolgozókkal (n = 11), és egyet a szakrendeléseken dolgozókkal (n = 5)

majd a projekt végeztével tájékoztatást kaptak a kutatás eredményeiről – igény szerint – nyomtatott vagy szóbeli beszámoló formájában.

3. Eredmények

3.1. Résztvevők

Mindegyik résztvevő országban 4 fókuszcsoportot szerveztek, kettőt alacsony társadalmi-gazdasági státuszú idősekkel, kettőt egészségügyi dolgozókkal. A résztvevők száma a legtöbb fókuszcsoportban 4 és 8 közötti volt, egyedül Görögországban volt egy tízfős csoport. Azért, hogy a beszélgetés folyamatosságát elősegítsék, és elkerüljék a dominanciát, a jobb és rosszabb egészségi állapotú időseket külön fókuszcsoportokba sorolták. Külön beszélgettek az ápolókkal, a szociális gondozókkal, illetve az orvosokkal is. A gyakorlatban – különösen Hollandiában – nehéznek bizonyult az enyhébb, illetve súlyosabb megbetegedéssel küzdő idősek külön csoportokba való sorolása.

Az utánkövetés csoportokba ugyanazon résztvevőket hívták meg, azonban néhányan lemondták a részvételt. A hiányzás mögött néha a lanyhuló érdeklődés, gyakrabban megbetegedés állt. Az egészségügyben dolgozók részéről a legfőbb kifogás a túl sok elfoglaltság volt. (1. táblázat)

A résztvevőkről kérdőívvel gyűjtöttek háttérinformációkat.

A görög résztvevők jellemzően idősebbek voltak, mint a magyarok és a hollandok. Mindhárom országban több nő vett részt a vizsgálatban, mint férfi. Az iskolai végzettség szintje – különösen Görögországban – nagyon alacsony volt, Magyarországon szinte egyik résztvevő sem rendelkezett középfokúnál magasabb végzettséggel. A magyar és görög résztvevők közül majdnem mindenki, a hollandok közül csak a résztvevők fele volt öregségi nyugdíjas. Magyarországon a megkérdezettek többsége súlyos megbetegedésekkel küzdött, a többi országban az enyhébb és súlyosabb betegségekkel élők vegyesen voltak jelen. A görög idősek többsége kielégítőnek, a hollandok többsége jónak, míg a magyar résztvevők egyik fele jónak, másik fele kielégítőnek tartotta saját egészségét. Mindez természetesen a kiválasztottak körének eltérő mivoltából is adódik.

A résztvevők egészségműveltségét három, Chew által kifejlesztett kérdés segítségével mérték:

1) Milyen gyakran kéri valakinek a segítségét az orvosi anyagok elolvasásához?

2) Mennyire magabiztos egy egészségügyi forma-nyomtatvány kitöltésekor?

3) Milyen gyakran fordul elő, hogy nehézséget okoz tájékozódnia egészségi állapotáról, mert nem érti az olvasottakat?

A kérdéseket 1-től 5-ig pontozták. A magasabb érték jelentette a magas egészségműveltséget, a 13-as értéket tekintették a magas egészségműveltség alsó határának.



Ezzel a törésponttal a résztvevők általában alacsony egészségműveltségűnek tekinthetők, ugyanis az átlag mindhárom országban 9 volt. A résztvevők jellemzőit a 2. táblázat mutatja be.

3.2. Az idősök szükségletei és véleménye az idősök és az érdekhordozók szerint

3.2.1. HÁROM ÁTFOGÓ TÉMAKÖR

A fókuszcsoportokban elhangzottak alapján a projekt irányítói az elemzés során 3 átfogó témakört azonosítottak:

- 1) egészségmagatartás,
- 2) akadályok az ellátórendszerben,
- 3) egészséginformáció és -kommunikáció.

E három témakörben a három ország között szociális, kulturális és gazdasági különbségek és hasonlóságok egyaránt mutatkoztak a résztvevő idősök igényei (szükséglet) és tapasztalatai (vélemény, viselkedés, észlelés) között. Az utánkövetéses fókuszcsoportok résztvevői egyetértettek a fő témakörökkel és azok csoportosításával.

3.2.2. EGÉSZSÉGMAGATARTÁS

A kutatás valamennyi országban kiemelte, hogy az erős közösségi kapcsolatok jelentősen befolyásolhatják az egyéni egészségmagatartást, és támogathatják a mentális, fizikai és szociális ellátást. Görögországban és Magyarországon ez a közösségi háló főleg családtagokból áll, akik gyakran közel élnek egymáshoz, és sokoldalú – esetenként anyagi – támogatást is biztosítanak. Ebben az összefüggésben különösen az unokák játszanak fontos szerepet.

Valamennyi országban nagyon fontos az idősök számára az önállóság és a felelősség szerepe az egészségmegőrzésben. Magyarországon és Görögországban az idősök elsősorban az önellátás, a független életvitel jelentőségét emelték ki, míg Hollandiában inkább a saját döntések fontosságát hangsúlyozták. Görögországban és Magyarországon erős az idősök féltelme az önállóság elvesztésétől, attól, hogy az idősödéssel járó fizikai és mentális egészségromlás következtében kiszolgáltatottá válnak. A kutatásban résztvevő magyar idősök féltelmeit erősíthette, hogy alacsony nyugdíjuk miatt anyagiilag is függővé válhatnak családjuktól. Magyarországon és Hollandiában a résztvevők tehetetlenként említették a súlyosan beteg idős családtagokról való gondoskodást.

A holland idősöknél a szociális kapcsolatok, a tartalmas időtöltés, a hasznosság érzése, valamint a csoporttagosság voltak azon motíváló tényezők, melyek miatt a közösségi egészségfenntartó, egészségmegőrző tevékenységekbe bekapcsolódtak. Magyarországon elsősorban az öregedéshez kapcsolódó betegségek megelőzését említették motívációként.

3.2.3. AKADÁLYOK AZ ELLÁTÓRENDSZERBEN

A résztvevők számos, az eligazodást megnehezítő, hozzáférési akadályt találtak az egészségügyi rendszerben. Görögországban és Magyarországon úgy vélték, hogy az egészségügyi ellátórendszer általában nem megfelelő. A görög idősök kiemelték a folyamatos gazdasági válság szerepét, Magyarországon azonban – a fókuszcsoportok véleménye szerint – a társadalmi bizalom hiánya okozza a legfőbb problémát.

A görög, a holland és a magyar idősök is kiemelték, hogy a rendszer túlságosan bonyolult, így az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférés nehézkes. A görög egészségügyi rendszer átalakulása miatt az abban való eligazodást és a szolgáltatásokhoz való hozzáférést sajátosan problematikusnak tartották. Magyarországon az egyértelmű egészséginformációk és az ellátásokról való tájékoztatás hiányát hangsúlyozták. Egy holland idős ember, több krónikus megbetegedéssel, a sokféle szolgáltatás közül a megfelelő szociális ellátás megtalálásának nehézségeit emelte ki.

A magyar és görög idősöknél megemlítték az egészségügyi ellátás minőségével kapcsolatos kifogásaikat is. Görögországban a hosszú várólistákat, a bejelentkezés nehézségeit, az orvosnál töltött idő túlzott rövidségét és a szolgáltatás gyenge minőségét emelték ki. Magyarországon az időotthonokban a személyzet hiányos, az intézmények kevés pénzből gazdálkodnak, ezért az idősök bizalmatlanok velük szemben. A szakorvosi ellátások beteg-adminisztrációját szintén problematikusnak ítélték.

Összességében Magyarországon és Görögországban a magán-egészségügyi ellátásokat sokkal jobb minőségűnek tartják, de ezek az alacsony jövedelmű idősöknek túlságosan drágák. Az anyagi jellegű akadályok miatt mind a magyar, mind a görög idősök úgy érzik, nehezen férnek hozzá az egészségmegőrzés lehetőségeihez. A holland egészségügyi dolgozók szerint ugyanez a gond a rosszabb anyagi helyzetű holland nyugdíjasoknál is. Csak Görögországban emelték ki az egészségügyi szolgáltatások között a prevenció teljes hiányát.

Angliában a másik három országhoz hasonló problémákat vetettek fel. Norfolkban kiemelték az ellátás érdekében megtett hosszú utazási távolságokat.

3.2.4. EGÉSZSÉGINFORMÁCIÓ ÉS -KOMMUNIKÁCIÓ

Az egészséginformáció és -kommunikáció kapcsán néhány kulcskérdés merült fel. Mindhárom országban nehézséget jelent, hogy az idősök egyes csoportjai – saját kezdeményezésükre – megfelelő egészséginformációkhoz juthassanak, de az okok országonként eltérőek.

Görögországban ezt elsősorban a prevenció hiánya okozza, míg Magyarországon az idősök elveszetteknek



2/a táblázat

**A fókuszcsoportos beszélgetések résztvevőinek jellemzői
országokként**

Jellemzők	Görögország	Magyarország	Hollandia	Egyesült Királyság
Időskorúak (N összesen)	20	16	14	16
Korcsoport (medián) (év)	52–82 [69]	59–73 [62,5]	54–76 [62]	65–87 [73]
<i>Nem (n)</i>				
Nő	14	14	8	10
Férfi	6	2	6	5
<i>Iskolai végzettség</i>				
Nincsen	1		2	
Általános iskola	15			9
Középiskola	4	16	6	2
Középfokú /felsőfokú szakképzettség			5	1
Felsőfokú szakképzettség				1
Nem besorolható			1	
<i>Nyugdíjas</i>				
Igen	20	14	7	14
Nem	0	2	7	1
<i>Egészségproblémák (n)</i>				
Nincsen	2	0	7	0
Kisebb	10	2	1	14
Több	8	14	6	1
<i>Saját egészség értékelése (n)</i>				
Kiváló	0	0	0	
Jó	6	6	8	
Megfelelő	10	7	5	
Rossz	4	3	1	
<i>Milyen gyakran kéri valaki segítségét a kórházi tájékoztató anyagok elolvasásához? (családtag, barát, egészségügyi dolgozó vagy segítő)?</i>				
Soha	10	10	7	
Ritkán	0	4	2	
Alkalmanként	2	1	2	
Legtöbbször	1	0	1	
Mindig	6	1	2	
Nincsen válasz	1			

2/b táblázat

**A fókuszcsoportos beszélgetések résztvevőinek jellemzői
országokként**

Jellemzők	Görögország	Magyarország	Hollandia	Egyesült Királyság
<i>Milyen gyakran okoz gondot, hogy saját egészségéről információkat szerezzen, azért, mert nehezen érti az írott szövegeket?</i>				
Soha	11	8	5	
Ritkán	0	6	3	
Alkalmanként	2	1	3	
Legtöbbször	3	0	1	
Mindig	3	1	1	
Nincsen válasz	1		1	
<i>Mennyire magabiztos, amikor egyedül tölt ki egy egészségügyi nyomtatványt?</i>				
Soha	6	0	1	
Ritkán	1	1	3	
Alkalmanként	1	7	3	
Legtöbbször	3	5	2	
Mindig	6	3	4	
Nincsen válasz	3		1	
Egészségügyi dolgozók (n)	11	14	5	16
<i>Az ápolók vagy szociális munkások típusa (n)</i>				
Ápolónő	7			5
Családsegítő nővér		4	1	1
Rehabilitációs munkatárs		3		
Szociális munkás		1	1	
Egészségnevelő			2	
Napközi ellátásban dolgozó			1	2
<i>Az orvosok típusa (n)</i>				
Szakorvos	4			1
Háziorvos (GP)		4		6
Reumatológus		2		1

3/a táblázat

Az eredmények összefoglalása

Domain	Altéma	Görögország	Magyarország	Hollandia	Egyesült Királyság
A fő témákon belüli és azok közötti kölcsönhatás	Az önállóság és annak fenn-tartása	Az önellátás fontossága, a függetlenség elvesztésétől, a család számára teherre válástól való félelem (fizikailag, mentálisan, anyagilag)		A saját döntések fontossága, a saját egészség érdekében hozott döntések egészségügyi dolgozókkal szembeni érvényesítése	A saját döntésekben való magabiztosság, valamint ezek érvényesítésének képessége
	Tudatosság/proaktivitás	Kevésbé aktív, önérvényesítő magatartás, az idősek nem kérik az egészségügyi dolgozók tanácsát, mert túlságosan tekintélytisztelőek, sem az egészség-információk megszerzésében, sem a prevencióban nem aktívak		Határozott, kritikus, aktív attitűd: sok idős kéri a szolgáltatásokat és az információkat, egyes csoportjaik (a legidősebbek és az alacsony társadalmi státuszúak) kevésbé határozottak	Bizonyos csoportok a generációs megszokások miatt nem tesznek fel kérdéseket az orvosoknak
	Az egészségügyi dolgozókbá vetett bizalom	Az idősek szükségét érzik az egészségügyi dolgozókkal való személyesebb kapcsolatnak, hogy könnyebben megnyíljanak, és pontosabban fejezzék ki magukat		A bizalmon alapuló kapcsolat az idősek és az egészségügyi dolgozók között a minőségi ellátás fontos tényezője	Az időskorúak személyre szabott ellátásra való igénye, beleértve azt is, hogy az egészségügyi dolgozók törődjenek velük, álljanak rendelkezésükre és legyen idejük arra, hogy meghallgassák panaszait
A fő témákon belüli és azok közötti kölcsönhatás	Társas háló	A család fizikai, mentális, szociális és gazdasági értelemben kiemelt szerepe az ellátásban		Változatosabb társas kapcsolatok, a család, a barátok és a szomszédok egyaránt fontosak az ellátásban	
	Az alacsony jövedelem, mint az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés akadálya	Az idősek többsége kisnyugdíjas, mely meghatározza az ellátással és prevencióval kapcsolatos döntéseiket		Az idősek bizonyos csoportjai az ellátás során anyagi korlátokat tapasztalnak	
	Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés	Az idősek úgy érzik, hogy az orvosnál töltött idő túlságosan rövid, sürgetik őket, ez korlátozza az egészségügyi dolgozókbá vetett bizalmukat			



3/b táblázat

Az eredmények összefoglalása

	Domain	Altéma	Görögország	Magyarország	Hollandia	Egyesült Királyság
A fő témákon belüli és azok közötti kölcsönhatás	Az egészségügyi dolgozókkal kapcsolatos igények és tapasztalatok	Feladatok/hatáskörök	Az egészségügyi személyzet szerepe tisztázatlan; Az orvosok felelősek az idősek egészség-problémáiért: kérdéseket tesznek fel, információkat adnak; Empátia kimutatása; A nővérek, asszisztensek informális szerepe; a gyógyszereszek fontos szerepe az információk adásában/elismelésében	Az orvosok feladata az információadás; az asszisztensekre, mint az orvosok és az idősek közötti közvetítőkre jelentős szerep hárul	Az egészségügyi dolgozók feladata, hogy a kommunikációt az idősek igényeihez szabják	Az egészségügyi dolgozók ritkán ellenőrzik, hogy az idősek megértik-e, el tudják-e olvasni, le tudják-e írni az átadott információkat, és gyakran előzetes ítéleteket hoznak az idősek tudásáról, képességeiről; az egészségügyi dolgozók segítik a megfelelő egészség-információk szűrését az idősek számára; az idősek részt akarnak venni az őket érintő döntésekben
	Igények és tapasztalatok az egészségügyi dolgozókkal való tágabb összefüggésben	Az ellátórendszerbe vetett bizalom	Negatív vélemény a közellátásról, pozitív vélemény a magánellátásról (magasabb minőség, de nem elérhető)	Negatív vélemény a közellátásról, pozitív vélemény a magánellátásról (magasabb minőség, de nem elérhető)	Pozitív vélemény az ellátórendszerrel (minőségi szolgáltatások, de az idősek bizonyos csoportjainak túlságosan drágák)	Pozitív vélemény az ellátórendszerrel (minőségi szolgáltatások, de időnként túlságosan drágák)
		A szolgáltatásokhoz és az információkhoz való hozzáférés	A szolgáltatásokhoz való korlátozott hozzáférés a rendszerben való nehéz eligazodás miatt, a gyógyszerterápiához való könnyű hozzáférés	Az információkhoz való korlátozott hozzáférés a nem átlátható rendszer és anyagi korlátok miatt	Nehéz megtalálni a szükséges szolgáltatást a szolgáltatások nagy száma miatt	Nehéz a jó minőségű szolgáltatások kiválasztása a túlságosan nagy mennyiségű internetes információ miatt
		Prevenció	A prevenció jelentősége nem elismert, a fókusz az ellátáson és a kezeléseken van	Információhiány a hozzáférhető prevenciók tevékenységeiről	Prevenció, részvétel a prevenciót támogató tevékenységekben	
Az egészségügyi dolgozók közötti interakciókkal kapcsolatos igények és tapasztalatok	Kommunikáció	Mind az egészségügyi dolgozók, mind az idősek elégedetlenek az egymással folytatott kommunikációval. Az idősek nem nyílnak meg, nem fejezik ki elég világosan magukat; az egészségügyi dolgozók nem megfelelően kérdeznak, nem igazítják az idősek igényeihez a kommunikációt		Az idősek igénylik az egészségügyi dolgozókkal való négy szemközti kommunikációt, hogy problémáik megoldódjanak	Az egészségügyi dolgozók számára kihívás, hogy ne legyenek előítéleteik az idősek megértési, olvasási, írási képességeit illetően. Fontos az egészségügyi dolgozók kommunikációs képessége	



érik magukat a túlságosan bőséges, nem egyértelmű információk között. Az egészségügyi dolgozók szerint Hollandiában különösen az alacsony státuszú idősök számára okoz nagy nehézséget az egészséginformációkhoz való hozzáférés.

Magyarországon és Görögországban az idősök úgy érik, hogy az orvosi rendelőben siettetik őket. Sokan úgy ítélik meg, hogy az egészségügyi dolgozókkal folytatott kommunikációra az időhiány közvetlenül negatív hatással bír. Emellett mindegyik országban említették az orvosokba, szakorvosokba vetett bizalom hiányát. Görögországban az volt a vélemény, hogy a szakorvosoknak teljes figyelmükkel a páciensek felé kell fordulniuk ahhoz, hogy az idősök megnyiljanak. Magyarországon mind az orvosok, mind az idősök úgy érezték, hogy a kezelés során nem áll rendelkezésükre elegendő idő. Néhány páciensre jellemző volt, hogy ajándékokkal vagy pénzzel próbált nagyobb figyelmet biztosítani magának. Hollandiában szintén a kölcsönös bizalom fontos szerepét emelték ki.

Az egészségügyi dolgozók szerint Magyarországon és Görögországban az alacsony egészségműveltségűek nehezen fejezik ki magukat, nehézséget okoz elmagyarázniuk problémáikat. A görög nővérek szerint pácienseik nem érik a jelentőségét annak, hogy pontosan fejezzék ki magukat. Sokszor megpróbálják elkerülni az előttük álló kezeléseket, melyek megváltoztathatják megszokott hétköznapi életüket, például magas vérnyomás, illetve az ahhoz kapcsolódó diéta során.

A magyar orvosok szerint pácienseik alig várják, hogy kérdezhessenek tőlük.

Az idősök számára nehézséget okoz, hogy visszaemlékezzenek azokra az információkra, tanácsokra, melyeket orvosuktól kaptak. Az ismétlésre való egyfajta igény – az idősök és az egészségügyi dolgozók részéről egyaránt – mindegyik országban felmerült. Görögországban a gyógyszerár és a patikusok fontos szerepet játszanak az orvos által adott egészséginformációk ismétlésében. A magyar orvosok javasoltak egy olyan, az egészség-üzeneteknek szánt írott formát, mellyel kiegészíthetnék a szóban elhangzottakat. Hollandiában a résztvevők szerint szintén szükséges az információk ismétlése.

Magyarországon és Görögországban az idősök elégedetlenek azzal, ahogyan az orvosok kommunikálnak velük. Görögországban az idősök gyakran panaszkodnak arról, hogy az orvosok nem a megfelelő kérdést teszik fel. Sokszor érik magukat félrekezelteknek és bizonytalannak, mivel az orvosok nem látják el őket egyszerű, de megfelelően részletes információkkal. Magyarországon a viták során felmerült, hogy a nem megfelelő szóhasználat okoz gondot a pácienseknek.

Mindenütt az egyik legfontosabb problémaként merült fel az egészségügyi dolgozók közötti szerepek

és hatáskörök tisztázása. Mind Görögországban, mind Magyarországon az idősök alapvetően az orvosoktól várják az egészséginformációkat. Görögországban az idősök az orvosoktól várják, hogy megválaszolják a legszükségesebb kérdéseket; míg az orvosok és a nővérek egyöntetűen úgy vélik, hogy az orvosoknak kiemelkedő szerepük van abban, hogy a megfelelő diagnózishoz és kezeléshez szükséges legfontosabb információkat pácienseiktől megszerezzék.

A csoportvitákon a nővérek fontos közvetítő szerepe mind Magyarországon, mind Görögországban felmerült. Görögországban a nővérek többsége úgy érzi, hogy kötelessége együttérzést kimutatnia a páciensnek. Magyarországon ez a szerep – a vitákban elhangzottak szerint – egyfajta lehetőséget jelent, mely áthidalhatja a laikus páciens és a szakember közötti kommunikációs szakadékot. Emellett a holland szakemberek úgy látták, hogy kommunikációjukat a betegekéhez kell igazítani. Mindhárom országban kiemelték, hogy az együttműködés és a kommunikáció nem megfelelő, javításra szorul. Hollandiában és Görögországban az idősök jelezték, hogy – a kommunikáció egyéb formáihoz képest – a négy szemközti kommunikáció mennyire fontos. Hollandiában a páciensek igényelték, hogy személyes egészségükről négy szemközti beszéljenek orvosukkal, míg a kockázatokkal, a megelőzéssel, az egészségfejlesztéssel kapcsolatos általános információkhoz beszerzéséhez elegendőnek érik a szórólapokat, a televíziót és az internetet.

3.3. Az egyes országok közötti különbségek és hasonlóságok

A vizsgálat során folytatott fókuszcsoportos beszélgetések tanulságait a 3. táblázat mutatja be, kiemelve a legfontosabb különbségeket és hasonlóságokat. Az adatok kölcsönhatásokat és összefüggéseket jeleznek a különböző területek és témakörök között.

4. Az eredmények áttekintése

Jelen tanulmány több olyan, az egészséggel, az ellátással és a prevencióval kapcsolatos elvárást, véleményt vizsgált, melyek a négy résztvevő európai országban élő idősök és egészségügyi dolgozók szerint jelentősek. Ezen igények és vélemények a következőképpen csoportosíthatóak:

- 1) egészségmagatartás,
- 2) az egészségügyi rendszerben lévő akadályok,
- 3) egészséginformáció és -kommunikáció.

A résztvevő országok között – a szociális, kulturális és gazdasági különbségeknek megfelelően – az igényeket és tapasztalatokat illetően a kutatók számos eltérést és közös vonást találtak.



A kutatás alapján a legfontosabb témakörök:

- az autonómia,
- a személyes aktivitás,
- a szakemberek iránti bizalom.

Az idősek társadalmi, kulturális és gazdasági helyzetével kapcsolatos legfontosabb témakörök:

- a társadalmi kapcsolatok,
- a jövedelem,
- az orvossal való kapcsolat.

Az egészségügyi szakemberek részéről egyetlen fontos témakör emelhető ki:

– az egészségügyben dolgozók szerepe, hatásköre és felelőssége.

Az idősek igényei és tapasztalatai alapján az egészségügyi szakemberekkel kapcsolatos legfontosabb témakörök:

- az egészségügyi rendszerben való bizalom,
- a szolgáltatásokhoz, információkhoz való hozzáférés lehetősége,
- a prevencióhoz való viszony,
- az igényekhez szabott kommunikáció.

Az adatok a vizsgált témakörök egyes elemei között kölcsönhatást jeleznek. Számos összefüggés mutatható ki az idősek társadalmi, kulturális és gazdasági helyzete, illetve az egészségügyi ellátórendszer működése között. Az ellátórendszer iránti bizalom befolyásolja, hogy az idős ember hogyan viselkedik a rendszeren belül. Az egészségügyi ellátórendszer szolgáltatásai és az idősek eltérő igényei között rendezett, differenciált kapcsolatra lenne szükség. Az adatok szerint ellentmondások vannak az idősek elvárásai és az ellátórendszer működése között, mely az ellátáshoz nem megfelelő, illetve elégedetlenséghez és csökkent egészségműveltséghez vezethet. Az utóbbi megállapítást *Jordan* kvalitatív kutatása is alátámasztja, mely szerint egy felnőtt egészségműveltsége az egyéni képességek és az ellátórendszer, valamint a szélesebb társadalmi környezet kapcsolatától függ.

Az eredmények azt mutatják, hogy a bizalom hiánya, az ellátórendszerrel való elégedetlenség hatására az idősek körében az egészséggel, illetve az ellátórendszerrel szemben egyfajta negatív attitűd alakul ki. A kutatók azt találták, hogy a magyar és görög idősek attitűdje és magatartása e tekintetben ellentétes az angol és holland idősekével, többségük az egészségügyi rendszerrel kapcsolatban negatív érzelmeket mutatott, és saját egészsége érdekében – az angolokhoz és a hollandokhoz képest – kevésbé aktív magatartást tanúsított. A holland idősek többsége például pozitívan említette az ellátás minőségét, azonban kritikus volt az egészségüzenetek és saját egészségmagatartása tekintetében.

Úgy tűnik, hogy az aktív egészségmagatartás akkor okoz nehézségeket az idősek számára, ha hiányzik egyfajta prevenció szemlélet (Görögország), vagy amikor

az idősek nem tudják, milyen igénybe vehető ellátások állnak rendelkezésükre (Magyarország). Ezzel ellentétben Hollandiában a legtöbb idős hozzáállása aktív, többen kijelentették, hogy gyakran sportolnak közösségben, vagy más társasági tevékenységet végeznek.

Az autonómia az idősek döntő többsége számára fontos volt. Hollandiában és az Egyesült Királyságban az idősek kiemelték saját döntéseik meghozatalának fontosságát, valamint az önérdékérvényesítést, míg Görögországban és Magyarországon inkább a függetlenség és az önállóság fontosságát hangsúlyozták. A szakirodalom alapján a holland és az angol idősek álláspontja az „új generációs”, az egészségtanácsokkal szemben kritikus, egészségtudatos magatartást folytató idősek megjelenésével magyarázható. Ez a lehetséges változás Magyarországon és Görögországban még nem érzékelhető, itt az idősek tekintélytiszteletből – vagy a további kezelésektől való félelemből – gyakran nem tesznek fel az egészségügyi dolgozóknak kérdéseket. Az ellátórendszerben dolgozóknak tudatosítani kell az idősek ellátással kapcsolatos igényeinek változását, és az új helyzetnek megfelelő válaszokat kell kimunkálniuk.

