



Tartalom

TOVÁBBKÉPZÉS

Az egészségkultúra fogalma, vizsgálatának lehetőségei a köznevelési intézményekben

Szakirodalmi áttekintés

Járomi Éva, Szilágyi Kristóf, Vitrai József PhD.

2

Békés megyei Ifjúságkutatás 2004–2014

Egészségmagatartás, pszichikai egészség, értékpreferenciák

Prof. Dr. Pikó Bettina, Tarkóné Strifler Anita, Sinyiné Nagy Éva, Almásiné Hegedűs Ildikó, Nagyné Dr. Klembucz Erzsébet

14

2014 – A CSALÁD ÉVE

A szülész nő egészségnevelő szerepe

a humán papillomavírus-fertőzés megelőzésében

Gurály Edina, Lipienné Krémer Ibolya, Dr. Mészáros Judit

25

A szülész nő szerepe mozgásukban korlátozott várandós nők szülőszobai ellátásában

Böcskei Anna, Lipienné Krémer Ibolya, Dobos Attila

34

100 éves a Magyar Védőnői Szolgálat

Soósné Dr. Kiss Zsuzsanna PhD., Bábiné Szotzfried Gabriella, Dr. Párducz László, Dr. Bitó Tamás PhD.

40

AZ EGÉSZSÉG ÜGYE ANNO ÉS MOST

A testnevelés a női egészség szolgálatában – 128 éve és most

Dávid Kata

43

SAKMAI FOLYÓIRATSZEMLE

Válogatás nemzetközi folyóiratok cikkeiből

Csizmadia Péter

46

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.





Az egészségkultúra fogalma, vizsgálatának lehetőségei a köznevelési intézményekben

Szakirodalmi áttekintés

Járomi Éva, Szilágyi Kristóf, Vitrai József PhD.

Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

Bevezetés

Jelen tanulmány a „Komplex intézményi mozgásprogramok és kapcsolódó egészségfejlesztési alprogramok megvalósítása az általános iskolákban, többcélú intézményekben, valamint szabadidős közösségi mozgásprogramok és kapcsolódó egészségfejlesztési alprogramok megvalósítása az iskolán kívüli szereplők bevonásával” című TÁMOP-6.1.2.A-14/1-2014-0001 projekt keretében, 2015 őszén tervezett iskolai egészségkultúra-felmérés megvalósulását támogatja hazai és nemzetközi vizsgálatok módszertanának, jó gyakorlatainak áttekintésével, adaptálhatóságának vizsgálatával. A téma fontosságát indokolja, hogy az egészségkultúra-felmérések hazai alkalmazásával, valamint azok eredményeinek felhasználásával célzottabb és hatásosabb népegészségügyi és oktatási szakpolitikai irányok és prioritások meghatározására nyílik lehetőség.

Módszer

A releváns hazai és nemzetközi iskolai egészségkultúra-vizsgálatok módszertanát leíró szakirodalom áttekintése a következő keresőszavak segítségével történt az EISZ- és a PubMed-adatbázisokban: *kultúra, egészségkultúra, iskolakultúra, iskolai légkör, felmérés, illetve culture, health culture, school culture, school climate, school ethos, survey.*

Jelen tanulmánynak nem célja a vizsgálatok eredményeinek ismertetése, csupán az egyes felmérések módszertani szempontú bemutatására törekszik.

Eredmények

A kultúra fogalma

A kultúrának alapvetően nincsen a kutatók számára egységesen elfogadott definíciója. Kroeber és Kluckhohn (Kroeber, Kluckhohn, 1952) könyvükben 165 definíciót gyűjtöttek össze, azonban ezen meghatározások meglehetősen hasonlóak. Felépítésük a nyelvtani mondat-szerkezetet idézi, mindegyikük négy elemet tartalmaz: 1. Az „alany”, vagyis az ember és az emberek csoportjai, közösségei. 2. Az „állítmány”, vagyis az emberek tárgyi tevékenysége. 3. A „tárgy”, vagyis ami a tevékenység által létrejön (pl. anyagi tárgy, társadalmi szerveződés, csoport, intézmény, szellemi tárgy, nyelv, ismeret, tudomány, művészet, vallás). Mindezek rendszert alkotnak, mint a nyelvben a mondat. 4. A negyedik elem fenti elemek társadalmi, kulturális és civilizációs rendszerbe való tömörülése. A legtöbb kultúra-definíció beilleszthető ebbe a rendszerbe (Vitányi, 2002).

A *kultúra* latin eredetű szó, a *'colere'*, azaz „művelni” igéből származik. A „*kultúra*” kifejezést a mindennapi élet sok területén használják, úgymint *nemzeti kultúra, mezőgazdasági kultúra, egészségkultúra* és *iskolakultúra*. Az ókorban elsősorban *földművelést, gondoskodást* jelentett, az idő múlásával azonban a szó és annak jelentése fokozatosan átalakult. A 17. században a *'cultura'* már elsősorban a *művelődést, a nevelést* és az *önművelést* jelentette. A kultúra fogalma azonban a 19. században már a társadalmi dimenzióban értelmezhető módon is megjelent (Kondor, s.a.), ekkor egy általános társadalmi állapo-





tot is jelentett, mely lehetővé teszi, hogy az emberek olyan szervezett és rendezett társadalomban éljenek, mely a jólét biztosításának tekintetében kifinomult erkölcsökkel és gazdag szellemi teljesítménnyel rendelkezik. Emellett adott népcsoport adott korszakához köthető, kifinomult társadalmi létezményt is jelent. Fogalmának történeti jelentésváltozása általában egyetemes jellegű, pozitív értékre utaló terminusnak tekinthető (Márkus, 1992).

Napjainkban a kultúra önmagát mint egy kultúrát a sok közül határozza meg, ily módon reflektálva önmagára. Az eddigiek alapján a kultúra általános fogalmát meghatározhatjuk egyrészt valamiféle olyan alkotó tevékenység felől, mely egyfajta belső viszonyulást és magatartást fejez ki, másrészt a vallás, a művészet, a tudomány, a nyelv, a jogalkotás és az állam formálója. Azaz a kultúra fogalma magában foglal mindenfajta tevékenységet és azok eredményeit, valamint értéket is hordoz (Kondor, s.a.).

Íme a fentiek alapján egy-egy definíció: „Huff és Kline szerint a kultúra egy komplex erő az egyének, csoportok és a közösség életében. Ez az összetettség megnehezíti a kultúra elfogadott definiálását, abban viszont általános az egyetértés, hogy a kultúra tanulható, egyik generációról a másikra öröklődik, átadható. Megnyilvánul a csoport értékeiben, normáiban, szokásaiban, rendszer-értelmezéseiben, az életmódban és más társadalmi szabályokban” (Huff, Kline, 2008).

A kultúra általános meghatározása szerint a megtanult normák, értékek, hiedelmek és viselkedés közös rendszert képeznek. A meghatározás elismeri a fogalom epidemiológiai kutatásokban történő használatát a populáció egészségbeli különbségeinek magyarázatához. A társadalmi kohéziót és együttműködést, az egyéni és társadalmi célok igazságos módon történő elérését az egészségfejlesztés területén a kulturális változás segítheti elő. A társadalmi kontextus a kultúra által meghatározott, ahol az egészséges viselkedés alkotja a normát, és amelyben a társadalmi, intézményi és fizikai környezet elősegíti annak megvalósulását (Davies et al., 2014).

A kultúra Goldman-féle jéghegymodellje szerint csak a jéghegy képzeltbeli, vízszint feletti része, 10 százaléka figyelhető meg, mely az emberek jól látható viselkedésében nyilvánul meg. Az életmód, az életforma, a szokások, a szabályok, az intézmények, a jelképek, a rítusok, a termékek, az alkotások, a nyelv és a kommunikáció mind az adott társadalom és az abban élő egyének kultúráját alkotja és jellemzi. Ez az ember tudatában található, módosítható felső réteg idegen környezetben könnyen adaptálható, emellett a kutatók számára is könnyen vizsgálható.

Ezzel szemben a jéghegy víz alatti 90 százaléka nem látható. Ez a fiatalkori szocializáció során olyan mélyen rögzül az egyén személyiségében, hogy azzal még saját anyakultúrája tekintetében sincsen tisztában, egészen addig, míg egy eltérő, idegen kultúrával nem szembesül.

A reakciók mögött álló kulturális hátteret tudatosan nem lehet megváltoztatni. A *gondolkodás* (értékek, normák, tudás, vélemények, szerepek, ideológiák, hiedelmek, világnézet) és az *érzelme*k (előítéletek, sémák, ízlések, attitűdök, elvárások, vágyak, feltételezések) a jéghegy víz alatt lévő, tudattalan részéből eredeztethetőek (Vörös, 1998).

Egészségkultúra

Az egészségről alkotott elképzelések alapvetően kulturálisan meghatározottak, a különböző társadalmakban nagymértékben eltérnek, így pusztán a klinikai ellátás és a megbetegedések alapján nem meghatározhatóak. Ha az értékek kulturális rendszerének szerepét az egészség tekintetében figyelmen kívül hagyjuk, illetve a biológiai paraméterekre úgy tekinthetünk, mint a teljes jólét egyetlen mérőeszközére, akkor nagymértékben lecsökken annak lehetősége, hogy a kultúra az egészségmegőrzés és -fejlesztés kulcselemévé váljon. Ezért elengedhetetlen annak megértése, hogy *kultúra* és *egészség* egymással összefüggenek, illetve hogy a kulturális tényezők az egészségfejlesztő viselkedést befolyásolják (Napier et al., 2014).

Emellett Hruschka és munkatársai megfogalmazása szerint az *egészségkultúra* a közösségi szinten megjelenő, az egészséggel kapcsolatban általánosan elfogadott ismeretek, értékek, elvárások, szokások, viselkedési szabályok, magatartások halmaza, melyek a közösség tagjainak gondolkodását és viselkedését alapvetően befolyásolják (Hruschka, Hadley, 2008).

Az egészségkultúra az egyetemes kultúra része, mely mindazon tevékenységeket, ismereteket magában foglalja, melyek hozzájárulnak az egészség megőrzéséhez, annak helyreállításához, valamint a betegségek elkerüléséhez. A kulturált életmód révén az egyén képes egészségét megtartani, fejleszteni vagy helyreállítani (Matlákné, 2010; Szalay, 2008).

Az egészségkultúra maga az elsajátított életmód, a társadalmi kultúra és a társadalomban létező egyének egészségi állapota közötti közvetítő mechanizmus. Az egyén életmódja révén befolyásolhatja egészségi állapotát, egészségével kapcsolatos szükségleteit, az egészségi állapot pedig visszahat az életmódra, attól elválaszthatatlan. Az *egészségi állapot* az egészségkultúra azon része, mely sok részében közvetlenül nem – esetleg csak az életmód közvetett behatásával – interiorizálható (Matlákné, 2010).

A *népegészségügy továbbfejlesztésének első hullámát* (megközelítőleg 1830–1990 között) olyan klasszikus népegészségügyi beavatkozások jelentették, mint a strukturális ellátottság (ivóvíz és szennyvíz) kérdései.

A *második hullámban* (megközelítőleg 1890–1950 között) a biomedikális áttörés és a tudományos raciona-





TOVÁBBKÉPZÉS

lizmus számos területen teret hódított (gyártás, orvoslás, közlekedés, szállítás, kommunikáció).

A *harmadik hullámot* (megközelítőleg 1940–1980 között) az életmódfüggő betegségek elleni küzdelem jellemezte (a jóléti államok kialakulásának időszaka).

A *negyedik hullámban* (1960-tól napjainkig) az egészségügyi meghatározók – a kockázati tényezők, az életmód és az egészség-egyenlőtlenségek kerültek a népegészségügy fókuszába.

Brit népegészségügyi szakemberek (*Davies et al., 2014*) legújabb megközelítése szerint a népegészségügy továbbfejlesztésének legújabb, *ötödik hulláma* az egészség kulturális beágyazottságának figyelembevétele. Az ötödik hullám a normák és a viselkedés kulturális megközelítéséből indul ki, és az egyének, közösségek, intézmények, a helyi és központi kormányzat, valamint a magánszektor bevonásával valósul meg. Az ötödik hullám felveti az egyének szerepét, akik a közösség tagjaiként, megosztott felelősséggel az egészséges viselkedés alapértelmezetté válását és mások ebben való támogatását segítik.

A kulturális különbségek és az azok által befolyásolt viselkedési mintázatok adják a hatékony egészségügyi beavatkozások – eltérő sikerrel történő – megvalósulásának alapját. A fenti jelenség kezelésére létrejött új megközelítés szerint egy bizonyítékokon alapuló gyakorlat kialakításának és hatékony megvalósításának sikere nagyban függ a viselkedésváltozást előidéző beavatkozástól (*Huff, Kline, 2008*).

Michie és munkatársai egy olyan viselkedési rendszert dolgoztak ki (*COM-B modell*), melyet három meghatározó tényező alkot, úgymint *képeség/Capability* (pszichológiai, fizikai), *lehetőség/Opportunity* (szociális, anyagi), *motiváció/Motivation* (szokások, szándék), melyek eredménye a viselkedés/*Behavior*. A fent említett feltételek jelentik a viselkedés megváltoztatásához szükséges modell „kerékének” középpontját. Ezeket kilenc intervenciótípus övezi, melyek célja ezen viselkedési minták befolyásolása. A viselkedési minták megváltoztatásával egyúttal az adott egyén és/vagy társadalom viselkedése is befolyásolhatóvá válhat a tudatos és nem tudatos – nem megfigyelhető – rétegek változásának eredményeképpen. A kerék középpontja körül hét szakpolitikai kategória található, melyek ezen beavatkozások megvalósulását befolyásolják és lehetővé teszik. Nem lineáris modelltől van szó, ebben a viselkedési rendszerben – akár csak a szakpolitikai rétegen belül a funkciók és az intervenciók – a komponensek kölcsönhatásban állnak egymással (*Michie et al., 2011*).

Annak érdekében, hogy az egyén és/vagy a társadalom egészséget befolyásoló viselkedése, egészségkultúrája pozitívan változzon, többféle intervencióval és többféle szakpolitikai irányból szükséges beavatkoznunk.

Iskolai (egészség)kultúra

A nemzetközi szakirodalomban az *iskolakultúra* kifejezés helyett általában a *'school climate'* vagy *'school ethos'* kifejezést használják, azonban ezek az iskolai egészségkultúrának csak egy szűkebb halmazát alkotják. Az *iskolai egészségkultúra* ennél bővebb jelentést tartalommal bír, hiszen nemcsak a tevékenységeket és az iskola légkörét befolyásolja, hanem az egész oktatási intézmény működését is áthatja.

A *kultúra* és az *ethosz* sok tekintetben ugyan megfoghatatlanok, de ennek ellenére jelen vannak a mindennapokban, megtestesítik az iskola értékeit és jövőképét, valamint meghatározzák az adott intézmény környezetét, infrastruktúráját. Az interakciók mindennapi folyamatból rajzolódhatnak ki, így magukban foglalják az iskolai normákat és az iskola légkörét is. A környezet, az iskolát körülvevő társadalmi-gazdasági adottságok nagymértékben befolyásolják minőségüket.

Az iskola a személyiségfejlődés és az intézményes szocializáció kitüntetett színtere, nemcsak az iskolában eltöltött idő mennyisége, hanem sokkal inkább az iskolai élet történései miatt (*Felvinczi, 1998*). Az iskola közösségének minden tagja aktív szerepet játszik az iskolai ethos meghatározásában és újradefiniálásában (*Bragg, Manchester, 2011*).

Az iskola rejtett tananyagának része tehát a kultúra, melyet az iskolai légkör generál. Az iskolai légkör az egyének által észlelt belső sajátosságok, az iskolával kapcsolatos attitűdök, érzések, elégedettségek, elégedetlenségek összessége (*Bábosik et al., 2006*). A tanterv és a rejtett tanterv közötti távolság minimalizálását leghatékonyabban a kultúra oldaláról történő beavatkozás segítheti elő. A kultúra része továbbá az iskola házirendje, a fennálló viselkedési normák, az iskola pedagógusai által elfogadott és a diákokkal szemben alkalmazott attitűd, valamint az ezen értékekkel telített működésmód (*WHO, 2006*).

Az iskolakultúra leírja az iskola jellemzőit, mely tükrözi az értékek, hiedelmek, tradíciók mintázatának mélységét, mely fennállása óta folyamatosan formálódik, valamint segítségül szolgál a mindennapok interpretálásában is (*Deal, Peterson, 1990*). Ezért tehát az iskola, mint intézmény – a család elsődleges szocializációjának színtere mellett – kiemelt szereppel bír az egészséggel kapcsolatos értékek tudatos közvetítésében. Fontos szerepet játszik a fejlődésben, mert ismeretátadó funkciója mellett alakítja a társas-érzelmi képességeket, így hatással van a testi-lelki egészségi állapotra és az egészségmagatartásra (*Kökönyei et al., 2009*). Az iskolában történő egészségnevelés megvalósulása szintén nagymértékben hozzájárulhat az adott intézmény, valamint az abban tanuló diákok és pedagógusok általános egészségkultúrájának és egészségműveltségének javulásához.





Az iskola komplex társadalmi struktúra – amikor a szintéren fejlesztést tervezünk, ezt fel kell ismernünk. A kutatások azt mutatják, hogy a teljes intézmény szintjén vannak olyan jelentős tényezők, melyek gátolhatják vagy elősegíthetik a kívánt változást. Bizonyított tény, hogy a jobban kötődő fiatalok nagyobb érzelmi jól-léttel és jobb tanulmányi eredménnyel rendelkeznek. Egy komplex reform megvalósításának és fenntartásának kritikus faktora továbbá a pedagógusok elkötelezettsége (SHE, 2013).

Hazai és nemzetközi helyzetkép

Napjainkban egyre nagyobb – az egész napos iskola bevezetését követően különösen nagy – hangsúlyt kap az iskola nevelő funkciója, annak belső működés módja, az iskolai légkör. A nevelés mellett kiemelkedően fontos szerepe van az iskolai légkör minőségének, mert az iskolai stressz befolyásolja a tanuló önértékelésének, én-hatékonyságának, egészségének, jól-létének fejlődését és fenntartását. Epidemiológiai tanulmányok kiemelik, hogy 12–30% közötti azon iskoláskorú gyerekek aránya, akiknél legalább mérsékelt fokú magatartási, szociális és érzelmi probléma tapasztalható. A fent említett problémákat súlyosítja a középiskola átmeneti periódusa, így különösen fontos az iskola funkcióinak, a diákokra gyakorolt hatásainak tanulmányozása. Az iskolával kapcsolatos tapasztalatok egyfajta kockázati tényezőt vagy erőforrást jelentenek a serdülőkorú fejlődés számára. Azok a diákok, akik nem kedvelik az iskolát, jobban ki vannak téve az iskolai kudarcoknak. Ha a tanuló esetleges részképesség-zavarait az iskolában nem korrigálják, ez a későbbi egészségtelen magatartás, a pszichoszomatikus problémák és a rosszabb életminőség kockázata szempontjából hosszú távú hátrányt jelenthet. Kimutatható továbbá, hogy a pozitív iskolai légkör és a jó tanulmányi eredmény összefügg a tanárral való jó kapcsolat kialakulásával (Vieno et al., 2005).

Az iskolai egészségkultúra és légkör vizsgálatára, mérésére a nemzetközi gyakorlatban leggyakrabban alkalmazott módszer a köznevelési intézmények különböző szereplői (döntéshozók, nevelőtestület, személyzet, tanulók és szülők) körében végzett kvantitatív kérdőíves kutatás.

A hazai iskolai egészségkultúra-vizsgálatok módszerei

Hazánkban csak az iskolai egészségkultúra mérésére koncentrált kutatást eddig nem végeztek, azonban fellelhetőek olyan kérdőíves felmérések, melyek – többek között – a kérdőív egy-egy dimenziójában az iskolai légkört vizsgálják (bár a kutatások fő fókuszát nem ez jelentette).

Ilyen volt például a hetvenes évek végén, a nyolcvanas évek elején az a tanárok véleményén alapuló vizsgálat, melyben a munkahelyi (iskolai) légkört mérték. A kilencvenes években megjelentek a tanulók, illetve a tanárok és a tanulók közérzetéhez kapcsolt kutatások is. Az iskolára jellemző egyéni arculat, az intézményi atmoszféra kifejezésére Kozéki Béla vezette be az *iskolaethosz* fogalmát. Az elmúlt másfél évtizedben a plurálissá és decentralizálttá vált magyar oktatási rendszerben az iskolák különböző szempontok mentén – iskolafenntartók, alkalmazott pedagógiai koncepciók, ideológiák, társadalmi, pénzügyi háttér, stb. – szerint differenciálódtak. Ily módon minden iskola – a szervezeti kultúra részeként – egyedi sajátosságokkal bír (Bábosik et al., 2006).

Hazánkban az „*Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása*” (*Health Behaviour in School-aged Children* – a továbbiakban HBSC-kutatás) című, több mint húszéves múltra visszatekintő, kiemelkedő jelentőségű nemzetközi kutatás olyan keresztmetszeti vizsgálat, melyre – nagyrészt európai országok részvételével – négy évenként kerül sor. A kutatás nemzetközileg standardizált módszerei révén széleskörű, országok közötti összehasonlítást is lehetővé tesz (Németh A., Költő A., 2011). Az iskola-fókuszú kutatás adatfelvétele – az iskolák és a szülők beleegyezését követően – az 5., a 7. és a 9. évfolyamos tanulók körében, önkitöltéses kérdőívek segítségével, szigorúan anonim módon történik (Kökényei et al., 2009). A kutatók szerint a serdülőkor és a fiatal felnőttkor kritikus időszak az egészség, a jól-lét, az egészségmagatartás és a kockázati magatartások kialakulása tekintetében, melyet széles körben elfogadottnak tekintenek. A HBSC-kutatás célja az egészségügyi szakpolitika és a hatékonyabb beavatkozások gyakorlatának befolyásolása (Candace et al., 2015).

A HBSC-kutatás 2002-es felmérésében a minta – a korábbi évekhez hasonlóan – az országos reprezentativitás (minden iskola- és településtípus, valamint minden földrajzi régió megfelelő arányú képviselete) érdekében rétegzett mintavételi eljárással készült, alapját randomizációval kiválasztott iskolai osztályok (5., 7., 9.) tanulói alkották. A mintavételi hibát csökkentő rétegzés a következő szempontok figyelembevételével történt:

- földrajzi elhelyezkedés: régiók
- településtípus: fővárosi kerületek, megyei jogú városok, egyéb városok, nagyközségek, községek
- középiskolák képzési típusa: gimnázium, szakközépiskola, szakiskola/szakközépiskola
- iskolafenntartó típusa: önkormányzat (az összes intézmény több mint 90%-a), egyéb fenntartó (ezek felét a történelmi egyházak teszik ki) (Németh A., Költő A., 2011).

A kutatás célja a fiatalok önminősített egészségi állapotának, közérzetének monitorozása volt. A kérdések



többek között az alábbi témák köré csoportosultak:

- erőszak és balesetek;
- *család*: kapcsolatok, nevelési stílus;
- *kortársak*: kapcsolatok, a szabadidő eltöltése;
- az egészség értékelése, elégedettség, a depresszió tünetei;
- *iskolai környezet*: a iskolához, a tanárokhoz, a társakhoz fűződő kapcsolat, az iskolai szabályok, a szociális egyenlőtlenségek.

A részletes eredményeket a WHO nemzetközi kutatása keretében 2003-ban megjelent magyar vizsgálat ún. *Nemzeti Jelentése* tartalmazza (Aszmann, 2003).

A HBSC-kutatás 2010-ben történő adatfelvétele az egyes magatartáselemeken túl az életmód egésze, illetve a közérzet/egészség háttérben álló tényezőkkel való összefüggés vizsgálatára irányult (pl. családstruktúra, a családok szocioökonómiai helyzete, a szülői és tanári bánásmód, az egyes személyiségtényezők). A kutatás csoportos mintavételi eljárással, anonim kérdőíves kutatás formájában hazánk 358 iskolájában zajlott, s az alábbi témaköröket ölelte fel:

- *egészségmagatartás* (táplálkozási szokások, testtömeg-kontrollálás, fizikai aktivitás, fizikailag passzív szabadidő-eltöltési tevékenységek, rizikómagatartások, szexuális magatartás, sérülések, balesetek);
- *szubjektív jól-lét* (egészség értékelése, krónikus betegségek, élettel való elégedettség, pszichoszomatikus panaszok, depresszív tünetek, gyógyszerhasználat, önértékelés, testkép, tápláltsági állapot);
- *háttértényezők* (demográfia, család, kortársak, iskola, szociális egyenlőtlenségek, biológiai fejlődés, szenzoros élménykeresés) (Németh Á., Költő A., 2010).

A fenti hazai, valamint a későbbiekben említésre kerülő külföldi HBSC-vizsgálatokról elmondható, hogy céljuk végső soron az eredmények felhasználása és beépítése az egészségvédelem és egészségfejlesztés gyakorlatába, valamint az egészség- és oktatáspolitikába (Aszmann, 2003).

A „*Reprezentatív kutatás/felmérés készítése és elemzése a közoktatás rendszerében alkalmazott prevenció/egészségfejlesztő programokról*” című kutatás 2004-ben valósult meg. A felmérés célja a közoktatási intézmények prevencióval/egészségfejlesztéssel kapcsolatos elgondolásainak, tevékenységének, egyéni és intézményi kompetenciáinak, illetve az ezeket befolyásoló tényezőknek a közoktatási intézményekben való feltárása volt.

A kutatás alapvetően két részből állt: egy kvantitatív adatfelvételtől (önkitöltéses kérdőív), valamint a résztvevőkből képzett almintában fókuszcsoporthozos beszélgetésből („face-to-face” technikával), iskolai szinten. Az adatfelvétel anonim módon, az alábbi változók megkérdezésével zajlott:

- az iskola korábbi és a jövőben tervezett prevenció/egészségfejlesztési aktivitásai;

- kompetenciaérzéssel, egészségmagatartással kapcsolatos kérdéssorok;

- egyéni és szocioökonómiai változók; értékorientációkkal, orientációhiánnyal, anómiával, elidegenedéssel, kompetenciaérzéssel kapcsolatos változók; általános mentális állapot, problémamegoldás, kiégettség, egészségmagatartással kapcsolatos skála; szervezetszociológiai változók.

A kutatás eredményeit a továbbiakban az iskolák prevenció, egészségfejlesztési magatartásának magyarázatához használják fel (*Intézmény személyi állományának érték- és egészségmagatartással kapcsolatos orientációi, probléma-megoldási stratégiák* – Paksi et al., 2005).

A Paksi Borbála vezetésével 2009-ben lezajlott „*Felmérés a közoktatás rendszerében alkalmazott prevenció/egészségfejlesztő programokról és az agresszióval kapcsolatban megjelenő vélekedésekről, reagálásokról*” című országos kutatás a közoktatási intézmények 200 feladat-ellátási helyén zajlott. Az „*Iskolai Klíma 2009*” című kérdőív a három célcsoport körében végzett anonim adatfelvétel során az alábbi kérdésköröket vizsgálta:

- *Intézményvezetők*: szervezeti jellemzők, az intézmény/feladatellátási hely humán erőforrás-kapacitásának jellemzői, az intézmény/feladatellátási hely prevenció/egészségfejlesztési tevékenységének leírására vonatkozó kérdések, valamint a pedagógus-kérdőív kérdései.

- *Pedagógusok*: a gyermek- és fiatalkorúak körében az iskola világában előforduló problémás magatartásokkal és az iskola, illetve a diákok egyéb jellemzőivel kapcsolatos pedagógus-percepciók, a tantestületi légkör, a szervezeti bizalom, továbbá a kompetenciaérzéssel, az egészségmagatartással kapcsolatos kérdéssorok, illetve egyéni szocioökonómiai változók.

- *Tanulók*: szerhasználattal kapcsolatos kérdések az ESPAD-standardoknak – *ESPAD: Az alkohol- és egyéb drogfogyasztással foglalkozó európai iskolai projekt. Több mint 40 európai ország független kutatócsoportjainak összefogásával valósul meg, ezáltal a világ legnagyobb olyan nemzetközi kutatási projektje, amely a serdülők szerhasználati szokásait vizsgálja.* <http://real.mtak.hu/12613> – megfelelő kérdéssorok alkalmazásával, egészség-hit modell, iskolai bántalmazással kapcsolatos kérdések, konfliktuskezelés, egészség-kontroll attitűd skála, én-hatékonyság, az iskolai státussal, iskolai integrációval kapcsolatos kérdések, iskolai drogprevenció programon való részvételre vonatkozó kérdés, valamint szocioökonómiai státussal kapcsolatos változók.

A kutatás eredményeit felhasználva a szakpolitikai és intézményi stratégiák lépéseinek kidolgozása és a prioritások megfogalmazása történik (Paksi, 2009).

A fentiekben túl létezik kifejezetten a pedagógusok lelki egészségét vizsgáló felmérés is, melyek eredményei nagymértékben tükrözik azt az iskolai légkört és kultúrát.



A Pedagógus 2010 – Pedagógusok időmérleg vizsgálata című kutatás során több mint háromezer pedagógust, illetve több mint kétszáz intézményvezetőt kérdeztek munkaterhelésükről kvalitatív és kvantitatív módokon (on-line naplózás, papíralapú kérdőív, személyes interjú). A kutatás célja a közoktatásban dolgozó pedagógusok munkaidejének, feladatainak és szakmájukkal összefüggő terhelésének részletes, tényszerű kimutatása volt. A felmérés a korábbi kutatások során még fel nem tárt területekre fókuszált, úgymint:

- a pedagógusok tantermi órákon kívüli, munkakörrel kapcsolatos tevékenységeinek tartalmi elemei;
- a tantermi órák felosztásának szerkezetét;
- a nem tantermi szakórák (pl. szakkörök) helye, időtartama és jellege;
- az iskolára rakódott többletterhek súlya a pedagógusok munkaterhelésében;
- az intézményen kívüli, de pedagógiai munkával kapcsolatos szaktevékenységek struktúrája, ezen belül elkülönítve a tanulókkal és a nem tanulókkal végzett szaktevékenységeket.

A kutatás célja a tényeken alapuló szakpolitika kialakítását hivatott támogatni (Lannert, 2010).

A Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet – korábban Országos Egészségfejlesztési Intézet – 2015 márciusában a *Népegészségügyi kommunikáció fejlesztése* című TÁMOP-6.1.3.B-12/1-2013-0001 projekt keretében egészségkommunikációs kutatást és szociometriai felmérést végzett. A gyermekek körében végzett szociometriai felmérés célja a viselkedés megváltoztatását célzó hatásos kommunikáció és beavatkozások tervezéséhez szükséges, a közösségre jellemző ismeretek, attitűdök, szokások, valamint a közösség kapcsolódási hálózatának, a tagok egymáshoz fűződő viszonyának megismerése volt, ezért a kutatás az egyének egészségkultúrájának, kapcsolati hálózatának sajátosságait kívánta feltérképezni. A felmérés eredményei alapján azt remélik, hogy az egészségpolitika célzottabb beavatkozás útján tudja támogatni a lakosság egészségét.

Nemzetközi iskolai egészségkultúra-vizsgálatok, módszerek

A nemzetközi gyakorlatban fellelhetőek kifejezetten az iskolai egészségkultúrát, pontosabban az iskola légkörét feltáró kutatások. Ennek oka vélhetően abban keresendő, hogy a pozitív társas és érzelmi légkör növeli a tanulók iskolai teljesítményét. Köztudott, hogy a magasabb iskolai végzettséggel rendelkező egyének nagyobb eséllyel hosszabb ideig élnek, jobb az egészségi állapotuk, saját egészségüket támogató magatartással bírnak (pl. rendszeres testmozgás, a dohányzás mellőzése, az egészségügyi kontroll- és szűrővizsgálatokon való részvétel). Az

iskola által megteremtett pozitív légkör továbbá csökkentheti a stresszt, növelve az egyén és környezete egymáshoz kapcsolódó pozitív attitűdjét.

A skót oktatási kormányzat 1990 szeptemberétől 1991 júniusáig végzett kutatásában az iskolai kultúrát/légkört szintén anonim, önkitöltéses kérdőív segítségével mérték. A vizsgálat célja a pedagógusok, a tanulók és szülők által adott válaszokon alapuló iskolai fejlesztési terv kidolgozása volt. A módszer alkalmazását azzal indokolták, hogy nehéz valakit arra ösztönözni, hogy őszintén számoljon be tapasztalatairól és bizonyos témákkal kapcsolatos attitűdjéről. A tanulmány 12 indikátort javasolt egy adott iskolai kultúra felmérése céljából:

- a tanulói morál;
- a pedagógusok morálja;
- a pedagógusok munkájukkal való elégedettsége;
- a fizikai környezet;
- a tanulási környezet;
- a tanár–diák kapcsolat;
- a fegyelem;
- az egyenlőség és igazságosság;
- a tanórai kereteken kívüli tevékenységek;
- az iskolai vezetés;
- a szülők informálása;
- a szülő–pedagógus konzultációs lehetőségek.

A kérdőívet 3 célcsoport számára fejlesztették ki: pedagógusok, tanulók és azok szülei számára. A kérdőívnek az alábbi elvárásokat kellett teljesítenie: legyen érdekes és figyelemfelkeltő; felhasználóbarát; nyelvezete egyértelmű és lényegretörő; legalább három vagy több nézőpontot tartalmazzon, továbbá nagyon kicsi gyermekek számára is alkalmazható legyen. Kétféle kérdéstípust tartalmaz, eldöntendő és feleletválasztó kérdéseket, melyek szokásokat, véleményt és attitűdöt mérnek (McGlynn, 1992).

1992-ben jött létre a *School for Health in Europe (SHE)* hálózat, melyet az európai régió 43 országának nemzeti koordinátorai alkotnak. A hálózat a *Health Promoting Schools (HPS) – Egészségfejlesztő Iskolák* elnevezésű kezdeményezésből fejlődött ki, s célja, hogy az iskolai egészségfejlesztés az európai oktatási és egészségügyi szektorok szakpolitikájának szerves részévé váljék. Együttműködnek abban, hogy az iskola a tanulás és az egészség megfelelő színtere legyen. Az egészség és a jól-lét fogalmát pozitív értelemben használják, elismerik az *Egyesült Nemzetek Gyermek Jogairól szóló Egyezményét*.

Az egészségfejlesztő iskola olyan intézmény, mely az egészség és jól-lét érdekében strukturált és szisztematikus tervet valósít meg minden diák, pedagógus, valamint az iskolai személyzet számára, országonként eltérő elnevezéssel, de hasonló megközelítéssel, a *whole school approach* jellemzővel. Az egészségfejlesztő isko-



lák fő ismérvei: a méltányosság, a pedagógusok képzése, továbbképzése; az iskolai kultúra megértése; a tanulók részvétele; az egészségfejlesztés összekapcsolása az iskolák alapfeladataival; a szülők és gondviselők bevonása az iskolai egészségfejlesztésbe; a dolgozók egészségének és jól-létének elősegítése (SHE, 2013).

Az Egyesült Államokban működő *Tananyag-fejlesztési és ellenőrzési Egyesület (Association for Supervision and Curriculum Development – ASCD)* egy olyan globális közösség, mely elkötelezett a kiváló tanulás, tanítás és vezetés elősegítése mellett) és az *Amerikai Betegségmegelőzési és Járványügyi Központ (U.S. Centers for Disease Control and Prevention, a továbbiakban CDC)* munkatársai az iskolai egészségfejlesztési célok előmozdítása érdekében alkották meg a fent említett ún. *Whole School, Whole Community, Whole Child* (a továbbiakban *WSCC*) modellt. A *WSCC* a szűken értelmezett tanulmányi eredmény helyett a gyermek teljes kognitív, szociális, érzelmi és fizikai fejlesztésének, illetve sikerének elősegítésére koncentrált, az alábbi célterületek meghatározásával:

- egészségnevelés, testnevelés, fizikai aktivitás;
- a fizikai környezet;
- az étkeztetési környezet és szolgáltatások;
- az egészségügyi szolgáltatások;
- tanácsadások, pszichológiai és szociális szolgáltatások;
- a társas és érzelmi légkör;
- a munkavállalók jól-léte;
- a család elkötelezése;
- a közösség bevonása.

A modell kidolgozásába az egészségügy, a népegészségügy, továbbá az oktatás és az iskola-egészségügy kulcsszereplőit is bevonták, hogy egységes és együttműködő megközelítést alakítsanak ki a tanulás és az egészség fejlesztése érdekében (WSCC, 2014).

Az *Egyesült Államok Oktatási Minisztériuma Oktatástudományi Intézete (U.S. Departments of Education)* a CDC és az *UNICEF* közös kezdeményezésére az iskolai légkört vizsgálta. Az együttműködés keretében célként határozták meg, hogy létrehozzanak egy biztonságosabb, támogatóbb és elkötelezettebb, ún. *K-12* iskolát. A kezdeményezés keretében az iskolai légkört az alábbi öt – a legfontosabbnak tartott – dimenzióban mérték, melyeken belül további 12 területet különítettek el:

- biztonság (1. szabályok és normák, 2. fizikai és 3. szocio-emocionális biztonság érzése);
- tanítás és tanulás (4. tanulás támogatása, 5. szociális, érzelmi, etikai és állampolgári tanulás);
- kapcsolatok (6. diverzitás tisztelete, 7. diákok és 8. felnőttek társas támogatása);
- intézményi környezet (9. iskolai kötődés, elköteleződés, 10. fizikai környezet, források, eszközök); valamint

– az iskolafejlesztés folyamata (11. vezetés, 12. szakmai kapcsolatok).

A kérdőíveket három célcsoport számára fejlesztették ki: a vizsgált iskola diákjai, a diákok szülei és az iskola személyzete/pedagógusai számára. Mindhárom esetben anonim válaszadás történt, önkitöltéses, feleletválasztós (öt fokú skála) kérdések alkalmazásával. A tanulmány ajánlása szerint az iskolai légkör mérésére a kezdetektől fogva megbízható és valid felmérést és megfigyelést kell alkalmazni, mely alapján mérhetővé válik, hogy a tanulók, szüleik/gondviselőjük, valamint az iskolai személyzet és a közösség tagjai hogyan észlelik az iskolai életet az alábbi négy fő területen: 1. biztonság, 2. kapcsolatok, 3. tanítás és tanulás, valamint 4. intézményi környezet, beleértve a környezetet és iskolai viselkedési normákat is. A kutatás egy bizonyítékokon alapuló fejlesztési stratégia részét alkotta, mely a diákokat, a szülőket, a pedagógusokat, magát az iskolát, valamint a személyes tanulást egyaránt támogatta (Thapa et al., 2013).

Az 1993–1994 között zajló nemzetközi *HBSC*-kutatás keretében szintén az iskolai légkört vizsgálták, pontosabban azt, hogy a diákok iskolai légkorról alkotott elképzelései hogyan kapcsolódnak a saját iskolájukkal kapcsolatos elégedettségükhöz. Az adatokat 11, 13 és 15 éves tanulók válaszai adták, melyeket anonim, önkitöltéses kérdőívek segítségével vettek fel. A felmérés speciális fókuszát a tanulók iskolai és osztálylégkorról alkotott elképzelései alkották. A négy vizsgált faktor a következő volt: 1. igazságosság az iskolában; 2. az osztályban történő rendezettség; 3. a pedagógusok támogatása; 4. a tanulók támogatása. A kutatás célja az oktatás és az egészségügy területén hatáson beavatkozás megalkotásának támogatása volt (Samdal et al., 1998).