Az eredmények azt mutatják, hogy az idősebbek egészségügyi szolgáltatásokkal szembeni elégedetlensége Magyarországon és Görögországban nem kismértékben az ellátásokhoz való korlátozott hozzáférésekből, illetve azok rossz minőségéből fakad. Az elhangzottak szerint a közellátások az idősek többsége számára elérhetőek, de – például a hosszú várakozási idők miatt – általában alacsony színvonalúnak tekintik. A magánellátásokat sokkal jobb minőségűnek tartják, de az idősek többsége számára anyagi okokból nem elérhetőek. Az Egyesült Királyságban az idősek szintén pozitívan vélekedtek a magánellátások minőségéről.

Magyarországon és Görögországban az idősek az ellátáshoz való hozzáférésben különböző akadályokat említettek, például a rendszerben való nehéz eligazodást, az információhiányt, a hosszú várólistákat és a nem megfelelő ügyintézkést. A magyar és görög idősek szerint az ellátás magas költségei szintén visszatartó erőként szerepeltek a legjobb szolgáltatás igénybevételeiben. E vélemények azt az ismert tényt támasztják alá, hogy az egészségügyi rendszer az idősek egészségműveltségét nagymértékben befolyásolja.

A magyar és a görög idősek szerint a családi támogatás alapvető fontosságú, a családtagok segítik az időseket az információkhoz való hozzájutásban és az ellátáshoz való hozzáférésben. A család a maga kapcsolati hálózatával fontos szerepet játszik az idősek jólétében. Ugyanakkor az idősek kifejezték abbéli félelmüket, hogy amikor a fizikai hanyatlás bekövetkezik, teherré válnak családjuk számára. Önfenntartók akarnak maradni, amilyen hosszan csak lehet.



Számos bizonyíték mutatja a társadalmi hálózatok egészségre gyakorolt hatását. *Motel-Klingebiel* tanulmánya szerint azon országokban – például Spanyolországban és Németországban –, ahol kevesebb jóléti szolgáltatás biztosított, erősebb a családi támogatás, míg például Norvégiában és Izraelben, ahol bőkezűbbek a jóléti ellátások, a családi kohézió szerepe gyengébb.

Az eredmények szerint az orvossal való találkozás során érzett sürgetés jelentős szerepet játszik az egészségügyben dolgozók – főleg az orvosok és a szakorvosok – iránti bizalmatlanságban. A személyes figyelem, a bizalomra épülő kapcsolat és az idős emberek problémáinak meghallgatására szánt megfelelő idő azok a tényezők, melyek meghatározzák az ellátással kapcsolatos véleményeket. Az idős emberek többsége ebben a tekintetben mind a négy országban elégedetlen volt. Magyarországon és Görögországban – valószínűleg jórészt a sürgetés és a figyelem hiánya miatt – az idős embereknek nehézséget okozott megnyitni és pontosan kifejezni magukat.

Sok egészségügyben dolgozó elégedetlenségét fejezte ki az idős emberek kommunikációjával kapcsolatban. Ezek a megállapítások összhangban vannak *Jordan* kutatásával, melyek középpontjában az ausztrál egészségügyi dolgozók és pácienseik közötti kapcsolatok álltak. A kevés rendelkezésre álló idő, mint akadályozó tényező folyamatosan megfigyelhető volt az ausztrál páciensek kommunikációjában. A résztvevők feltárták, hogy több, egészségi állapotukkal kapcsolatos információt nem osztottak meg az egészségügyi dolgozókkal. Az ausztrál idős betegek kiemelték a szóbeli kommunikációs képességek fontosságát abban, hogy pontosan leírják egészségi problémáikat, és megértsék az egészségügyben dolgozók válaszait.

Az adatok azt mutatják, hogy az egészségügyi dolgozók nem kellőképpen tisztázott szerepe, felkészültségének hiányosságai, és az idős emberek nem megfelelő egészségműveltsége, bizalmatlansága felelős a nem kielégítő kommunikációért, melyet sok magyar és görög idős páciens, illetve egészségügyben dolgozó észlel. Ezen országokban – a fókuszcsoportokban elhangzottak szerint – az idős emberek többsége azt várja a szakemberektől, hogy a panaszok kikérdezése után ők döntsenek a gyógmódról. Az Egyesült Királyságban az idős emberek sokkal inkább részt kívánnak venni a döntési folyamatban, míg az orvosok nagy része ezt teljes egészében saját hatáskörének tartja. Ezek a megállapítások is jelzik, hogy az egészségügyben dolgozók szerepének pontos tisztázása és az idős emberek egészségtudatos magatartása elengedhetetlen a megfelelő kommunikációhoz, az ellátással való elégedettséghez.

5. Erősségek és hiányosságok

Az *IROHLA-projekt* keretében végzett kutatáson alapuló elemzésnek számos erőssége van. Nem csak az egészség-

ügyben dolgozók véleményét mutatja be, hanem feltárja az idős emberek ellátással és prevencióval kapcsolatos szükségleteit és tapasztalatait is. A kutatás résztvevői az európai népesség szociális és kulturális sokszínűségét tükrözik. Míg számos korábbi, egészségműveltséggel foglalkozó kvalitatív kutatás elsősorban a páciensekre összpontosított, jelen tanulmányban mind a páciensek, mind az egészségügyi idős emberek véleménye szerepel. Emellett a kutatás alanyai az életkort, a nemzet, az etnikumot, az iskolai végzettséget, a lakhely minőségét és a nyugdíjazás okát tekintve is különböznek. Utánkövetéses fókuszcsoportokra is sor került, melyekben ellenőrizték és igazolták a fókuszcsoportok korábbi megállapításait. E körülmény megerősíti az eredmények validitását. A vizsgálat során a kutatók mind a négy országban szoros együttműködésben dolgoztak, megvitaták a kutatás aktuális lépéseit, és hasonló módszereket alkalmaztak.

A kutatásnak azonban korlátai is vannak.

Először, az eredmények 12 fókuszcsoporton alapulnak Athén, Budapest és Groningen hátrányos helyzetű településrészeiről. A kutatást természetesen nem tekinthetjük a teljes európai időskorú népességet reprezentálónak, már azért sem, mert az idős népesség jóval nagyobb szociális és kulturális eltéréseket mutat. Emellett az érdekhordozóknak (*stakeholdereknek*) van egy szélesebb spektruma, akik nem kerültek be a kutatás résztvevői közé, pl. az egészségbiztosításban dolgozók és a döntéshozók. Az eredmények a kvalitatív vizsgálatok jellegzetességeit tükrözik, statisztikai értelemben nem általánosíthatóak.

Másodszor, a végső eredményeket angolra fordították, hogy az országok közötti összehasonlítást lehetővé tegyék. A szoros együttműködés dacára a fordítás során bizonyos fokú információvesztés alakulhatott ki.

Harmadszor, mivel az alacsony társadalmi-gazdasági státuszt használták az egészségműveltség magyarázó változójaként, ezért a kutatás résztvevőit deprivált lakókörnyékekről toborozták. Arra számítottak, hogy így alacsony egészségműveltségű személyeket érnek el – valójában a megkérdezettek egészségműveltségét átlagosan közepes szint jellemezte. Az alacsony iskolai végzettség az alacsony egészségműveltség prediktív faktora lehet, azonban a vizsgálat során különböző iskolai végzettségűek között országonként hasonló volt – ezt a tesztkérdésekkel összefüggő módszertani probléma is okozhatja.

6. Jövőbeni kutatási irányok, az eredmények felhasználásának lehetőségei

Az *IROHLA-projekt* keretében végzett vizsgálat eredményei kirajzolják, hogy az egészség, az egészségügyi ellátás és a prevenció területén mutatkozó szükségletekben és véleményekben milyen jellegzetességek



és különbségek tapasztalhatóak a különböző helyzetű idősök, illetve az egészségügyi szakemberek között. Ahhoz, hogy az egészségműveltség fejlesztése elérje a teljes időszerű lakosságot – beleértve a veszélyeztetett, alacsony egészségműveltségű népességet –, hasonló kutatások szükségesek szélesebb körben a kisebbségek, például a romák között is.

Az egészségműveltség fejlesztésében érdekelt, a közvetlen ellátáson kívüli érdekhordozók sajátos nézőpontját is meg kell jelenítenünk ahhoz, hogy az idősök egészségműveltségéről alkotott képet teljesebbé teheszük. Itt elsősorban a civil szervezetekre, a kormányzati szereplőkre, az oktatásban, a felnőttoktatásban, az egészségügyi szolgáltatások területén dolgozóakra, az egészségkommunikációval foglalkozóakra, a tudományos élet, az üzleti szféra, az egyházak, a vallási közösségek, az írott és elektronikus média képviselőire gondolunk. További alapos kutatás szükséges tehát, mely az idősök igényeit és nézőpontját a szélesebb értelemben felfogott egészségügyi ellátórendszerrel összefüggésben vizsgálja. Az *IROHLA-projekt* keretében végzett nemzetközi kutatás eredményei arra hívják fel a figyelmet, hogy az idősök igényeit, elvárásait az egészségpolitika, a népegészségügyi tevékenység tervezésénél jobban figyelembe kell vennünk, ennek során az idősök és az ellátórendszer közötti kapcsolatrendszer a maga teljességében kell mérlegelnünk. Emellett a szociális, kulturális és gazdasági státusz, az a társadalmi közeg, melyben az idősök élnek és az egészségügyi szakemberek dolgoznak, meghatározó tényezői az egészségműveltség fejlesztésére irányuló politikáknak, programoknak és projekteknek.

Az egészségműveltség kedvező alakítását célzó akciók tervezése során eltérő háttérű európai országokban jellemzően hasonló célokat tűznek ki, de természetesen a hatékonyság fokozásához a nemzetközi tapasztalatok

helyi viszonyokhoz való adaptálása szükséges. Mindez hazánkban – a demográfiai helyzet és az ellátórendszer átalakulása miatt – különösen fontos.

Összefoglalás

Az *IROHLA-projekt* fókuszcsoportos kutatása az idős-korúak egészségműveltségét befolyásoló főbb egyéni és környezeti tényezőket tárta fel négy európai országban.

Elsősorban Magyarország és Görögország, illetve Hollandia és Anglia mutatott hasonlóságokat.

Görögországban és Magyarországon úgy vélték, hogy az egészségügyi ellátórendszer általában nem megfelelő.

Az anyagi jellegű akadályok miatt mind a magyar, mind a görög idősök úgy érezték, nehezen férnek hozzá az egészségmegőrzés lehetőségeihez.

A görög, a holland és a magyar idősök is kiemelték, hogy az ellátó rendszer túlságosan bonyolult, így az egészségügyi ellátásokhoz való hozzájutás nehézkes.

Mindhárom országban nehézséget jelent, hogy az idősök egyes csoportjai saját kezdeményezésükre megfelelő egészséginformációkhoz juthassanak. Magyarországon és Görögországban az idősök elégedetlenek azzal, ahogyan az orvosok kommunikálnak velük.

A magyar és görög idősök attitűdje és magatartása ellentétes az angol és holland idősökével, többségük az egészségügyi rendszerrel kapcsolatban negatív érzelmeket mutatott, és saját egészsége érdekében – az angolokhoz és a hollandokhoz képest – kevésbé aktív magatartást tanúsított.

Hollandiában a legtöbb idős hozzáállása aktív, többen kijelentették, hogy gyakran sportolnak közösségben, vagy más társasági tevékenységet végeznek.

Kulcsszavak: egészségműveltség, fókuszcsoport, orvos–beteg kommunikáció

IRODALOM

1. *Health literacy: Solid facts.* World Health Organization, Regional Office for Europe, 2013.
2. Kwan, B.–Frankish, J.–Rootman, I., et al.: *The development and validation of measures of „health literacy” in different populations.* UBC Institute of Health Promotion Research and University of Victoria Community Health Promotion Research, 2006.
3. *Comparative report of health literacy in eight EU member states.* The European Health Literacy Survey, HLS-EU, online publication, 2012.
4. Kutner, M.–Greenburg, E.–Jin, Y.–Paulsen, C.: *The health literacy of America’s adults: Results from the 2003 national assessment of adult literacy.* NCES 2006-483. National Center for Education Statistics, 2006.
5. Scott, T.L.–Gazmararian, J.A.–Williams, M.V.–Baker, D.W.: „Health literacy and preventive health care use among medicare enrollees in a managed care organization.” In: *Med Care*, 2002; 40(5):395–404.
6. Paasche-Orlow, M.K.–Parker, R.M.–Gazmararian, J.A.–Nielsen-Bohlman, L.T.–Rudd, R.R.: „The prevalence of limited health literacy.” In: *Journal of General Internal Medicine*, 2005; 20(2): 175–184.
7. Berkman, N.D.–Sheridan, S.L.–Donahue, K.E.–Halpern, D.J.–Crotty, K.: „Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review.” In: *Ann Intern Med*, 2011; 155(2):97–107.



8. Ownby, R.L.–Waldrop-Valverde, D.–Taha J.: „Why is health literacy related to health? An exploration among US national assessment of adult literacy participants 40 years of age and older.” In: *Educational Gerontology*, 2012; 38(11):776–787.
9. Jordan, J.E.–Buchbinder, R.–Osborne, R.H.: „Conceptualising health literacy from the patient perspective.” In: *Patient Educ Couns*, 2010; 79(1):36–42.
10. Edwards, M.–Wood, F.–Davies, M.–Edwards, A.: „The development of health literacy in patients with a long-term health condition: The health literacy pathway model.” In: *BMC Public Health*, 2012; 12:130-2458-12-130.
11. Gray, N.J.–Klein, J.D.–Noyce, P.R.–Sesselberg, T.S.–Cantrill, J.A.: „Health information-seeking behaviour in adolescence: The place of the internet.” In: *Soc Sci Med*, 2005; 60(7):1467–1478.
12. Renkert, S.–Nutbeam, D.: „Opportunities to improve maternal health literacy through antenatal education: An exploratory study.” In: *Health Promot Internation*, 2001; 16(4):381–388.
13. Priebe, S.–Sandhu, S.–Dias, S., et al.: „Good practice in health care for migrants: Views and experiences of care professionals in 16 european countries.” In: *BMC Public Health*, 2011; 11(1):187.
14. Weiss, B.D.–Schwartzberg, J.G.: *Health literacy and patient safety: Help patients understand: Manual for clinicians*. AMA Foundation, 2007.
15. Strauss, A.–Corbin, J.: *Basics of qualitative research*. Thousand Oaks, 1998.
16. Hennink, M.–Hutter, I.–Bailey, A.: *Qualitative research methods*. Sage, 2010.
17. Chew, L.D.–Bradley, K.A.–Boyko, E.J.: „Brief questions to identify patients with inadequate health literacy.” In: *Fam Med*, 2004; 36(8): 588–594.
18. Chew, L.D.–Griffin, J.M.–Partin, M.R., et al.: „Validation of screening questions for limited health literacy in a large VA outpatient population.” In: *J Gen Intern Med*, 2008; 23(5):561–566.
19. Wallerstein, N.: *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* (WHO regional office for Europe Health Evidence Network Report, <http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf>, accessed 01 february 2006) 2006.
20. Collopy, B.: „Safety and independence: Rethinking some basis concepts in long-term care.” In: L.B. Mc Cullough–N.L. Wilson (eds.): *Long-term care decisions. ethical and conceptual dimensions*. Baltimore/London: The John Hopkins University Press, 1995. 137–154.
21. Nussbaum, M.C.–Sen, A.K.–Sugden, R.: *The quality of life*. Clarendon Press, Oxford, 1993.
22. Institute Of Medicine, National Research Council: *Health literacy: Improving health, health systems, and health policy around the world: Workshop summary*. The National Academies Press, Washington DC, 2013.
23. Lubben, J.E.: „Assessing social networks among elderly populations.” In: *Fam Community Health*, 1988; 11(3):42–52.
24. Motel-Klingebiel, A.–Tesch-Roemer, C.–Von Kondratowitz, H.: „Welfare states do not crowd out the family: Evidence for mixed responsibility from comparative analyses.” In: *Ageing and Society*, 2005; 25(6):863–882.
25. Williams, M.V.–Davis, T.–Parker, R.M.–Weiss, B.D.: „The role of health literacy in patient-physician communication.” In: *Family Medicine Kansas City*, 2002; 34(5):383–389.
26. Mitic, W.–Rootman, I.: *An intersectoral approach for improving health literacy for Canada; a discussion paper*. Public Health Association of British Columbia, 2012.



Az egészségműveltség értelmezése és főbb kihívásai a mai magyar társadalomban I. rész

Taller Ágnes, Dr. Makara Péter, Tonté Dóra

Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

A XXI. század viharos változásai, az orvosi tudás fejlődése és a gyógyítással, megelőzéssel kapcsolatos elvek változása számos előnyt kínál ugyan az egészségügyben, de sem a mindennapi életben, sem a közpolitikában nem segít, ha egészséggel kapcsolatos döntést kell hoznunk. Egyrészt kétségtelenül bővültek az egészségügyi kezelési lehetőségek, egyre több információ áll rendelkezésünkre, másrészt az információ mennyisége gyakran inkább zavarbaejtő, és nem is mindenki fér hozzá egyforma eséllyel. Az egészségügyben tapasztalható egyre bonyolultabb, folytonosan változó szervezeti viszonyok sokak számára szinte követhetetlenek. Az orvostechnika fejlődése következtében olyan új lehetőségek nyílnak, melyek az emberek számára nehezen értelmezhetőek, így a személyes egészséggel kapcsolatos döntések bizonytalansága, kockázata jelentősen nő. Ez mindenki számára nehézséget okoz, de különösen kedvezőtlenül érinti az időseket és a hátrányos helyzetűeket. A mai magyar társadalom pedig rohamosan öregszik, a népesség több, mint egyharmada valamilyen szempontból hátrányos helyzetű. A népegészségügyi szakemberek körében az utóbbi évtizedben egyre többet emlegetett

egészségműveltség önmagában nem jelent garanciát az egészség, az egészségügy világában való eligazodásra – ehhez egészséget támogató közpolitikai kereteket, hatékony és fenntartható projektekre is szükség van. Azonban az egészségműveltség jelentős segítséget nyújthat a jobb egészséggel kapcsolatos döntések meghozatalában és fejlesztése sem reménytelen.

Egészségműveltség: régí fogalom – új értelmezés

A *műveltség* fogalmának sokszínű, koronként igencsak változó értelmezései léteznek, de egyszerűen fogalmazva az adott társadalmi, gazdasági feltételek között releváns, felhasználható képességek, ismeretek összességét, társadalmilag értékes tudást jelent. Olyan tudást, amely hatékonyan segíti az egyéni cselekvést – a mindennapi életben való eligazodást, az emberi-társadalmi kapcsolatokat, a társadalmi munkamegosztásban való részvételt és a személyes sikert. Az egyéni műveltségben a kultúra egyes tartományai különböző mértékben vannak jelen, de a műveltség elemei, szintjei szorosan összefügge-



Jelen tanulmány az IROHLA-projekt kilencedik munkacsomagja keretében készült, mely az Európai Unió Egészség Programja keretében pénzügyi támogatásban részesült. A tanulmány második részét 2015/3. lapszámunkban olvashatják.



innovative policies for healthy ageing



nek. A műveltség egész életünket végigkísérő elsajátítása emberi kapcsolatokon, társadalmi intézményeken keresztül történik (család, helyi közösség, iskolarendszer, kommunikáció/média).

Az *egészségműveltség* az egészséggel kapcsolatos megalapozott döntéshozatal képessége a mindennapi életben, otthon, a helyi társadalomban, a munkahelyen, az egészségügyi intézményrendszerben és a közpolitikában. Segítségével az emberek befolyásolhatják egészségüket, a szükséges információk megszerzését, így felelősen alakíthatják életük, emberi-társadalmi környezetük minőségének e meghatározó elemét.

Az *egészségműveltség* maga is multidimenziális fogalom, mely különböző jellegű elemeket foglal magában, mint:

- *alpműveltség;*
- *tudományos, szakmai műveltség;*
- *állampolgári műveltség;*
- *kulturális műveltség.*

A WHO definíciója szerint az *egészségműveltség* az a kognitív és szociális képesség és készség, amellyel hozzáférünk, megértjük és felhasználjuk azon információkat, melyek elősegítik és fenntartják jó egészségünket. Az egészségműveltség hangsúlyos, jellemző vonása a képességek, készségek aktív alkalmazása. A társadalom és az egészséggel kapcsolatos szaktudás gyors változásai megkövetelik az új információk befogadását, és az elavult információk elvetésének vagy éppen újraértelmezett alkalmazásának képességét.

A pontos szóhasználat érdekében célszerű röviden áttekinteni néhány rokonértelmű fogalmat.

A *készség* olyan meghatározott feladat, munka ellátásához elengedhetetlen tudás, gyakorlat, melyre az egyén tanulás, képzés vagy gyakorlati tapasztalatok útján tesz szert.

A *jártasság* az egyén bizonyított képessége abban, hogy tudását (készségeit, szakképzettségét) képes mind a megszokott, mind a változó szakmai környezetben alkalmazni.

A *képesség* a személyiség azon jellemzője, mely a készség és a jártasság szintjén történő ismeretsajátítás és feladatmegoldás arányai, mértéke és automatizáltsága alapján jellemzi a személyiséget.

A pedagógia *kompetenciafogalma* olyan készségek és képességek együttesét jelenti, melyek segítségével az egyén egy adott területen problémamegoldásra képes, jelenti továbbá az egyén azon hajlandóságát is, hogy a problémamegoldásra való képességét alkalmazza. A fogalom magában foglalja az ember tudását, tapasztalatait éppúgy, mint személyes adottságait. A kompetencia a döntést, a kivitelezést és a megvalósulást szolgáló képességrendszer, tulajdonképpen az adott közegben való eredményes tevékenységhez szükséges ismeretek,

elméleti és gyakorlati készségek, attitűdök, érzelmek, értékek és etikai jellemzők, valamint motivációk összessége.

I. *Kickbusch és szerzőtársai szerint (2006)* az egészségműveltség képességei a következőket foglalják magukban:

1. *Alapvető egészségkompetenciák:* az egészségvédő, betegségmegelőző és egészségfejlesztő magatartás képességei, az öngyógyítás (öngyógyszerezés, az egészség orvosi segítség nélküli visszanyerési képessége).

2. *Pácienskompetenciák:* az egészségügyi rendszerben való eligazodás képessége, aktív tárgyalópartnerként való fellépés az egészségügyi szakemberekkel való kapcsolatban.

3. *Fogyasztói kompetenciák:* az egészséget támogató döntések képessége a javak és szolgáltatások megvásárlása során, ha szükséges, a fogyasztói jogok érdekében történő fellépés.

4. *Állampolgári kompetenciák:* tudatos szavazói magatartás, az egészséggel kapcsolatos jogok ismerete és az érdekekben való fellépés, részvétel egészséget támogató vagy betegszervezetekben.

Az egészségműveltség gondolköre szorosan kapcsolódik az egészség emberi jogi vonatkozásaihoz, különösen az információhoz való hozzáférés joga és méltányossága tekintetében. Az egészséghez való jog az egészségműveltséggel közvetlenül összefüggő jogosítványokat is tartalmaz. Ezek olyan elemeket foglalnak magunkban, mint:

– Olyan egészségügyi rendszerhez való jog, mely mindenki számára egyenlő eséllyel biztosítja az elérhető legkedvezőbb egészségi állapotot;

– A betegségek megelőzésére, kezelésére és ellátására való jog;

– Az alapvető gyógyszerekhez való hozzáférés joga;

– Anya- és gyermekvédelem, reprodukív egészség;

– Az alapvető egészségügyi szolgáltatásokhoz való egyenlő és időbeni hozzáférés joga;

– Az egészséggel összefüggő oktatás, nevelés és információ biztosítása;

– A lakosság részvétele az egészséggel összefüggő döntéshozatalban országos és helyi közösségi szinten.

Az egészséggel összefüggő alapvető javak, szolgáltatások és lehetőségek biztosítása – az egészségműveltség ide tartozik – diszkrimináció nélkül, mindenki számára kötelező. Természetesen az emberi jogi megfontolások normatív megfogalmazásban szerepelnek, a társadalmi gyakorlat gyakran távol áll az elvektől.

A WHO 7. *Globális Egészségfejlesztési Konferenciáján (Nairobi, 2008)* az egyik kiemelt témakör az egészségműveltség volt. A konferencia által kibocsátott dokumentum szerint „Az egészségműveltség olyan kognitív és szociális készségek halmaza, melyek meghatározzák



az egyes emberek motivációját és képességét, hogy hozzáférjenek, megértsék és felhasználják azokat az információkat, melyek elősegítik a jó egészség fenntartását és fejlesztését. Az egészségműveltség többet jelent, mint kiadványok olvasását vagy sikeres vizitek lebonyolítását. Az egészségműveltségnek az egészséggel kapcsolatos információ hozzáféréseinek és felhasználási képességeinek javítása révén döntő szerepe van az egyén egészség feletti kontrolljában.”

Az ily módon értelmezett egészségműveltség meszse túllép az egészségnevelés szűkebb értelmezésén, valamint az egyéni magatartásra összpontosító kommunikáción, és – például az egészséggel kapcsolatos információk hozzáféréseinek javítása révén – azon környezeti, politikai és társadalmi tényezőkre is irányul, melyek az egészség meghatározói.

E tágabb értelmezésben a korszerű felfogású egészségnevelés nem csak az egyéni életmóddal kapcsolatos döntéseket célozza, hanem tudatosítja az egészség meghatározóinak szerepét, és bátorítja a meghatározók kedvező irányú változását elősegítő egyéni és közösségi akciókat. Az egészségnevelés tehát olyan módszereket alkalmaz, melyek túllépnek az információterjesztésen, és az interakciót, a részvételt, a kritikai elemzést ösztönzik. Így az egészségnevelés egészségműveltséget eredményez, olyan egyéni és társadalmi haszonnal, mint a hatékony közösségi akciókra való felkészítés és a társadalmi tőke növeléséhez való hozzájárulás – állapítja meg a dokumentum.

A nairobi dokumentum által leírt egészségműveltségfogalomnak megfelelő szemlélet kialakulása az egészségfejlesztés terén mind hazai, mind nemzetközi szinten nyomon követhető.

Az egészségismeretekkel kapcsolatos első, magyar nyelvű írásos dokumentumok a 16–17. századból származnak. *Apáczai Csere János* fő műve, az 1653-ban Utrechtben kiadott *Magyar Enciklopédia* (a kor tudományos eredményeit összefoglaló tankönyv), egészség-életmódbeli ismereteket is tartalmaz. *Pápai Páriz Ferenc* az 1690-ben megjelent *A test békéje (Pax Corporis)* című könyvében pedig a szegénységben élő betegeknek adott az egészséges életmóddal kapcsolatos tanácsokat. A XVIII–XIX. században számos további, pedagógusok és orvosok által írt egészségnevelő kiadvány jelent meg.

A XIX. század végén és a XX. század elején két orvos, *Fodor József* és *Markusovszky Lajos* jelentős szerepet játszott a magyar közegészségügy, népegészségügy, munkaegészségügy és az iskolai egészség-oktatás intézményes alapjainak megteremtésében. A két világháború közötti időszakban olyan intézmények jöttek létre, mint a *Népegészségügyi Múzeum*, az *Egészségügyi Reform Iroda Propaganda Központja*, majd az azt felváltó

Országos Közegészségügyi Intézet. Az elemi iskolák és középiskolák tantervében megjelent az egészség-oktatás.