A *HBSC* 2005-ben publikált későbbi kutatási projektjének keretében az észak-olaszországi Veneto régiójában általános iskolások 8. évfolyamos (12–13 évesek) tanulói körében végeztek vizsgálatot. A kutatás célja az iskolai légkör különböző komponenseinek vizsgálata volt a jólét különböző vonatkozásaiban. Az anonim, önkitöltéses, kérdőíves vizsgálatban 1 347 fő vett részt. A minta kiválasztásához kétszakaszos, csoportos, földrajzi területen alapuló, rétegzett mintavétel történt. 351 iskolából 82-ben történt adatfelvétel. A kiválasztott osztályok minden tanulója kitöltötte a kérdőívet, melyre 45–60 perc állt rendelkezésükre. A vizsgált 10 változó az alábbiak volt: tanárok; szülők és osztálytársak támogatása; tanárok és szülők tanulmányi elvárásai; iskolával történő elégedettség; tanulmányi eredmény; iskolai stressz; kockázati magatartás; vélt egészség; valamint életminőség (Vieno, Santinello et al., 2005).

Szintén a fent említett észak-olaszországi régióban *HBSC*-adatokra támaszkodva végeztek hasonló témájú vizsgálatot, melynek célja a közösségérzet egyéni



és iskolai szintű előrejelzése volt a serdülők körében. Hierarchikus lineáris modellezést használtak, hogy megvizsgálják az

– egyéni (demográfia, szülők által gyakorolt kontroll és ellenőrzés, demokratikus iskolai légkörről alkotott elképzelések),

– az osztály és az iskola jellemzőit (átlagos demokratikus iskolai légkör, demográfia, programok, az iskola mérete, az iskola állami/magán kormányzása, lehetőségek), valamint

– az iskolai közösségérzetet.

134 iskola 248 osztályából (6., 8., 10. évfolyam) összesen 4 092 10–18 év körüli tanuló vett részt a vizsgálatban (Vieno, Douglas et al., 2005).

A CDC munkatársai által 2012-ben kidolgozott *Iskolai Egészség Index (School Health Index – a továbbiakban SHI)* célja a diákok körében történő egészséges és biztonságos viselkedés elősegítése, mely az iskolák küldetésének alapvető része, továbbá a fiatalok számára olyan ismereteket és képességeket biztosít, melyekre szükségük van ahhoz, hogy egészséges és produktív felnőttekké váljanak. A tanulók egészségének és biztonságának elősegítése növeli a diákok fizikai és szellemi teljesítőképességét, valamint csökkenti a hiányzások számát. A *SHI* egy önértékelésen alapuló tervezési útmutató, mely lehetővé teszi az iskolai egészségfejlesztés és a biztonság elősegítését célzó irányelvek és programok erősségeinek és gyengeségeinek azonosítását, továbbá cselekvési tervet készít, bevonja a pedagógusokat, a szülőket, a tanulókat, valamint a közösséget az iskola irányelveinek, programjainak és szolgáltatásainak fejlesztésébe.

A *SHI* két elemből áll: egy önértékelési és egy fejlesztési folyamat megtervezéséből. A tervezési folyamat 8 értékelési (kérdőív) és fejlesztési modulból áll, mely összhangban van a *WSCC* elődjével, a *Koordinált Iskolai Egészség* elnevezésű kezdeményezés célterületével. Ezek témái:

– az egészséges és biztonságos környezet, valamint az azt célzó intézkedések;

– az egészségnevelés;

– a fizikai aktivitási programok, testnevelés;

– az étkeztetési és egészségügyi szolgáltatások;

– a pszichológiai, szociális szolgáltatások;

– az egészségfejlesztés az iskolai személyzet számára;

– a család és a közösség bevonása (CDC, 2012).

Észak-Karolinában működik az ún. *North-Carolina Healthy Schools (NCHS)* kezdeményezés, melynek célja egy olyan, az oktatás és az egészségügy között működő infrastruktúra létrehozása, mely *Koordinált Iskolai Egészségügyi Program* létrehozását teszi lehetővé az iskolák és közösségek számára. Ennek keretében a már említett *Iskolai Egészség Index (SHI)* vagy egy ehhez hasonló, önértékelésre alkalmas eszköz segítségével

kívánják mérni az adott iskola intézkedéseit, tevékenységeit és különböző programjait az alább szempontok szerint:

– iskolai személyzet összetétele, végzettsége, tudományos tevékenységek;

– fizikai aktivitással, táplálkozással, dohányzással kapcsolatos ismeretek, prevenciós programok;

– interperszonális kommunikációs, döntéshozási készségek fejlesztése;

– írott fejlesztési terv, amely tartalmazza az egészséggel kapcsolatos célokat és intézkedéseket.

A felmérés célcsoportja az iskolák igazgatói és a vezető egészségnevelő tanár (Michell, 2011).

Következtetések, javaslatok

Napjainkban az iskola nevelő funkciója mellett egyre nagyobb hangsúlyt kap az iskola légköre és annak belső működésmódja. Mivel a gyermekek mindennapjaik jelentős részét ezen intézmény keretei között töltik, az iskolai egészségkultúra fogalma és annak minősége felértékelődött.

A bemutatott hazai és nemzetközi tanulmányok áttekintését követően elmondható, hogy a kultúra fogalma, jelentése az elmúlt évszázadok során hatalmas átalakuláson ment keresztül. A *kultúra* olyan komplex fogalom, mely az idő előrehaladásával más-más jelentéstartalommal bír, s ahogyan régen, úgy most sincsen általánosan elfogadott definíciója. Ezzel szemben az *egészségkultúra* – a kultúra meghatározásához szorosan kapcsolódva – ennél körülhatárolhatóbb jelentéstartalommal bír. Az egészségkultúra magában foglalja mindazon tevékenységeket, ismereteket, melyek hozzájárulnak az egészség megőrzéséhez, annak helyreállításához, valamint a betegségek elkerüléséhez.

Nem kétséges, hogy az egészségkultúra az iskola és az oktatás szerves részét képezi, eltérő szinten és minőségben minden intézményben jelen van. Egy adott intézmény egészségkultúrájának indikátora lehet az iskolai légkör, a biztonság, az iskolai személyzet és a diákok közérzete; az egészséges étkezést és a megfelelő, mindennapos fizikai aktivitást/testnevelést elősegítő, higiénés körülményeket biztosító infrastrukturális környezet; szervezett programjai; az egészségügyi és szociális szolgáltatások hozzáférhetősége; a közvetlen egészségfejlesztést célzó irányelvei, programjai; valamint a család, a nevelőkörnyezet és a közösség bevonásának mértéke az iskola mindennapjaiba.

Az iskolai légkör és egészségkultúra felmérése a nemzetközi gyakorlatban legtöbbször kérdőíves, anonim adatfelvétellel történik, az esetek többségében három célcsoport (iskolai személyzet, családtagok és tanulók) körében, vagy ezek valamelyikében (tanulók/iskolai személyzet). A kutatás célja minden esetben a keresztmetszeti vizsgálat



által nyújtott helyzet feltérképezése az adott iskola későbbi adekvát, szükségleteken alapuló iskolai egészségprogramjainak kialakítása, valamint a szakpolitika megfelelő prioritásainak, stratégiájának kidolgozása érdekében.

A szakirodalom áttekintése alapján elmondhatjuk, hogy általánosságban azok a leghatékonyabb egészségfejlesztő programok, amelyek beépülnek az adott iskola tantervébe, valamint kifejlesztésükben az iskola közössége is részt vesz. Jó iskolai légkörben a tanároktól elvárható, hogy pozitív hatással legyenek diákjaikra, ne csupán akadémiai ismeretekkel ruházzák fel őket, hanem társas és morális érzékenységüket, jellemüket is fejlesztik (Thapa et al., 2013).

A kutatások által megfogalmazott eredmények szerint a (korai) kamaszkor átmeneti időszakában az iskolai légkör nem csak a diákok motivációjára és az iskolai élettel való elégedettségükre, hanem életmódjukra, egészségükre, valamint életminőségükre is hatással van (Vieno, Douglas et al., 2005).

A pedagógusok támogatására, kiégésük megelőzésére és pozitivitásuk megőrzésére, valamint olyan pozitív iskolai légkör megteremtésére van szükség, melyet folyamatos interakció, demokratikus vezetés és csapatmunka jellemel, s melynek célja a tanulók tanulmányi előmenetelén túl testi és lelki jól-létük fejlesztése is. Hazánkban eddig kifejezetten iskolai egészségkultúrát vizsgáló kutatások nem történtek, pedig a rendszeres időközönként végzett, reprezentatív felmérések eredményeit felhasználva azonosíthatóak lennének az iskolák problémái, melyekre fókuszált beavatkozásokat alakíthatók ki. A diákok, a pedagógusok, valamint az iskolai személyzet közérzetének fejlesztése megalapozza az iskola jövőben tervezett fejlesztési programjainak sikeres megvalósítását és hosszú távú fenntarthatóságát is.

Annak érdekében, hogy az iskolai egészségkultúrát a lehető legalaposabban feltérképezzük, az egyén lelki folyamatait és az őt érő környezeti hatásokat egyaránt számításba kell vennünk (Hanlon et al., 2012).

A köznevelés intézményeiben történő egészségkultúra-vizsgálatok rendszeres időközönként történő elvégzése lehetővé tenné specifikus, célzott beavatkozások kidolgozását, melyekkel az általános egészségi állapot és egészségkultúra területén egy adott intézményben hatékonyabb beavatkozások érhetőek el. Emellett az iskolai egészségkultúrával foglalkozó felmérések az egészségügyi és oktatási szakpolitikák kialakításában, a rendszeresen monitorozott, köznevelési helyzetre reagáló stratégiák és prioritások megalkotásában játszhatnak kiemelkedő szerepet. A felmérések finanszírozásához azonban elengedhetetlen a szakpolitikai döntéshozók elkötelezettsége.

A pozitív iskolai légkör és egészségkultúra köznevelési szinten történő fejlesztési stratégiájához és hosszú távú fenntartásához elengedhetetlen a teljeskörűség igénye,

a holisztikus szemlélet kialakítása, valamint a jelenlegi, redukcionista megközelítés helyett a tudományos paradigmák, a társadalom által elfogadott értékek és a kreativitás, önmegvalósítás összekapcsolása (Hanlon et al., 2012).

Az iskolai szinten történő nemzetközi egészségkultúra- és iskolai légkör-kutatás mentén további, hasonló témájú felmérések adaptálására, alkalmazására van szükség hazánkban a teljes körű iskolai egészségfejlesztést elősegítő hatásos beavatkozások megvalósítása érdekében.

Összefoglalás

A tanulmány célja a *kultúra* és az (iskolai) *egészségkultúra* fogalmi kereteinek tisztázása, valamint a köznevelési szinten történő felmérések módszertanának hazai, illetve nemzetközi feltérképezése.

Módszer: A releváns hazai és nemzetközi iskolai egészségkultúra-vizsgálatok módszertanát leíró szakirodalom áttekintése a következő keresőszavak segítségével történt az EISZ- és a PubMed-adatbázisokban: *kultúra, egészségkultúra, iskolakultúra, iskolai légkör, felmérés*, illetve *culture, health culture, school culture, school climate, school ethos, survey*.

Eredmények: A *kultúra* olyan komplex fogalom, melynek jelenleg nincsen általánosan elfogadott definíciója. Az (iskolai) *egészségkultúra* az iskolai élet szerve része, mely – eltérő szinten és minőségben – minden intézményben jelen van.

Egy adott intézmény egészségkultúrájának indikátora lehet az iskolai légkör, a biztonság, az iskolai személyzet és a diákok közérzete; az egészséges étkezést és a megfelelő, mindennapos fizikai aktivitást/testnevelést elősegítő, higiénés körülményeket biztosító infrastrukturális környezet; szervezett programjai; az egészségügyi és szociális szolgáltatások hozzáférhetősége; a közvetlen egészségfejlesztést célzó irányelvei, programjai; valamint a család, a nevelőkörnyezet és a közösség bevonásának mértéke az iskola mindennapjaiba.

Az iskolai légkör és egészségkultúra felmérése a nemzetközi gyakorlatban legtöbbször kérdőíves, anonim adatfelvétellel történik, az esetek többségében három célcsoport (iskolai személyzet, családtagok és tanulók) körében, vagy ezek valamelyikében (tanulók/iskolai személyzet). A kutatás célja minden esetben a keresztmetszeti vizsgálat által nyújtott helyzet feltérképezése az adott iskola későbbi adekvát, szükségleteken alapuló iskolai egészségprogramjainak kialakítása érdekében.

Következtetések: Az iskolai szinten történő nemzetközi egészségkultúra- és iskolai légkör-kutatás mentén további, hasonló témájú felmérések adaptálására, alkalmazására van szükség hazánkban. A köznevelés intézményeiben történő egészségkultúra-vizsgálatok rendsze-



res időközönként történő elvégzése lehetővé tenné specifikus, célzott beavatkozások kidolgozását, melyekkel az általános egészségi állapot és egészségkultúra területén egy adott intézményben hatékonyabb beavatkozások érhetőek el.

Kulcsszavak: kultúra, egészségkultúra, iskolakultúra, iskolai légkör, felmérés

Abstract

The main aims of the article are the clarification of conceptual framework of the school health culture and mapping the survey methodology at national and international level in the area of public education.

Method: Review relevant national and international literature by using the following key words: *culture, health culture, school culture, school climate, school ethos, survey* in EISZ and PubMed database.

Results: The culture is a complex concept without universally accepted definition. The school health culture forms an integral part of school life in all institutions to various extent.

Specific indicators for the health culture could be

the school climate, the safety, the way the school staff and the students feel; the promotion of healthy eating and adequate daily physical activity/physical education, the hygiene conditions of infrastructural environment; organized programs; accessibility of health and social services; policies and programs directly aim the health promotion; the degree the involvement of families, educational environment and community in the school's everyday life.

In the international practices, the measurements of school climate and culture mostly carried on by questionnaire anonymously. The aim of the investigations is generally mapping the situation provided by cross-sectional study in order to create an adequate, needs-based school health promotion program.

Conclusions: In Hungary, we need to adapt and use further similar-themed surveys. The health culture surveys carrying out at regular intervals would enable the development of specific targeted interventions may intervene in the most efficient way the general health and improving health culture in public educational institutions.

Keywords: culture, health culture, school culture, school climate, survey

IRODALOM

- Aszmann (2003): *Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása. HBSC-felmérés.* Országos Gyermekegészségügyi Intézet.
http://www.ogyei.hu/upload/files/nemzeti_jelentes_2003.pdf
- Bábosik, et al. (2006): *A gyakorlati pedagógia néhány alapkérdése.*

- Az iskolák belső világa.* ELTE PPK, Neveléstudományi Intézet, HEFOP-3.3.1-P-2004-09-0134/1.0 sorszámu pályazata.
<http://mek.niif.hu/05400/05461/05461.pdf>
- Bragg–Manchester (2009): *Creativity, School Ethos and the Creative Partnerships programme. Final Report of the project: Evaluation of the nature and impact*



- of the Creative Partnerships programme on school ethos, 2009–10. The Open University, May 2011.
- Candace, et al. (2015): *Building knowledge on adolescent health: reflections on the contribution of the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study*.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckv017> 4–6
First published online: 24 March 2015.
- CBO, WHO–SHE secretariat (2013): *School for Health in Europe (SHE) – School health promotion: evidence for effective action factsheet 2*. Publication date: December 2013.
http://www.schools-for-health.eu/uploads/files/SHE-Factsheet_2_School%20health%20promotion_Evidence.pdf
- Centers for Disease Control and Prevention (2012): *School Health Index: A Self-Assessment and Planning Guide. Elementary school version*. Atlanta, Georgia, 2012.
http://www.cdc.gov/Healthyyouth/SHI/pdf/Elementary-Total-2014-Tagged_508.pdf
- Davies, et al. (2014): „For debate: a new wave in public health improvement.” In: *Lancet*, 2014; 384: 1889–95. Published Online April 3, 2014. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62341-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62341-7)
- Deal–Peterson (1990): *The Principal’s Role in Shaping School Culture*, U.S. Department of Education Office of Educational Research and Improvement. <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED325914.pdf>
- Felvinczi (1998): „A mentálhigiéné és az egészségmegőrzés lehetőségei a közoktatásban.” In: *Iskolakultúra*, 1998/5.
http://www.epa.uz.ua/00000/00011/00016/pdf/iskolakultura_EPA00011_1998_05_017-030.pdf
- Galambosné (2011): „A rétegzett mintavételről.” In: *Statistikai Szemle*, 89. évfolyam, 9. szám http://www.ksh.hu/statszemle_archive/2011/2011_09/2011_09_909.pdf
- Giles (2014): *Whole School, Whole Community, Whole Child (WSCC) – A Collaborative Approach to Learning and Health, 2014*. <http://www.ascd.org/ASCD/pdf/siteASCD/publications/wholechild/wscs-a-collaborative-approach.pdf>
- Hanlon, P.–Carlisle, S. (2012): „A perspective on the future public health: an integrative and ecological framework.”
In: *Perspective in Public Health*, November 2012.
<http://www.researchgate.net/publication/232740885>
- Hruschka D.J.–Hadley C. (2008): „A glossary of culture in epidemiology.” In: *J Epidemiol Community Health*, 62:947–951. <http://jech.bmj.com/content/62/11/947>
- Kondor (s.a.): *A kultúra fogalmának és tartalmának változása Cicerótól Carey-ig*. <http://www.phil-inst.hu/uniworld/kkk/crosscul/kondor/1.htm>
- Kroeber, A.L.–Kuckhohn, C. (1952): *Culture. A Critical Review of the Concepts and Definitions*. Papers of Peabody Museum of Archeology and Ethnography.
http://www.jstor.org/stable/40450928?seq=1#page_scan_tab_contents
- Kökönyei et al. (2009): *Iskola és közérzet*. HBSC–OGYEI, Budapest. http://www.ogyei.hu/upload/files/iskola_es_kozerzet_ogyei_hbcs_2009.pdf
- Kroeber–Parsons (1998): „A kultúra és a társadalmi rendszer fogalma.” Ford.: Vörös Miklós. In: *Replika*, pp. 236–238.
- Lannert (2010): *PEDAGÓGUS 2010. Pedagógusok időmérleg vizsgálata, Kutatási zárójelentés*. TÁRKI–Tudok, Budapest.
- Márkus (1992): „A kultúra: egy fogalom keletkezése és tartalma.”
In: *Kultúra és modernitás*, T-Twins, 1992. pp. 9–41.
- Matlákné (2008): *A testi-lelki egészség fenntartásának lehetőségei*. TÁMOP-2.2.3-07/1-2vF-2008-0008 ÚMFT.
http://www.humantisztk.hu/modularis_jegyzetek/10_2_matlakne_mf.pdf
- McGlynn: *Using Ethos Indicators in Primary Schools Self-Evaluation, Taking Account of the Views of Pupils, Parents and Teachers*. School Development Planning, Support Materials, Scottish Office Education Department, 1992.
<http://www.ethosnet.co.uk/documents/PrimarySEEDSCHEEFECTIV.pdf>
- Mitchell et al. (2011): *School Health Profiles North Carolina Middle and High Schools, Findings of the 2010 School Health Education Profiles – Principals’ Survey*. <http://www.nchealthyschools.org/docs/data/profiles/2010/2010profiles.pdf>
- Michie et al. (2011): „The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change.”
In: *Implementation Science*, 2011, 6:42.
<http://www.implementationscience.com/content/6/1/42>
- Napiet et al. (2014): „Culture and health.” In: *Lancet*, 2014; 384: 1607–39. Published Online October 29, 2014.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61603-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61603-2)
- Németh–Költő (2010): *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja. HBSC Nemzeti jelentés*. Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest. http://www.ogyei.hu/anyagok/HBSC_2010.pdf
- Paksi et al. (2005): *Prevenációs/egészségfejlesztési tevékenység a közoktatásban. HBSC Kutatási jelentés*. Oktatási Minisztérium, Budapest. www.nefmi.gov.hu/2005/prevenacios-tevenyseg
- Paksi (2009): *Felmérés a közoktatás rendszerében alkalmazott prevenációs/egészségfejlesztési programokról és az agresszióval kapcsolatban megjelenő vélekedésekről, reakciókról. Kutatási beszámoló*. Oktatási Minisztérium, Budapest.
http://www.okm.gov.hu/letolt/kozokt/iab_paksi_091124.pdf
- Stewart-Brown S. (2006): *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. *Health Evidence Network report*.
<http://www.euro.who.int/document/e88185.pdf>
- Szalay Piroska, Dr. (2008): *Egészségfejlesztés–egészségkultúra*. Előadás, Semmelweis Egyetem, Testnevelési és Sporttudományi Kar, 2008. <http://tf.hu/wp-content/uploads/2009/07/efek1.pdf>
- Samdal O.–Nutbeam D.–Wold B.–Kannas L. (1998): „Achieving health and educational goals through school – a study of the importance of school climate and student satisfaction.”
In: *Health Education Research*, 13 (3): 383–397.
<http://her.oxfordjournals.org/content/13/3/383.full.pdf+html>



- Thapa et al. (2013): *A Review of School Climate Research*.
<http://www.schoolclimate.org/publications/documents/sc-brief-research.pdf>
- Vitányi Iván: „Globalizáció és civilizációk. A civilizáció és a kultúra paradigmái.” In: *Magyar Tudomány*, 2002/6., 720.
<http://www.matud.iif.hu/02jun/vitanyi.html>
- Vieno, A.–Santinello, M. (2004): „School Climate and Well Being in Early Adolescence: A Comprehensive Model.” In: *European*

- Journal of School Psychology*, 2, pp. 219–237.
https://www.education.umd.edu/HDQM/labs/Alexander/ARL/Publications_files/Maggioni2004.pdf#page=219
- Vieno A.–Douglas D. (2005): „Democratic School Climate and Sense of Community in School: A Multilevel Analysis.” In: *American Journal of Community Psychology*, December 2005, Volume 36, Issue 3-4., pp. 327–341.
<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10464-005-8629-8>



Békés megyei Ifjúságkutatás 2004–2014

Egészségmagatartás, pszichikai egészség, értékpreferenciák

Prof. Dr. Pikó Bettina,¹ Tarkóné Strifler Anita,² Sinyiné Nagy Éva,²
Almásiné Hegedűs Ildikó,² Nagyné Dr. Klembucz Erzsébet³

¹Szegedi Tudományegyetem, Magatartástudományi Intézet

²Békés Megyei Kormányhivatal, Népegészségügyi Főosztály, Közegészségügyi Osztály

³Békés Megyei Kormányhivatal, Népegészségügyi Főosztály, Egészségfejlesztési Osztály

Bevezetés

A serdülőkor olyan életszakasz, amikor a halálzási adatok viszonylag kedvezőek, azonban számos olyan biológiai és pszichoszociális változás megy végbe, melynek hatására a fiatalok pszichikai egészsége sok tekintetben veszélyeztetett (1). Az egyik indikátor, mely jól jellemzi a fiatalok pszichikai egészségét, a különböző *pszichoszomatikus tünetek gyakorisága*, melyek részben a biológiai-hormonális változásoknak, részben pedig annak köszönhetőek, hogy ebben az időszakban megnő a hajlam az önmonitorozásra, azaz a test és a lélek jelzéseire való fokozott odafigyelésre (2). Különösen a lányok számolnak be gyakori tünetekről (3). A fiataloknál leggyakrabban *alvászavarok, hát- és derékfájás, kimerültség és fejfájás* jelentkezik, mely egészségük önértékelésére és életminőségükre is kihat (3–5).

A pszichoszomatikus tünetképzéshez hasonlóan a pszichikai egészség fontos indikátora a *depressziós tünetegyüttes* – mely nem feltétlenül klinikai depressziót, inkább egyfajta hangulati labilitást és sérülékenységet jelent –, s mely serdülőkorban szintén emelkedő tendenciát mutat, párhuzamosan a lányok nagyobb tünetgyakoriságával (6,7). Emellett a *szubjektív jól-lét*, és ennek egyik fontos eleme, az *élettel való elégedettség* nemcsak a fiatalok életminősége, hanem pszichikai egészsége szempontjából is nagy jelentőségű mutató (8). Az életminőség szempontjából az is lényeges, hogy milyen célok, törekvé-

sek jellemzik a fiatalokat ebben az életkorban; nem mind-egy, milyen értékeket preferálnak, hiszen a belső értékek hosszú távon megalapozhatják pszichikai egészségüket, míg a külső értékek, pl. az anyagiak túlértékelése sokszor depresszióhoz, szorongáshoz vezethet (9).

A pszichikai egészség egyik fontos területe az *egészségmagatartás*, a *káros szenvedélyek gyakorisága*, illetve az *egészségvédő magatartásokban való részvétel*, mint az *étkezésre való odafigyelés* vagy a *rendszeres fizikai aktivitás*. A serdülőkor azért is jelent változást az egészségmagatartás terén, mert a fiatalok önállósága megnő, és magatartási döntéseiket jórészt önállóan hozzák meg (10). Ez megmutatkozik abban, hogy egyre nagyobb mértékben próbálják ki a felnőttéget szimbolizáló szereket (cigaretta, alkohol, drogok), de abban is, hogy pl. az étkezésükről is maguk kezdenek el gondoskodni. A változások többnyire nem pozitív irányúak, hiszen pl. a sportolást is sokan abbahagyják, erre utal a kor függvényében csökkenő részvétel (11).

Az imént említett pszichikai egészségmutatók alkalmassak arra, hogy a serdülőkorú populáció egészségi állapotát és életminőségét nyomon kövessük. Kutatócsoportunk 2004-ben – a *Dél-alföldi Ifjúságkutatás* részeként – Békés megyei középiskolások körében végzett vizsgálatot (12,13), majd a lehetséges tendenciák megállapítása végett a kutatást 2014-ben megismételtük. Természetesen tíz év nem elegendő arra, hogy messzemenő, pl. generációkat

LEVELEZÉSI CÍM:

Prof. Dr. Pikó Bettina, Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet. Postacím: 6722 Szeged, Szentháromság u. 5. Telefon: +36-62-420-530. E-mail: bettinapiko@nepsy.szote.u-szeged.hu



érintő következtetéseket vonhassunk le, azonban kétségkívül kijelöli azokat az irányokat, melyek az iskolákban folyó egészségfejlesztési programok számára hasznosak lehetnek. Jelen tanulmányban ezért megvizsgáltuk, milyen változások történtek a fiatalok egészségmagatartásában, pszichikai egészségében, értékrendjében, illetve hogy a kor és a nem szerepet játszik-e bizonyos változók alakulásában.

Minta és módszer

A *Dél-alföldi Ifjúságkutatás 2004* (N = 1114) célja az volt, hogy a középiskolás populáció egészségi állapotának pszichoszociális összefüggéseit elemezze Bács-Kiskun, Békés és Csongrád megyékben. A rétegzett mintavétel során kiválasztottuk a városokat és az iskolákat, ezt követően a véletlenszerű kiválasztás alapegységei az osztályok voltak. Az adatgyűjtés a megyei ÁNTSZ-ek segítségével történt. A Békés megyei vizsgálatban résztvevő 400 diák közül 184 fiú (46%) és 216 (54%) lány volt, akik a középiskola 1–5. osztályába jártak. A tanulók életkorának átlaga 16,6 volt (szórás: 1,4 év). Az adatgyűjtésre 2004 első félévében került sor.

A *Békés megyei Ifjúságkutatás 2014* vizsgálatra a tavalyi év első félévében került sor, hasonló mintavételi módszertannal, a *Békés Megyei Kábítószerügyi Egyeztető Fórum* támogatásával. A vizsgálatban összesen 677 tanuló vett részt (n = 292, 43,3% fiú és n = 383, 56,7% lány, életkoruk átlaga 16,4, szórás: 1,5 év).

Az önkitöltéses kérdőív a szociodemográfiai adatokon (pl. kor, nem, iskolai teljesítmény, társadalmi helyzet/önbesorolás) túl kiterjedt a fiatalok pszichikai egészségére (egészségmagatartás, pszichoszomatikus tünetképzés, depressziós tünetegyüttes, az étellel való elégedettség), az egészség önértékelésére és az értékpreferenciákra is.

Az egészségi állapot önminősítését a következő kérdéssel vizsgáltuk: „Milyenek tartod egészségi állapotodat a hasonló korúakkal összehasonlítva?” A megkérdezetteknek négyfokú skálán kellett értékelniük egészségi/edzetségi állapotukat: 1 = rossz, 2 = megfelelő/elfogadható, 3 = jó, 4 = kitűnő/kiváló (14). A kérdőív tartalmazta az ebben az életkorban leggyakoribb pszichoszomatikus tüneteket (15): idegességből eredő fejfájás, hát- és derékfájás, alvási problémák, kimerültség/gyengeség, gyomorégés vagy gyomorfájás, idegességből eredő hasmenés, túl gyors, szabálytalan szívdobogás (*palpitáció*). A tünetek előfordulása szerint négy kategóriát különböztettünk meg: 4 = gyakran, 3 = időnként, 2 = ritkán, 1 = soha. Az adott válaszokhoz értéket rendelve, majd ezeket összeadva egy indexet készítettünk, melyen a minimális érték 7, a maximális érték pedig 28 volt.

A depressziós tünetegyüttest a korábbiakhoz hasonlóan a rövidített *CDI (Gyermekekdepresszió) skálával* mér-

tük (14,16). A skála összesen nyolc kérdést tartalmazott, mindegyik a depresszió 1–1 tünetét jellemezte három válaszkategóriával (0–1–2). Itt is az összesített skálapon-tok átlagértékeit vettük alapul.

Egészségmagatartásként három szerfogyasztás (dohányzás, alkohol- és marihuána-fogyasztás élet- és háromhavi prevalenciája) mellett a fizikai aktivitást és az étkezésre való odafigyelést vizsgáltuk (17). Az étellel való elégedettséget a *The Satisfaction With Life Scale* (18) segítségével mértük, mely egy igen elterjedt mérő-módszer magyar serdülők körében is. Öt állítást tartalmaz (pl. „Eddig megkaptam az ételtől, amit akartam”), melyeket hétfokozatú skálán kellett értékelni.

Végül az ún. *Aspirációs index* 7 értéket tartalmazott (19): önel fogadás/Szelf (4 item, pl. „Saját magad fogod irányítani az életedet”), csoporthoz való tartozás/társas kapcsolatok fontossága (5 item, pl. „Lesznek jó barátaid, akikre számíthatsz”), közösségi érzés/segítés (5 item, pl. „Segíteni fogsz másoknak, hogy jobb legyen az életük”), fizikai egészség (4 item, pl. „Testileg egészséges leszel”), anyagi sikerek (4 item, pl. „Anyagilag sikeres leszel”), társadalmi presztízis (5 item, pl. „Valamit elérsz majd, ami elismertséget hoz”), divat/külső megjelenés (5 item, pl. „Lépést tartasz a divattal”). A megkérdezetteknek az értékorientációs módokhoz tartozó állításokat egy ötfokozatú skálán kellett értékelniük (1 = „egyáltalán nem fontos” – 5 = „nagyon fontos”).

Eredmények

Az egészségmagatartási változók közül a dohányzás gyakoriságában csökkenő tendencia figyelhető meg: míg 2004-ben a középiskolások Békés megyei mintájában 29,8% soha nem próbálta ki a cigarettát, ez az arány 2014-ben 43,2%. A napi rendszerességgel dohányzók aránya 33,9%-ról 21,4%-ra csökkent (K χ^2 -próbával $p < 0,001$). Az alkoholfogyasztás terén is némi csökkenés figyelhető meg (K χ^2 -próbával $p < 0,05$), mely azonban jóval kisebb mértékű, mint a dohányzás esetében. 2004-ben a fiatalok 12%-a, 2014-ben 13,1%-a egyáltalán nem fogyasztott alkoholt, ezzel szemben 2004-ben 16,5%-uk, 2014-ben pedig 13,9%-uk heti rendszerességgel ivott. A drogfogyasztás terén nem volt jelentős változás (K χ^2 -próbával $p > 0,05$), az életprevalencia aránya 19% (2004) és 17,6% (2014).

Az 1. táblázatban a Békés megyei fiatalok mintájában előforduló egészségmagatartási tényezők százalékos arányait láthatjuk 2004-ben és 2014-ben. A szerfogyasztás jelenlegi prevalenciáját (gyakoriságok nélkül) tekintve egyedül a dohányzás terén igazolható csökkenés, az alkohol- és drogfogyasztás előfordulásában inkább stagnálás állapítható meg. A sportolásban szintén nem igazolható változás, azonban 2014-ben jóval többen állították, hogy



1. táblázat

**A Békés megyei fiatalok mintájában előforduló egészségmagatartási tényezők
2004-ben és 2014-ben (%)**

	2004 (N = 400)	2014 (N = 677)
Dohányzás (jelenleg)		
Nem	50,1	64,2
Igen	49,9	35,8
Khi ² -próba	p = 0,000	
Alkoholfogyasztás (jelenleg)		
Nem	36,3	32,1
Igen	63,7	67,9
Khi ² -próba	p = 0,161	
Drogfogyasztás (jelenleg)		
Nem	92,5	90,8
Igen	7,5	9,2
Khi ² -próba	p = 0,269	
Étkezésre való odafigyelés		
Egyáltalán nem	20,7	12,2
Egy kissé	19,9	23,5
Időnként	30,5	33,6
Legtöbbször	20,4	21,0
Mindig	8,6	9,8
Khi ² -próba	p = 0,006	
Fizikai aktivitás		
Soha	4,0	5,2
Ritkán	16,5	15,7
Havi 2–3 alkalommal	9,5	10,7
Hetente 1–2 alkalommal	27,6	29,7
Ennél többször	42,4	38,8
Khi ² -próba	p = 0,669	

odafigyelnek étkezési szokásaikra, és igyekeznek egészséges ételeket fogyasztani.

A 2. táblázatban a szerfogyasztási előfordulást nemenkénti bontásban láthatjuk. Az adatok azt mutatják, hogy míg 2004-ben csak a drogfogyasztásban volt eltérés nemenként, addig 2014-ben a dohányzásban is, azaz a lányok körében a dohányzás nagyobb mértékben csökkent, mint a fiúk körében.

A 3. táblázatban láthatjuk a mentális egészség-mutatók skálapontjainak átlagértékeit. Egyik skála pontértékében sem volt jelentős eltérés ($p > 0,05$), tehát megközelítőleg ugyanolyan mértékben elégedettek a fiatalok az életükkel 2014-ben, mint 2004-ben, nem számoltak be több depressziós, valamint pszichoszomatikus tünetről sem.

A 4. táblázat mutatja a pszichikai egészségre jellemző skálapontok átlagértékeit nemenkénti bontásban.

2. táblázat

**A Békés megyei fiatalok mintájában előforduló szerfogyasztás nemenként
2004-ben és 2014-ben (%)**

	2004 (N = 400)		2014 (N = 677)	
	Fiúk	Lányok	Fiúk	Lányok
Dohányzás (jelenleg)				
Nem	51,4	49,1	58,8	68,0
Igen	48,6	50,9	41,2	32,0
Khi ² -próba	p = 0,688		p = 0,017	
Alkoholfogyasztás (jelenleg)				
Nem	32,2	39,8	30,3	33,1
Igen	67,8	60,2	69,7	66,9
Khi ² -próba	p = 0,119		p = 0,504	
Drogfogyasztás (jelenleg)				
Nem	88,5	95,8	86,6	94,0
Igen	11,5	4,2	13,4	6,0
Khi ² -próba	p = 0,007		p = 0,001	

Valamennyi értékben igazolható eltérés: a lányok több pszichoszomatikus és depressziós tünetet említettek ($p < 0,001$), viszont a fiúk elégedettebbek az életükkel ($p < 0,05$).

Ezt követően megnéztük, hogy az élettel való elégedettséget mely tényezők határozzák meg leginkább. Ehhez többváltozós regresszióelemzést végeztünk (5. táblázat). Az elemzésből az derült ki, hogy azok elégedettebbek az életükkel, akikre kevésbé jellemző a depressziós és pszichoszomatikus tünetképzés, nem dohányoznak, viszont sportolnak, odafigyelnek a táplálkozásukra, jól tanulnak, valamint magukat magasabb társadalmi osztályba sorol-

ták be. Nem függ az élettel való elégedettség a nemtől, és nem befolyásolja sem az alkohol-, sem pedig a drogfogyasztás.

Az 1. ábra szemlélteti az egyes pszichoszomatikus tünetek gyakoriságát. Egyik tünet sem mutatott jelentős változást az évek függvényében. Az alvászavarok kivételével inkább csökkenő tendencia érvényesült. Leggyakoribb tünetnek a kimerültség, a hát- és derékfájás, valamint a fejfájás bizonyult.

A 2. ábra a teljes mintában mutatja be a tünetek nemenkénti eltéréseit. Valamennyi tünet a lányok körében volt gyakoribb, különösen igaz ez a fejfájásra.

3. táblázat

**A Békés megyei fiatalok mintájában mért mentális egészség-skálák (átlag, szórás)
2004-ben és 2014-ben**

	2004 (N = 400)	2014 (N = 677)
Pszichoszomatikus Index	14,0 (4,2)	13,8 (3,9)
Kétmintás t-próba	p = 0,394	
Élettel való elégedettség skála	23,9 (6,1)	23,9 (5,9)
Kétmintás t-próba	p = 0,908	
Depresszió (CDI) skála	2,3 (2,2)	2,5 (2,4)
Kétmintás t-próba	p = 0,359	

4. táblázat

A Békés megyei fiatalok mintájában mért mentális egészség-skálák nemenként (átlag, szórás) 2004-ben és 2014-ben (N = 1077)

	2004 (N = 400)	2014 (N = 677)
Pszichoszomatikus Index	12,5 (3,5)	15,0 (4,0)
Kétmintás t-próba	p = 0,000	
Élettel való elégedettség skála	24,4 (5,8)	23,5 (6,0)
Kétmintás t-próba	p = 0,023	
Depresszió (CDI) skála	2,0 (2,3)	2,8 (2,4)
Kétmintás t-próba	p = 0,000	

A 3. ábra az egészség önértékelését ábrázolja 2004-ben és 2014-ben. A diákok többsége *jónak* értékelte saját egészségét: 2004-ben 61,5%, 2014-ben pedig 58,8%. *Kiváló*nak a fiatalok 31,3%-a (2004), illetve 29,4%-a (2014), *elfogadható*nak 5,8% (2004), illetve 10,3% (2014), *rossznak* pedig mindkét évben 1,5%. Nem volt jelentős változás az idő függvényében.

A 4. ábra nemenként mutatja be az egészség önértékelését, mely szerint a fiúk jobbnak értékelték saját egészségüket, és ez elsősorban a *kiváló* minősítés eltéréseiből adódik (a fiúk 34,9%-a, a lányok 26,4%-a). *Jónak* a fiúk 56,4%-a, a lányok 62,5%-a, *elfogadható*nak 7,4%, illetve 9,4%, és *rossznak* 1,3%, illetve 1,7% tartotta saját egészségét.

Az 5–6. ábra az értékpreferenciákat ábrázolja. Mind 2004-ben, mind pedig 2014-ben a *társas kapcsolatokat* jellemző érték került első helyre, amit az *egészség* és az *önelfogadás/szelf* követett. Az *anyagiak* közepes helyet foglaltak el az értékrendben, míg kevésbé volt fontos a diákok számára a *presztízs*, a *divat* és a *közösség segítése*. Jelentős változás az értékpreferenciákban tíz év távlatában nem történt, egyedül a *közösség segítségével* figyelhető meg emelkedő tendencia (5. ábra).