A második világháború utáni években – egységes szempontok nélkül – több különböző szervezet foglalkozott egészségneveléssel, egészségügyi felvilágosítással. Az ötvenes évek elején, a centralizálás során az egészségügyi felvilágosítás minisztériumi hatáskörbe került, az ott folyó tevékenység azonban főképp ismeretátadásra korlátozódott.

1958-ban megalakult az *Egészségügyi Minisztérium Egészségügyi Felvilágosítási Központja (EFK)*, mely országos szinten végzett szervező, irányító, módszertani, tudományos kutatói, oktató, illetve operatív munkát. Emellett az egészségnevelés intézményrendszere megyei szinten is kialakult: létrejöttek a *Közegészségügyi-Járványügyi Állomások (KÖJÁL) Egészségnevelési csoportjai*.

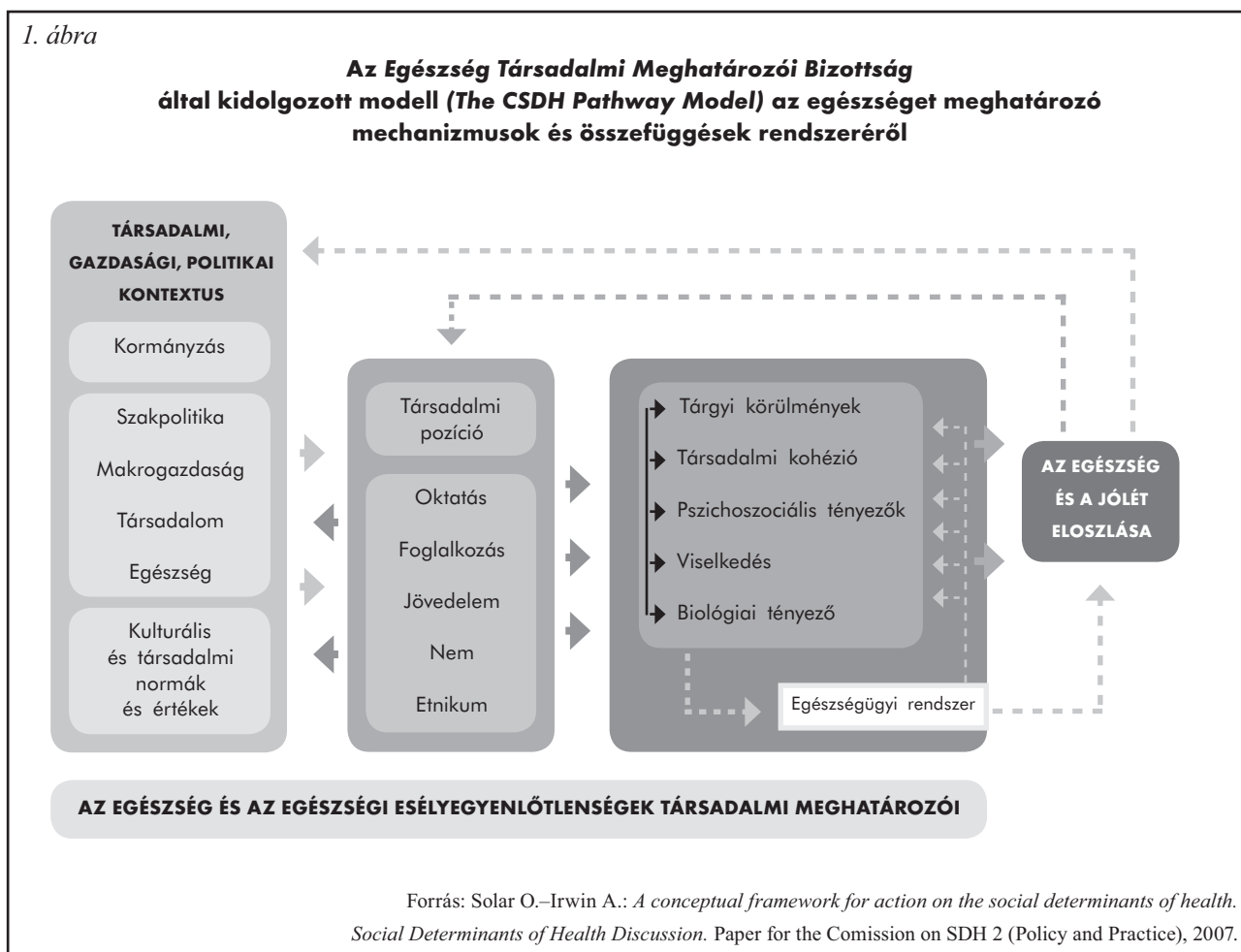
Az *Egészségügyi Felvilágosítási Központ* elnevezése – az informálásról a nevelés felé tolódo hangsúlynak megfelelően – 1977-ben *Országos Egészségnevelési Intézetre (OENI)* változott. Ebben az időszakban jelent meg tantárgyként az *Egészségügyi Főiskolán* az egészségnevelés.

A rendszerváltást követően az intézmény szakmai szerepe, felépítése, sőt – a bizonytalan koncepcióra jellemzően – elnevezése is több ízben változott. Az egészségfejlesztés gondolatának előtérbe kerülésével, illetve az egészségnevelés felfogásának korszerűbb értelmezésével összefüggésben *Nemzeti Egészségvédelmi Intézet*, majd *Országos Egészségfejlesztési Központ* néven működött, míg 2003-ban létrejött az *Országos Egészségfejlesztési Intézet*, mely 2015 tavaszától a *Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet* nevet viseli.

A hazai egészségnevelésben az elmúlt három évtizedben indult, most is zajló fenti folyamatok, az elnevezés változásai nem függetlenek attól a világszerte bekövetkezett szemléletváltástól, mely nem a betegséget és a kockázatsökkentést, hanem az embert, az egészséget, az egészséget meghatározó társadalmi tényezőket, valamint az egészségügyön kívüli ágazatok egészségben játszott szerepét és felelősségét helyezi előtérbe. A folyamat mentén – az egészségügyi felvilágosítástól kiindulva, az egészségnevelésen, egészségmegőrzésen, egészségvédelmen át – alakult ki az *egészségfejlesztés* fogalma.

Az *egészségfejlesztés (health promotion)* kifejezés az 1980-as évek elején jelent meg, és a hagyományos *egészségnevelés* és *betegségmegelőzés* fogalmához képest egy pozitív, kreatív és aktív tevékenységet jelöl. A fogalom kikristályosodásának legfőbb állomása az 1986-os *Ottawai Charta* megjelenése. A *Charta* megfogalmazta az egészségfejlesztés alapelveit, az egészség előfeltételeit és megalkotta az egészség társadalmi modelljét,





mely mind az intézményrendszer, mind a közösségek és az egyén egészségben játszott szerepét hangsúlyozza. A *Charta* által megfogalmazottak mentén egyfajta választóvonal alakult ki az *egészségfejlesztés*, valamint az *egészségnevelés* és a *betegségmegelőzés* hagyományos fogalma között.

Az egészség és a társadalmi környezet közötti bonyolult, komplex összefüggések felismerése vezetett az *egészség társadalmi meghatározói* fogalmának előtérbe kerüléséhez. A WHO által életre hívott „Az Egészség Társadalmi Meghatározói” Bizottság (ETMB) 2008-ban kidolgozott egy modellt az egészséget meghatározó, különböző szintű és természetű mechanizmusok, illetve összefüggések rendszeréről. (1. ábra)

A fenti ábra az egészséget meghatározó főbb gazdasági, társadalmi tényezőket és folyamatokat illusztrálja. Jobboldalra haladva megfigyelhető, hogy a társadalmi-gazdasági helyzet miként hat az egyéni egészségi állapot közvetlen meghatározóira (ideértve az egészségműveltséget is), illetve hogy ezek mennyire tükrözik az egyén pozícióját a társadalmi rétegződésben. A társadalmi-gazdasági helyzet az egészséget sajátos közvetítő mechanizmusokon keresztül befolyásolja, melyek az

egyén különböző, egészséget károsító vagy éppen védő, fejlesztő hatásoknak való kitettségét, sérülékenységének mértékét jellemzik. E hatások társadalmilag egyenlőtlenül oszlanak el, és a társadalmi különbségek az egyének egészségműveltségének szintjére és tartalmára is hatnak. (Az egészség társadalmi meghatározóinak különbségeiből fakadó méltánytalan egészség-egyenlőtlenségek – *health inequalities* – csökkentése az elmúlt évtizedekben mind az WHO, mind az Európai Unió tevékenységében kiemelt fontossággal bír.)

Egyszerű megfogalmazásban az egészségműveltség fejlesztése egyre inkább képessé teszi az embereket arra, hogy:

- megtalálják, megértsék és felhasználják azokat az információkat, melyek ahhoz szükségesek, hogy életük minél hosszabb időszakában minél jobb egészségnek örvendjenek;
- részesüljenek mindazokban az egészséggel kapcsolatos javakban és szolgáltatásokban, melyekre szükségük van;
- a mindennapi életben – társadalmi, gazdasági lehetőségeik keretei között – az egészséget segítő módon válasszanak és döntsének;



– megfelelő csatornákon képesek legyenek kifejezni, kommunikálni egészséggel kapcsolatos szükségleteiket.

Óvakodnunk kell az egészségműveltség leegyszerűsített értelmezésétől, a sommás ítéletektől. A társadalmi, gazdasági és egészségügyi fejlettség adott szintjén meghatározható az előbbieken felsorolt kompetenciák szükséges köre. Az egészségműveltség azonban része az adott egyén, csoport, közösség és társadalom kultúrájának, márpedig a kultúra sokrétű, sokszínű, nem írható le egy vertikális tengely mentén. Így egyes társadalmi csoportok egészségműveltsége eltérő tartalmú lehet, mely nem feltétlenül értékelhető a „magasabb”–„alacsonyabb” kategóriákkal. Ezért egyszerre lehet igaz például az, hogy a roma népesség jelentős részének egészségműveltsége – a fenti kritériumok alapján – a mai magyar társadalomban elégtelen, valamint az, hogy a romák egészségműveltsége sajátosan gazdag, és eltér az ország népességének más csoportjaitól. A hatékony, specifikus egészségfejlesztésnek erre a kettősségre kell építenie.

A mai magyar társadalom egészségműveltségéről célzott statisztikai jellegű felmérések nem állnak rendelkezésünkre, így pontos adataink sincsenek. Az egészségműveltség társadalmi meghatározói, egyenlőtlenségei tekintetében azonban aligha alapvetően más a helyzet, mint amit a népegészségügyi kutatások más, egészséggel kapcsolatos tudati elemek vizsgálatában feltárnak, vagy a műveltségszociológiai vizsgálatok jeleznek. Viszonyításképpen: a 2009–2012 között, 8 európai országban – Ausztriában, Bulgáriában, Németországban, Görögországban, Írországban, Hollandiában, Lengyelországban és Spanyolországban – zajlott *Európai Egészségműveltség Felmérés (European Health Literacy Survey)* szerint a kutatásban résztvevő felnőttek közel felének nem megfelelőek az egészségműveltséggel kapcsolatos készségei. Az Amerikai Egyesült Államok *Nemzeti Prevenációs Stratégiájában* közölt adatok szerint az amerikai lakosságban 10 felnőttből közel 9-nek jelent problémát azon egészséginformációk felhasználása, melyek az egészségügyi intézményekben, kereskedelmi egységekben, a médiában vagy a közösségeken belül elérhetőek.

Összefoglalás

A népegészségügyi szakemberek körében az utóbbi évtizedben egyre többet emlegetett *egészségműveltség* az *Egészségügyi Világszervezet* leegyszerűbb definíciója szerint az emberek azon kognitív és szociális képességét, valamint készségét jelenti, amellyel hozzáférnek, megértik és felhasználják a jó egészséget elősegítő és fenntartó információkat. Az egészségműveltség hangsúlyos, jellemző vonása a képességek, készségek aktív alkalmazása. Segítségével az emberek kezükben tarthatják egészségük alakítását, az ehhez szükséges információk megszerzését,

így felelősen alakíthatják életük, emberi-társadalmi környezetük minőségének e meghatározó elemét.

A mai magyar társadalom egészségműveltségére irányuló célzott felmérések nem állnak rendelkezésünkre. Az egészségismeretek terjesztésére, így az egészségműveltség fejlesztésére irányuló tevékenység azonban évtizedek óta jelen van a magyarországi egészségfejlesztésben. A tanulmány – hiánypótló jelleggel – az egészségműveltség fogalmának kialakulását, kereteit, jelentőségét, valamint egészségpolitikai és társadalmi vetületeit foglalja össze magyarországi viszonylatban.

Társadalmi szinten a fő problémát leginkább az idősök és a hátrányos helyzetű rétegek egészségműveltségének alacsony szintje jelenti, de az egészségügyi dolgozók körében sem ritkák a hiányosságok. Az egészségműveltség jelentős részben az egészségkommunikáció segítségével fejleszthető, mely akkor lehet hatékony, ha az egészséget támogató közpolitikai keretek társulnak hozzá, összhangban van az alapvető szakpolitikai változtatásokkal, az egészségügyi rendszer fejlesztésével, valamint a közösségi szintű akciókkal. A *Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet* jelenleg az *Intervenciók kutatás az idős népesség egészségműveltségéről* című *IROHLA-projekt* magyarországi partnereként, valamint a *TÁMOP 6.1.3.B/12 Népegészségügyi kommunikáció fejlesztése* című projekt megvalósítójaként foglalkozik a témával.

Kulcsszavak: egészségműveltség, egészségkommunikáció, az egészség társadalmi meghatározói, egészség-egyenlőtlenségek, *IROHLA-projekt*, *TÁMOP 6.1.3.B/12 Népegészségügyi kommunikáció fejlesztése* című projekt

Abstract

Health literacy was mentioned by public health experts more and more often in the last decade. According to the simplest definition of the *World Health Organisation*, *health literacy* means the cognitive and social competencies and skills to access, understand, and apply health information promoting and maintaining good health. An important and characteristic feature of health literacy is the active usage of competencies and skills. Health literacy helps people to control their health and to gain the necessary information to this, thus, they can shape this decisive element of their life and the quality of their human-social environment in a responsible way.

There are no targeted surveys available on the health literacy of the current Hungarian population. However, activities have been taken in health promotion to disseminate health knowledge, thus, to improve health literacy for decades. This article is first to summarize the development of the concept, frameworks, importance and health policy and social relevance of health literacy in Hungary.



At social level the main problem is mostly the low level of health literacy among the elderly and socially disadvantaged people. Although, deficiencies of health literacy among health care staff is also prevalent. Health literacy can be improved mainly by health communication, which is only effective if coupled with health promoting public policy frameworks and harmonised with basic policy changes, the development of the health care system and community actions. The *National Institute for Health*

Development deals with health literacy at the moment as associated partner in the *IROHLA* (“*Intervention Research On Health Literacy among Ageing population*”) project and by implementing the project “*Developing Public Health Communication*” (TÁMOP 6.1.3.B/12).

Keywords: health literacy, health communication, social determinants of health, health inequalities, IROHLA project, “Developing Public Health Communication” (TÁMOP 6.1.3.B/12) project

IRODALOM

- Az OEFI története. <http://www.oefi.hu/tortenet.htm>
- Canadian Public Health Association – Health Literacy Portal. <http://www.cpha.ca/en/programs/portals/h-l.aspx>
- Dr. Kishegyi Júlia–Dr. Makara Péter (szerk.): *Az egészségfejlesztés alapelvei. Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai.* Egészségfejlesztési Módszertani füzetek, 2004. <http://www.oefi.hu/modszertan1.pdf>
- Dr. Métneki János: *40 éves az intézményes egészségnevelés.* Nemzeti Egészségvédelmi Intézet, Budapest, 1989.
- EuroHealthNet’s Healthy Ageing Website. Healthy Ageing.* www.healthyageing.eu
- Health Literacy.* Public Health Agency of Canada. <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/hl-ls/index-eng.php>
- Health Literacy in Canada: A Healthy Understanding.* <http://www.ccl-cca.ca/CCL/Reports/HealthLiteracy.html>
- Health literacy: The solid facts.* World Health Organization. Regional Office for Europe, 2013. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf
- Healthy ageing.* WHO/Europe. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthyageing>
- IROHLA. Innovative policies for healthy ageing.* <http://www.irohla.eu/home/>
- Kickbusch, I.: „Health literacy: addressing the health and education divide.” In: *Health Promotion International*, 2001; 16(3).
- Kickbusch, I.: „Health literacy: a search for new categories.” In: *Health Promotion International*, 2002; 15(3):183–4.
- Kickbusch, I.–Wait, S.–Maag, D.: *Navigating Health. The role of Health Literacy.* Alliance for Health and the Future, London, 2006.
- Makara, P.: *Social Cohesion and Health Literacy – Conseil de l’Europe.* <http://www.coe.int/t/dg3/health/Position%20Paper%20Prof%20Makara-EN.pdf>
- Marmot, M.–Wilkinson, R.G. (ed.): *Social determinants of health.* Oxford University Press, 2006.
- Nairobi Call to Action, the 7th Global Conference on Health Promotion.* <http://en.thaihealth.or.th/system/files/Nairobi%20Call%20to%20Action%20Nov09.pdf>
- National Prevention Strategy. America’s Plan for Better Health and Wellness.* National Prevention, Health Promotion and Public Health Council, 2011. <http://www.surgeongeneral.gov/initiatives/prevention/strategy/report.pdf>
- Ritsatakis, A.–Makara, P.: *Gaining Health. Analysis of policy development in European countries for tackling noncommunicable diseases.* World Health Organisation, 2009.
- Rootman, I.–Gordon-El-Bihbey, D.: *A Vision for a Health Literate Canada. Report of the Expert Panel on Health Literacy.* Canadian Public Health Association, 2008. www.cpha.ca/uploads/portals/h-l/report_e.pdf
- Scholman, B.F.: „Health literacy: a key ingredient for managing personal health.” In: *Online Journal of Issues in Nursing*, 2004. <http://nursingworld.org>
- Solar, O.–Irwin, A.: *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion. Paper for the Commission on SDH2 (Policy and Practice), 2007. Strategy and action plan on healthy ageing Europe 2012–2020.* http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/175544/RC62wd10Rev1-Eng.pdf
- The 10 Essential Public Health Operations.* WHO/Europe. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/policy/the-10-essential-public-health-operations>
- UNESCO: *Literacy as Freedom.* Paris, 2003. p. 209.
- Vadász Katalin–Sallai Antalné (szerk.): *Derűs időskor – aktív időskort támogató közösségi programok.* Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest, 2007. <http://mek.niif.hu/08100/08120/08120.pdf>
- WHO Ageing Strategy.* World Health Organization. http://www.who.int/healthinfo/29_ALC_Beard.pdf



Beszámoló egy németországi KITA-intézményben tett látogatásról, az egészséges gyermekekért végzett pedagógiai munkáról

Soósné Dr. Kiss Zsuzsanna PhD., főiskolai docens,¹ vezetőségi tag²
Balogh Kálmán polgármester³

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

²Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság

³Polgármesteri Hivatal, Tök

ENSZ: 2014 a család nemzetközi éve

2014-ben húsz éves évfordulóját ünnepli a család első nemzetközi éve. Az *Egyesült Nemzetek Szövetsége* az évforduló kapcsán a családok társadalmi szerepére irányítja a figyelmet: 2014 a család nemzetközi éve lesz, május 15-ét pedig a *Családok Nemzetközi Napjává* nyilvánították. Az évforduló egyben arra is lehetőséget ad, hogy áttekinthessék a család társadalmi fejlődésben betöltött szerepét, illetve a családpolitika aktuális trendjeit – fogalmaz az ENSZ honlapja (www.family2014.org).

A tematikus év súlypontjai között szerepel a családi szegénység leküzdése, a szociális kirekesztődés megakadályozása, a család és a munka viszonyának problémái, a szociális integráció előmozdítása és a generációk közötti szolidaritás erősítése, a családi struktúrák változásainak vizsgálata, valamint a családbarát döntéshozatalt ösztönző javaslatok kidolgozása.

A *Nemzetközi Családfejlesztési Szövetség (International Federation for Family Development – IFED)* az évforduló kapcsán arra kéri a tagországokat: vegyék figyelembe a családokat érintő társadalmi és gazdasági körülményeket, segítsék a családbarát intézkedéseket, melyek célja, hogy a családok számára fenntartható, megfizethető és minőségi életkörülményeket biztosítsanak, elismerve a családoknak a társadalmi kohézió, valamint a gazdasági fejlődés elősegítésében játszott szerepét.

Folyóiratunk az évforduló kapcsán felmerülő kérdéseknek szenteli új sorozatát. Elsőként a terápiás munka családi krízisek megelőzésében játszott szerepét, lehetőségeit, majd az első gyermeküket váró fiatalok szülői szerepre való felkészültségét, illetve középiskolás tanulók szexuális magatartását vizsgáltuk. Ismertettük a „*Családok krízishelyzetben – a magánélet és a munka közötti egyensúly biztosítása nehéz gazdasági körülmények között*” címmel 2014 áprilisában, Athénban rendezett konferencia célkitűzéseit és eredményeit; a nagycsaládos életforma gyermekvállalási tervekre gyakorolt hatását; a családalapítás útvesztőinek, az elakadások megelőzésének lehetőségeit; továbbá a szülésznők várandósgondozás során játszott, megváltozott preventív szerepét.

Jelen lapszámunkban a németországi KITA-intézményekben végzett pedagógiai munkát mutatjuk be.

Tervezett további témaköreink között – többek között – a fiatalok HPV-fertőzéssel kapcsolatos ismereteinek vizsgálata, valamint a gyermekágyi hangulatváltozásokkal kapcsolatos primer prevenciók javaslatok és egy speciális kismama-gerinctorna jótékony eredményeinek bemutatása is szerepel.

(A szerk.)



Bevezetés

Tök község önkormányzata több mint 20 éves nemzetközi partnerkapcsolatot ápol a németországi *Hessen* tartomány *Wettenberg* településével, mely egyrészt önkormányzati, szakmai munkán, tapasztalatcserén, másrészt családi és baráti alapokon nyugszik. A partnerkapcsolati együttműködés lényege egymás szakmai munkájának, kultúrájának, hagyományainak megismerése, tapasztalatcsere, valamint családi és baráti kapcsolatok kialakítása, nyelvtanulás. A két település képviselői évente kétszer – egyszer Németországban, egyszer hazánkban – személyesen is találkoznak. A találkozások célja a partnerkapcsolati munka megbeszélése, egymás terveinek, projektjeinek, szakmai munkájának, nehézségeinek megismerése, intézménylátogatás, illetve a kulturális hagyományok ápolása.

Jómagam több mint 15 éve – akkor a településen dolgozó családsegítő-gyermekjóléti intézmény vezetőjeként – kapcsolódtam be a munkába, melyet immár egyetemi oktatóként, baráti alapokkal is megerősítve, napjainkig szívesen végzek. A beszámoló egy 2014 tavaszán megvalósult program tapasztalatainak leírásán keresztül mutatja be a *Wettenberg* önkormányzata által működtetett német óvoda, a *Kindertagesstätte Finkenweg (KITA)* programját, működését, ami – megítélésünk szerint – valóban az odajáró gyermekek komplex egészségfejlesztését, jövőbeni sikeres boldogulását szolgálja.

Pedagógiai, működési alapelvek

Az intézményben két és tíz év közötti gyermekek napközbeni nevelése folyik. A 2–6 évesek (bölcsődés és óvodás korosztály) az egész napjukat itt töltik, a 6–10 évesek (kisiskolások) az iskola után jöhetnek ide, itt írják meg a házi feladatukat, és itt játszanak. Vannak gyermekek, akik nyolc évig járnak ide.

Pedagógiai koncepció

Az intézmény fő pedagógiai koncepciója a gyermekekre fókuszáló, a tervezéstől a célok eléréséhez vezető, sikeres tevékenységre történő nevelés. Fontos alapelv, hogy minden dolgozó minden gyermekért felel, továbbá hogy eredményeket csak együttes munkával lehet elérni.

Szakmai feladatok, kapcsolat a szülőkkel, a családdal, a lakossággal

A gyermekeket csoportokba osztják. Egy csoport 24 gyermekből áll, minden csoportnak két nevelője van, így egy nevelőhöz közvetlenül 12 gyermek tartozik. A csoport szintjén ez a két nevelő felelős a csoportért, a csoport munkájáért, a dokumentációért, a szülőkkel való kapcsolattartásért, de egyéni szinten a nevelő ugyanígy felel a maga 12 gyermekéért. A gyermekek azonban napjuk egy jelentős részét nem ezzel a nevelővel töltik (lásd később).

A pedagógiai szakemberek hetente egyszer szakmai megbeszélést tartanak, melynek célja az intézményi nagy projektek, a neveléssel kapcsolatos kérdések, a csoportokra és a gyermekekre vonatkozó egyedi tapasza-

latok megbeszélése (hogyan viselkedik a gyermek más-más nevelőknél, más-más helyszíneken; mit lehet tenni, hogyan lehet segíteni, ha nem szívesen választja az egyes projekteket; hogyan fejleszhető tovább, stb.).

Minden pedagógusnak naponta két órányi felkészülési ideje van, ilyenkor foglalkozik az egyes feladatok, projektek, a gyermekekkel kapcsolatos tevékenységek tervezésével, előkészítésével, elemzésével és dokumentálásával.

A szakemberek minden évben egyéni fejlődési megbeszélést tartanak a szülőkkel. A gyermekért felelős fő nevelő ezen a megbeszélésen bemutatja, értékeli a gyermekről készült dokumentációt, a mindennap összegzett, 5 perces megfigyelési feljegyzéseket, valamint a gyermek személyes fejlődési naplóját.

Minden gyermek rendelkezik egy úgynevezett személyes fejlődési naplóval, mely naprakész, a gyermek és a szülő számára egyaránt szabadon hozzáférhető. A napló – melyet a nevelő tart rendben – tartalmazza a nevelő leírásait, a gyermek fejlődését a gyermek és a szülő nyelvére „lefordítva” (pl. ma nagy lépést tett előre; ezt megtanulta; ez volt az első alkalom, amikor sikerült, stb.). Mindig a gyermek dönti el, hogy a számára fontos alkotások, események közül mi szerepeljen a naplóban.

A személyes fejlődési napló a megszületéssel kezdődik, és folyamatosan töltik fel olyan tartalmakkal, mint *Családom, Barátaim, Így telnek napjaim, Ötletem, Ezt szeretem csinálni, Ezt már tudom, Ma ezt kellett elvégeznem, Ezt egyedül tettem meg* (részletesen elmondja, hogy mit, az óvónő pedig leírja). Szerveznek nagyszülői napot is, ahol a gyermek tenyérrel mellé a nagyszülőket is odarajzolják, az alkotás pedig bekerül a naplóba. Fényképeket is hozhatnak, de helyben is készítenek,

LEVELEZÉSI CÍM:

Soosné Dr. Kiss Zsuzsanna, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Egészségfejlesztési és Klinikai Módszertani Intézet, Egészségtudományi Klinikai Tanszék. Postacím: 1088 Budapest, Vas utca 17. Telefon: +36-1-486-5978. E-mail: soosne@se-etk.hu



a gyermek megkérheti a nevelőt: „Szeretném, ha ebben a témában lefényképeznél, és bekerülne a naplómbe”. Amikor a szülő gyermekéért jön, megmutatják, ha új lappal bővült a napló.