A lányoknál nagyobb jelentőséggel bírtak a társas kapcsolatok, az *önelfogadás/szelf*, a *divat* és a *közösség segítése*, míg a fiúknál a *társadalmi presztízs* kapott nagyobb pontszámot (6. ábra).

Végül a 7. ábra az egészségmagatartási változók gya-

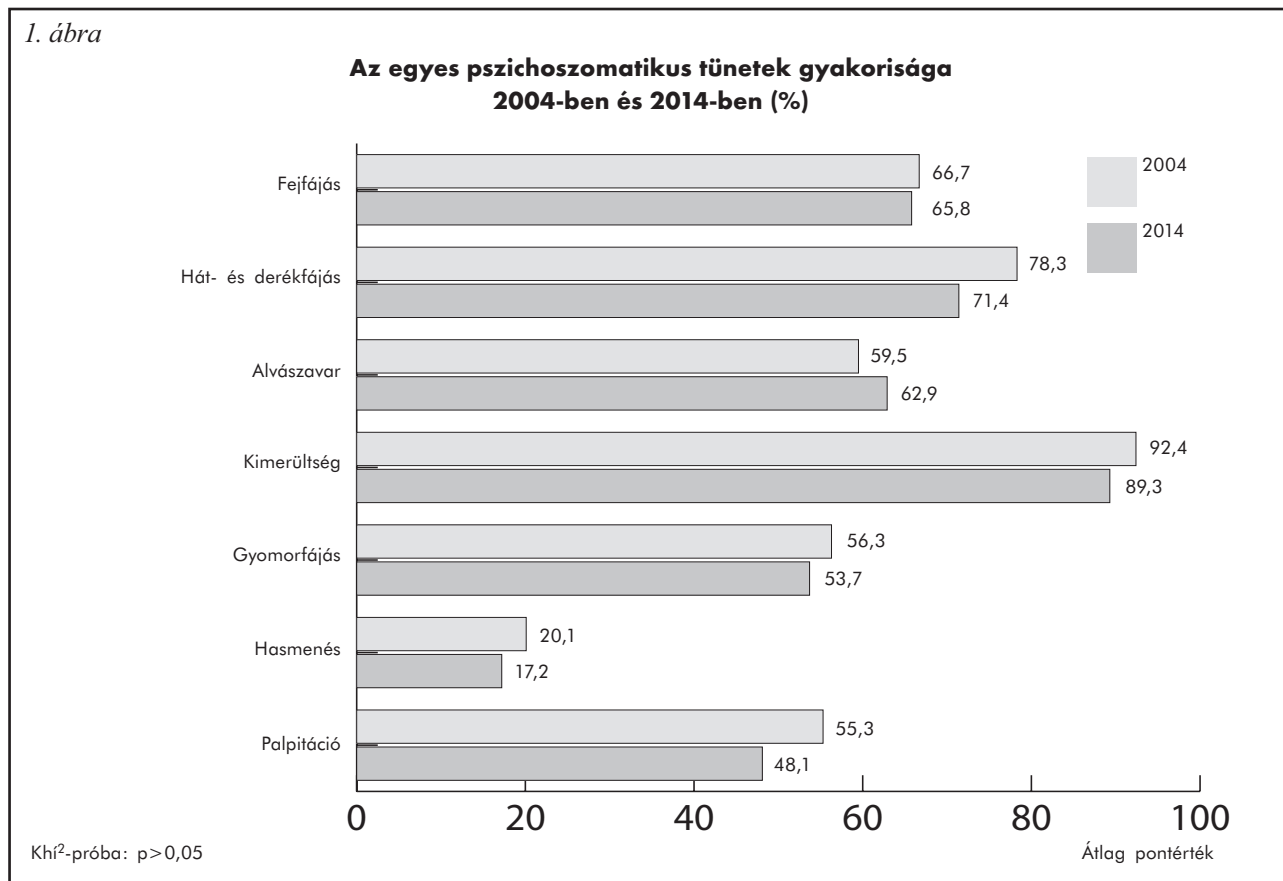
5. táblázat

Az élettel való elégedettséget meghatározó tényezők többváltozós regresszióelemzése (N = 1077)

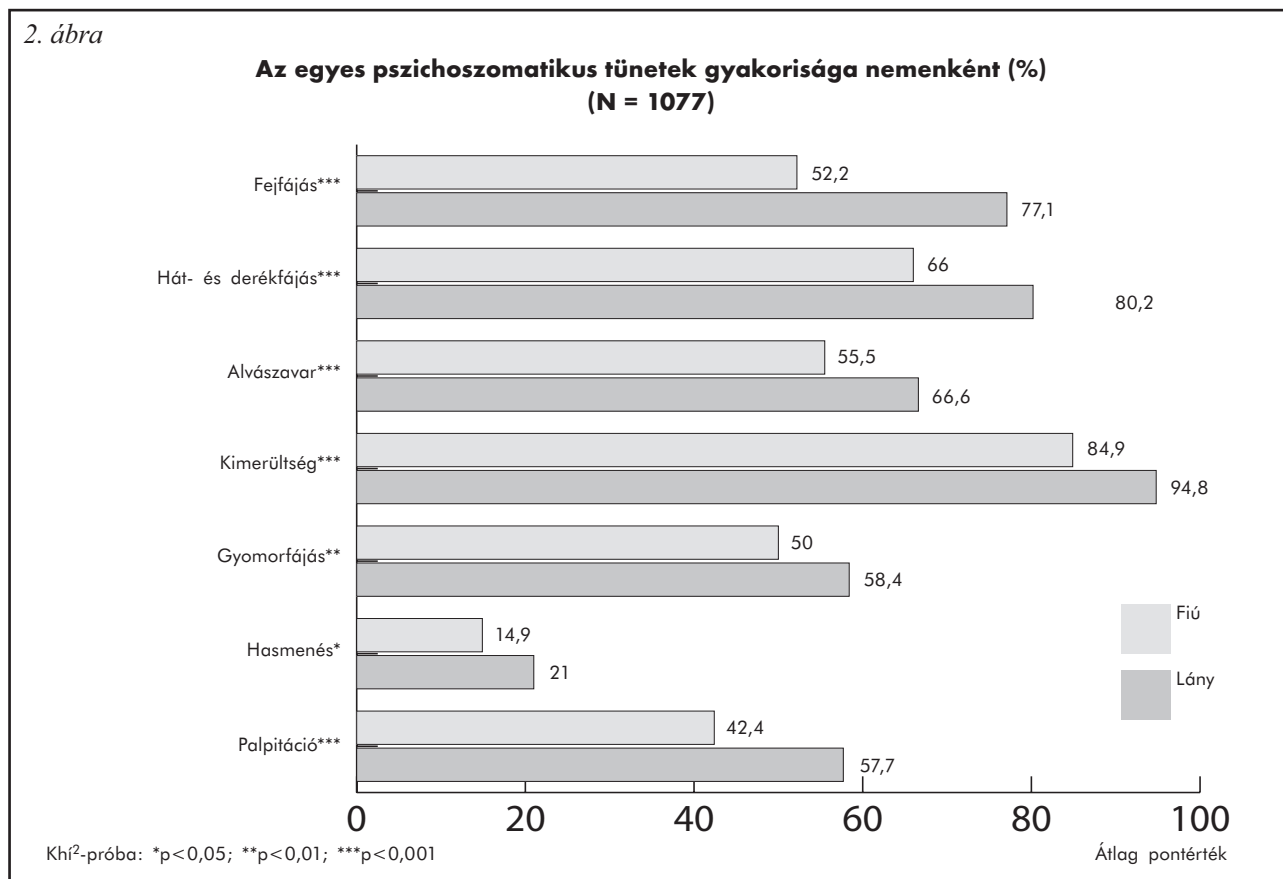
Változók	Regressziós együtthatók (Béta)
Pszichoszomatikus tüneti index	-0,07*
Depresszió (CDI) skála	-0,39**
Dohányzás havi mennyisége	-0,07*
Alkoholfogyasztás havi mennyisége	-0,01
Drogfogyasztás havi mennyisége	0,01
Fizikai aktivitás	0,05*
Étkezésre odafigyelés	0,11**
Iskolai teljesítmény	0,13**
Társadalmi helyzet önbesorolás	0,24**
Nem	-0,01
Konstans	25,3**
R ²	0,38**

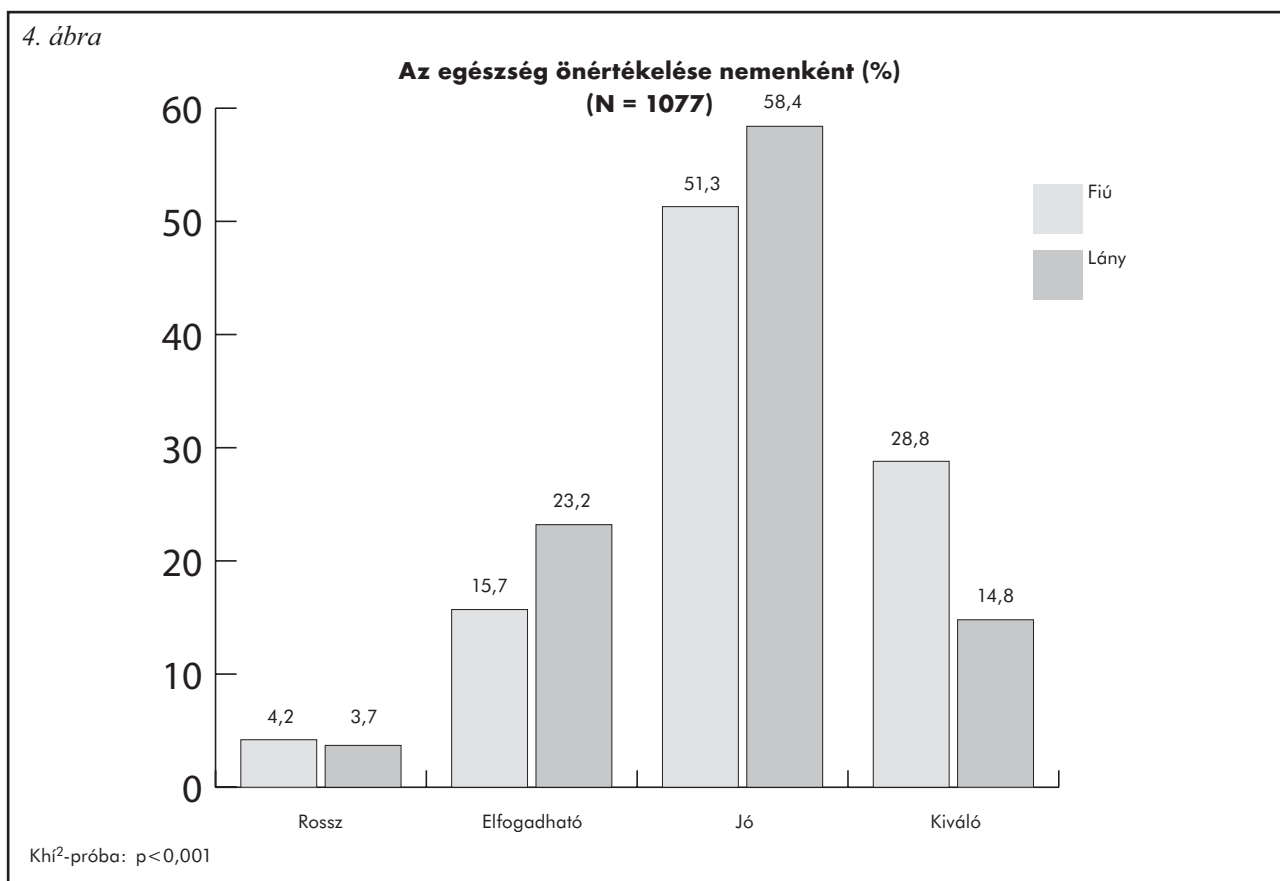
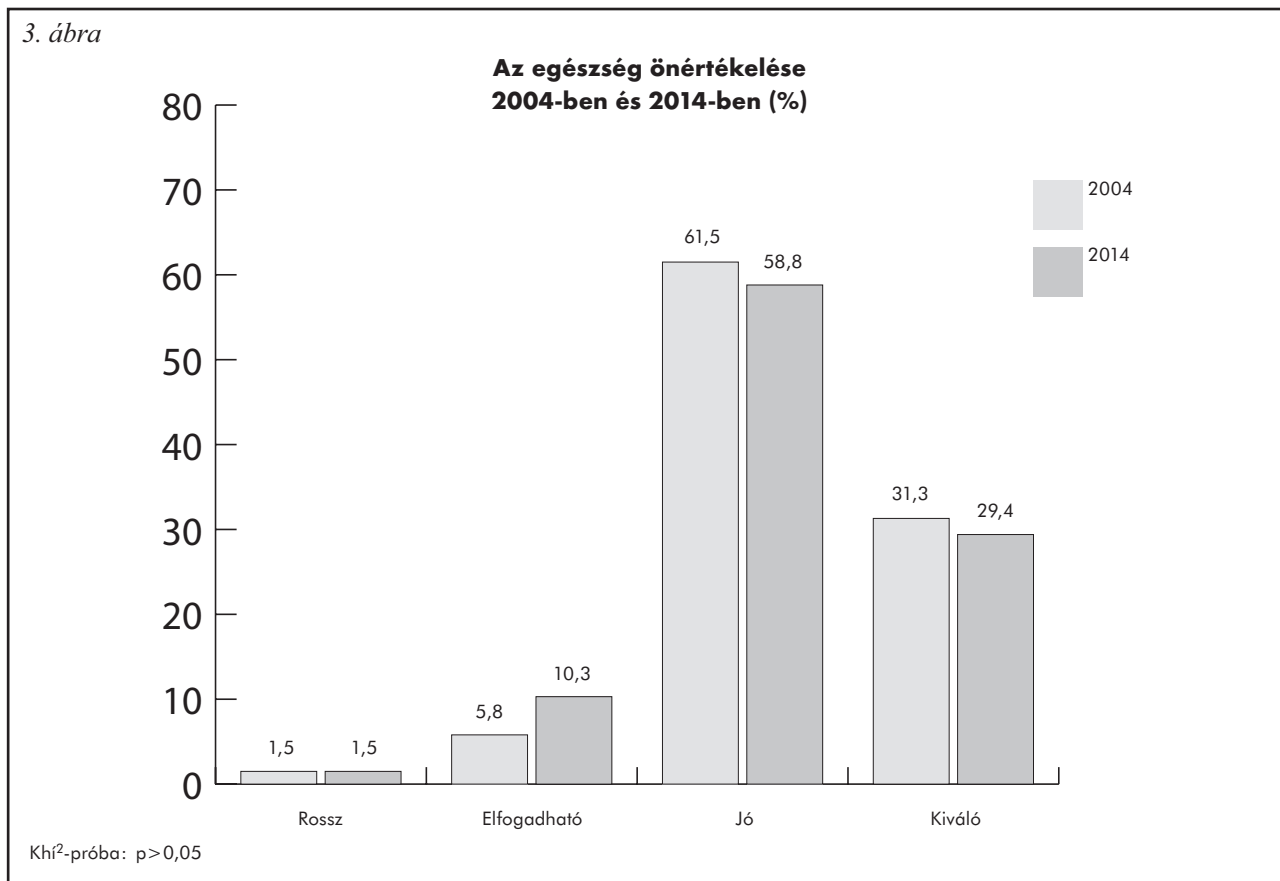
* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

1. ábra

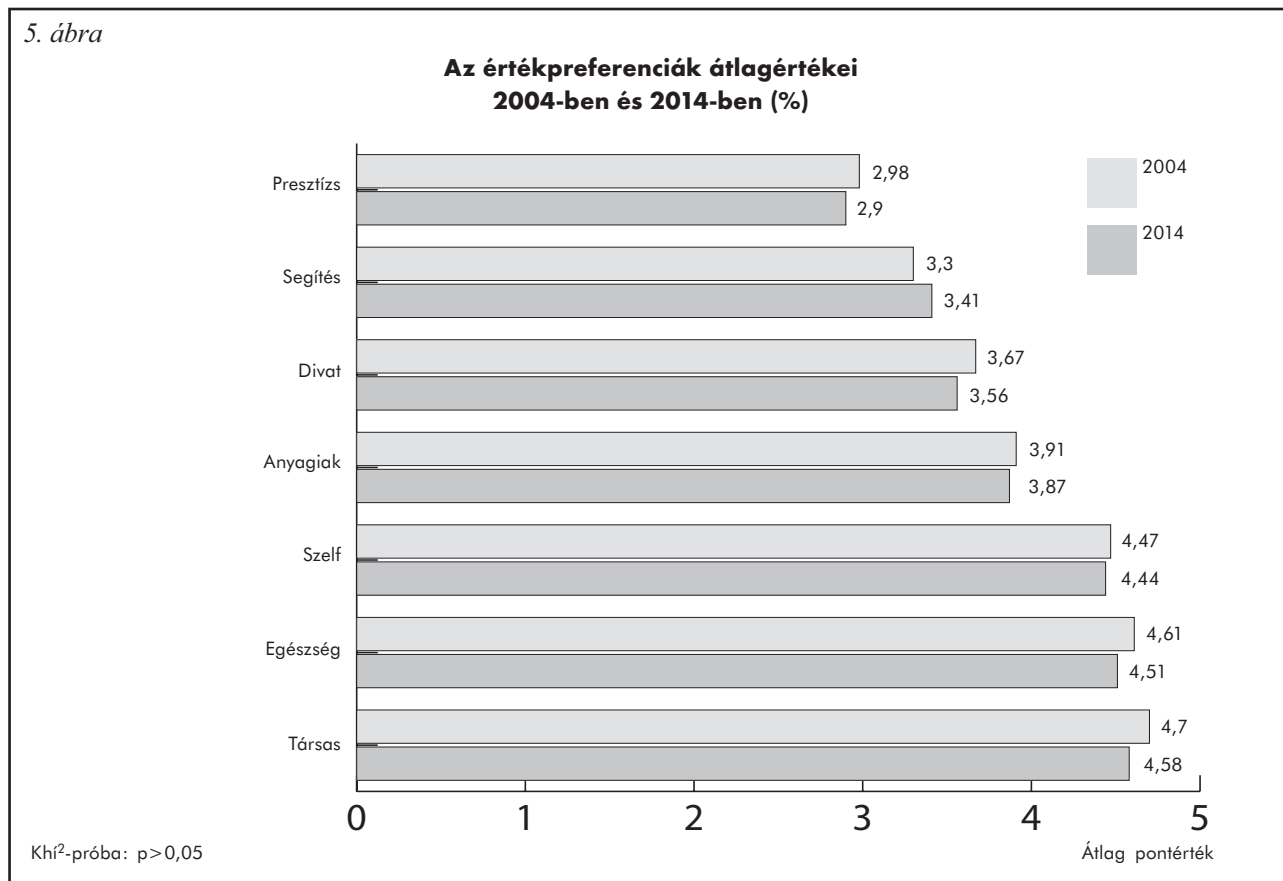


2. ábra

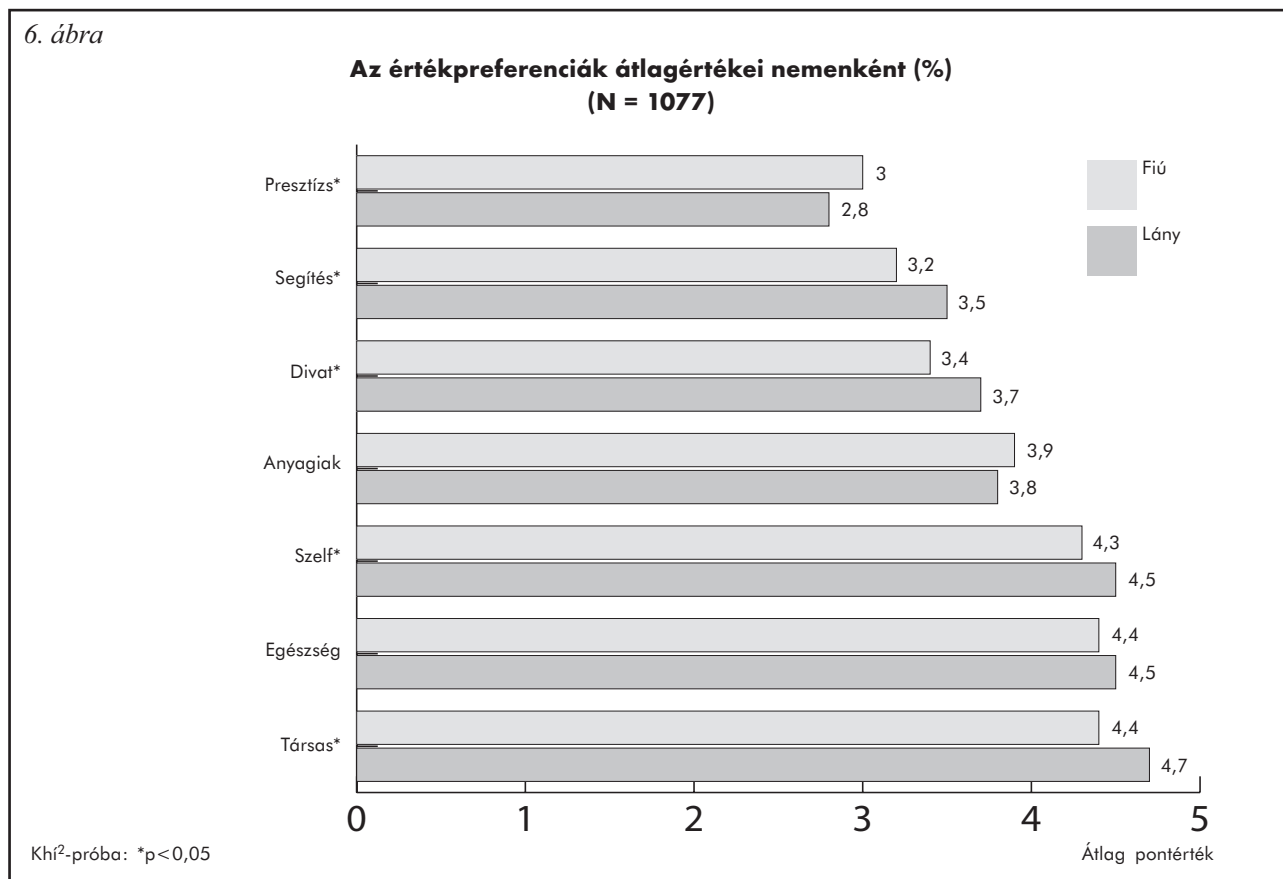


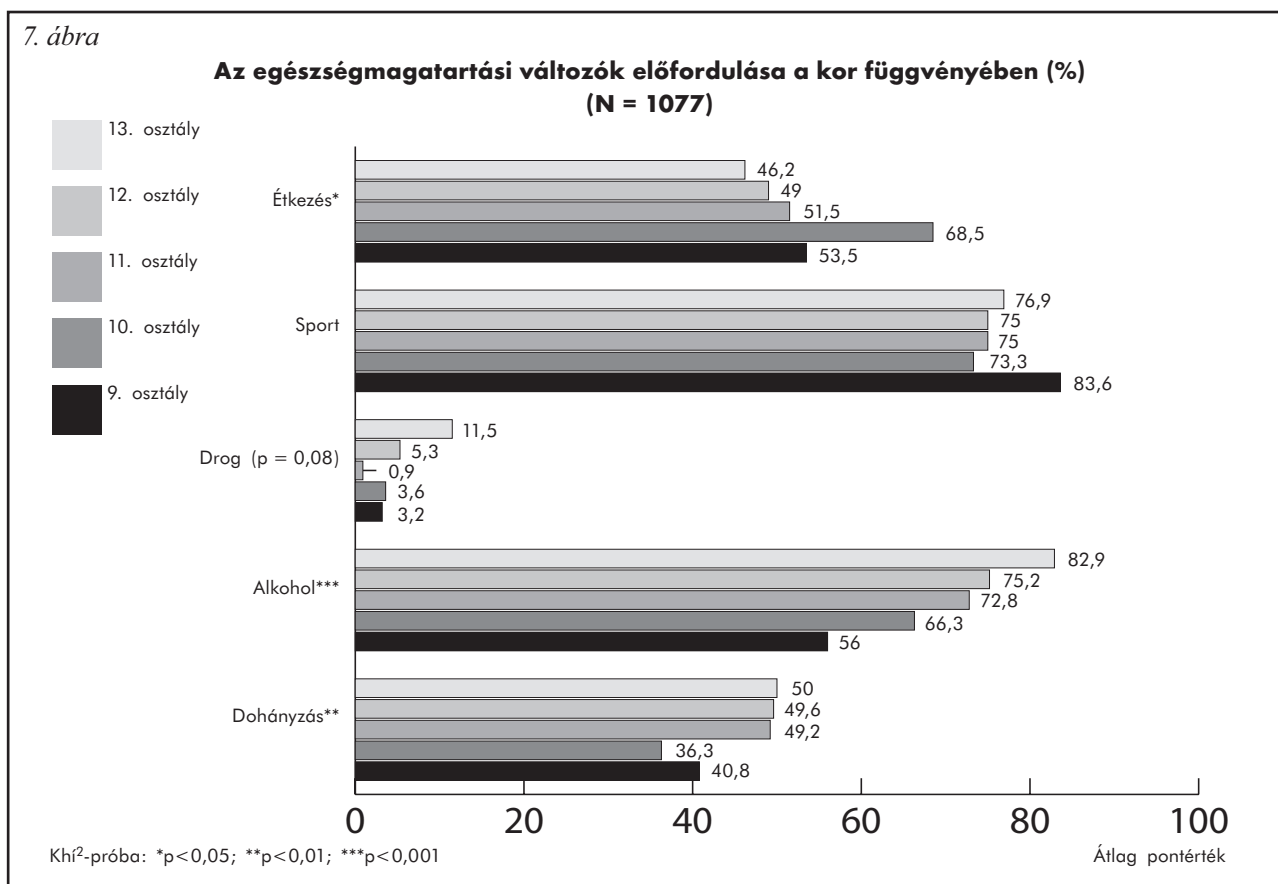


5. ábra



6. ábra





koriságát mutatja be a kor függvényében. Ebből kitűnik, hogy a korról csökken az étkezésre való odafigyelés, azonban a tizedikesek ebből kiemelkednek: ők azok, aki leginkább odafigyelnek táplálkozásukra.

A sportolásban és a drogfogyasztásban nincsen kor szerinti eltérés. Az alkoholfogyasztásban viszont egyértelműen megmutatkozik a lépcsőzetes, azaz fokozatosan emelkedő tendencia. Végül a dohányzás terén kevésbé egyértelmű a helyzet: leginkább az figyelhető meg, hogy a 9. és 10. osztályosokhoz képest a három felsőbb évfolyamra járók közül lényegesen többen dohányoznak.

Következtetések

Kutatásunkban a Békés megyei középiskolás populációra fókuszáltunk, melyhez – hasonló adatgyűjtési protokollt és kérdőívet alkalmazva – a 2004-es ifjúságkutatás adatait vetettük össze a 2014-es adatokkal. Azokat az indikátorokat vettük alapul, melyek a serdülőkutatásban a pszichikai egészség jellemzésére alkalmasak (1,2,3,6,8,10,11). Tíz év elteltével bizonyos változókban igazolhatóak eltérések, míg másokban nem.

Ki kell emelnünk az egészségmagatartás változóit, elsősorban a dohányzást, melynek előfordulásában csökkenő tendencia jellemző, különösen igaz ez a középiskolás

lányokra. Ez egybecseng más kutatások eredményeivel is, pl. az *Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása* nemzetközi projekt hazai adataival (14). Ez következhet abból, hogy a dohányzásmegelőző program hatékonyan működik a középiskolákban, továbbá abból is, hogy a cigarettafogyasztásnak a korábban Nyugat-Európában már megfigyelt csökkenő tendenciája talán hazánkat is elérte (20). Erre utalnak a felnőttkori adatok, melyek évről-évre némi csökkenést igazolnak (21). Bár a dohányzás káros hatásai már régóta közismertek, a közvélekedés, a megítélés megváltozása az, ami igazán a magatartás átalakításához vezethet.

Az alkohol- és drogfogyasztás terén azonban leginkább stagnálás, illetve enyhe csökkenés valószínűsíthető. A gyakorisági adatok alapján elsősorban az alkoholfogyasztás igazán problematikus, tekintve, hogy kultúránkban az alkohol erősen elfogadott és sokféle társas helyzetben preferált szerfogyasztás. A hazai reprezentatív adatok is azt erősítik meg, hogy az alkohol kipróbálása a középiskolások körében szinte általános (14), a korról pedig egyenes arányban nő, mint ezt saját elemzésünk is megerősíti. Ez azért is érdemel kitüntetett figyelmet, mert az alkoholfogyasztási szokások ebben az életkorban alakulnak ki, melyek a későbbiekben is meghatározhatják az alkoholhoz való viszonyulást (10). Az alkoholtól eltér-



rően a drogfogyasztási arányok az országos adatokhoz képest alacsonyabbak (14).

Az egészség önértékelése ebben az életkorban elsősorban a pszichikai egészségtől függ, hiszen az életminőséget is negatívan befolyásoló krónikus betegségek még ritkán fordulnak elő (2–5,7). Elemzésünk szerint a középiskolások többsége *jónak* minősítette saját egészségét, s ezek az értékek mindkét nemben meghaladták az országos reprezentatív vizsgálat adatait (14). Szintén többen minősítették *kiváló*nak, és kevesebben *megfelelő*nek, valamint *rossz*nak saját egészségüket.

Ezzel szemben a depressziós tüneti pontszám átlagértéke mintánkban mindkét nemben némileg magasabb volt. A leggyakoribb pszichoszomatikus tünetek megegyeznek a korábbi vizsgálatok adataival, azaz a *kimerültség*, a *hát- és derékfájás*, valamint a *fejfájás* voltak a kiemelt tünetek (3,14,15). A lányok több pszichoszomatikus és depressziós tünetről számoltak be, a fiúk pedig jobbnak értékelték saját egészségüket, és elégedettebbek is az életükkel. A lányok gyakoribb pszichoszomatikus tünetképzése hozzájárulhat ahhoz, hogy egészségüket rosszabbnak minősítették (3,7,15). 2004 és 2014 között egyik pszichikai egészségmutató átlagértéke sem változott jelentősen.

Az élettel való elégedettséget leginkább a *depressziós tünetegyüttes* rontja, de szintén negatív hatással van rá a *pszichoszomatikus tünetképzés* és a *dohányzás*, ezzel szemben pozitívan hat rá a *jó iskolai teljesítmény*, a *magasabb társadalmi helyzet*, a *fizikai aktivitás* és az *étkezésre való odafigyelés*. Érdeemes kiemelni, hogy míg a fizikai aktivitás terén tíz év alatt nem volt jelentős változás, az étkezésre több diák figyel oda. Sajnos azonban az étkezési kontroll a kor függvényében csökken, a végzős középiskolások lényegesen kevesebben tartják fontosnak.

Az értékpreferenciák vizsgálata jól kiegészíti az egészségmagatartás és a pszichikai egészség mutatói által kialakított képet. Elemzésünk arra mutatott rá, hogy a középiskolás fiatalok értékrendjében elsősorban a belső/nem materiális értékek (pl. *társas kapcsolatok*, *egészség*, *önfelfogadás*) dominálnak, az *anyagiak* középső helyet foglalnak el, a többi külső érték pedig még ennél is kevésbé jelenik meg. Más vizsgálatok hasonló eredményeket, illetve sorrendet mutattak (22), ráadásul 2004 és 2014 között nem történt jelentős változás sem az értékpreferenciákban, sem a skálapontszámok átlagértékeiben. Ez azért is fontos, mert nemzetközi vizsgálatok azt erősítették meg, hogy az értékpreferencia kihat magatartási döntéseinkre, és így egészségünkre is; elsősorban a túlzottan anyagi szemlélet az, mely pszichikai egészségünkre negatív hatást gyakorol (19).

Összességében elmondhatjuk, hogy az általunk vizsgált mintában: 1) A fiatalok – különösen a fiúk – általában jónak tartják egészségi állapotukat, amiben szerepet játszhat a lányok nagyobb pszichoszomatikus és depressziós

tüneti gyakorisága; 2) Az egészségmagatartás terén inkább a kedvező tendenciák érvényesülnek, pl. a dohányzás gyakorisága – főként a lányok körében – csökkent, az étkezésre pedig a fiatalok jobban odafigyelnek, bár ez a tendencia a korral sajnálatos módon szintén csökken. Az alkoholfogyasztást azonban – általános elterjedtsége miatt – továbbra is kiemelt egészségnevelési problémaként kell kezelnünk; 3) A fiatalok értékrendjében a belső értékek dominálnak; 4) A pszichoszomatikus tünetek közül a hát- és derékfájás kitüntetett figyelmet érdemel, annál is inkább, mert a mozgásszervi betegségek jelentős népegészségügyi problémát jelentenek. Szintén figyelmet érdemel a gyakori fáradtságérzés és kimerültség, ami a napirend és a szabadidő hatékonyabb megszervezésével csökkenthető.

Összefoglalás

Tanulmányunk célja a Békés megyei fiatalok egészségmagatartásának, pszichikai egészségének (pszichoszomatikus és depressziós tüneteinek, élettel való elégedettségének) és értékpreferenciáinak vizsgálata volt. Ezenkívül a 2014-es adatokat összevetettük a 2004-es adatokkal, feltérképezve a lehetséges változásokat. Mindkét esetben rétegzett mintavétellel választottuk ki a résztvevőket (2004: N = 400, 46% fiú, életkoruk átlaga = 16,6 év; 2014: N = 677, 43,3% fiú, életkoruk átlaga = 16,4 év). Az önkitaltató kérdőív a szociodemográfiai adatokon (pl. kor, nem, iskolai teljesítmény, társadalmi helyzet/önbesorolás) túl kiterjedt a fiatalok egészségére, az egészség önértékelésére és az értékpreferenciákra is. A vizsgálat kimutatta, hogy a fiatalok – különösen a fiúk – általában jónak tartják egészségi állapotukat. A lányok több pszichoszomatikus és depressziós tünetről számoltak be. Az egészségmagatartás terén inkább a kedvező tendenciák érvényesülnek, pl. a dohányzás gyakorisága – főként a lányok körében – alacsonyabb, az étkezésre pedig jobban odafigyelnek a fiatalok, bár ez a tendencia a korral sajnálatos módon szintén csökken. Az alkoholfogyasztás azonban továbbra is kiemelt egészségnevelési probléma. A fiatalok értékrendjében a belső értékek dominálnak. Az időbeli összehasonlító vizsgálatok segíthetnek a változások terén bekövetkező tendenciák nyomon követésében, illetve az egészségfejlesztés kritikus pontjainak megállapításában.

Kulcsszavak: szerfogyasztás, egészségmagatartás, pszichikai egészség, értékpreferenciák, összehasonlító elemzés

Abstract

Main goal of our study was to detect youth's health behavior, psychological health (psychosomatic and depressive symptomatology, satisfaction with life) and preference of



values in Békés county, Hungary. In addition, we also make comparison between data of 2004 and 2014 mapping possible changes. In each case, we used a stratified sampling method to choose participants (2004: N = 400, 46% boys, mean age = 16.6 years; 2014: N = 677, 43,3% boys, mean age = 16.4 years). The self-administered questionnaire contained items of youth's psychological health, self-perceived health and their preference of values beyond sociodemographics (e.g., age, gender, school achievement, SES self-assessment). The study revealed that most youth rated their own health as good, particularly boys. Girls reported higher frequencies of psycho-

somatic and depressive symptoms. As to health behavior, the tendencies were rather favorable, e.g., smoking decreased (particularly among girls), and they also controlled their diet more often, although this decreased with age. On the other hand, alcohol use is still a highlighted problem for health education. In terms of youth's preference of values, intrinsic values played a dominant role. Comparative studies over time may help track tendencies of changes as well as determine critical points of health promotion.

Key words: substance use, psychological health, preference of values, comparative analysis

IRODALOM

1. Barkman, C.–Otto, C.–Schön, G.–Schulte-Markwort, M.–Schlack, R.–Raves-Sieberer, U.–Klasen, F.–The Bella Study Group (2015): „Modelling trajectories of psychosomatic health complaints.” In: *European Child and Adolescent Psychiatry*, 24, 658–694.
2. Haugland, S.–Wold, B.–Stevenson, J.–Aaroe, L.E.–Woynarowska, B. (2001): „Subjective health complaints in adolescence: A cross-national comparison of prevalence and dimensionality.” In: *European Journal of Public Health*, 11, 4–10.
3. Pikó B. (1999): „Pszichoszomatikus tünetek és a szubjektív egészségértékelés epidemiológiája középiskolások körében.” In: *Orvosi Hetilap*, 140, 1297–1304.
4. Erginoz, E.–Alikasifoglu, M.–Ercan, O.–Uysal, O.–Ercan, G.–Albayrak Kaymak, D.–Ilter, O. (2004): „Perceived health status in a Turkish adolescent sample: Risk and protective factors.” In: *European Journal of Pediatrics*, 163, 485–494.
5. Fekkes, M.–Pijpers, F.I.M.–Verloove-Vanhorick, S.P. (2004): „Bullying behavior and associations with psychosomatic symptoms and depression.” In: *Journal of Pediatrics*, 144, 17–22.
6. Kessler, R.C.–Avenevoli, S.–Merikangas, K.R. (2001): „Mood disorders in children and adolescents: An epidemiologic perspective.” In: *Biological Psychiatry*, 49, 1002–1014.
7. Pikó B. (2007): „Self-perceived health among adolescents: The role of gender and psychosocial factors.” In: *European Journal of Pediatrics*, 166, 701–708.
8. Proctor, C. L.–Linley, P. A.–Maltby, J. (2009): „Youth life satisfaction: A review of the literature.” In: *Journal of Happiness Studies*, 10, 583–63.
9. Pikó B. (2010): „Gazdagság egyenlő boldogság? Serdülők pszichikai egészsége a társadalmi egyenlőtlenségek tükrében.” In: *Társadalomkutatás*, 28, 53–64.
10. Poikolainen, K. (2002): „Antecedens of substance use in adolescence.” In: *Current Opinion in Psychiatry*, 15, 241–245.
11. Szabó Á. (2003): „A napirend néhány jellemzője.” In: Aszmann Anna (szerk.): *HBSC – Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása*. Országos Gyermekkegészségügyi Intézet, Budapest, 38–41.
12. Pikó B.–Klembucz E.–Sinyiné N.É.–Tarkóné Strifler A. (2006): „Ifjúságmagatartás-kutatás Békés megyében – 2004.” In: *Egészségfejlesztés*, 47(1–2), 20–26.
13. Pikó B. (szerk.) (2005): *Ifjúság, káros szenvedélyek és egészség a modern társadalomban*. L'Harmattan, Budapest.
14. Németh Á.–Költő A. (szerk.) (2011): *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása című, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2010. évi felméréséről készült nemzeti jelentés*. Országos Gyermekkegészségügyi Intézet, Budapest.
15. Pikó B.–Barabás K.–Boda K. (1995): „Pszichoszomatikus tünetek epidemiológiája és hatása az egészségi állapot önértékelésére egyetemi hallgatók körében.” In: *Orvosi Hetilap*, 136, 1667–1671.
16. Kovacs, M. (1992): *Children's Depression Inventory (CDI)*. Multi-Health Systems, Toronto.
17. Gerrard, M.–Gibbons, F.X.–Bentlin, A.C.–Hessling, R.M. (1996): „A longitudinal study of the reciprocal nature of risk behaviors and cognitions in adolescents: What you do shapes what you think, and vice versa.” In: *Health Psychology*, 15, 344–354.
18. Diener, E.–Emmons, R.A.–Larsen, R.J.–Griffin, S. (1985): „The Satisfaction With Life Scale.” In: *Journal of Personality Assessment*, 49, 71–75.
19. Kasser, T.–Ryan, R.M. (1996): „Further examining the American dream: Differential correlates of intrinsic and extrinsic goals.” In: *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 280–287.
20. Edwards, R. (2004): „The problem of tobacco smoking.” In: *British Medical Journal*, 328, 217–219.
21. Tombor I.–Paksi B.–Urbán R.–Kun B.–Arnold P.–Rózsa S.–Demetrovics Zs. (2010): „A dohányzás elterjedtsége a magyar felnőtt lakosság körében.” In: *Népegészségügy*, 88, 149–154.
22. Rácz L. (2005): „Értékek és ifjúság.” In: Pikó B. (szerk.): *Ifjúság, káros szenvedélyek és egészség a modern társadalomban*. L'Harmattan, Budapest, 58–85.