A fentiekén túl pontosan megbeszélik az előrelépést, a fejlődést, a gyermek erősségeit, az esetleg fejlesztésre szoruló területeket, és az erre vonatkozó javaslatokat, terveket.

Gyermekparlament

A nevelés egyik fontos alappillére a gyermekparlament működtetése. A gyermekeket minden intézménnyel kapcsolatos tervbe, döntésbe bevonják. Csoportonként két gyermek egy évig képviseli csoportját a parlamentben. Problémákat és javaslatokat vetnek fel, alternatívákat keresnek a megoldásra, illetve döntenek. Egy példa a fentiekre: konfliktus alakult ki, mivel a focizó és bicikliző gyermekek zavarták egymást. A parlamenti munka során a gyermekek közösen lefektették a mindenki számára követhető, elfogadható szabályokat. Javaslatokat tesznek az intézményi fejlesztésekre, részesei a munkának, valamint az ünnepségek megszervezésében is aktívak: ki kell találniuk, hogy kit hívnak meg, milyen beszédet mondanak, milyen legyen az ünnepség. A pedagógiai koncepció itt is érvényesül, a cél a kezdeményezés, a terv kijelölése és annak sikeres megvalósítása.

Együttműködés a családdal és a lakossággal

A szülőknek fenntartott két külön információs tábla (az intézménytől a szülőknek, valamint a szülőktől az intéz-



Udvar a „kavicsfolyóval” és a fahíddal

ménynek szóló hírek) aktualizálására, és a településen működő szolgáltatások közzétételére nagy figyelmet fordítanak. Külön információs táblája van a gyermekparlamentnek is.

Közvetlenül a bejárati ajtó mellett található a szülői sarok fotelekkel, az asztalon kávéval, teával, vízzel. Beszoktatáskor – a fokozatosság elvét követik –, illetve bármikor a szülők itt leülhetnek, egy kávé vagy tea mellett beszélgethetnek, megoszthatják egymással gondolataikat.

Könyvkölcsönzésre hetente egyszer van lehetőség, a szülőknek és a gyermekeknek szóló könyveket vihetnek haza a családok egy hétre. A barátságos olvasószobába (egy kis heverő két fotellel, párnákkal) hetente kétszer jön egy-egy nagymama, aki mesét olvas fel a gyermekeknek. A gyermekek előre tudják, hogy melyik nagymama jön mesélni. A szoba melletti faliújságra ki kell tenniük a fényképüket, ha mesét szeretnének hallgatni.

Kialakítottak egy barkács-szobát is, ahol hetente egy alkalommal egy nagypapa fűr-farag a gyermekekkel. A cél nem elsősorban az alkotás, hanem a praktikus dolgok megtanulása (mi az a fűrész, a smirgli, a kalapács, hogyan kell velük bánni, a maradék anyagokat mire lehet felhasználni), illetve a kézügyesség fejlesztése.

A településen működő nyugdíjas-műhely is sokat segít (pl. a csocsóasztal lábait levágták, hogy az asztal a gyermekek méretének megfelelő legyen).

A belső udvari játszótér kialakítása, karbantartása a gyermekek és a szülők segítségével, közösen törté-

Meseszoba



nik. A nevelőkkel és a gyermekekkel, szülőkkel, családokkal közösen végzett felújítási munkálatokra évente egy teljes napot szánnak.

Fontosnak tartják a munkafolyamatok megőrkítését, az eredmények bemutatását a szülők és a település, a velük együtt dolgozó, őket segítő szakemberek, egyesületek, lakosok számára. A gyermekeket mindenbe bevonják.

A nevelés és annak szinterei a mindennapokban

Játéktevékenység

Az intézmény közös, központi helye az a játéktér, ahol reggel, délután, illetve a csoportban folyó tevékenységet befejezve minden gyermek szabadon játszhat.

Reggeli után a gyermekek és a szakemberek közös megbeszélést tartanak. A megbeszélés során minden gyermeknek el kell döntenie, hogy aznap milyen típusú tevékenységgel szeretne foglalkozni.

A különböző funkciójú csoportszobák melletti falújságon annak a szakembernek a fényképe látható, aki aznap az adott teremben a foglalkozást tartja. A szobákban tehát nem egy-egy állandó gyermekcsoport tartózkodik, a szobákat nem csoportok, hanem funkciók szerint rendezték be: van külön *mozgás-, kutató-felfedező világ szoba, fantáziaország-szoba* és *kreatív szoba*. Minden szobában a 2–6 éves korosztály életkori sajátosságainak megfelelő bútorokat, használati tárgyakat, eszközöket és játékokat helyeztek el.

Miután a gyermekek eldöntötték, hogy melyik csoportszobába szeretnének menni, a szobában várja őket egy nevelő, aki a csoporttal foglalkozni fog. Először meg-



A gyermekek fejlődési naplója, felettük a szülőknek szóló levelek

beszélnek, hogy ki mivel szeretne aznap foglalkozni, kinek mihez van kedve, majd együtt döntenek a továbbiakról is – megtervezik, átgondolják a célt, a folyamatokat, az eszközigényt, megbeszélnek a kereteket, a szabályokat, a veszélyes szituációkat és azok megelőzését, valamint a munka utáni rendrakást. A szabályok betartása mellett fontos a spontán kísérletezés is. Az eredményeket, az elkészült alkotásokat megőrkítik, dokumentálják.

A döntést követően a gyermekek már nincsen változtatási lehetősége. Vannak olyan tevékenységek, projektek, melyek nem egy-két naposak, hanem hosszabbak. Ezeknél a cél a kitartásra nevelés, ha döntött a gyermek, nem változtathat döntésén, maradnia kell a csoportban.

– A *mozgásszobában* a gyermekek sport-mozgásos játéktevékenységeket végezhetnek.

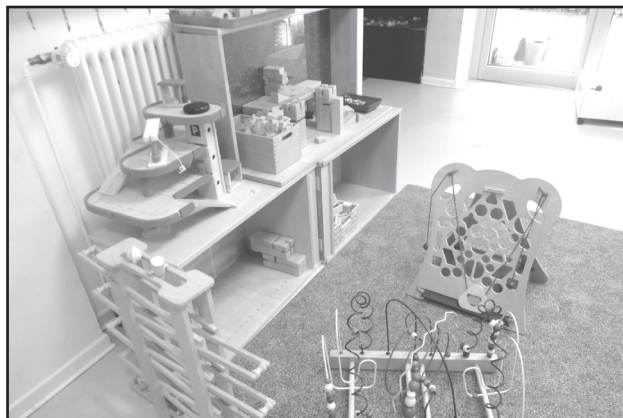
– A *kutató-felfedező világ szobában* a levegővel, vízzel, homokkal, súlyegységekkel, stb. kísérletezhetnek, látogatásunkkor éppen golyópályát építettek egy férfinevelő vezetésével.

– A *fantáziaország-szobában* minden, a színházhoz, színjátékhoz szükséges kellék megtalálható: sminkasztal, tükör és vízben oldódó sminkceruza, amivel magukat vagy gyermektársukat a szerepnek megfelelően kifesthetik. Megtervezik és mindent maguk végezve végigviszik a tevékenységet, egészen az előadásig.

– A *kreatív szobában* rajzolás, festés és egyéb alkotó tevékenység folyik. A tervezési és kivitelezési koncepció itt is lényeges. Meg kell tervezniük, végig kell gondolniuk, hogy az adott tevékenységhez mi szükséges, a szabályokat be kell tartaniuk, a végén pedig rendet kell hagyniuk maguk után. Nem csak

Mozgásszoba



**Kutató-felfedező világ szoba**

a manuális kreatív tevékenységeket tartják fontosnak, hanem az élet más területeivel is foglalkoznak, például „*Hogyan tudnánk egy új óvodát építeni?*” A vezető szerint „*a gyermekek nagyon leleményesek, mozog a képzeletük, az agyuk*”. A személyes fejlődési naplóba kerülő számos alkotás a kreatív foglalkozások során születik.

Étkezések

Minden gyermek otthonról hozza magával a reggelit, azonban havonta egyszer közösen reggeliznek. Ezt a napot a szülők között is előre kihirdetik. Ilyenkor 4–5, a feladatra vállalkozó gyermek egy nevelővel együtt felel a reggeliért. Egyrészt arra fókuszálnak, hogy a gyermekek minél többfajta étel közül választhassanak, legyenek kíváncsiak, az új dolgokra nyitottak, másrészt neveltetésbeli különbségek miatt sokan nem ismernek egyes zöldségeket, gyümölcsöket, így ők is megismerkedhetnek új alapanyagokkal. Közösen megtervezik a reggeli menüt, a szükséges mennyiségeket, megbeszélik, hogy mely ételek egészségesek, és ők döntenek arról is, mi kerüljön a bevásárlólistára. Színes újságokat nézegetnek, válogatnak. Törekednek a változatos és kiegyensúlyozott reggeli választék összeállítására. Nem tiltják a kevésbé egészséges ételeket, úgy gondolják, a gyermekeknek ezeket is meg kell ismerniük, meg kell kóstolniuk. Elmennek bevásárolni, összekészítik és tálalják a büféreggelit, fényképet is készítenek, majd megbeszélik a történeteket, a tanulságokat. Az ebédet és az uzsonnát az intézmény biztosítja. Az ételek elfogyasztása egy többfunkciós teremben történik.

Az étkezések mellett a délutáni házi feladat elkészítésének, az intézményi gyermekkórus próbáinak (vezetőjét az egyik helyi civil kórus ingyenesen biztosítja) és egyéb rendezvényeknek is ez a helyiség színtere. Az iskolásoknak külön tanulószobájuk is van, ahol egy nevelő segíti őket, ha elakadnak a házi feladatokkal.

Alvás-pihenés, tisztálkodás, mozgás a szabadban

Az alvás nem kötelező, de a gyermekek általában igénylik, elfáradnak a nap folyamán. Az alváshoz biztosítják a nyugodt, csendes környezetet. Külön pihenőszobát is berendeztek az alvásidőn túl is pihenni vágyó gyermekeknek, akik akkor jönnek ide, ha csendre, nyugalomra, egyedüllétre vágnak. A helyiség lesötétített, apró fények világítanak, halk, megnyugtató zene szól, és – ha a gyermekek kéri – mesét is hallgathatnak. Korábban egy, ma már két ilyen szoba van, mert több gyermeknek volt szüksége a napközbeni nyugalomra, egyedüllétre.

Nem szobatiszta gyermekek számára pelenkázó, az óvodás korosztályúaknak koedukált, a kisiskolásoknak nemek szerint megosztott, a gyermekek méretének is megfelelő vécék, mosdók, zuhanyzók biztosítottak.

Az intézmény kertje természetes, inkább emlékeztet vadregényes erdőre, mint egy gyermekintézmény udvarára. A gyermekek epret, fűszernövényeket ültetnek, virágokat nevelnek. A hatalmas fák egyike-másika a gyermekek számára hivatalosan kijelölt „mászóka”. A „kavicsfolyó” felett épített mozgóhíd, a kivágott fák különböző magasságúra meghagyott törzsei, a fűzfalombból formált alagút, a hepehupás talaj, a bokrok kiváló szabadteret biztosítanak a gyermekeknek a mozgáshoz, a játékhoz.

Többfunkciós (étkezés, tanulás, kóruspróba, közösségi programok) szoba



Amennyiben még nagyobb térre van szükségük, megállapodás szerint igénybe vehetik az intézmény melletti foci- és egyéb pályákat is.

Köszönetnyilvánítás

Köszönetünket fejezzük ki Wettenberg és Tök települések önkormányzatainak, a korábbi és jelenlegi polgármestereknek, a partnerkapcsolatért dolgozó képviselőknek, szakembereknek és civileknek a több éves együttes munkáért, a szép emlékekért, és jelen tanulmány okán a „Kindertagesstätte Finkenweg“ vezetőjének az interjúért, az intézmény bemutatásáért.

Összefoglalás

A tanulmány a több mint 20 éves nemzetközi partnerkapcsolati múltra visszatekintő németországi *Wettenberg* és magyarországi *Tök* település közötti partnerkapcsolati találkozó során 2014 tavaszán tett szakmai látogatás tapasztalatait ismerteti. Bemutatjuk a 2–10 év közötti gyermekek napközbeni nevelésével foglalkozó, a német *Wettenberg* településen működő *Kindertagesstätte Finkenweg* intézmény pedagógiai koncepcióját, melynek lényege a gyermekekre fókuszáló, a tervezéstől a célok eléréséhez vezető, sikeres tevékenységre történő nevelés, ahol minden dolgozó minden gyermekért felel. Ismertetjük a nevelők szakmai feladatait, a szülőkkel, a családdal, a lakossággal történő kommunikáció módját, a gyermekparlament működtetésének tapasztalatait, továbbá bemutatjuk és példákkal illusztráljuk az intézményben zajló változatos nevelői tevékenységet.

Kulcsszavak: Kindertagesstätte Finkenweg, pedagógiai koncepció, a gyermekekre fókuszáló nevelés, gyermekparlament

Summary

There is more than 20-year-old international partnership between the German *Wettenberg* and the Hungarian village *Tök*. This study shows our experiences of the professional visit to *Wettenberg* which took place in the spring of 2014. We introduce the pedagogical concept of the *Kindertagesstätte Finkenweg* institution which cares for 2–7 year-old children's daily upbringing. Their concept aspires to an education that focuses on children, guides them from the planning to getting their goals, and teaches successful action and in which every staff member responsible for every child. We inform about the educator's professional tasks and the several ways of communicating with the parents, family and the public, we also talk about the experiences of the child parliament's functioning, and finally we introduce the various educator work in the institution and we illustrate it with examples.

Keywords: Kindertagesstätte Finkenweg, pedagogical concept, education focusing on children, child parliament

TOVÁBBI INFORMÁCIÓK

1. http://wettenberg.de/city_info/webaccessibility/index.cfm?region_id=415&waid=342&item_id=850552&link_id=213746217&fsize=1.4&contr Letöltés: 2015. április 21.



Érték-e az egészség? Gondolatok a 13–14 éves korosztály táplálkozási szokásairól I. rész

Dr. Huszka Péter PhD., egyetemi docens

Széchenyi István Egyetem, Gazdaságtudományi Kar, Marketing és Menedzsment Tanszék, Győr

Bevezetés

Az egészségi állapot hazai romlása az 1960-as évek közepe óta tart, ennek következtében egyre jobban leszakadunk a fejlett egészségkultúrájú – főképp nyugat-európai – országoktól. A népesség egészségi állapota annál is rosszabb, mint ahogyan az az ország gazdasági fejlettségi szintjéből következne. A lakosság körében igen magas a valamilyen káros szenvedélyt űzők aránya; a százezer főre számított daganatos megbetegedések terén dobogós helyen állunk; az öngyilkosságok számát tekintve – nemzetközi összehasonlításban – hazánk egyike a listavezetőknek; a fiatalabb korcsoportok és a középkorú férfiak halálzási mutatói pedig rendkívül kedvezőtlenek.

Magyarországon a lakosság krónikus megbetegedéseinek kialakulásában – az életmód mellett – a táplálkozással összefüggő kockázatok meghatározó szerepet játszanak. A kutatások szerint az étrend hatása szív- és érrendszeri megbetegedések esetén 30%-nál is magasabb – daganatos megbetegedések esetén meghaladhatja a 35%-ot –, továbbá a magas vérnyomás, a cukorbetegség és a fogszuvasodás kialakulásában is szerepet játszik (Rodler, 2005). Hazánkban óránként heten halnak meg elhízás vagy annak következményeképpen kialakult megbetegedés miatt (Halmy, 2010).

Különösen nagy problémát jelent a gyermekkori elhí-

zás, hiszen a túlsúlyos gyermekek jelentős része túlsúlyos felnőtté válik. Puska, Waxman és Porter (2003) kutatása szerint a világon 17,5 millió öt év alatti gyermek elhízott. Az elhízás legfőbb oka a fiatalok helytelen egészségmagatartása és helytelen táplálkozási szokásai.

Fentiek alátámasztják kutatásunk fontosságát, melynek során a 13–14 éves korosztály táplálkozási szokásait térképeztük fel a nyugat-dunántúli régióban. Szeretnénk választ kapni arra, hogy mennyire fontos számukra az egészséges táplálkozás, milyenek ítélik saját egészségüket, és honnan származnak azok az információk, melyek táplálkozásukban befolyásolják őket.

Irodalmi áttekintés

Trendek az élelmiszerek fogyasztásában

Az élelmiszerfogyasztásban jelentkező trendeket és ellentrendeket olyan tényezők befolyásolják, alakítják, melyek a mindennapi életben is fellelhetőek.

Törőcsik (2007) a napjainkban jelentkező *food*-trendeknél az alábbi hívószavakat alkalmazza:

- *élmény, egészség, morál, etika, felelősség, luxus*
- *esztétika, gyorsaság, kényelem, szakértelem, technika, tudomány, szükség*

LEVELEZÉSI CÍM:

Dr. Huszka Péter, Széchenyi István Egyetem, Gazdaságtudományi Kar, Marketing és Menedzsment Tanszék. Postacím: 9026 Győr, Egyetem tér 1. Telefon: +36-96-503-489. E-mail: huszkap@sze.hu – A tanulmány második részét 2015/3. lapszámunkban olvashatják.



A fenti hívószavak segítségével azonosított trendeket négy nagy csoportra bontja:

- gyorsaság, kényelem
- környezet, felelősség
- egészség, tudomány
- élmény, szakértelem

A *gyorsaság és kényelem* csoportjába sorolt kategóriák közé tartozik a *fastfood*, s ennek különböző változatai: a *callfood* és a *fingerfood*. Az előbbi az otthonunkba rendelhető ételeket, míg utóbbi a menet közben elfogyasztható kis ételfalatkákat jelenti. A *conveniencefood* az otthon elkészíthető félkész és készételek körét foglalja magában. Ezen termékek egyre szélesebb körben és egyre jobb minőségben érhetőek el.

A gyorsaság és kényelem trendje a kereskedelemben is jelentkezik. A felgyorsult világban a fogyasztók a lehető leggyorsabban szeretnék megoldani ételkészítéssel kapcsolatos teendőiket is. Előnyben részesítik azokat a kiskereskedelmi egységeket, ahol mindent egy helyen meg tudnak vásárolni, és emellett még kényelmükről sem kell lemondaniuk. Ahogyan *Süille* több tanulmányában is említi, a fogyasztás mai viszonyai között a logisztikai hely- és időérték különös hangsúlyt kap, ahol a vásárlási döntésben egyre nagyobb szerepe van a gyors hozzájutás lehetőségének időérzékeny vevők, időérzékeny termékek és szituációk esetén (*Süille, 2009, 2010*).

A *környezet és felelősség* által meghatározott trendek közé tartozik a *biofood* kategória, mely a vegyszermentes, természetességet biztosító élelmiszereket foglalja magában. Ezen termékkör kereslete egyre jelentősebb, kínálata azonban korlátozott. Az *authenticfood* esetén olyan termékekről beszélhetünk, melyeket felelős termelés jellemez, az eladó ismeri az előállítás folyamatát, gyakran az eladó és a termelő személye is azonos. A *trustedfood* esetén a vásárló biztos lehet abban, hogy azt fogyasztja, amit ígértek neki, ezáltal nem veszélyezteti sem saját, sem szerettei egészségét. Felértékelődik a *localfood* szerepe is, mely a lakókörnyezetben termelt élelmiszereket foglalja magában.

A környezet és felelősség trendje a kiskereskedelmi egységek üzletpolitikájában is megjelenik. Egyrészt bizonyos termékkategóriákat még a nagykereskedelmi láncok is helyi termelőktől igyekeznek beszerezni, másrészt egyre több üzletben tapasztalható, hogy a csomagolás (pl. a hentesárupultban kapható áruké) és a pénztárnál kapható bevásárlószatyrok is könnyen lebomló, így a környezetet kímélő anyagokból készülnek.

Az *egészség és tudomány* körébe számos trend tartozik. Ilyenek többek között a *healthyfood*, a *superfood* és a *novelfood*. Az első csoport olyan élelmiszereket jelent, melyek természetes eredetűek és az egészségünket szolgálják, a technikai beavatkozás elfogadott. A *superfood* természetesen funkcionális hatású, művi beavatkozás nél-

kül. A *novelfood* olyan kémiai anyagot tartalmazó étel vagy összetevő, melynek létrehozásában kémikusok, biológusok vesznek részt. Ide tartoznak például a mikroorganizmusok vagy a gombák is. A *cleanfood* az allergiások életét könnyíti meg, kiszűrve azokat az elemeket, melyek egy-egy érzékeny embercsoportnak problémát okozhatnak. A többihez hasonlóan ez a trend is megjelenik az ételkészítés-kereskedelemben, bár a legkisebb arányban, hiszen költségei ennek a legmagasabbak.

Az *élmény és szakértelem* által meghatározott csoport a hedonista embert szolgálja. Ebben a csoportba sorolható a *moodfood*, mely élelmiszerek létrehozásának célja a boldog étkezés, és a *sensualfood*, mely egyszerre több érzékre is pozitív hatással van. A *wellnessfood* már életérzést is közvetít. Az egyes nemzetek konyhája – *ethnicfood* – ma már könnyedén beépíthető a hazai ételsorokba, és a régmúlt idők újra divatba hozott élelmiszereivel együtt – *retrofood* – az élmények fokozását szolgálja.

Míndez a kereskedelmet is erőteljesen befolyásolja. Az üzletek arra törekednek, hogy a fogyasztói igényeket maximálisan kiszolgálják, így helyet kapnak az üzletek polcain például a különböző nemzetek konyháinak alapanyagai és félkész termékei is.

A fogyasztói és vásárlói magatartás

A fogyasztói magatartást a fogyasztó motivációs értékrendszere, valamint a szükségletkielégítés alternatíváit meghatározó technológiai tényezők határozzák meg. A fogyasztói magatartáson belül az élelmiszerfogyasztói magatartás több szempontból is speciális helyet foglal el, mivel egyrészt – közvetlenül vagy közvetve – az ember létfenntartásához kapcsolódik, másrészt biológiai, társadalmi, kulturális folyamatok eredménye, harmadrészt pedig a legkomplexebb emberi magatartásforma (*Lehota, 2001*).

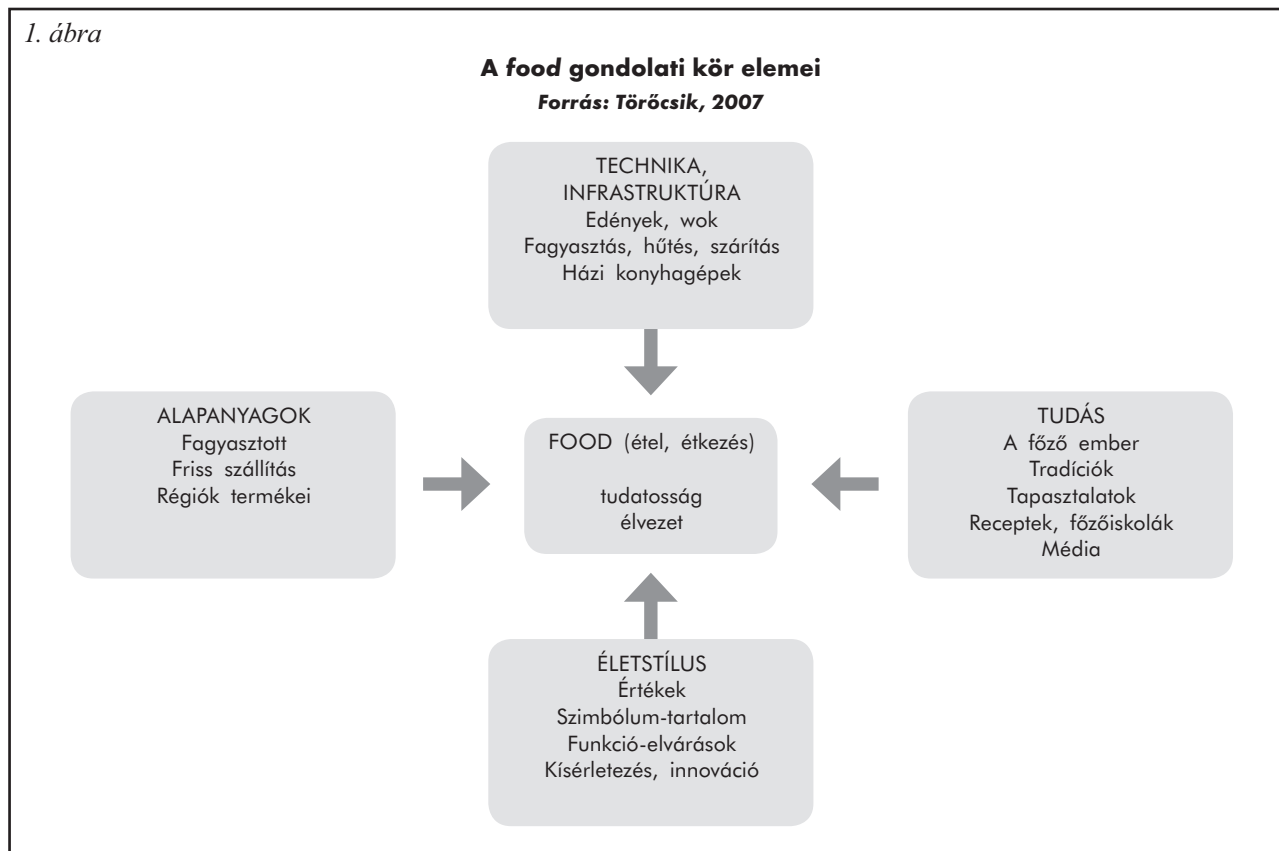
Az élelmiszerfogyasztó alapvető ellentmondása a mindenevő paradoxona (az ember mint növény- és húsevő). Az élelmiszerfogyasztás az emberi jó és rossz közérzetnek egyaránt forrása, hiszen az elfogyasztott élelmiszer az egészség alapja, de betegség okozója is lehet, valamint más élőlények elpusztításával jár együtt.

Az élelmiszerfogyasztói magatartást közvetlenül meghatározó tényezők:

- biológiai
- pszichológiai
- szociológiai
- antropológiai
- kulturális
- közgazdasági tényezők.

Napjainkban a közgazdasági tényezők – a jövedelem, az ár, valamint a fogyasztói kiadások szerkezete – egyre nagyobb jelentőséggel bírnak.

1. ábra



Törőcsik (2007) más oldalról vizsgálja a témakört. Kutatásai alapján az étel- és étkezésválasztás két szélsőséges pontja a tisztán tudatosság és a tisztán élvezet által motivált döntés. Mindezt befolyásolja egy adott háztartás felszereltsége, infrastruktúrája, a választott alapanyagok, a döntéshozó és a felhasználó tudásának szintje, annak kiterjedtsége, illetve az adott egyén/család/háztartás életstílusa (1. ábra).

A vásárlói és a fogyasztói magatartást befolyásoló tényezők meghatározott kapcsolatban állnak egymással, állandó struktúrát alkotnak, melyet vásárlói, illetve fogyasztói magatartási modellnek hívunk.

Az általános fogyasztói, illetve vásárlói magatartási modellek kritikájaként is értelmezhetőek az ún. *termékcsoporthoz köthető modellek*. Ezek arra a megállapításra épülnek, hogy a termékcsoportokhoz kapcsolódó fogyasztói magatartás jelentősen eltérhet az általánostól (Berke, 2003). Ilyen eltérés többek között élelmiszerek-nél az érzékszervi érzékelés megléte, a szükséglet alapvető jellege, akárcsak a kultúra és a szubkultúra meghatározó jelentősége (Lehota, 2001).

Az iskolai végzettség növekedésével a vásárlók egyre nagyobb hangsúlyt fektetnek az egészséges életvitelre (Huszka, 2009). A szubjektív életminőség vizsgálatával foglalkozó tanulmányok azt mutatják, hogy a magyar válaszadók értékelése alapján az egészség a legfontosabb

dimenzió (Ercsey 2012a, 2012b). Ugyanakkor a pilotkutatás eredményei rávilágítanak arra, hogy az egészség fontosságának megítélésében nem az életkor, hanem a nem és az iskolai végzettség játszik meghatározó szerepet (Ercsey, 2012b). Konczosné és társai – felsőoktatási hallgatók fogyasztói magatartásának vizsgálatakor – megállapítják, hogy „az egyetemi éttermek kínálatában egyre jelentősebb helyet kell kapniuk a zöldsálatáknak, a natúr szárnyas húsoknak, a gyümölcsnek, a cukormentes üdítőknek, a jól látható helyen feltüntetett kalóriatábláknak” (Konczosné et al., 2010a: 806).

Az egészség gazdasági kérdései

Hazánk egészségügyi kiadásai jelentős terhet rónak mind az állami, mind a magánszektorra. Az egészségügyi kiadások aránya az ország GDP-jéből 2008-ban 7,2%-ot, 2009-ben 7,4%-ot tett ki, ez elmarad az OECD-országok 9,5%-os átlagától. Az egészségügyi kiadások magyarországi mértéke 2008-ban 1932 milliárd forintra volt tehető.

Ezen összegből az államháztartás 1372,1 milliárd, míg a magánszektor 559,6 milliárd forinttal részesült (Böröndi, 2012). Az egy főre jutó állami egészségügyi kiadás 137.000,- Ft, a háztartások egy főre jutó közvetlen kiadása 46.000,-Ft volt, azaz az államnak minden, egészség-

ügyre elköltött 3 forintját a háztartások további 1 forinttal egészítették ki. 2008-ban a magyarországi egészségügyi kiadások 71%-át állami, 29%-át magánkiadások tették ki. Az állami részesedés alacsonyabb az OECD-országok átlagánál (73%), és alacsonyabb, mint Csehországban (83%), Ausztriában (77%), Szlovéniában, vagy Lengyelországban (72–72%), de magasabb, mint például Szlovákiában (69%). Az állami szerepvállalás aránya 2009-ben hazánkban 69,7%-ra csökkent (KSH, 2010).

Az OECD és az Európai Bizottság közösen készített *Health at a Glance: Europe 2012* című jelentéséből az is kiderül, hogy 2000–2009 között az egy főre jutó egészségügyi kiadások átlagosan 4,6%-kal növekedtek. Ez a kedvező trend 2010-ben megfordult, pontosabban 0,6%-kal csökkent – ez az első alkalom 1975 óta, hogy Európában az egészségügyi kiadások csökkentek. Az egyes országok között természetesen óriási eltérések vannak. Bár a jelentés a gazdasági válság miatt nem mutat romló tendenciát a lakosság egészségi állapotában, azonban hangsúlyozza, hogy hatékony egészségügyi kiadásokra van szükség ahhoz, hogy az Európai Unió tagállamainak egészségügyi rendszerei eleget tudjanak tenni alapvető céljaiknak (<http://www.biztositasizemle.hu/files/201211/healthataglanceeurope2012.pdf>).

Annak ellenére, hogy az említett jelentés hangsúlyozza azt is, hogy a megelőzésre fordított kiadások jóval költséghatékonyabbak, mint a betegségek kezelésére fordított jövőbeli kiadások (hazánkban a különféle preventív programokra szánt közkiadás 4%), ez sajnos „kevéssé tudatosul a döntéshozók körében”. 2010-ben – hazai össztermékéhez mérten – ugyanis Hollandia költött a legtöbbit, a GDP 12%-át egészségügyre, míg az uniós átlag 9% volt. Ha összevetjük az egyes betegségek állami költségvetést terhelő pénzügyi terheit, akkor látható, hogy a már meglévő betegségek költségterhe ennél jóval jelentősebb.

Az Európai Unió felnőtt lakosságának több mint fele túlsúlyos, 17%-a pedig elhízott. Az elhízottak aránya jelenleg Romániában és Svájcban a legalacsonyabb (8%), az Egyesült Királyságban és hazánkban a legmagasabb (25%). Az elhízás és a dohányzás a legfontosabb kockázati tényezők a szívbetegségek és a stroke kialakulásában, melyek 2010-ben a halálozások több mint egyharmadért (36%) voltak felelősek.

A különböző betegségek költségvonzatai a direkt és az indirekt költségek szintjén értelmezhetőek. A direkt költségek közé tartoznak az egészségügyi ellátórendszer közvetlen költségei, tehát a kezelésekre fordított összegek, az indirekt költségek között pedig az elveszett gazdasági haszon jelentik meg, pl. a táppénz (Szócs, 2011).

Az elhízás közvetlen költségei az Egyesült Államokban 2009-ben érték a 147 milliárd dollárt. Az elhízással összefüggő három fő betegség (cukorbetegség, szívbe-

tegségek, daganatos megbetegedések) kezelésére évente 1,8 trillió dollárt kell fordítani (Huff, 2010). Egy elhízott ember ápolásának költségei pedig megközelítőleg 42%-kal haladják meg normál súllyal rendelkező társáét (Finkelstein és Kósa, 2003).

Mindemellett a lakosság egyre inkább befektetésnek tekinti az erre fordított összegeket. A magyar lakosság éves szinten közel 2254 milliárd forintot költ az egészségére, ennek több mint felét gyógyhatásúnak tartott termékekre, gyógyszerre, gyógyászati termékekre, egészségfejlesztésre, 381 milliárd forintot egészségügyi ellátásokra, 315 milliárd forintot egészséges étkezésre, míg 306 milliárd forintot az egészséges életmóddal kapcsolatos szolgáltatásokra (Lantos, 2011). Ez tehát felveti a prevencióra fordított összeg emelésének kérdését, kiegészítve a hatékonyabb kommunikációra való törekvéssel. Ha a lakosság tudatosan és hatékonyan tudná felhasználni az egészségére költött summát, akkor a betegségek kezelésére fordított összegek is csökkenhetnének.

Látható, hogy a gyógyulásra, a betegségek megelőzésére az állam és a lakosság is jelentős összegeket költ. Az állam sok esetben kényszerintézkedésekkel kívánja a lakosságot a helyes útra terelni. Ezen intézkedés-sorozathoz sorolható, hogy Finnország, Franciaország és Magyarország – az elhízás elleni küzdelem részeként – adót vetett ki az egészségtelen élelmiszerekre és italokra, melyek egyrészt az állami bevételeket hivatottak növelni, másrészt az étkezési szokásokat hivatottak megváltoztatni.

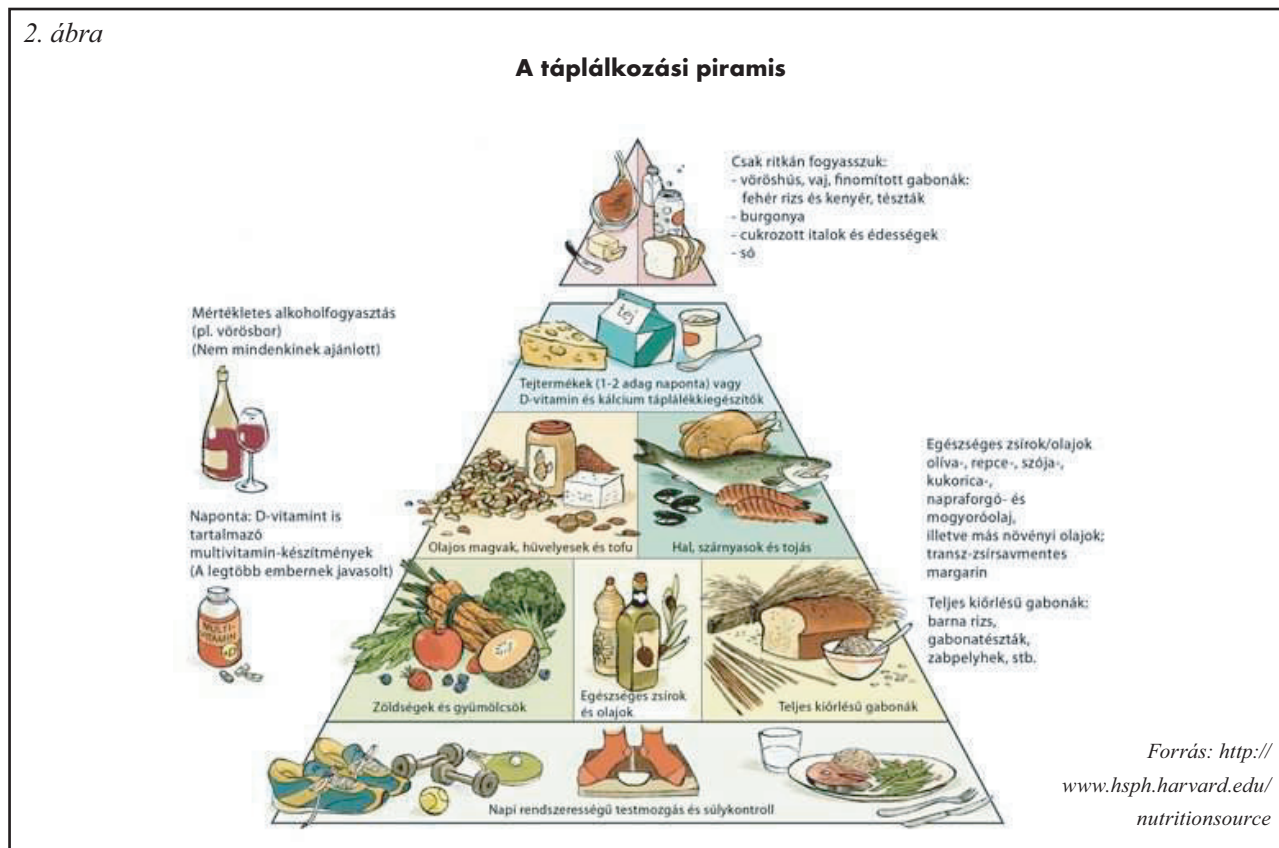
A táplálkozási ajánlások változásai

A táplálkozás életünk, életmódunk olyan eleme, mely közvetlenül befolyásolja egészségünket. Ez a megállapítás nemcsak a gyermekkori táplálkozásra igaz (még akkor sem, ha kétségtelenül egész életünkre kihat), hanem életünk végéig figyelniük kell arra, hogy mikor, mit és mennyit eszünk vagy iszunk.

Az étkezési kultúra és szokások az egyik legkorábban kialakuló magatartásforma, melyben – a személyes motívációk mellett – nagy szerephez jut a család, de a nemzeti hagyományok is meghatározóak. „A kedvezőtlen táplálkozási szokások, mint pl. a zsíros és tartósítószerrel „töltött” ételek fogyasztása, illetve a rendszertelen és egészségtelen táplálkozás” (Huszka, 2010) egy sor más tényezővel (pl. genetikai és környezeti örökségünk) karöltve jelentősen ronthatják életkilátásainkat.

A táplálkozási ajánlások az elmúlt években mind Európában, mind hazánkban számos változáson mentek keresztül. A változás legfőbb iránya, hogy az új, modernebb szemlélet szerint – melyet a WHO és a FAO 1996-ban közölt – a táplálkozási ajánlásoknak a mennyiség helyett a minőségen kell alapulniuk (Rodler et al.,

2. ábra



2005). A legfrissebb amerikai és nyugat-európai étkezési ajánlások szerint már semmilyen élelmiszert nem kell elvetnünk, csak ügyelnünk kell arra, hogy milyen mennyiségben, és még inkább arra, hogy milyen minőségben fogyasztjuk. Ez azt (is) jelenti, hogy *nincsen egészséges vagy egészségtelen termék – minden étel fontos a szervezet számára, ha azt mértékkel és más élelmiszerekkel összhangban vesszük fel étlapunkra.*

Az is nyilvánvaló, hogy korunk műszaki vívmányainak hatásai – mint például a tartósítószerrel „dúsított” félkész- és készételek, a génmódosított termékekből előállított termékek – csak több emberöltővel később válnak majd ismertté, ahogyan a korszerű, hatékony gyógyszeres kezelés egy-egy egyén életét meghosszabbítja ugyan, de késői következményeit esetleg szintén csak több generáció után észleljük (Huszka, 2010).

Szinte valamennyi, táplálkozással kapcsolatos kutatás hangsúlyosan felhívja a figyelmet arra, hogy a korszerű táplálkozás mellett rendkívül fontos az egészséges életmód, a rendszeres testedzés (Rodler, 2004). „Mindent összevetve egyfajta paradigmaváltásra lenne szükség ahhoz, hogy hatékonyan és valóban egészségünk szolgálatába állítva tudjunk részt venni tudatos egészségmegőrző programokon, és így formáljuk életünket. A szemléletváltás vonatkozik a kínálati és keresleti oldalra egyaránt” (Darabos, 2008). „A tápanyagcélok ún. populá-

ciós átlagos tápanyag-beviteli ajánlások, amelyek megtartása bizonyítottan csökkenti a betegségek kialakulásának kockázatát” (Rodler és Zajkás, 2004). *Konczosné és társai* – felsőoktatási hallgatók fogyasztói trendjeit vizsgálva – megállapították, hogy növekvő igény mutatkozik a wellness iránt, és „a hallgatók mint fogyasztók elvárásai mutatkoznak meg a sportolás, a szabadidős élménykeresést biztosító programok, az extrém sportok, az élet élvezése iránti igény növekvő jelentőségében” (Konczosné et al, 2010b: 192).

A legtöbb országban a táplálkozási szakemberek könnyen értelmezhető üzeneteket küldenek a fogyasztóknak. Ezen üzenetek többnyire valamilyen illusztrált formában jelennek meg, pl. piramis (USA), szivárvány (Kanada), pagoda (Kína), vagy hazánkban a ház. *Az egészséges élet alapját a testi-lelki harmónia, a rendszeres testmozgás és a táplálékok egymáshoz illő aránya adja meg (2. ábra).*

„A nagyüzemi, növényvédőkkel, műtrágyákkal szennyezett, globalizálódó mezőgazdaság látja el a tömegtermelésre és tömegfogyasztásra berendezkedett élelmiszeripart alapanyaggal. Az »ép testben ép lélek« filozófiának alapvető eleme azonban az egészséges táplálkozás. Jó volna ezért, ha minél több étterem venné fel kínálatába a wellness szolgálatába állított gasztronómiát. A biogazdálkodás és az ehhez köthető élelmi-

sztertermelés elterjedése egyelőre azonban messze nem mondható Földünkön általánosnak” (Darabos, 2008).

Az egészséges táplálkozás alapját a gabonafélék teszik ki. Ez az élelmiszercsoport, valamint a belőlük készült ételek jelentős energiaforrások. Az előzőekben említett piramis vagy ház oldalfalait (alapjait) – minél változatosabb formában – a zöldség- és főzelékfélék, valamint a gyümölcsök alkotják, teteje pedig húsból és húskészítményekből, valamint tejből és tejtermékekből épül fel (fontos, hogy az ajánlás szerint a burgonya nem számít zöldségfélének). Ezekből az élelmiszercsoportokból naponta több adagot kell elfogyasztani. A zsiradékban és cukorban gazdag élelmiszerek az ajánlásokban nem szerepelnek, ezért ezeket inkább hetente, vagy ritkábban fogyasszuk (Rodler, 2004). A táplálkozási piramis egyszerű és átlátható segítséget nyújt ahhoz, hogy egészséges étrendet állíthassunk össze. A korábbi ajánlásokkal szemben a legfontosabb különbség azonban az, hogy az egészségre jótékony hatású zsiradékok (pl. olívaolaj) fontosságát is hangsúlyozzák.

Csaknem mindegyik ajánlás legfőbb hibája, hogy túl általános. Nem tesz különbséget pl. a növényi és állati eredetű zsírok, a finom- és teljes kiőrlésű pékáruk között. A legújabb táplálkozási piramist a *Harvard Egyetem Közegészségügyi Intézetének* kutatói állították össze. Bár a piramis felépítése számos új elemet tartalmaz, azonban objektivitását tekintve dilemma merülhet fel, mivel az „egészséges” zsírok és olajok fogyasztását erőteljesen ajánlják, míg a tejtermékeket, különösen a vaját a ritkábban fogyasztandó kategóriába sorolják. E dilemma feloldására tekintsük át, hogy hazánkban milyen a tejtermékek fogyasztásának szakmai megítélése.

A tejfeleségek és tejkészítmények táplálkozási jelentősége

A tejtermékek a többi alapélelmiszer (húskészítmények, zöldségek és gyümölcsök, sütőipari termékek) közül is kiemelkedő jelentőségűek.

A tejtermékek az emberek egyetlen életszakaszában sem nélkülözhetőek. A tej és a tejtermékek pótolhatatlan szerephez jutnak az újszülöttek táplálkozásában, a gyermekek és fiatalok élelmiszerében, és szinte közhelyszámba megy az a tény, hogy a terhes nők és a szoptató anyák csak tejfogyasztással védhetik meg maguk és magzatuk egészségét. Az idősek táplálkozásában betöltött szerepük is alapvető.

A tej és a tejtermékek hagyományosan ismert, sokféle táplálkozásbiológiai előnye végül nem bizonyult elegendőnek az ellenük indított méltánytalan támadásokkal szemben. A *Keys-féle lipidelmélet* szerint az állati zsírok – közöttük a tejszír – koleszterintartalma és nagyobb telített zsírsavtartalma lenne felelős az érlemezésedésért

és az agyi érkatasztrófiáért. A tejszír elleni harc a tejtermékek imázsának gyengítését eredményezte, pedig a valóságban a tejtermékek nemhogy elősegítik, hanem éppen gátolják a magas vérnyomás kialakulását, ezáltal az agyi érkatasztrófiákat (Biró, 1997).

Ma a világon egy főre mindössze mintegy évi 97 liter tejfogyasztás jut. Ez az önmagában is csekély mennyiség területileg rendkívül egyenlőtlenül oszlik el. Európa fejlett nyugati részén nem ritka a 250–340 l/fő/év összes tejfogyasztás, szemben a kontinens keleti részén tapasztalható 100–200 literes értékkel. Az afrikai és ázsiai térségben a legtöbb ország esetében ez 15–50 liter között alakul.

A hazai tejtermék-fogyasztási cél megfogalmazásánál az egyik kiindulási támpont, hogy a „magyar néma járványként” minősített csontritkulás mögött álló 1:2 Ca:P aránynak az 1:1 ideálisra való kiegyenlítéséhez mintegy 260–270 kg/fő/év tejszírben kifejezett összes tejtermék-fogyasztásra lenne szükség. Ezen ideális cél elérésének realitása a közeli jövőben igen csekély (Szakály S., 2001, Szakály Z., 2011).

Tejtermékek a lakosság egészségének védelmében

A XX. század második felében a táplálkozástudományi kutatások olyan sok újszerű eredményt hoztak, melyekhez az emberiség történetének korábbi időszakokban felhalmozott megállapításai alig mérhetőek. E századvégi kutatások eredményei az élelmiszerekben fellelhető biológiailag aktív anyagok kimutatásával kapcsolatosak (Szakály S., 2001). Mint arra az előzőekben már részben utaltam, az elmúlt öt évtized legnagyobb tudományos vitái éppen a zsiradékok (állati zsírok és növényi olajok) táplálkozási megítélése körül zajlottak. A tejszírről a legújabb kutatások kiderítették, hogy egyik hosszú szénláncú telítetlen zsírsava nagyrészt konjugált formában van jelen, köszönhetően a kérődző állatok bendőmikroflórájának. Ez a gyakran *CLA* rövidített néven is szereplő konjugált linolsav a rák egyik legnagyobb ellenfele. A *CLA*-felvétel 70%-a tejtermékekből, 20%-a a kérődzők szöveti zsírjából, 10%-a pedig ezek felhasználásával készített élelmiszerekből származik. Más élelmiszerek ilyen bioaktív anyagokat nem, vagy csak nyomokban tartalmaznak (Varga, 2000, Szakály S., 2001, Szakály Z. 2011).

A *CLA*-n túl a tejszír egyik foszfolipoid anyaga, a *szfingomielin*, továbbá a sajtok érlelése során felszaporodó *vajsav*, végül pedig a tejszír gazdag *A-vitamin* és *β-karotin* tartalma ugyancsak hatékony a daganatos megbetegedések ellen. A tejszír, az abban gazdagabb teljes tej, de különösen a vaj fogyasztása tehát hatékonyan védi a szervezetet a rákbetegségektől. A konjugált linolsav-



nak további hatása az immunmodulálás, ami az immunrendszer védelmi kapacitásának szabályozott erősítését jelenti, de a testizom zsírintesítésében is közreműködik (Szakály S., et al., 2001, Szakály Z., 2011).

A rák elleni védelmen túl a tejsír ún. rövid szénláncú zsírsavai a gyermekeknél növekedési faktorok és általános baktériumgátlók. Általános élettani előnyként említhető, hogy a tejsír – a benne lévő vitaminokkal együtt – az ételzsírok közül a legkönnyebben emészthető, kíméli a májat és a hasnyálmirigyet. További újonnan feltárt bioaktív és élettanilag előnyös tejsír-összetevők az elenyésző transz-zsírsav tartalom, valamint az ideális omega-6 és omega-3 zsírsavarány (Szakály S., 2001).

A tejfehérjék és a tejcukor bioaktív anyagai

A tej alkotórészei közül a tejfehérjék a leggazdagabbak bioaktív alkotókban, ennél fogva hatásaik is sokfélék. A kazeinszármazékok közül a *kazomorfinek* ún. „jóérzést” kiváltó, fájdalomcsökkentő anyagok, a tej eredetű *savófehérjék* pedig együttesen erősítik az immunrendszert, valamint antioxidáns hatásúak. A tejfehérjék közül említést érdemelnek még a *glükomakropeptidek*, melyek gátolják a szívinfarktust (Szakály S., 2001). Az említett szerző kiemeli, hogy napjainkban már a tejfehérjék egész sorát ipari méretekben szintetizálják és alkalmazzák különböző készítmények, illetve funkcionális (egészségvédő) élelmiszerek gyártásához. A savófehérjéknek rákellenes és az A-vitamin felszívódását elősegítő hatásuk is van.

A hosszú ideig közönséges szénhidrát, csupán tejipari szintenyészetek tápanyagforrásának tekintett *tejcukor* táplálkozási jelentősége napjainkban rendkívül felértékelődött. Kutatások sora erősítette meg azokat a régebbi megfigyeléseket, melyek szerint a tejcukor elősegíti a kalcium, a magnézium, a foszfor és más ásványi anyagok felszívódását.

A magyar táplálkozási szokások következtében a táplálkozásbiológiailag optimális napi 1000–1000 mg *Ca*- és *P*-bevitellel szemben ugyanis a mai magyar étlapon – ahogyan korábban említettük – ezek az anyagok 1:2 arányban szerepelnek. A foszfortúlsúlyt csak tejtermékekkel tudnánk kiegyenlíteni, ehhez azonban a jelenlegi alacsony szintet legalább a kétszeresére kellene növelnünk. Így jelentősen javulna a csontritkulás kialakulásának valószínűsége, valamint – mivel a tejkalcium hatékonyan véd a hazánkban igen gyakori vastagbélrák ellen – ennek gyakorisága is csökkenne.

A tejcukor gátolja a májban a zsírlerakódást is. A tejcukorból részben a feldolgozás során (pl. ultrapasztörzés hatására), részben pedig a szervezetben *laktulóz* és a *laktitol* képződik, melyek az egészség megőrzésében

alapvető szerepet játszó probiotikumok (bélazonos tejsavbaktériumok) kizárólagos táplálékai. Ez elősegíti a bélflóra humánbarát mikroorganizmusainak elszaporodását (Szakály S., 2001, Szakály Z., 2009).

A tej bioaktív vitaminjai

A zsírban oldódó vitaminokat a tejsír élettani hatásaiban tárgyalásánál már érintettük, ezért itt a fontosabb vízben oldódó vitaminokat mutatjuk be. A tej gazdag *B2*- és *B12*-vitaminban, melyek napi szükséglete már 0,7, illetve 0,3 liter tejjel fedezhető. Az említett vitaminok fontos szerepet töltenek be a növekedés, a bőrregeneráció, illetve a vérszegénység leküzdésében. A közelmúltban vált ismertté a *folsav* és a hozzá csatlakozó egyéb vitaminok szerepe is a fehérje-anyagcserében.

Mint láthatjuk, a tejtermékek élettani hatása rendkívül kedvező, ezért kritikusan kell szemlélnünk minden olyan észrevételt, ami ennek ellenkezőjét állítja. Mindazonáltal el kell ismernünk azt a tényt, hogy a lakosság egy részében a tejtermékek kedvezőtlen allergiás reakciókat váltanak ki, vagyis ez esetben is tanácsos a mértékletesség, vagy talán helyesebb úgy fogalmaznunk, hogy a különböző élelmiszerfélések fogyasztásának mennyisége egymással is arányban kell, hogy álljon.

Összefoglalás

Felgyorsult világunkban az emberek étkezési szokásai is folyamatosan változnak, időről-időre újabb trendek tűnnek fel, melyeket az emberek akarva-akaratlanul követni kezdenek. Magyarországon a lakosság krónikus megbetegedéseinek kialakulásában – az életmód mellett – a táplálkozással összefüggő kockázatok meghatározó szerepet játszanak. A táplálkozás életünknek, életmódunknak olyan eleme, mely közvetlenül befolyásolja egészségünket. Az étkezési kultúra és szokások az egyik legkorábban kialakuló magatartásforma, melyben – a személyes motivációk mellett – nagy szerephez jut a család, de a nemzeti hagyományok is meghatározóak.

Jelen kutatás a közép-magyarországi régió 205 általános iskolai tanulójának táplálkozással kapcsolatos néhány attitűdjét mutatja be egy reprezentatív felmérés keretében. Az adatok kiértékelésére SPSS matematikai-statisztikai programot használtam.