A szülésznő egészségnevelő szerepe a humán papillomavírus-fertőzés megelőzésében

Gurály Edina szülésznő-hallgató,¹ Lipienné Krémer Ibolya,¹
Dr. Mészáros Judit²

¹Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Alkalmazott Egészségtudományi Intézet,
Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikai Ismeretek Tanszék

²Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Alkalmazott Egészségtudományi Intézet, Ápolástan Tanszék

ENSZ: 2014 a család nemzetközi éve

2014-ben húsz éves évfordulóját ünnepelte a család első nemzetközi éve. Az Egyesült Nemzetek Szövetsége az évforduló kapcsán a családok társadalmi szerepére irányította a figyelmet. Az évforduló egyben arra is lehetőséget adott, hogy áttekintsék a család társadalmi fejlődésben betöltött szerepét, illetve a családpolitika aktuális trendjeit – fogalmaz az ENSZ honlapja (www.family2014.org).

Folyóiratunk az évforduló kapcsán felmerülő kérdéseknek szentelte új sorozatát. Az elmúlt két év folyamán tizenegy, a témával kapcsolatos tanulmányt és beszámolót közöltünk, melyek pozitív olvasói visszhangja is jelezte, hogy a téma ilyen jellegű összefoglalása hiánypótló jellegű a hazai szakirodalomban. A most megjelenő három írással zárjuk két éven át tartó sorozatunkat, melynek keretein belül az alábbi publikációk láttak napvilágot:

Soósné Dr. Kiss Zsuzsanna PhD.: *Primer prevenciós szemlélettel dolgozó szakemberek lehetőségei a családi krízisek megelőzésében, családterápiás munka tapasztalatai alapján* (2014/1–2. lapszám); Jósvai Barbara, Soósné Dr. Kiss Zsuzsanna PhD.: *Első gyermeküket váró szülők szülői szerepre való felkészültsége, a felkészítő foglalkozások megítélése, a gyermekáldás és a káros szenvedélyek jelenléte gyermekbiztos óvintézkedések alapján* (2014/3. lapszám); Csatlós Renáta, Pukánszky Judit, Dr. Németh Anikó: *Középisikolások tanulók szexuális magatartásának vizsgálata* (2014/3. lapszám); Kovácsné Dr. Balogh Judit PhD., Soósné Dr. Kiss Zsuzsanna PhD.: *Konferencia a nőkért, a családokért – Athén, 2013. április 28–29.* (2014/3. lapszám); Soósné Dr. Kiss Zsuzsanna PhD., Kókai Judit, Kovács Andrea: *Jól működő nagycsalád gyermekvállalási tervek gyakorolt hatása* (2014/4. lapszám); Soósné dr. Kiss Zsuzsanna PhD.: *A családalapítás útvesztői – Az elakadások megelőzése* (2014/5–6. lapszám); Lipienné Krémer Ibolya, Dr. Mészáros Judit: *A szülésznő megváltozott preventív szerepe a várandósgondozás során* (2014/5–6. lapszám); Soósné Dr. Kiss Zsuzsanna PhD., Balogh Kálmán: *Beszámoló egy németországi KITA-intézményben tett látogatásról, az egészséges gyermekekért végzett pedagógiai munkáról* (2015/1–2. lapszám); Millei Krisztina, Vajda Réka, Kívés Zsuzsanna, Dr. Máté Orsolya PhD., Dr. Pakai Annamária PhD.: *HPV-fertőzéssel kapcsolatos ismeretek vizsgálata édesanyák és leányaik körében* (2015/3. lapszám); Járfás Vivien, Lipienné Krémer Ibolya, Dr. Hoyer Mária: *A szülés körüli történések hatása a gyermekágy során kialakuló anyagi hangulatváltozásokra – Primer prevenciós javaslatok* (2015/4. lapszám); Bajsz Viktória, Horánszky Sára, Szemes Hajnalka, Sió Eszter, Gergye Andrea: *A kismamatorna hatásainak felmérése az egyensúly és a lumbális gerincszakasz tekintetében* (2015/4. lapszám).

(A szerk.)



Bevezetés

„Az egészség nagy kincs, az egyetlen, amely arra érdemes, hogy ne csak időt, verejtéket, fáradságot, vagyont vesztessünk rá, de még életünket is kockára tegyük a nyomában, hiszen nélküle az élet csak szánalmas botrány. Nélküle kéj, bölcsesség, tudomány, erény elfakul és elernyed...”

Michel de Montaigne

A szexuális úton terjedő betegségek bemutatása a társadalom számára létfontosságú, hiszen manapság ezen megbetegedések száma egyre növekvő tendenciát mutat. A probléma bárkit érinthet, aki szexuális életet él, ugyanakkor a fertőzések előfordulásának gyakorisága leginkább szexuális magatartásunktól, életstílusunktól, szokásainktól függ.

Egyértelmű, hogy a monogámia, a tartós párkapcsolat a szexuális úton terjedő betegségek kialakulásának kockázata kapcsán megtérülő befektetés.

Kutatások igazolják, hogy a humán papillomavírus (HPV) manapság a leggyakrabban előforduló szexuális úton terjedő kórokozó (7), Magyarországon egyre több nőnél és fiatal lánynál diagnosztizálják. Sajnálatos módon a diagnózis megállapításának időpontjában a betegség gyakran már előrehaladott, így hatékony kezelés nem, vagy csak súlyos mellékhatásokkal alkalmazható. Ezért napjainkban a kuratív eljárásokkal szemben egyre jobban előtérbe kerül a prevenció.

Ez a szemlélet a HPV-fertőzés és az általa okozott megbetegedések kapcsán is jellemző, mivel a HPV elleni vakcinával új esély nyílik a fertőzés megfékezésére. Azonban hatékony megelőzési stratégiáink nem eléggé széles körben elterjedtek, mivel a veszélyeztetett célcsoporthoz nem mindig jutnak el. A másik ok, ami tovább rontja a helyzetet, a manapság egyre felelőtlenebb szexuális magatartás, mely egyre fiatalabb korosztályban kezdődik. Mivel a nemi élet magánügy, és a kockázatos viselkedések nagy részét a társadalom elítéli, az információ nehezebben jut el a célzott populációhoz (16).

Mindent meg kell tennünk annak érdekében, hogy az emberek fontosnak érezzék saját egészségük megőrzését. Az egészségügyi szakembereknek nagy hangsúlyt kell fektetniük a megelőzésre, meg kell ismertetniük a rendszeres szűrővizsgálatok szükségességét, azok lényegét, valamint azt, ha a beteg időben szakorvoshoz kerül, és minden kezelési utasítást pontosan betart, a kezelés annál eredményesebb lehet.

LEVELEZÉSI CÍM:

Gurály Edina, E-mail: guralyedina@gmail.com

A humán papillomavírus

Kutatások igazolják, hogy a humán papillomavírus manapság a leggyakrabban előforduló szexuális úton terjedő kórokozó, a szexuálisan aktív nők akár 60–70%-a is megfertőződhet a vírussal élete során (4,7).

A papillomavírusok a DNS-tartalmú papovavírusok családjába tartoznak. A vírus nem tenyésztendő, de DNS-láncai sokszorozhatóak PCR- (polimeráz-láncreakció) technikával, mely a diagnózis felállítását is segíti. A HPV-re jellemző, hogy nem a testnedvek cseréjével, hanem bőrkontaktus útján terjed, a többrétegű laphámok osztódó sejtjeit fertőzi úgy, hogy a gazdasejtet programozza át, mely ezt követően a vírus saját alkotórészeit szintetizálja, rendellenes sejtosztódást, sejtburjánzást eredményezve.

Kialakulásához a szexuális együttlét során keletkező apró bőr- vagy nyálkahártya-sérülés is elegendő, de átvehető szexuális érintkezés nélkül is kontaminált (fertőzött) eszközökkel, használati tárgyakkal, vagy a nemi szervek borotválásakor keletkező sérüléseken keresztül, valamint elősegítheti a folyamatot egy dörzsölődést okozó fehérnemű is. Ugyanakkor a fertőzés nem csak a nőt érinti, az emberek jelentős része átesik rajta, éppen ezért mindenki veszélyeztetettnek számít, aki aktív nemi életet él. A HPV ellen irányuló törekvéseink ellenére a fertőzöttség növekvő tendenciát mutat, és egyre fiatalabb korosztályt veszélyeztet. A 18–24 éves korosztályban 56,1%-ban, a 35–39 éves korcsoportban 38,3%-ban igazoltak HPV-pozitivitást. Az előfordulás második csúcsa a 45–49 éves korosztálynál jelentkezik, ahol 44,4%-os a fertőzöttségi arány (7).

A méhnyakrák

Bizonyos HPV-típusok (high-risk: 16, 18-as típus) és a méhnyakrák közötti asszociáció ma már egyértelműen igazolt. Világviszonylatban a női daganatos megbetegedések közül a cervixcarcinoma a felfedezett malignomák 15%-át teszi ki, mely az emlőrák után incidenciájában és mortalitásában a második leggyakoribb női malignus tumor (5). A méhnyakrák csendes gyilkosként viselkedik, hosszú évek alatt fejlődik ki, tünetek megjelenése nélkül. Amikor a tünetek megjelennek, és az érintettek orvoshoz fordulnak, addigra a betegség gyakran már előrehaladott stádiumánál tart.

A hámrétegben történt változások nem okoznak jellegzetes panaszokat, tüneteket, így gyakran észrevétlenek maradnak. Súlyosabb esetekben figyelemfelkeltő



korai tünet lehet a kellemetlen szagú purulens (gennyes) hüvelyi folyás, a menstruációtól független peccsételő kontaktvérzés vagy a közösülés utáni vérzés. Késői tünetként jellemző a fájdalom, az anaemia, a fogyás, a véres széklet, a tenesmus (folyamatos székelési inger) és a mélyvénás thrombosis. Sajnos sok nő nem fordul szakemberhez, pedig ha időben észrevesszük az elváltozásokat, nagyobb lehet az esély a gyógyulásra (19).

A megelőzés (prevenció)

Egészségügyi vonatkozásban prevenció alatt értjük azon törekvések, tevékenységek összességét, melyek az egészség fejlesztését, megőrzését, illetve – egészségkárosodás esetén – az egészség mielőbbi helyreállítását, valamint a károsodás további súlyosbodásának megelőzését szolgálják (3). Célja a betegségek mihamarabbi felismerése, gyógyítása, így az ember életének meghosszabbítása, az idő előtti halálozás mérséklése (6). Napjainkban már egyértelmű, hogy a betegségek megelőzése hatékonyabb, kevesebb szenvedéssel jár, valamint gazdaságilag is előnyösebb, mint a gyógyítás.

A szűrés

A halálozás mérséklésének legígéretesebb stratégiája – a betegségek korai felismerése és kezelése érdekében – a szűrővizsgálat. Célja a még egészséges, illetve tünet- és panaszmentes egyének vizsgálata, hogy a még tünet nélküli megbetegedések jelenlétét igazolja. A szűréssel felfedezett esetekben a korai felismerésnek köszönhetően a betegség kedvezően befolyásolható (1).

A méhnyakrákszűrés hazánkban államilag finanszírozott vizsgálat. A rutin nőgyógyászati szűrővizsgálat részeként colposcopos és citológiai vizsgálat is történik, melyek együtt alkotják a komplett rákszűrést. Azonban a citológiai vizsgálat során nem szűrnek automatikusan HPV-re is, annak kimutatására külön vizsgálatra van szükség, mely a méhnyakrákszűrés során levett mintából is lehetséges. A HPV-típezést csak bizonyos feltételek mellett támogatja a társadalombiztosítás. Ha a citológiai kenetvizsgálat során P3-as jelzésű a lelet, akkor a vizsgálat ingyenes, mivel a sejtek elváltozásai HPV-fertőzöttség gyanúját vethetik fel (19).

Ez a fajta szűrés kizárólag a nőkre terjed ki, azonban férfiak is fertőzhetnek HPV-vel. Náluk ritkán jelentkezik rosszindulatú elváltozás formájában, inkább szemölcs háttérben fedezik fel, de valószínűsíthetően a legnagyobb arányban a tünetmentes hordozók fertőzőek, akár tudtukon kívül is. Ezért érdemes nem csupán a nőknek, hanem a férfiaknak is odafigyelniük a személyi higiéniére, törekedni a biztonságos nemi élet kialakítására és panasz esetén mihamarabb orvoshoz fordulni.

A vakcina

A HPV elleni vakcina hatékonyságát vizsgáló kutatások eredményei biztatóak, a perzisztáló fertőzés és a precancerosus állapot kialakulása ellen közel 100%-os biztonságot nyújt (2). A HPV elleni védőoltás igazoltan költséghatékonyabb eljárás, mint a kialakult precancerosus állapot vagy invazív daganat kezelése (15).

A vakcina a HPV azon típusai ellen nyújt védelmet, melyek a legnagyobb gyakorisággal vezetnek a nemi szerveket érintő problémák kialakulásához, például nemi szervi szemölcsökhöz és méhnyakrákhoz. A vakcina a közel 100 ismert HPV-típus közül a HPV 16-18 és a HPV 6-11 típusok ellen véd. Az oltás abban az esetben adja a legteljesebb védelmet, ha előtte az említett 4 vírustípus egyikével sem fertőződött meg a szervezet. Ezért a vakcinát elsősorban a még szexuálisan nem aktív, 9–15 éves serdülő korosztálynak, másodsorban a 16–26 éves nőknek javasolják (17).

Hazánkban 2006 decembere óta kapható a vakcina, mely eleinte csak önkéntes oltásként volt elérhető, de nemrégiben az ÁNTSZ kampányoltásként vezette be a 7. osztályos általános iskolás lányok körében. Nálunk a programban csak a lányokat oltják, de az Egyesült Államokban a serdülő fiúkat is (18).

A fiúk-férfiak oltása egyértelmű, hogy indirekt módon hatással lehet a lányok-nők egészségére. Hangsúlyoznunk kell, hogy a vakcináció nem helyettesítheti a kiemelten fontos rendszeres méhnyakrákszűrést, hiszen az elváltozások kialakulásában a korábban említett négy HPV-típuson felül további típusok is szerepet játszanak, és csak szűrővizsgálat során derülhet fény az elváltozásokra. A védőoltás tekinthető a leghatékonyabb prevenciónak, azonban csak rendszeres szűréssel, tudatos szexuális magatartással és a nemi együttlétek során használt megfelelő védekezési módszerrel (óvszerrel) együttesen védhető ki minden megbetegedés.

A kutatás

Kutatásunk során arra kerestük a választ, hogy Magyarországon milyen az emberek szexuális magatartása, az együttlétek alkalmával milyen védekezési módszereket használnak, milyen gyakran járnak szűrővizsgálatokra, hogyan vélekednek szexuális felvilágosultságukról, valamint mennyire tartják fontosnak ezek megismertetését a jövő generációjával. Kutatásunk során elsődleges szempontunk az volt, hogy a HPV-fertőzés és a kategorikus változók (nem, kor, szexuális szokások), rizikó tényezők közötti kapcsolatot vizsgáljuk.

Kíváncsiak voltunk arra is, hogy a HPV-fertőzésben szenvedők száma tényleg emelkedő tendenciát mutat-e, melyet a hazai és a nemzetközi szakirodalomban tapasztalunk.



talt adatok is alátámasztanak. Jelen tanulmányban kutatásunk egyes részeredményeit mutatjuk be. Feltételeztük, hogy:

1. a HPV-fertőzés egyre fiatalabb korosztályt érint;
2. a dohányosok között gyakoribb a HPV-fertőzés;
3. a HPV elleni vakcina hatékony védelmet nyújt a HPV-asszociált fertőzések ellen.

Minta és módszer

Kutatásunk tervezése során a közvetett megkérdezés mellett döntöttünk. Vizsgálatunkat önkitöltéses kérdőív módszerrel végeztük. A kitöltés anonim módon zajlott, mely lehetőséget adott arra, hogy a válaszadók minden kérdésre őszintén válaszoljanak.

Az adatok felvételéhez szükséges, saját szerkesztésű kérdőív online kitölthető módon (közösségi oldalon) 2015. január 1. és február 11. között volt elérhető. A kérdőív 33 kérdésből állt, nyitott (5) és (28) zárt kérdéseket egyaránt tartalmazott.

Vizsgálati módszerként a leíró statisztika alkalmazása mellett döntöttünk, mely lehetővé teszi az eloszlások százalékos értékeinek bemutatását. A statisztikai adatok feldolgozásához IBM SPSS és Microsoft Office Excel programot használtuk.

A kérdőívet 205 fő töltötte ki, 44 férfi és 161 nő. A kérdőív kitöltésében a 18–60 éves korosztály vett részt, az átlagéletkor 30 év volt. A kutatásban nem térünk ki a nemek szerinti életkormeghatározásra.

Az életkori elemzés során azt tapasztaltuk, hogy a résztvevők közül legtöbben a 19 és 25 év közötti csoportba tartoztak, mely a vizsgált populáció 39%-a (80 fő). Szintén 39%-os (79 fő) a 26 és 36 év közötti korcsoport aránya, vagyis elmondható, hogy 19 és 36 év közötti korcsoport az egész minta több mint kétharmadát adta. 15%-ban (31 fő) jelent meg a 36 és 45 éves korcsoport, valamint 6%-ban (13 fő) 45 és 60 év közöttiek. A 18 éves csoportba tartoztak a legkevesebben, a válaszadók mindössze 1%-a (2 fő).

Eredmények

1. A kutatás egyik lényeges eleme volt annak vizsgálata, hogy a HPV-fertőzés melyik korosztályban fordul elő a leggyakrabban. A HPV-fertőzötték életkora az elmúlt évtizedek során jelentősen csökkent, ennek következtében egyre fiatalabb korosztályban jelennek meg a méhnyak precancerosus állapotai, vagy akár a cervixcarcinoma. Ez mind egyéni, mind társadalmi szinten komoly probléma, mivel a megfelelő preventív eljárásokkal (tudatos szexuális magatartás, védőoltás, szűrés) megelőzhetőek lennének. Sajnos – mivel ilyen fiatal korban nem is gondolnak a betegek a rák kialakulásának lehető-

ségére – az orvoshoz fordulás pillanatában a daganat már gyógyíthatatlan lehet.

Az adatok alapján összesen 29 fő (14%) válaszolta, hogy volt már HPV-fertőzése. A felfedezett HPV-infekciók jellemzően a 20 és 30 év közötti korosztályt érintik. A kapott adatok megerősítik a már korábban említett tanulmányt (7), mely ebben a korcsoportban egy előfordulási csúcstól ír le. Ha az átlagos HPV-fertőzéstől számított rák kialakulásának idejét vesszük alapul (10–15 év), akkor a daganat kialakulása már nem 50–60 éves korban várható, hanem sokkal korábban, akár 30–35 éves korban is (1. ábra).