Kulcsszavak: egészséges életmód, fogyasztási szokások, fogyasztási gyakoriság, táplálkozás, élelmiszerek

Abstract

In our accelerated world also the eating habits of people are constantly changing. From time to time new trends appear and people are beginning to follow these trends.



In Hungary, the healthy lifestyle is such a kind that begins to come in to vogue. But is this really true? Or is it just a smart trick of communication to increase the salesnumber of manufacturers' products? Nutrition is the element of our life and lifestyle that affects our health directly. Eating culture and customs are one of the earliest evolving attitudes, where personal motiva-

tions, family and national customs play mean role. This research is based on a representative research made among 205 people in the middle Hungarian region. Data and results were valued in the mathematicalstatistical program called SPSS.

Keywords: healthy lifestyle, consumption frequency, nutrition, foodstuff, consumers' customs

IRODALOM

- Berke Sz. (2003): *A funkcionális minőség összetevőinek fogyasztói megítélése állati eredetű alapélelmiszereknél*. Doktori értekezés, Kaposvár.
- Bíró Gy. (1997): „Szükséges és várható trendek a magyarországi táplálkozáspolitikában.” In: *Élelmezési Ipar*, 51(6):165–168.
- Böröndi F. N. (2012): *A fiatalok táplálkozási szokásainak vizsgálata a Dél-Dunántúlon*. Doktori értekezés. Kaposvár.
- Darabos F. (2008): „A környezeti hatások szerepe a wellness turizmusban.” In: *Apáczai Napok Tanulmányok*, Nyugat-magyarországi Egyetem, AK, 478–484.
- Ercsey, I. (2012a): „The roles of the perceived value in the evaluation of the subjective quality of life.” In: Monkevicius, A. (ed.): *Ethics, Sustainable Consumption and Other Current Challenges for Public and Non-Profit Marketing, Abstract Book*. pp. 29. 11th International Congress on Public and Non-Profit Marketing, June 14–15, 2012, Vilnius.
- Ercsey I. (2012b): *Észlelt érték szerepe a szubjektív életminőség vizsgálatában*. Marketing Oktatók Klubja 18. Országos Konferenciája, Miskolc. A konferenciához kapcsolódó CD.
- Finkelstein, E. A.–Kosa, K. M. (2003): „Use of incentives to motivate healthy behaviors among employees.” In: *Gender Issues*, 21(3):50–59.
- Halmy L. (2010): *Elhízás, avagy egy halálos népbetegség*. <http://www.lifenetwork.hu/lifenetwork/20100126-elhizas-mint-nepbetegseg>
- Huff, E.: „Obesity Will Cost U.S. \$344 Billion a Year in Health Care Costs.” In: *Natural News, Online edition* http://www.naturalnews.com/z027868_obesity_health_care_costs.html
- Huszka P. (2010): *A környezettudatos gondolkodás és szemlélet változása a nyugat-dunántúli régióban*. MTA Veszprémi Területi Bizottság Gazdaság-, Jog- és Társadalomtudományi Szakbizottsága–Komárom Város Önkormányzata, XIX. Komáromi Napok, Komárom, 2010. április 27. 235–248.
- Huszka P. (2009): *Néhány alapvető élelmiszer fogyasztási szokásainak vizsgálata a Dél-dunántúli régióban*. Marketing Oktatók Klubja 15. Országos Konferenciája, Kaposvár, 378–384.
- Józsa, L.–Makkos-Káldi, J.–Németh, Sz.: (2011) *Is 'domestic' better to buy? – Study on consumer ethnocentrism among students*. ANZMAC Conference, Perth
- Központi Statisztikai Hivatal (2010): *Egészségügyi kiadások 2003–2009. Statisztikai tükrök*. 4(121):1–5.
- Konczosné Szombathelyi M.–Kovácsné Tóth Á.–Zakariás G.–Budaházi J.–Dusek T.: (2010a) „A generációs marketing jelentősége egy felsőoktatási intézmény példáján.” In: Csépe A. (szerk.): *Új marketing világtrend*. Marketing Oktatók Klubja 16. Országos Konferenciája, Budapest, 800–811.
- Konczosné Szombathelyi M.–Kovácsné Tóth Á.–Zakariás G.–Budaházi J.–Dusek T. (2010b): „Nem csak a húszéveseké a világ”: az egészség/fittség/fiatalság trend és az »új idők generáció«-t célzó egyetemi marketingkommunikáció.” In: Kuráth G.–Pálfi M. (szerk.): *III. Felsőoktatási Marketing Konferencia. Konferencia CD*. Pécsi Tudományegyetem, Pécs, 188–199.
- Kulcsár É. (2004, 2005): *A serdülőkori fejlődés pszichológiai jellemzői*. Trefort Kiadó–ELTE PPK, Tanárképzési és Továbbképzési Központ, Budapest.
- Lantos Z. (2011): *Egészségmagatartás trendjei*. Előadás a VII. Nemzetközi Táplálkozásmarketing Konferencián, 2011. október 13., Budapest.
- Lehota J. (2001): *Élelmiszer-gazdasági marketing*. Műszaki, Budapest.
- Lore. V.–Bencsik. A. (2008): „The Role of Education System in Knowledge Transfer among Young People.” In: *Problems of Education in the 21th Century*, 136–144.



20. Puska, P.–Waxman, A.–Porter, D. (2003): *The global strategy on diet, physical activity and health*. World Health Organization, Genova.
21. Rodler I.–Bíró L.–Greiner E.–Zajkás G.–Szórád I.–Varga A.–Domonkos A.–Ágoston H.–Balázs A.–Vitray J.–Hermann D.–Boros J.–Németh R.–Kéki Zs. (2005): „Táplálkozási vizsgálat Magyarországon 2003–2004.” In: *Orvosi Hetilap*, 146:1781–1789.
22. Rodler I.–Zajkás G. (2004): „Az egészséges táplálkozásról.” In: *Hippocrates*, 6(1):aaa27–32.
23. Rodler I. (2005): *Élelmezés és táplálkozás-egészségtan*. Medicina, Budapest, 160–167.
24. Susanne Stöcklin-Meier (2003): *Ami az életben valóban számít – Az értékek közvetítése a gyermekek felé*. Deák és Társa Kiadó, Pápa.
25. Süle, E. (2009): „The Role of Time in the Supply Chain.” In: *Acta Technica Jaurinensis Series Logistics*, 2(3):326–336.
26. Süle E. (2012): „Az idő – mint az egyik legfőbb logisztikai hasznosság – társadalmi és gazdasági értékelése.” In: Egri Imre–Földesi Péter–Szegedi Zoltán (szerk.): *Logisztikai antológia*. Universitas–Győr Nonprofit Kft., Stúdium Kiadó, 217–239.
27. Szakály S. (szerk.) (2001): *Tejgazdaságtan*. Dinasztia, Budapest.
28. Szakály Z. (2009): Egészségmagatartás és funkcionális élelmiszerek: Hogyan vélekednek a hazai fogyasztók? In: *Élelmiszer, táplálkozás és marketing*, 6(1–2):9–18.
29. Szakály Z. (2011): *Táplálkozásmarketing*. Mezőgazda, Budapest.
30. Szócs R. S. (2011): *A fiatalok által fogyasztott néhány élelmiszeripari termék marketing és fogyasztóvédelmi szempontú vizsgálata*. Doktori értekezés, Debrecen.
31. Töröcsik M. (2007): „Food-trendek és vásárlói trendsorpotok.” In: *Acta Oeconomica Kaposvariensis*, Kaposvári Egyetem, Gazdaságtudományi Kar, 1(1–2):51–65.

Tisztelt Szerzőink!

Kérjük, hogy az *Egészségfejlesztés*be szánt írásait, az ábrákkal és a 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: 1096 Budapest, Nagyvárad tér 2.

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

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

E-mail: haromszekizs@gmail.com *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.

Fáradásukat köszöni és eredményes munkát kíván

a Szerkesztőbizottság



A fogamzásgátlással kapcsolatos ismeretek és a párkapcsolatról alkotott vélemények felmérése különböző iskolatípusokban

Rácz Patrícia védőnő-hallgató¹, Dr. Németh Anikó főiskolai docens²

¹Szegedi Tudományegyetem, Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar,
Preventív Egészségügyi Gondozás Tanszék

²Szegedi Tudományegyetem, Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar,
Egészségmagatartás és -fejlesztés Szakcsoport

Bevezetés

Sokan azt gondolnánk, hogy napjainkban a szexualitás egyre kevesebb és kevesebb problémát okoz, így csökkenő hangsúlyt kell fektetnünk a nevelő vagy felvilágosító céllal történő beszélgetésekre, pedig ez téves elképzelés. A szexualitás igen bensőséges és szenvedélyes kapcsolat, mely sokszor konfliktusokkal jár. Ez többek között a már gyermekkorban kialakult hibás magatartásformákra, a nem megfelelő kulturáltságra, vagy akár a tudatlanságra is visszavezethető. Mindezek a későbbiekben a partnerek gyors váltogatásához, akár egyéjszakás kalandokhoz is vezethetnek (1). A serdülőkben a párkapcsolatról, a szexualitásról számtalan kérdés merülhet fel, melyeket leggyakrabban barátaikkal beszélnek meg. Szüleikhez csak ritkán fordulnak, akkor is leginkább a lányok, hiszen szégyellik problémáikat, és félnek attól, hogy nem kapnak támogatást. Gyakori, hogy kérdéseikkel senkihez sem fordulnak (2).

A diákok tizenéves korukra már ismerik a nemi szervek felépítését, működését és hormonális sajátosságait, viszont a fogamzás természetes módjáról, a fogamzásgátlásról, valamint a szexuális úton terjedő betegségekről hiányosak az ismereteik (3).

A szexuális úton terjedő betegségek megelőzése szempontjából elengedhetetlen a védekezés, hiszen a serdülők

esetében nem ritka jelenség a partnerek gyakori váltogatása. Egy felmérésből kiderül, hogy a magyar serdülő fiúk 85%-a, a lányok 72%-a használ óvszert (4). Egy pécsi felmérés szerint a 9. és 11. évfolyamos osztályokban a diákok 40,6%-a létesített már szexuális kapcsolatot. A fiúk majdnem 40%-a 14 évesen vagy korábban élte meg első nemi aktusát. A lányoknál ez 25%-os arányt mutatott (5). Egy másik felmérésben a 11. évfolyamos válaszadók közül 52,7% élt rendszeres szexuális életet, míg a kilencedikesek körében ez az arány 27,9% volt (6).

Az iskolatípus nagymértékben befolyásolja a szexuális aktivitást. Jellemző, hogy a szakmunkásképzésben résztvevők fiatalabb életkorban kezdik a nemi életet, számukra a testi érettség az elsődleges szempont. A gimnazisták majdnem 91%-a szerint a testi és lelki érettség együttesen szükséges a nemi élet megkezdéséhez (7). Nem ritka egyéjszakás kalandok preferálása sem (8).

Külföldi kutatások is a szexuális élet korai megkezdését igazolják: a 9. évfolyamos fiúk 27%-ának, a lányok 34%-ának már volt legalább egy szexuális kapcsolata (9). A szexuális élet korai megkezdése gyakran alkoholfogyasztással és/vagy dohányzással függ össze (10). Egy spanyol felmérésből kiderül, hogy az ottani serdülők is átlagosan 15 évesen kezdik a nemi életet, az első együttlétkor leggyakrabban óvszert használnak. Jellemzőek

LEVELEZÉSI CÍM:

Rácz Patrícia, E-mail: racz.patricia@gmail.com

Dr. Németh Anikó, Szegedi Tudományegyetem, Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Egészségmagatartás és -fejlesztés Szakcsoport. Postacím: 6726 Szeged, Temesvári krt. 31. Telefon: +36-62-341-814. E-mail: nemetha@etszk.u-szeged.hu

1. táblázat

**Az ismeretség időtartama a nemi aktus létesítéséig
(N = 112)**

Mennyi ideje kell valakit ismerned ahhoz, hogy lefeküdhess vele?	Gimnázium (fő)	Szakiskola (fő)
Már az első találkozásnál megtörténhet	8	11
1–2 hete	7	21
Több hónap után, mivel fontos, hogy megismerjem	35	23
Nem válaszolt	1	0
Egyéb	6	0

az egyéjszakás kalandok, illetve a szexuális együttlétek alkalmával történő alkoholfogyasztás (11).

Vizsgálatunk célja annak felmérése és összehasonlítása volt, hogy a serdülők milyen ismeretekkel rendelkeznek a fogamzásgátló módszerekkel kapcsolatosan, mely módszereket részesítik előnyben, mit gondolnak a párkapcsolatok jelentőségéről, illetve ezen kérdésekben vannak-e különbségek a gimnáziumi és a szakiskolai tanulók között.

Feltételeztük, hogy a szakiskolában tanuló serdülők kevésbé ismerik a számukra ideális fogamzásgátló-fajtákat, kevésbé kérik szakemberek véleményét, mint gimnazista társaik. Feltételeztük továbbá, hogy a stabil párkapcsolatban megkezdett szexuális életet inkább a gimnáziumban tanulók preferálják.

Minta és módszer

A kutatás 2014 szeptemberében, saját szerkesztésű, önkitöltős kérdőívvel történt a *Kiskunhalasi Református Kollégium Szilády Áron Gimnáziuma* és a *Vári Szabó István Szakközépiskola, Szakiskola és Kollégium* 10–11. évfolyamában. A mintaválasztás nem véletlen valószínűségi mintavétellel, ezen belül koncentrált kiválasztással történt. A felmérést az iskolák igazgatói engedélyezték. A 120 db kiosztott kérdőívből 112 db bizonyult értékelhetőnek, 57-et gimnazisták, 55-öt szakiskolások töltek ki. Az adatelemzést SPSS 19.0 for Windows statisztikai programmal, χ^2 -próbatelével, független kétmintás T-tesztel (F-próbatelével) végeztük. A szignifikanciaszint kritériumhatára $p < 0,05$.

Eredmények

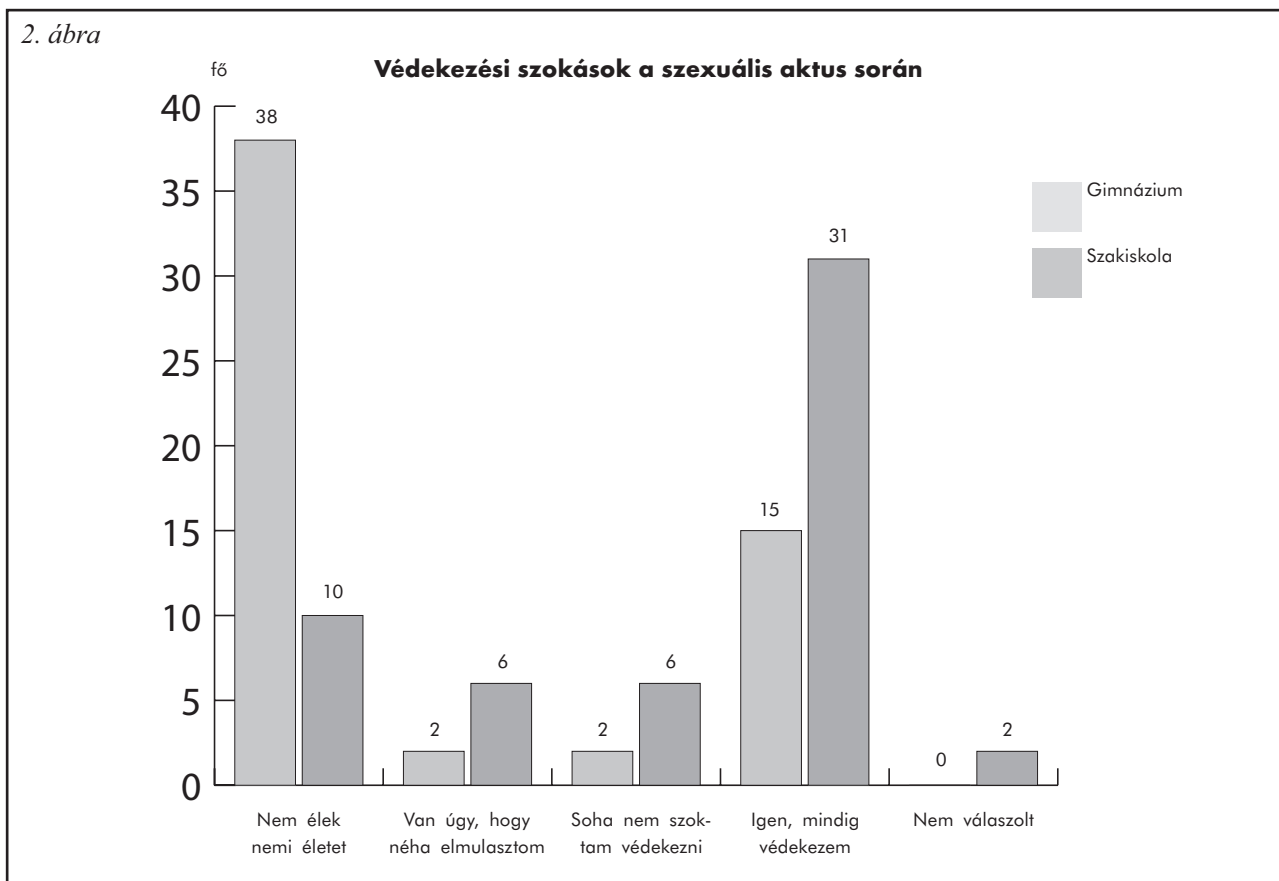
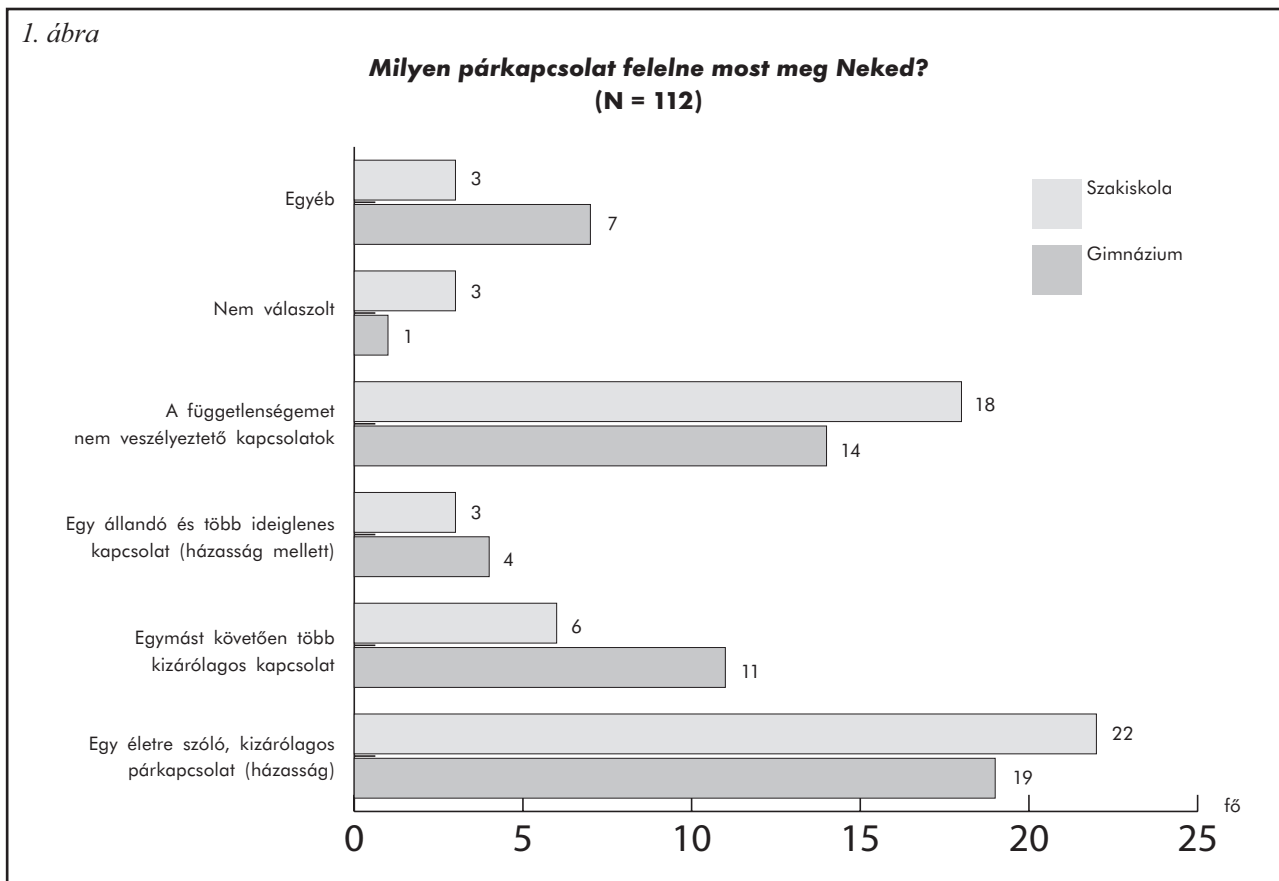
A 112 fő válaszadó közül 59 lány és 51 fiú volt. A válaszadók átlagéletkora 16,88 év (SD = 1,132), a gimnazistáké 16,67 év (SD = 0,476), a szakiskolásoké 17,09 év volt

(SD = 1,519). A szakiskolában tanuló fiúk átlagéletkora 17,72 év (N = 32; SD = 1,301), a gimnazista fiúké 16,71 év (N = 21; SD = 0,463) volt, a szakiskolában tanuló lányok átlagéletkora 16,22 év (N = 23; SD = 1,380), a gimnazista lányoké 16,64 év (N = 36; SD = 0,487) volt.

A gimnazista válaszadók 64,3%-a (36 fő) még nem veszítette el szüzességét, a szakiskolásoknál ez az arány 23,6% (13 fő), a különbség jelentős ($p < 0,001$). A szakiskolás fiúk átlagosan 14,69 évesen (N = 26; SD = 1,517), a gimnazisták 15,44 évesen (N = 9; SD = 0,527), a szakiskolás lányok átlagosan 15,21 évesen (N = 14; SD = 0,975), a gimnazisták pedig 16 évesen veszítették el szüzességüket (N = 11; SD = 0,447). Az eltérés az átlagéletkorokban és a szüzesség elvesztésének életkorában a két iskolatípus között nem jelentős.

Az első párkapcsolat – mely nem feltétlenül járt nemi aktussal – átlagosan 13,9 évesen történt. A szakiskolásoknál átlagosan 13,86 évesen (N = 42; SD = 1,816), a gimnazistáknál 13,95 évesen (N = 39; SD = 1,877), az eltérés nem jelentős ($p = 0,824$; $t = -0,223$). A szakiskolás fiúk első párkapcsolata átlagosan 13,93 évesen (N = 28; SD = 1,961), a gimnazista fiúké 13,5 évesen volt (N = 18; SD = 2,431) ($p = 0,514$; $t = 0,658$). A szakiskolás lányok első párkapcsolata átlagosan 13,71 évesen (N = 14; SD = 1,541), a gimnazista lányoké 14,33 évesen volt (N = 21; SD = 1,155) ($p = 0,183$; $t = -1,359$). 11 szakiskolás és 12 gimnazista tanuló válaszolta azt, hogy még nem volt párkapcsolata. Mindkét iskolában 2–2 fő nem válaszolt a kérdésre. A felmérés időpontjában 40 gimnazistának és 29 szakiskolásnak nem volt párkapcsolata ($p = 0,112$).

Vizsgáltuk az egyéjszakás kalandokkal kapcsolatos véleményeket is. A szakiskolások közül 24 főnek, a gimnazisták közül 11 főnek volt már ilyen jellegű kalandja, míg ezzel kapcsolatban 23 gimnazista és 17 szakiskolás teljesen elutasító volt. A vélemények között nincsen szignifikáns különbség ($p = 0,064$).



2. táblázat

**A védekezésre használt módszerek a válaszadók körében
(N = 60)**

A választott védekezési módszer	Gimnázium (fő)	Szakiskola (fő)
Óvszer	16	30
Tabletta	5	10
Megszakításos közösülés	2	2
Hőmérőzés	1	0
Nem válaszolt	34	18
A fiúnak kell védekeznie	1	0
Nem élt még nemi életet	0	1
Helyi fogamzásgátlás	1	0

Az 1. táblázatból jól látszik, hogy a szakiskolások inkább vélik úgy, hogy nem kell régóta ismerni valakit ahhoz, hogy nemi kapcsolatot létesítsenek vele ($p < 0,001$). Egyéb válaszlehetőséget csak a gimnazisták jelöltek: 4 fő több évet, egy-egy fő egy hónapot, illetve azt, hogy „*amikor mindkét félnek jól esik*”.

A válaszadók közül sokan szeretnének *életreszóló, kizárólagos párkapcsolatot (házasság)*, 19 gimnazista és 22 szakiskolás tanuló jelölte ezt a válaszlehetőséget. 4 gimnazista és 3 szakiskolás jelölte azt, hogy jelenleg *egy állandó és több ideiglenes kapcsolat (házasság mellett)* lenne ideális. Sokan nem szeretnének elköteleződni, 14 gimnazista és 18 szakiskolás serdülő válaszolta azt, hogy a függetlenségüket nem veszélyeztető kapcsolatok felelnének meg számukra. Egyéb válaszok voltak: *mind-egy, milyen a kapcsolat, csak legyen valakije; alkalmi kapcsolat; tartósabb kapcsolat; harmonikus kapcsolat házasság nélkül; élettárs*; 1 fő nem tudott dönteni ebben a kérdésben (1. ábra). A két iskolatípus válaszai közötti eltérés nem jelentős ($p = 0,453$).

A 2. ábrán látható, hogy lényeges eltérést tapasztaltunk a két vizsgált iskola tanulói közötti aktív nemi életben ($p < 0,001$). A kérdőív kitöltésének időpontjában a gimnáziumban tanulók közül 38-an nem éltek nemi életet, míg a szakiskolások közül csupán 10 fő. A gimnazisták közül 2 fő, a szakiskolában tanulók közül pedig 6 fő jelölte válaszként, hogy néha elmulasztják a védekezést. Ugyanezt a választ kaptuk a „*soha nem szoktam védekezni*” válaszlehetőségre is. A gimnáziumban 15 fő, a szakiskolában 31 fő jelölte be, hogy az aktusok során mindig védekezik.

Az eredmények alapján látható, hogy a válaszadók többsége rendszeresen védekezik. Nyitott kérdés formájában arra is kíváncsiak voltunk, hogy milyen módszer-

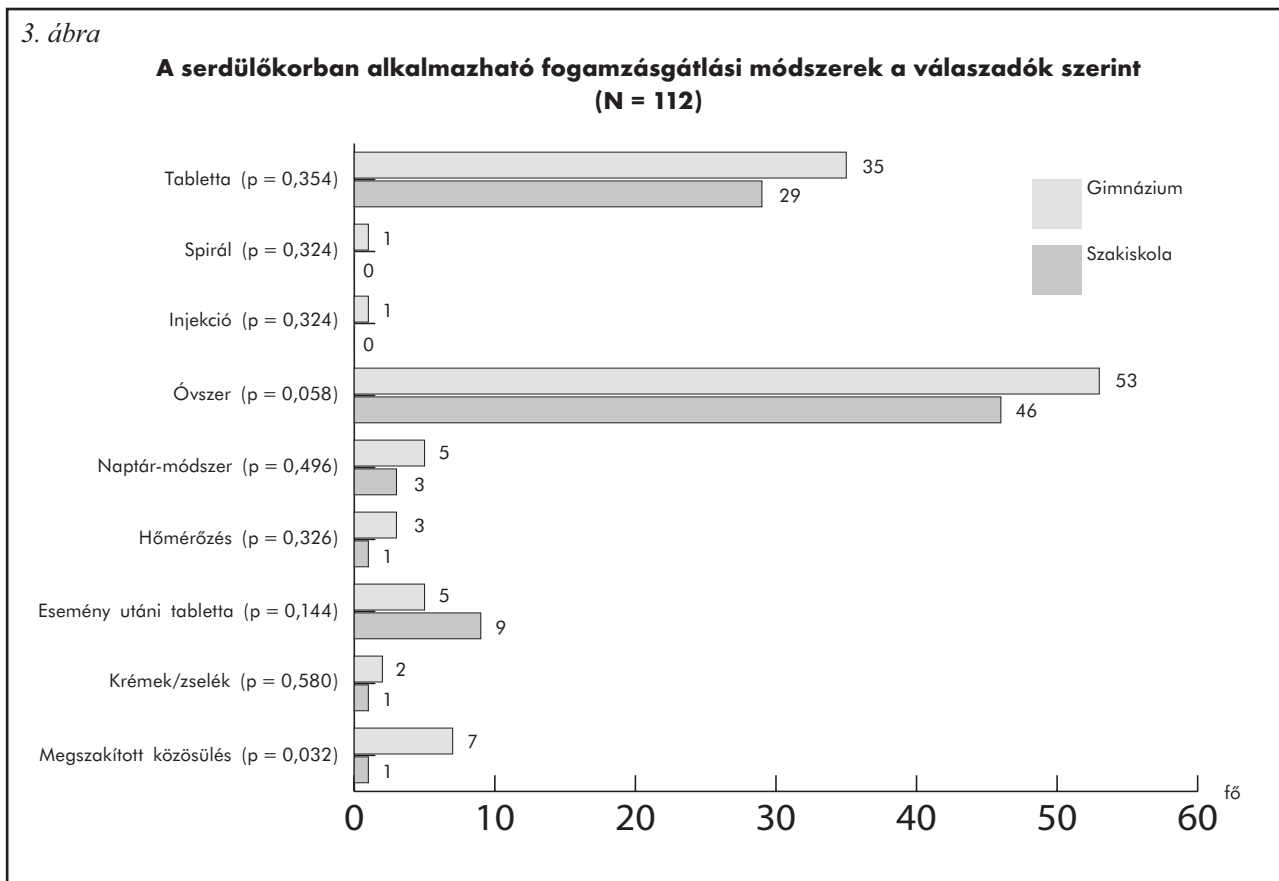
rel – legtöbben az *óvszert* választották, ezt a gimnáziumban 16, a szakiskolában 30 tanuló jelölte meg. A *fogamzásgátló tablettát* 5 gimnazista és 10 szakiskolás preferálja. A *megszakított közösülést* mindkét iskolatípusban ketten választották, míg 34 gimnazista és 18 szakiskolás tanuló nem válaszolt erre a kérdésre (2. táblázat).

Mindkét iskolatípusból 49–49 fő jelölte, hogy a nemi aktusok során *a védekezés mindkét fél feladata*. Két szakiskolás úgy gondolja, hogy *senkinek nem kell védekeznie*, négy szakiskolás és nyolc gimnazista szerint pedig *csak a férfi dolga a védekezés*. A különbség a két iskolatípus válaszai között nem jelentős ($p = 0,192$).

A „*Véleményed szerint serdülőként melyik fogamzásgátlási módszert alkalmazhatod?*” kérdéssel vizsgáltuk, hogy a fiatalok tisztában vannak-e azzal, hogy számukra mely fogamzásgátlási módszerek a legajánlottabbak. Az összegzett válaszok alapján megállapítható, hogy – egy válasz kivételével – itt sem figyelhető meg az iskolák közötti jelentős eltérés. 35 fő gimnazista és 29 fő szakiskolás tanuló vélte úgy, hogy a *tabletta* alkalmazható módszer ($p = 0,354$). Az *óvszert* 53 gimnazista és 46 szakiskolás serdülő jelölte meg helyes válaszként ($p = 0,058$). Utolsó válaszlehetőségként a *megszakított közösülés* szerepelt, melynél jelentős ($p = 0,032$) eltérés volt megfigyelhető az iskolák között (3. ábra).

A megkérdezett serdülők döntő többsége szerint az *óvszer* véd a nemi úton terjedő betegségekkel szemben, bár a szakiskolában tanulók kevésbé gondolják így ($p = 0,033$). A gimnazisták közül 4 fő hiszi ugyanezt a spirálról ($p = 0,045$), a szakiskolások közül pedig 17 fő a fogamzásgátló tablettáról ($p = 0,031$) (4. ábra).

Nyitott kérdéssel mértük fel, hogy melyek azok a fogamzásgátlási módszerek, melyek kifejezetten nem ajánlottak a serdülő korosztály számára. A kérdésre összesen



78 fő válaszolt, a két iskolatípus válasza között a *megszakított közösülés* esetében jelentős eltérés ($p = 0,001$) figyelhető meg. A serdülőknek ajánlott *tablettát* és *óvszert* is többen írták válaszként (5. ábra).

Jellemző a válaszadókra, hogy többségük *barátnőjével/barátjával* beszél meg szexuális életét, a gimnazisták közül 48, míg a szakiskolások közül 30 fő válaszolta ezt. A különbség a két iskolatípus között jelentős ($p < 0,001$). Második helyen a *szülő*t (20 gimnazista és 12 szakiskolás), majd harmadik helyen az *osztálytársat* jelölték meg (12 gimnazista és 5 szakiskolás). Válaszként megjelentek még a *nagyobb testvér* (15 esetben), a *nőgyógyász* (9 esetben), a *védőnő* (3 esetben) és a *tanár* (2 esetben).

Jellemző, hogy a *fogamzásgátlással kapcsolatos szülői segítségnyújtás* nagy eltérést mutat ($p = 0,043$), míg a gimnazisták közül 32 fő kapott szülői tanácsot, a szakiskolások közül csak 19 fő. A *védőnői segítséget* 30 gimnazista és 13 szakiskolás jelölte meg ($p = 0,003$), *nőgyógyásztól* pedig jelentősen több szakiskolás, mint gimnazista tanuló kapott segítséget ($p = 0,034$). Az egyéb válaszok között a *senki*, *osztálytárs*, *nagyobb testvér*, *nagynéni*, *élettárs*, *televízió* jelentek meg (6. ábra).

Fontosnak tartottuk azt is megvizsgálni, hogy ha egy serdülőnek a fogamzásgátlással kapcsolatban kérdése adódik, kihez fordulhat tanácsért. A gimnáziumban ta-

nulók szignifikánsan gyakrabban kérnek segítséget *szüleitől* ($p = 0,001$), *barátnőjüktől/barátjuktól* ($p = 0,006$), a *védőnőtől* ($p = 0,046$), illetve *aktuális partnerüktől* ($p = 0,027$), mint szakiskolások társaik. A szakiskolásoknál jelentősen gyakrabban fordul elő, hogy senkitől sem kérnek segítséget ($p = 0,025$) (7. ábra).

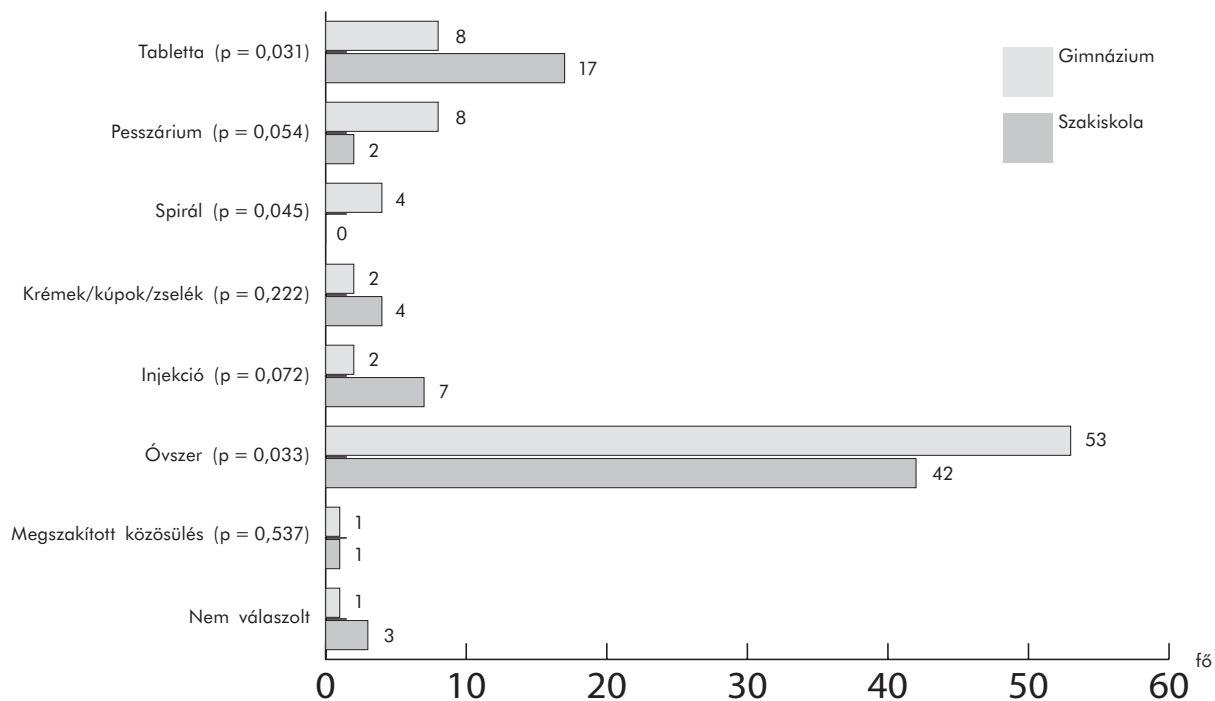
Következtetések

Felmérésünkben levonható az a következtetés, hogy a vizsgálatunkban szereplő, 10–11. osztályos szakiskolások fiúk 14–15 éves koruk között, míg a gimnazista fiúk átlagosan 15 éves koruk után kezdenek nemi életet élni. A két iskolatípus tanulóinak között a lányoknál is megfigyelhető ez a különbség. Jelentős az eltérés a szüzességüket már elveszítettek arányában is: a gimnazistáknak csupán 35,7%-a, míg a szakiskolásoknak 76,4%-a veszítette már el szüzességét. Más felmérések is bizonyították, hogy a szakiskolában tanulók fiatalabb életkorban kezdenek szexuális életet élni (5,12).

Az első párkapcsolatra – mely nem feltétlenül jár a szüzesség elvesztésével – átlagosan 14 éves kor előtt került sor, ebben nincsen jelentős eltérés a két iskolatípus tanulóinak között. Az egyéjszakás kalandokat a szakiskolások tanulóik preferálják jobban, a gimnazisták inkább elutasí-

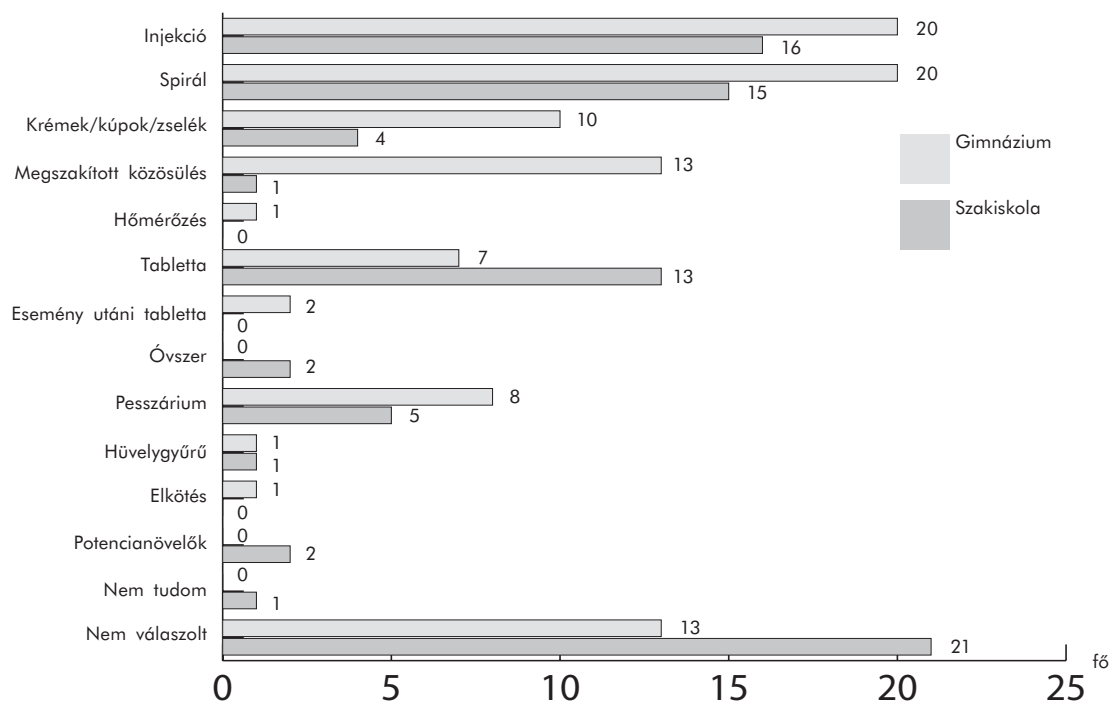
4. ábra

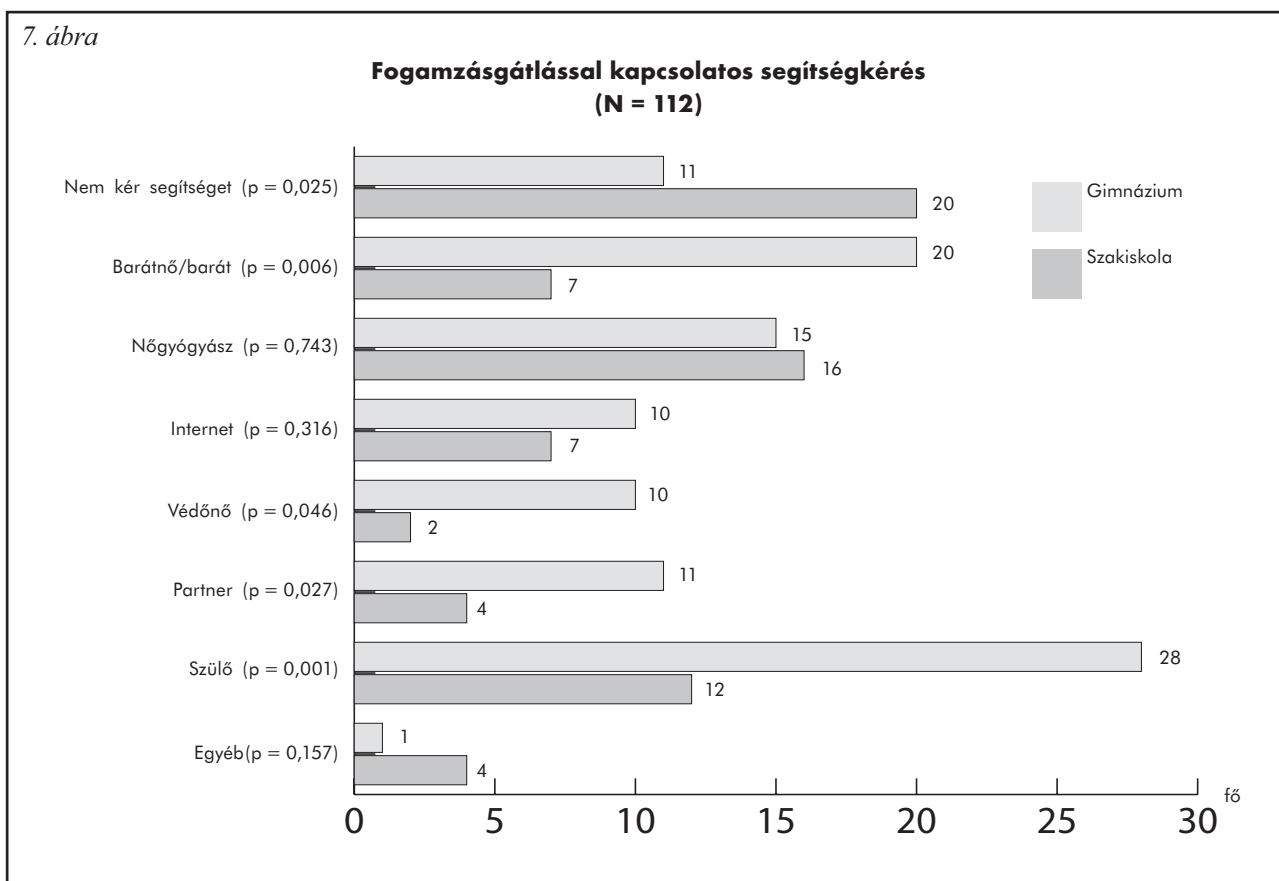
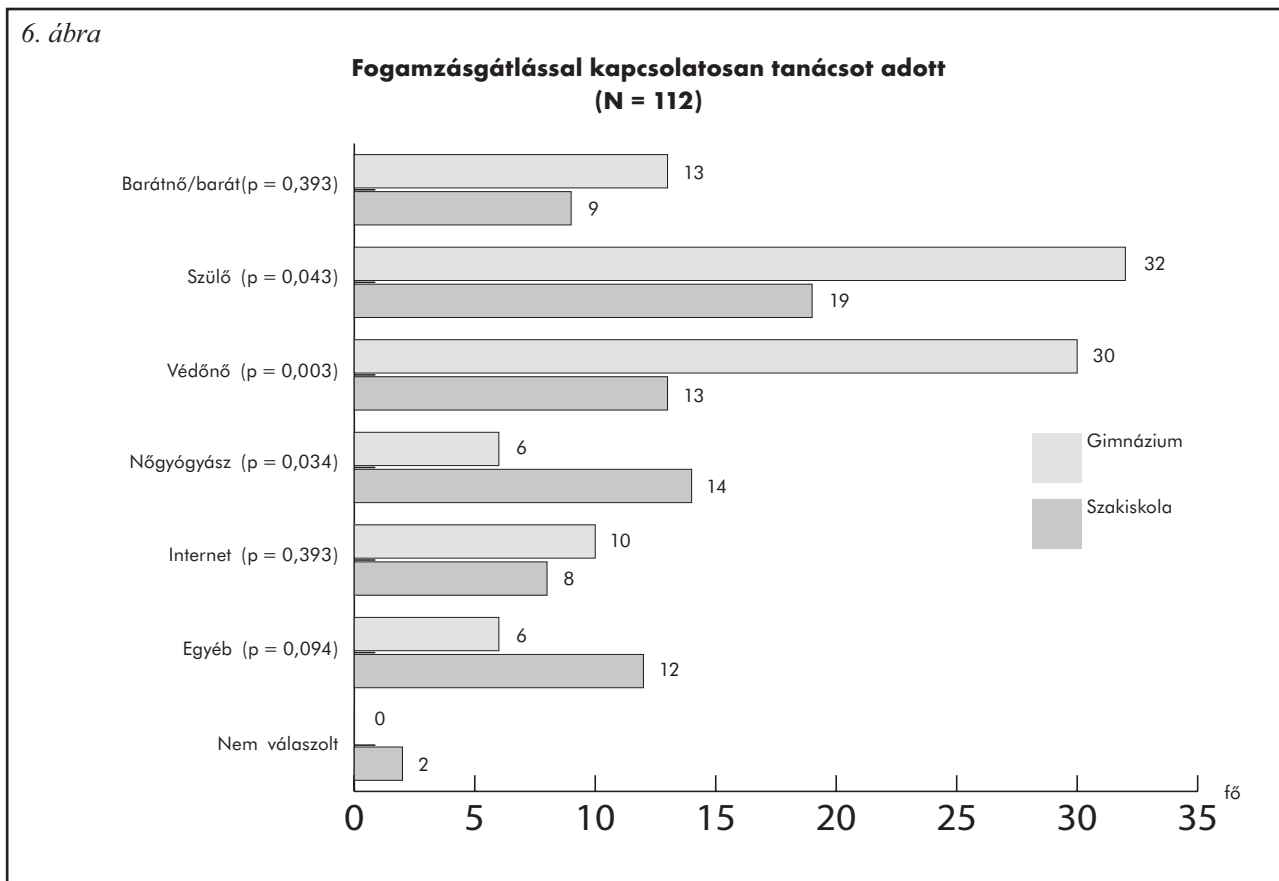
Mely fogamzásgátlási módszerek védenek a nemi úton terjedő betegségektől?
(N = 112)



5. ábra

A serdülő korosztály számára kifejezetten nem ajánlott fogamzásgátlási módszerek
(N = 78)







tóak. A szakiskolások jelentősen gyakrabban gondolják úgy, hogy nem kell valakit régóta ismerniük ahhoz, hogy szexuális kapcsolatot létesítsenek vele. Mindkét iskolatípusban a válaszadó serdülők többsége a kizárólagos párkapcsolatot helyezi előtérbe.

Az együttlétek alkalmával többségük védekezik, leggyakrabban *óvszerrel*, illetve a lányok *fogamzásgátló tablettával*, és úgy is gondolják, hogy ez a két védekezési mód leginkább ajánlott számukra. Más vizsgálatok is ezen két védekezési mód gyakori alkalmazásáról számolnak be, hiszen serdülők számára a nemi betegségek és a terhesség elkerülésére ezek a legajánlottabb módszerek (6,13). A válaszadók többsége szerint *a védekezés mindkét fél feladata*. A gimnazisták közül jelentősen többen gondolják úgy, hogy számukra a *megszakított közösülés* is alkalmazható fogamzásgátlási módszer, bár egy következő kérdésnél éppen ők voltak azok, akik jelentősen gyakrabban jelölték, hogy ez a módszer számukra kifejezetten nem ajánlott, tehát itt jelentős ellentmondás figyelhető meg.

A megkérdezett serdülők döntő többsége szerint az óvszer véd a nemi úton terjedő betegségekkel szemben, bár a szakiskolás válaszadók kevésbé gondolják így. Egyes fogamzásgátlási módszerek nemi betegségekkel szembeni védő hatásáról a válaszok között téves információk is megjelentek, hiszen a gimnazisták közül jelentősen többen gondolják, hogy a spirálnak, a szakiskolások közül pedig, hogy a fogamzásgátló tablettának van ilyen hatása.

Szexuális életüket leggyakrabban mindkét iskolatípus tanulói *barátjukkal*, *barátnőjükkel* beszél meg, második helyen a *szülők*, harmadik helyen az *osztálytársak* állnak. A szakembereket (*védőnő*, *nőgyógyász*) alig jelölték meg. Más felmérések is a barátok, kortársak fontosságát tárták fel, míg a szülők és a szakemberek (tehát a tapasztaltabb személyek) szerepe nem jelentős (8,12).

A fogamzásgátlással kapcsolatban viszont elmondható, hogy a gimnáziumba járó diákok jelentősen gyakrabban kérnek és kapnak segítséget szüleiktől, illetve a védőnőtől, itt a barátok csak a harmadik helyen szerepelnek. Nőgyógyásztól jelentősen több szakiskolás, mint gimnazista kapott segítséget, ami pozitív eredmény, hiszen a serdülők egy tapasztalt szakembertől érdeklődnek a fogamzásgátlási módszerekről, mely így biztonságosabb, pontosabb használatot eredményezhet. Az eredményekből az is látható, hogy a szakiskolások inkább senkitől sem kérnek segítséget, mely aggasztó eredmény, hiszen számukra is fontos lenne a szakembertől kapott, illetve szülői segítség.

Eredményeink birtokában fontosnak tartjuk az iskolai szexuális egészségnevelés jelentőségének növelését, hogy a serdülők szakemberektől (védőnő, nőgyógyász) kapjanak megfelelő tanácsokat a számukra alkalmazható védekezési formák használatáról, hiszen a nemi beteg-

ségek, a nem kívánt terhesség megelőzése csak szakszerűen alkalmazott fogamzásgátlási módszerek ismeretével és használatával valósulhat meg. Különösen fontos lenne a szakiskolában tanulók ismereteinek bővítése, szexuális magatartásuk javítása, mivel más kutatások eredményei is azt bizonyították, hogy a szexualitás terén gyakrabban rendelkeznek hiányos tudással (5,14).

Összefoglalás

A serdülőkor nehéz, kihívásokkal teli időszak, mely során a párkapcsolatot és a szexualitást illetően számtalan kérdés, probléma merülhet fel. Vizsgálatunk célja annak felmérése és összehasonlítása volt, hogy a serdülők milyen ismeretekkel rendelkeznek a fogamzásgátló módszerekkel kapcsolatban, mely módszereket részesítik előnyben, mit gondolnak a párkapcsolatok jelentőségéről, illetve ezen kérdésekben vannak-e különbségek a gimnáziumi és a szakiskolai tanulók között. Vizsgáltuk továbbá azt is, hogy a fogamzásgátlással kapcsolatban milyen mértékben kéri szakember segítségét.

Az eredmények birtokában elmondható, hogy a gimnáziumi tanulók később kezdik a szexuális életet, és az egyéjszakás kalandokkal kapcsolatban elutasítóbbak. A szakiskolás tanulók inkább úgy gondolják, hogy a nemi aktus létesítéséhez nem szükséges stabil párkapcsolat. A szexuális együttlétek alkalmával a válaszadók döntő többsége óvszerrel, illetve fogamzásgátló tablettával védekezik, viszont a fogamzásgátlási módszerek nemi betegségekkel szembeni hatékonyságáról téves információik vannak. A felmérésben szereplő serdülők szexuális életüket inkább barátaikkal beszél meg, de ha a fogamzásgátlással kapcsolatban kérdésük adódik, a gimnazisták szüleiket vagy a védőnőt kérdezik. A szakiskolásokra inkább jellemző, hogy senkitől sem kérdeznak.

Összességében megállapítható, hogy a serdülők a számukra ajánlott fogamzásgátlási módszereket ismerik, használják, de vannak téves információik is. A fogamzásgátlással kapcsolatos kérdéseikkel főként a gimnazisták merik szüleiket vagy a védőnőt felkeresni.

Kulcsszavak: serdülők, párkapcsolat, fogamzásgátlás, segítségkérés

Summary

Adolescence is a difficult and challenging period for children with countless questions and problems mostly regarding love and sexuality. The aim of the study was to assess the knowledge and preference of contraception methods and the attitudes towards relationships among teenagers and to compare these of students attending grammar school and technical college. It was also investigated whether they ask for an expert's opinion about cont-





FELMÉRÉSEK

reception. According to our results grammar school students are older at the time of the first intercourse and them more dismissive with one night stands. Technical college students are more prone to think that no solid relationship is needed to initiate a sexual encounter. The majority of the responders use condoms or pills, although they have some incorrect information concerning the affectivity of contraception methods against STDs. The enrolled adolescents usually discuss their sexual lives with their

friends. Grammar school student ask district nurses or their parents about contraception more frequently, while technical college students usually discuss this topic with no one. To sum up, the adolescents know the contraception methods, although they some false information. Grammar school students seek help by the district nurses or their parents more frequently.

Key words: adolescents, relationship, contraception, help seeking

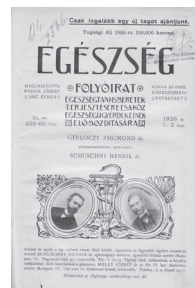
IRODALOM

1. Szilágyi V.: *Szexualpszichológia*. Budapest, Medicina, 2006.
2. Buda B.–Szilágyi V.: *Párválasztás*. Budapest, Gondolat, 1988.
3. Simich R.–Fábián R. (2011): „Fiatalok szexuális magatartása.” In: *Védőnő*, 21(3):10–14.
4. Aszmann A.–Németh Á.–Kököneyi Gy.–Várnai D.–Páll G.–Szabadi I.–Sebestyén E.: *Serdülőkorúak egészsége*. www.ogyei.hu/upload/files/Serdulokoruak%20egeszsege.ppt letöltés: 2014.04.11.
5. Jäger A.–Tigyi Z. (2013): „Szexuális magatartás vizsgálata középiskolások körében.” In: *Egészség-Akadémia*, 4(1):50–58.
6. Németh Á.–Aszmann A.–Kovacsics L.–Kököneyi Gy.–Örkényi Á.–Páll G.–Sebestyén E.–Várnai D.–Zakariás I.: *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja*. http://www.ogyei.hu/anyagok/HBSC_kutatasi_jelentes_2007.pdf Letöltés: 2014.07.09.
7. Lajkó A.–Nagy B.K.–Németh A. (2014): „Az első szexuális élmény jelentősége serdülőkorban.” In: *Védőnő*, 24(1):16–21.
8. Csatlós R.–Pukánszky J.–Németh A. (2014): „Szülői nevelés hatása a serdülők szexuális magatartására.” In: *Védőnő*, 24(4):14–18.
9. Lavikainen, H.M.–Lintonen, T.–Kosunen, E. (2009): „Sexual behavior and drinking style among teenagers: a population-based study in Finland.” In: *Health Promotion International*, 24(2):108–119.
10. Jeremic, V.–Matejic, B.–Soldatovic, I.–Radenovic, S. (2014): „Early sexual initiation and risk factors in Serbian adolescents: Data from the National Health Survey.” In: *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 19, 211–219.
11. Teva, I.–Bermúdez, P.–Buela-Casal, G. (2009): „Characteristics of sexual behavior in Spanish adolescents.” In: *The Spanish Journal of Psychology*, 12(2):471–484.
12. Aszmann A. (szerk.): *Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása – „Nemzeti Jelentés” 2002*. http://www.ogyei.hu/upload/files/nemzeti_jelentes_2003.pdf Letöltés: 2014.02.27.
13. Gritz A. (2008): „Serdülő fiatalok szexuális kultúrájának felmérése és szex-edukációs programjai Budapest XVII. kerületében.” In: *Egészségfejlesztés*, 49(5–6):19–25.
14. Csatlós R.–Pukánszky J.–Németh A. (2014): „Középiskolás tanulók szexuális magatartásának vizsgálata.” In: *Egészségfejlesztés*, 55(3):11–17.





Az „Egészség” című folyóirat (Egészségtani ismeretek terjesztésére s a közegészségügy érdekeinek előmozdítására, szerkesztő: Dr. Fodor József, kiadó: Országos Közegészségügyi 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.



Már 117 éve megalapozták az iskolai testnevelés helyes koncepcióját

A tanórák közé ékelt tornajáték káros hatásáról

Óbányainé Németh Zsuzsanna, egyetemi hallgató

Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar

Lázár Béla dr. kijelenti, hogy a lelki tényezők ismeretére kell a nevelést alapítani. A gyermek lelki életét kell megismerni s mert „minden lelki jelenség testiünk egy szervével, az agygyal, a legszorosabb összefüggésben áll” (Zeihen), ezen összefüggést kutató tudománynak, a fiziológiai lélektan kiváló fontosságát hangoztatja. Előadásában a fiziológiai lélektan legújabb kutatásaira támaszkodva, a tornajáték szerepét vizsgálja, melyet a fővárosi középiskolák órarendjében elfoglal.

Nos hát a mi ifjaink tornáznak és játszadoznak a tanórák közé beékelt tornaórákon, de vajon ezáltal felfrissülnek-e, jót tesz-e nekik a tornajáték ilyen módon való alkalmazása?

Azt mondja Mosso („Die körperliche Erziehung der Jugend” című röpiratában, p.74) hogy iskolánkban a tornát orvosságnak használják, a szellemi munka okozta kimerültség gyógyítására. Ámde orvosságot csak kis adagokban és kivételes esetekben szabad alkalmazni, nem pedig naponként tápanyagúl. Orvosságtól néha meggyógyulunk, de soha sem lehet orvosságból táplálkozni. A mai ifjúság testi fejlettsége – annak ellenére, hogy úgy tornáztatják és játsztatják, – egy csöppet sem különb a régiek testi fejlettségénél; ha pedig ez baj – mi az oka?

Dr. Lázár Béla előadásának kivonata a Pedagógiai Társaság 1897. május 22-i üléséről.

Egészség, 1897. október 15., 5. füzet, 167–174. oldal

Az „Egészség” című folyóiratból eredeti helyesírással digitalizálva.

Az ókori Rómában a hét szabad művészet – grammatika, retorika, dialektika, asztronómia, aritmetika, geometria, muzsika – tanítása határozta meg a felnővekvő fiatalok oktatását és képzését. A középkorban a világi iskolák a lovagi iskolákra épültek, a lovagi életbe való bebocsátás, a lovagi tornákon való részvétel fel-

teteleit a hét lovagi készség – lovaslás, úszás, vívás, íjászat, vadászat, sakkozás, éneklés – határozta meg. Míg a római hét szabad művészet elsősorban az intellektuális képzést, a hét lovagi készség a testi képzést helyezte előtérbe, így a különböző korszakok és iskolatípusok változó igényekkel valósították meg az ifjúság testi nevelését.



A cikk szerzője, *Lázár Béla dr.* a *Pedagógiai Társaság* 1897. május 22-i ülésén méltatta *Alexander Bernát* tanügyi kongresszuson elmondott beszédét. *Alexander* szerint a testgyakorlatok felfrissítik a szellemi munkában kifáradt ifjúságot: „*a testgyakorlat ne mint a túlterhelés ellenmérge szerepeljen, mert ennek a méregnek nincs ellenmérge, hanem mint a férfias erények fejlesztése*”.

A XIX. század végén, a XX. század elején a tudósok és az iskolai nevelők véleménye megoszlott arról, hogy szükség van-e testnevelésre, s ha igen, akkor hogyan illeszkedik a többi tanóra közé. Az utóbbi évtizedekben a testkultúra minden területe rohamosan fejlődött, így az iskolai testi nevelés is általánossá vált. Felismerték, hogy a harmonikus személyiséghez testi és szellemi egészség egyaránt szükséges, valamint azt, hogy az egészség megőrzéséhez elengedhetetlen a sportos életmód. A tudósok és az iskolai nevelők véleménye e tekintetben annak ellenére megoszlik, hogy az oktatási-nevelési koncepciók kialakításához mind nemzetközi, mind pedig hazai iránymutatások elérhetőek.

Az európai közös szemlélet és együttgondolkodás által kialakított oktatási-nevelési koncepciót az *OECD* a *PISA* értékelő rendszeren keresztül az *Európai Unió* tagállamaiban is meghonosította (*Forgács, 2003*). A *PISA*-ajánlás alapján:

- hatékony oktatási és tanulási módszereket kell kifejleszteni,
- mindenki számára lehetővé kell tenni a megfelelő ismeretek és készségek elsajátítását, illetve felfrissítését bármely életszakaszban (*Majoros, 2004*).

Ugyanakkor a testnevelés és a sport nem szerepel a kompetencialapú oktatás műveltségi területei között: „*A XXI. századi kompetencialapú oktatás, tanulás-tanítás programjaiban sehol nem található a kondicionális kompetencia területe. A testnevelés és sport, mint az iskolai élet szerves tartozéka – bizonyos tekintetben meghatározó faktora – nem szerepel a mai kompetencia-felfogásban. Jelen oktatási struktúránk tartalmi alapjait a NAT által meghatározott műveltségi területek képezik. 2004-ben, a NAT legutóbbi korrekciójánál még szerepelt a testnevelés és sport, mint műveltségi terület*” (*Elbert, 2008*).

Az iskolák pedagógiai programja – a *NAT* népegészségügyi, pedagógiai és ösztársadalmi célkitűzéseivel összhangban – hangsúlyt fektet az egészségnevelésre, egészségfejlesztésre.

2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről

1. § (1) A törvény célja olyan köznevelési rendszer megalkotása, amely elősegíti a gyermekek, fiatalok harmonikus lelki, testi és értelmi fejlődését, készségeik,

képességeik, ismereteik, jártasságaik, érzelmi és akarat tulajdonságaik, műveltségük életkori sajátosságainak megfelelő, tudatos fejlesztése révén, és ezáltal erkölcsös, önálló életvitelre és céljaik elérésére, a magánérdeket a köz érdekeivel összeegyeztetni képes embereket, felelős állampolgárokat nevel. Kiemelt célja a nevelés-oktatás eszközeivel a társadalmi leszakadás megakadályozása és a tehetséggondozás.

(2) A köznevelés közszolgálat, amely a felnövekvő nemzedék érdekében a magyar társadalom hosszú távú fejlődésének feltételeit teremti meg, és amelynek általános kereteit és garanciáit az állam biztosítja. A köznevelés egészét a tudás, az igazságosság, a rend, a szabadság, a méltányosság, a szolidaritás erkölcsi és szellemi értékei, az egyenlő bánásmód, valamint a fenntartható fejlődésre és az egészséges életmódra nevelés határozzák meg. A köznevelés egyetemlegesen szolgálja a közjót és a mások jogait tiszteletben tartó egyéni célokat.

(3) A nevelési-oktatási intézmények pedagógiai kultúráját az egyéni bánásmódra való törekvés, a gyermek, a tanuló elfogadása, a bizalom, a szeretet, az empátia, az életkornak megfelelő követelmények támasztása, a feladatok elvégzésének ellenőrzése és a gyermek, tanuló fejlődését biztosító sokoldalú, a követelményekhez igazodó értékelés jellemzi.

Az egészségfejlesztési program tartalmi elemeire vonatkozó jogszabályi rendelkezők

128. § (1) A teljes körű egészségfejlesztés célja, hogy a nevelési-oktatási intézményben eltöltött időben minden gyermek részesüljön a teljes testi-lelki jóllétét, egészségét, egészségi állapotát hatékonyan fejlesztő, a nevelési-oktatási intézmény mindennapjaiban rendszerszerűen működő egészségfejlesztő tevékenységekben.

[20/2012. (VIII.31.) EMMI-rendelet a nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról]

A megvalósítás alapvető iránya a fiatalok egészségének védelme, a mindennapos testnevelés biztosítása, valamint a testmozgás igényének kialakítása. Azért, hogy a fiatalok az iskolán kívüli lehetőségeket is megismerjék, utóbbihoz érdemes minél több szabadidős mozgásprogramot – pl. úszást, korecsolyázást, síelést, természetjárást, túrázást, néptáncot – kapcsolni.

Felmérések alapján a fiatalok több mint fele csak mérsékelt fizikai teljesítményre képes, 30–35%-uk olyan gyenge, hogy testi egészsége mellett lelki egészsége, tartós szellemi-fizikai munkavégző képessége is veszélyben van. A fiatalok kétharmada nem sportol (*1. táblázat*), az iskolai diáksportban a tanulók kb. 20%-a

1. táblázat

Sportolási arányok a fiatalok körében

Milyen gyakran sportolsz?	13–15 éves	16–18 éves	19–21 éves	22–24 éves
Hetente többször	51,3%	40,9%	32%	26,1%
Hetente	10,6%	16,5%	20,6%	15,9%
Havonta	7,1%	5,5%	3,8%	11,6%
Ritkábban	13,3%	15,7%	20,6%	23,2%
Soha	17,7%	21,3%	22,9%	23,2%

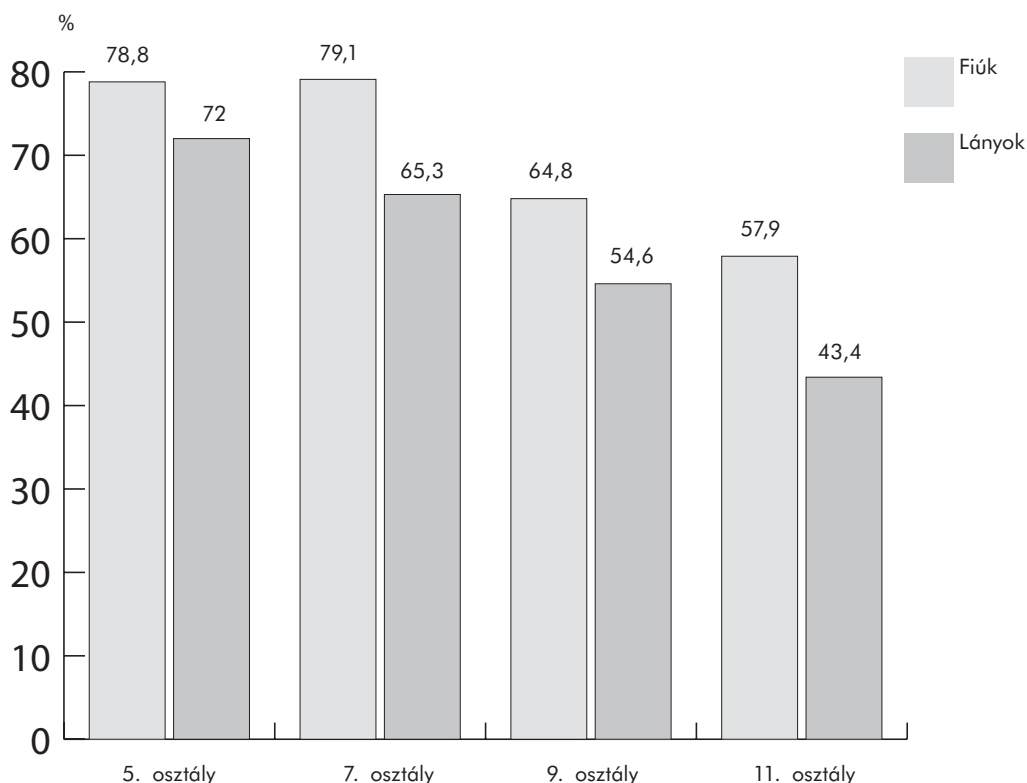
Forrás: Monspart Sarolta: *Az energiaegyensúly fontossága a fiatalok mindennapjaiban.* 2011. szeptember 29-én elhangzott előadás szövege. / <http://www.oefi.hu>

vesz részt. A tanórákon kívül kevés a fizikai aktivitás (1. ábra). A technológiai forradalom vívmányainak – televízió, számítógép, okostelefon – megjelenése és elterjedése a fiatalok mozgás iránti vágyát nagymértékben befolyásolja, a megváltozott táplálkozási szokások pedig a túlsúly kérdését is felvetik. Ennek követ-

keztében ma már nem az a kérdés, hogy „a szellemi megerőltetés testi erőinket is gyengíti, s izomerőnket csökkenti”, hanem az, hogy a felnövekvő fiatalok testfelépítése, izomzata kellő alapul szolgálhat-e az egészség hosszú távú megőrzéséhez, a jó közérzet biztosításához, valamint a harmonikus, kiegyensúlyozott életvitelhez.

1. ábra

Heti két vagy több alkalommal egy órát fizikai aktivitással töltő fiatalok aránya az iskolai évfolyam szerint



Forrás: „Az iskolásgyermek egészségmagatartása” című kutatás 2002. évi adatfelvételének néhány adata / <http://www.osztalyfonok.hu/print.php?id=5>



AZ EGÉSZSÉG ÜGYE ANNO ÉS MOST

Napjainkban újra előtérbe került a fiatalok rendszeres testedzése, a mindennapos testnevelés. A rendszeres testedzés nemcsak a fiatalok genetikailag meghatározott biológiai lehetőségeinek eléréséhez szükséges, hanem a pszichológiai, szociális fejlődést is segíti, karbantartja az emberi testet, formálja, fejleszti a személyiséget, fokozza a teljesítőképességet és segíti a feszültségek feloldását. Ezért napjainkban az iskolai testnevelés a felnövekvő fiatalok hosszú távú egészségmegőrzésének eszközévé is vált. Az iskolai testnevelés célja a sokoldalú személyiség kialakítása, a képességek fejlesztése, az ismeretek tapasztalatszerzésen keresztül bővítése, a mozgásigény, a játék, a sport iránti igény felkeltése és kielégítése a tanítási időn belül és kívül.

A rendszeres fizikai aktivitás elősegíti a fiatalok szervezetének harmonikus fejlődését, egészségük megtartását. A testmozgásnak az egészséges gyermekek testi fejlődésére gyakorolt pozitív hatásait ma már vizsgálatok igazolják (Borer, 1995; Malina, 2000). A rendszeres fizikai aktivitás emeli a rendelkezésre álló tápanyagok felhasználásának szintjét, serkenti a másodlagos növekedési faktorok termelődését, valamint – az izomkontrakciók sorozata révén – stimulálja a csont- és izomrendszeri fejlődés folyamatait (Rowland, 2005). A rendszeres, mindennapos testnevelés heti háromszori testneveléssel szembeni hatékonyságát bizonyítja hogy a gyakoribb testedzés a testi fejlődésre, a testösszetételre, a fizikai teljesítményre, valamint a testtömegre is hatással van. A testnevelési osztályosoknál jellemző alacsonyabb testtömegindex (BMI) és relatív zsírtartalom-akkumu-

láció, valamint gyorsabb motorikus teljesítményváltozás vitathatatlanul pozitív eredmény (Pampakas, Mészáros, Photiou, Sziva, Zsidegh, Mészáros, 2008).

A WHO (2000) az elhízottságot betegségnek minősítette még akkor is, ha más tünet vagy következmény még nem társult az állapothoz. Az elsősorban keringési betegségek megelőzése azonban alapvető, hatékonysága talán nagyobb, mint a kialakult betegség kezelése, annál is inkább, mivel a kezelések költsége jelentős nemzetgazdasági terhet jelent az ország számára.

Ha a fizikai inaktivitás 77%-ról 67%-ra, 10 százalékponttal csökkenne, a táppénzkiadások 1,8 milliárd forinttal lennének alacsonyabbak – ez átlagosan 573 175 táppénzes nap megtakarítását jelentené egy évben.

A fizikai inaktivitás csökkenésének tulajdonítható költségek 16,04 milliárd Ft-ról 14,24 milliárd Ft-ra, vagyis 10,25%-ról 14,33%-ra történő csökkenése átlagosan 11,20%-os csökkenést jelentene (Ács, Hécz, Paár, Stocker, 2011).

Ezért a prevenciót már gyermekkorban el kell kezdeni, illetve a serdülőkoron keresztül egészen a felnőttkorig fent kell tartani. Ha a rendszeres testedzés a gyermek- és ifjúkorban megszokottá válik, akkor a felnőtt élet során a napi életvitel elhagyhatatlan eleme lesz.

A közel 120 éves szakmai megállapítások napjainkban is fontos üzenetet hordoznak. Ezért is lényeges, hogy a teljes körű iskolai egészségfejlesztést (TIE) – ezen belül a mindennapos testnevelés/testmozgást – kiemelt népegészségügyi, egészségfejlesztési tevékenységnek tekintsük.

IRODALOM

1. Ács Pongrác–Hécz Roland–Paár Dávid–Stocker Miklós (2011): „A fitness (m)értéke. A fizikai inaktivitás nemzetgazdasági terhei Magyarországon.” In: *Közgazdasági Szemle*, 53(7–8):689–708.
2. Borer, K.T. (1995): „The effects of exercise on growth.” In: *Sports Medicine*, (20):375–397.
3. Dubecz József (2009): *Általános edzésmélt és módszertan*. Rectus Kft., Budapest.
4. Elbert Gábor (2008): „Mi hiányzik a kompetenciaalapú oktatásból a magyar közoktatásban?” In: *Magyar Sporttudományi Szemle*, 9(33):24–25.
5. Forgács Attila (2003): „Maastricht: egy nyitott tanulási környezet modellje.” In: Buda András–Holik Ildikó (szerk.): *Az európai tanulási tér és a magyar neveléstudomány*. III. Országos Neveléstudományi Konferencia, Budapest, 2003. október 9–11.
6. Dr. Majoros Márta (2004): „Oktatáspolitikai viharok?” In: *Nép-szabadság*, 2004. december 6.
7. Malina, R.M. (2000): „Growth and maturation: Do regular physical activity and training for sport have a significant influence?” In: Armstrong, N.–van Mechelen, W. (eds.): *Pediatric exercise science and medicine*. Oxford University Press, Oxford, 95–106.
8. Monspart Sarolta: *Az energiaegyensúly fontossága a fiatalok mindennapjaiban*. 2011. szeptember 29-én elhangzott előadás szövege. / <http://www.oefi.hu>
9. *Az OEFI honlapja*: <http://www.oefi.hu>
10. „Az iskolásgyermek egészségmagatartása” című kutatás 2002. évi adatfelvételének néhány adata. *Testmozgás és fizikai aktivitás mennyisége és gyakorisága*. / <http://www.osztalyfonok.hu/print.php?id=5>
11. Pampakas Polydoros–Mészáros Zsófia–Photiou Andreas–Sziva Ágnes–Zsidegh Petra–Mészáros János (2008): „Az emelt szintű testnevelés hatása 7–11 éves fiúk szomatikus és motorikus jellemzőire.” In: *Magyar Sporttudományi Szemle*, 9(33):3–8.
12. Rowland, T.W. (2005): *Children's Exercise Physiology*. Second edition. Human Kinetics, Champaign, Illinois, 33–34.



Válogatás nemzetközi folyóiratok cikkeiből

Berki Júlia, Dr. Varsányi Péter

Országos Egészségfejlesztési Intézet

Dutra, Lauren, M.–Glantz, Stanton A.:

Electronic Cigarettes and Conventional Cigarette Use Among US Adolescents: A Cross-sectional Study.
JAMA, 2014; 312(6):641–642.

Összefoglaló: Az elektronikus cigaretta használata és a hagyományos dohányzás összefüggését vizsgálták középiskolás fiatalokon az Amerikai Egyesült Államokban. A kutatás témája kiemelkedő fontosságú, hiszen az elektronikus cigaretta használata egyre népszerűbb, azonban az eszközökkel kapcsolatban még számos kérdés megválaszolatlan. A 2011-es és 2011-es *Nemzeti Ifjúság Dohányzás Felmérés* adatait felhasználva keresztmetszeti vizsgálatot végeztek. A válaszadókat a hagyományos cigaretta fogyasztása, a leszokási szándék és kísérlet, illetve az elektronikus cigaretta használata szerint kategóriákba sorolták. A kutatás eredményei arra utalnak, hogy a felnőttekhez hasonlóan a fiatalok körében is egyre elterjedtebb az elektronikus cigaretta használata. Az eredményekből kiderül az is, hogy az e-cigaretta használók erősebb dohányosok és kisebb valószínűséggel hagynak fel a dohányzással. Az elektronikus cigaretták ártalomcsökkentő hatását illetően megoszlanak a vélemények, leggyakrabban ez a kérdés az eszközökkel kapcsolatos viták alapja. A bemutatott tanulmány eredményei értelmében a fiatalok körében az e-cigaretta használata hozzájárulhat a nikotinfüggőség kialakulásához, és nem valószínű, hogy visszatartó erővel bír a hagyományos dohányzástól. A keresztmetszeti vizsgálat csak az összefüggések azonosítására alkalmas, nem állapít meg ok-okozati kapcsolatot.

Ismertette: Berki Júlia

Kandel, E.R.–Kandel, D.B.: Shattuck Lecture: A Molecular Basis for Nicotine as a Gateway Drug.
N Engl J Med, 2014; 371:932–943.

Összefoglaló: A tanulmány szerzői a nikotin, mint lehetséges „kapudrog” hatásmechanizmusát vizsgálták. A vizsgálat kiindulópontjaként azok az epidemiológiai vizsgálatok szolgáltak, melyek a nikotinfogyasztást a marihuána és kokain fogyasztás első lépéseként azonosították. A kísérletet patkányok idegrendszerén végezték, ahol sikerült azonosítani a nikotin vizsgált hatását kiváltó molekuláris hátteret. Megfigyelték, hogy a nikotinnal érzékenyített patkányoknál a kokain sokkal nagyobb hatást váltott ki, mint az érzékenyítés nélkülieknél, ugyanakkor ez az összefüggés fordítva nem állt fenn. A kísérlet eredményéből és a kiindulási epidemiológiai tanulmányokból a szerzők többek közt arra a következtetésre jutottak, hogy hatásosabb megelőző programokra van szükség a nikotintartalmú anyagok viszszaszorítása területén. Külön kiemelték a fiatalok körében egyre gyakoribbá váló elektronikus cigarettára irányulókat, hiszen az ilyen prevenció programokkal nem csak a dohányzás egészségkárosító hatásait lehet megelőzni, hanem csökkenteni lehet a droghasználat és addikció kialakulását is.

Ismertette: Dr. Varsányi Péter



CONTENTS

TRAININGS

About the „Fight Against Cancer Springs” Movement 2
Prof. Tamás Simon Dr.

Project IROHLA – Part I.
Intervention Research On Health Literacy among Ageing Population 4
Péter Csizmadia, Tamás Koós Dr., Ágnes Novoszáth

Health Literacy – Development of the Concept and its Social Relevance in Hungary – Part I. 17
Ágnes Taller, Péter Makara Dr., Dóra Tonté

2014 — INTERNATIONAL YEAR OF THE FAMILY

Visit in a KITA-institute in Germany – Presenting a Pedagogical Method for Upbringing Healthy Children 23
Zsuzsanna Kiss Soósné Dr., PhD., Kálmán Balogh

SURVEYS

Thoughts about Eating Culture and Customs of 13–14 year Old Youths and their Family – Part I. 29
Péter Huszka Dr., PhD.

Knowledge about Contraception and Attitudes towards Relationships in Different Kinds of School 38
Patrícia Rác, Anikó Németh Dr.

THE MATTER OF HEALTH — PAST AND PRESENT

The Role of Physical Activities in Pedagogy – 117 Years Ago 47
Zsuzsanna Németh Óbányainé

REVIEW JOURNAL

Selection of Articles for International Journals 51
Júlia Berki, Péter Varsányi Dr.

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