2. Kíváncsiak voltunk arra, hogy a HPV-fertőzés és a dohányzás között van-e valamilyen kapcsolat? A feltételezést néhány külföldi szakcikkből olvasott állításra építettük, miszerint a dohányzás rizikófaktornak számít a HPV kialakulásában (20).

Az egészségügyi ellátásban dolgozók körében ismeretes az a tény – melyet a külföldi és hazai szakirodalom egyaránt alátámaszt –, hogy a dohányzás jelentősen gyengíti és nehezíti az immunrendszer védekező mechanizmusát, mely a HPV-infekció kapcsán is érvényes (20).

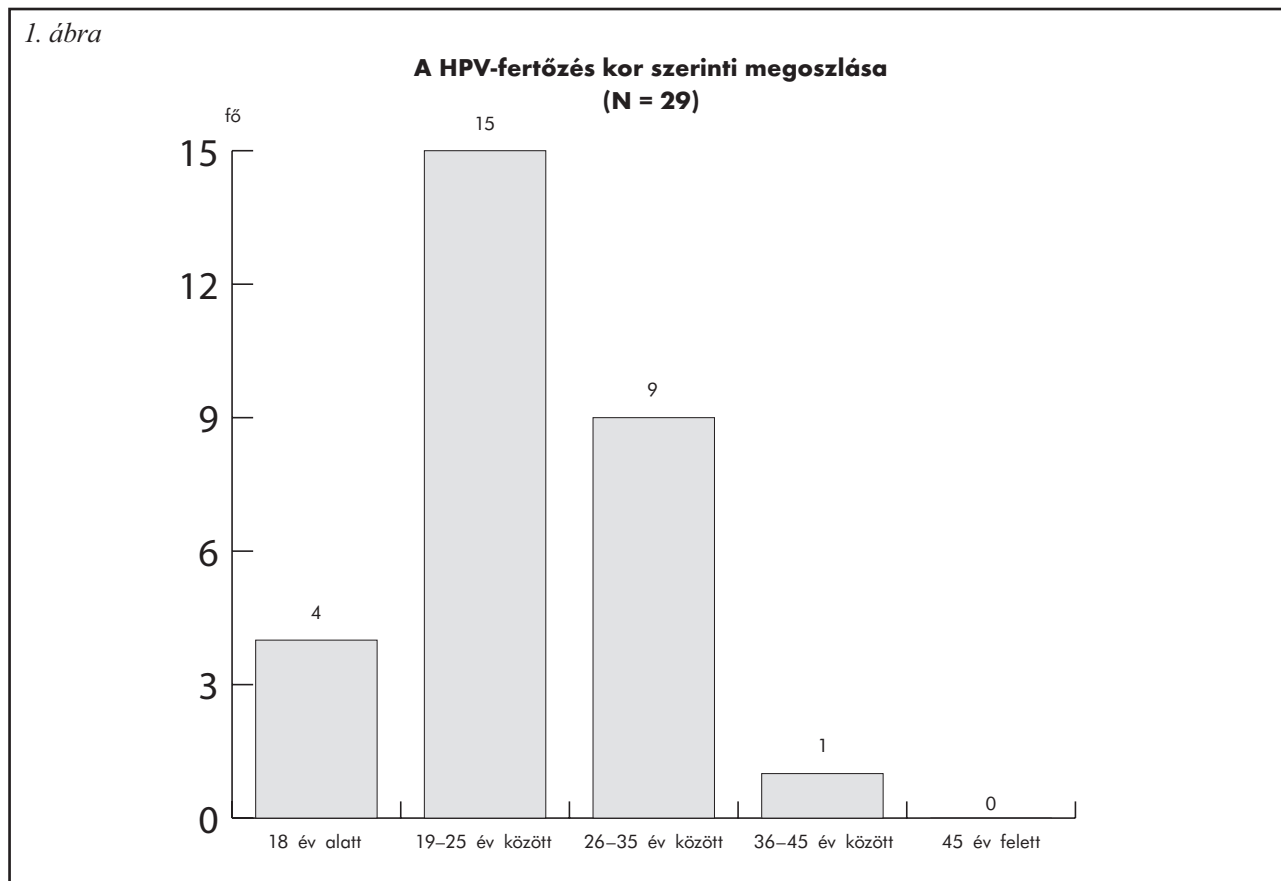
A feldolgozás során a dohányzás és a HPV megoszlásának tekintetében a szakirodalom értékeihez hasonló eredményeket kaptunk. Önbevallás alapján a kutatásban részt vett 205 főből 99 dohányzott, 106 pedig nem. Ezt alapul véve megvizsgáltuk, hogy milyen a fertőzés előfordulási aránya a dohányzók és nem dohányzók körében. Az előbbi csoportban 16%-os (16 fő), míg az utóbbiban 12%-os (13 fő) értéket kaptunk.

Következésképpen elmondható – bár a minta elemszáma és a különbség nem túl magas –, hogy eredményeink igazolják azon tanulmányokat, melyek összefüggést írtak le a dohányzás és a HPV-fertőzések megemelkedett kockázata között (2. ábra).

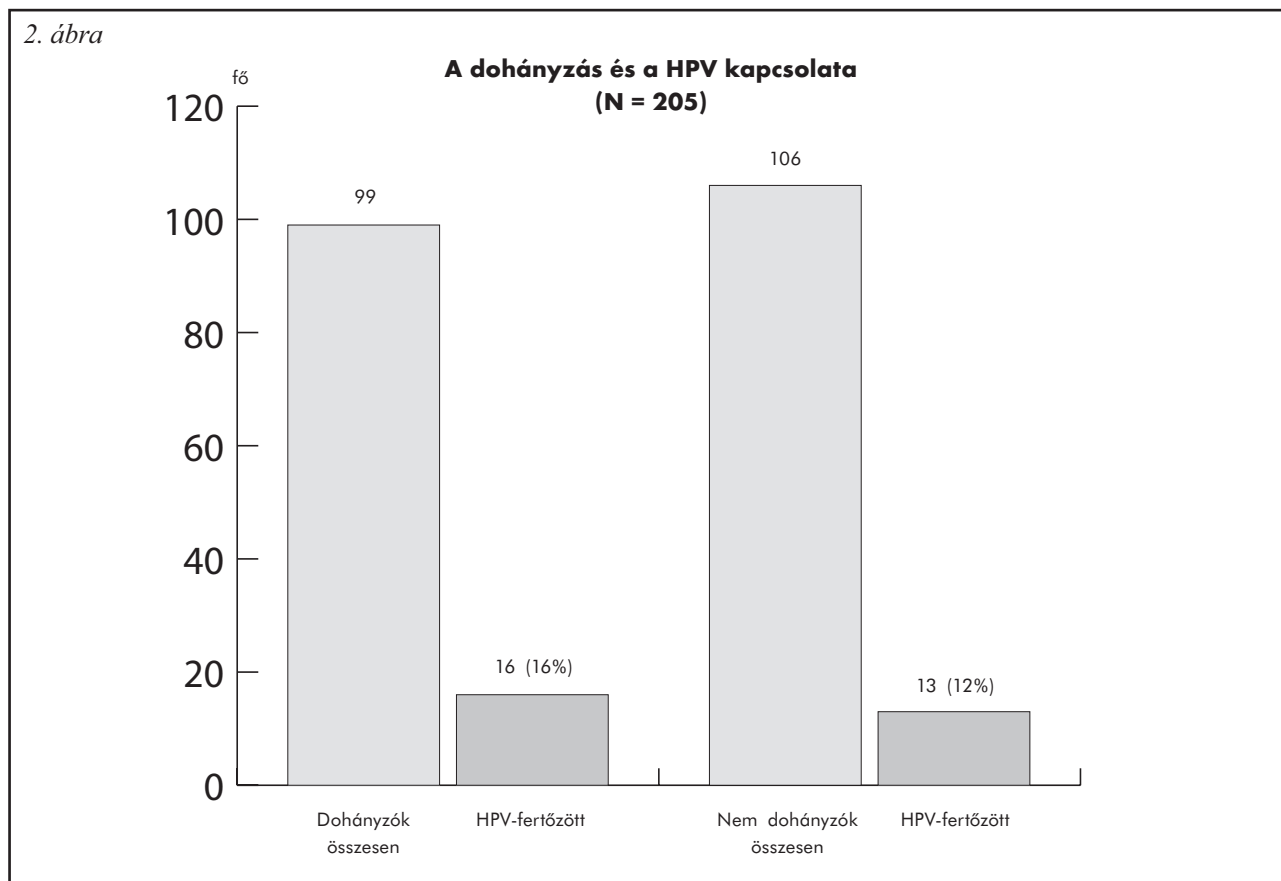
3. Végetetül a HPV-oltás hatékonyságának vizsgálatát végeztük el. A 205 kitöltőből 22 személy kapott HPV elleni védőoltást, közülük 19 nő és 3 férfi. A legtöbben 15 éves koruk előtt kapták meg az oltóanyagot (8 fő), 4–4 fő 16–17 évesen, illetve 18–21 évesen, 5 fő 22–24 évesen, míg 1 fő 25–28 évesen (átlagosan 18 évesen). Ahogyan a szakirodalom is bizonyítja, a védőoltás hatékony védelmet nyújt a HPV-fertőzés ellen, és csökkenti a genitális szemölcs, a méhnyakdaganat megelőző állapotai, illetve az invazív daganat kialakulásának valószínűségét (2). Az általunk vizsgált populációban a védőoltásban részesülők közül (n = 22) 3 személynek volt HPV-fertőzése, azonban mindhárman a már meglévő fertőzést követően oltatták be magukat, tehát infekciójuk nem tulajdonítható a vakcina kudarcának. A 19 beoltott személynél, akiknek nem volt megelőzően HPV-fertőzésük, az oltást követően senkinél sem alakult ki elváltozás. A nem oltott csoportban (n = 183) a HPV-fertőzötték aránya 14% (26 fő). Azok



1. ábra



2. ábra



közül, akik nem kaptak védőoltást, mindösszesen 17% (32 fő) szeretné beoltatni magát (3. ábra).

Következtetés

Bár kutatásunk elemszáma alacsony, s a minta nemi megoszlása sem egyenletes, következtetések nem vonhatóak le, összefüggések nem állapíthatók meg, ugyanakkor ebben a jövő generáció egészsége szempontjából kiemelten fontos témában útmutatóul szolgálhat az egészségfejlesztéssel foglalkozó szakemberek számára.

Az eredmények elemzése közben kiderült, hogy a HPV-fertőzés az egyre fiatalabb korosztály körében a legjellemzőbb. Ennek alapján elmondható, hogy első hipotézisünk igazolódott – mely megegyezik a szakirodalom feltételezéseivel is –, miszerint a leginkább veszélyeztetett korosztály a 20–36 éveseké. A fertőzés prevalenciájának azonban van egy másik csúcsa is, méghozzá a 45–49 éves korosztály körében, melyet az általunk végzett kutatás nem támaszt alá (7). Ennek oka, hogy a 45–60 éves korcsoport szerinti minta összesen 13 főből állt, mely bármilyen következtetés levonásához nagyon alacsony mintaszám.

Kapott eredményeink viszont megerősítik a dohányzás szerepét a HPV-fertőzések megemelkedett prevalenciájában. A második hipotézis szerint a dohányzás az immunrendszer gyengítésében, ezáltal rizikótényezőként a fertőzésre való fogékonyságban is közrejátszik. A HPV megoszlása a két csoportban jól tükrözte a hipotézis helytállását (dohányzók – HPV-fertőzés: 99 főből 16%-os előfordulás, nem dohányzók – HPV fertőzés: 106 főből 12%-os előfordulás).

Harmadik hipotézisünk teljes mértékben igazolódott, miszerint a védőoltás teljeskörű, hatékony védelmet nyújt a HPV-fertőzés következtében kialakuló megbetegedések ellen. A HPV prevalenciájában – attól függően, hogy a páciensek részesültek-e vakcinációban vagy sem – jelentős különbségek vannak. Azon 19 személynél, akik oltásban részesültek, ezt követően nem alakult ki HPV okozta elváltozás. Ugyanakkor azoknál, akik nem kaptak védőoltást (183 fő), a fertőzés aránya 14%-os volt (26 fő). Tehát kapott eredményeink alapján megállapíthatjuk, hogy a HPV elleni vakcinával látványos javulás érhető el.

Javaslatok

A nemi és családi életre nevelés régóta foglalkoztatja a témával foglalkozó szakembereket (8), de a megváltozott párkapcsolati trendek, változatos együttélési formák (9, 14) sokkal nagyobb kihívást jelentenek, mint az előző generációk idején. A szexuális úton terjedő betegségek visszaszorításában lényeges a fiatalok megfelelő nevelése képzett szakemberek – szülésznő, védőnő, szülész-

nőgyógyász szakorvos és egyéb, a témában kompetens egészségügyi szakember – segítségével.

Hasonlóan az egyéb szakterületeken is javasolt kezdeményezésekhez (10, 11), csakis a társszakmákkal összefogva látjuk sikeresen megvalósíthatónak a fiatalok felkészítését. Javasoljuk a köznevelésben, a gyermekjólét és családsegítés területén, a szabadidős programok keretében – szülésznő és egyéb egészségügyi szakember részvételével – egészséges szexuális életre nevelő programok megvalósítását.

Ahogy a HPV kialakulásának okai szerteágazóak, úgy hatékony megelőzése, korai felismerése és mihamarabbi kezelése is a társszakmák együttműködését igényli. Csak megfelelő összefogással érhetünk el eredményt, különös figyelemmel a prevencióra és az egészségfejlesztésre.

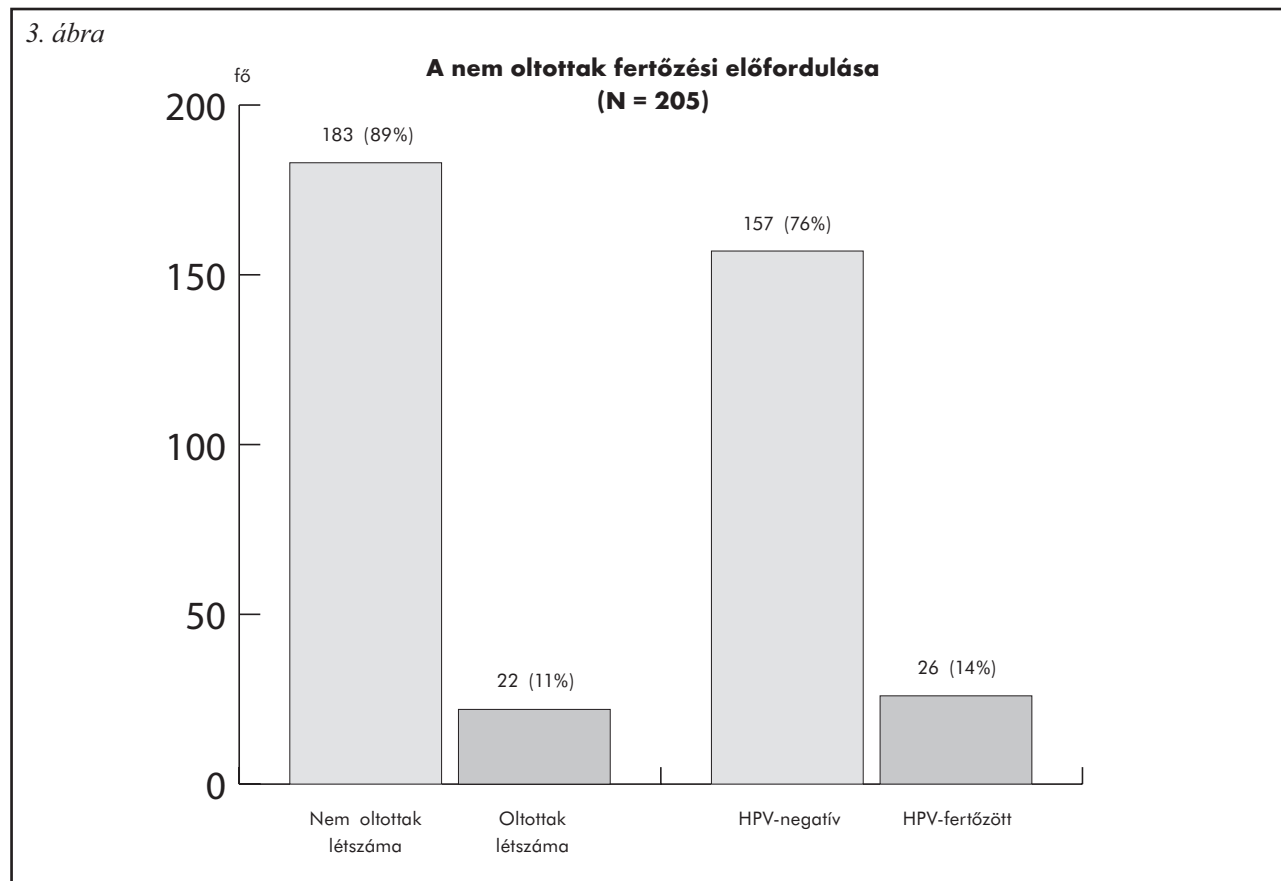
Kutatásunk során azt tapasztaltuk, hogy a fiatalok többségének kevés az információja a HPV-fertőzésről és annak megelőzési lehetőségeiről. Ebből adódóan úgy gondoljuk, hogy az egészségnevelés területén vannak olyan területek, melyek fokozott figyelmet igényelnek – például a szülésznők által is felvállalható témakörök a menstruációs és szexuális higiéné, az időben történő orvoshoz fordulás, az emlő önvizsgálatának fontossága, stb.

A dohányzás betegséget befolyásoló kedvezőtlen hatása miatt – kiemelve az általunk kapott eredményeket is –, a megelőzéssel és a dohányzásról leszoktató programok, lehetőségek bemutatásával mindenképpen foglalkoznunk kell.

A munka fókuszpontjában a szülészeti és nőgyógyászati gyakorlatban is növelni kell azokat a lehetőségeket, melyek bizonyíthatóan elősegítik a prevenció folyamatát. Nem szabad elfelejtenünk, hogy a szexuális magatartásnak létfontosságú szerepe van a betegségek terjesztésében és megelőzésében, vagyis a helyes attitűd megválasztása a nemi betegségek megelőzésének alapja.

Ahogy a családokkal végzett munka során érdemes primer prevenció szemlélettel dolgozni (13), úgy ezen a területen is legfőbb feladatunk a HPV-fertőzés elsődleges prevenciója, azaz a rizikótényezők felismerése, kiiktatása, illetve a megfelelő tájékoztatás. Nagyon fontos az is, hogy a már fertőzött személyeknél minél hamarabb fény derüljön a problémára, hogy minél korábban megfelelő orvosi kezelésben részesüljenek.

Egyértelmű, hogy a személyiség fejlődésére, kialakulására nagy hatással van az erkölcsi nevelés, a család, a szülők személyes példamutatása. A szülésznőknek folyamatosan hangsúlyozniuk kell a biztonságos szex, az óvszerhasználat és a higiénés szabályok betartásának fontosságát. Fel kell hívni a fiatalok figyelmét arra, hogy törekedjenek tartós párkapcsolat kialakítására, mindezt a megcélzott populáció – elsősorban a serdülők és a nemi élet kezdete előtt álló fiatal felnőttek – számára érthetően,



világosan, és elfogadható módon kell tenniük. A személyes találkozásokon túl helyesnek tartunk más témákban már kipróbált (12), ezen a területen még nem alkalmazott, olyan pedagógiai módszereket, mint a programozott oktatás, tanulás, e-learning, melyek – megítélésünk szerint – a fiatal korosztályhoz közel állnak.

Összefoglalás

Bevezetés: A humán papillomavírus-fertőzés (HPV) a leggyakoribb szexuálisan úton terjedő betegség. A betegség a férfiakat ugyanúgy érinti, éppen ezért érezzük szükségesnek, hogy a megelőzésre, a felvilágosításra hívjuk fel az érintettek figyelmét, és a tudatos szexuális magatartás kialakítását érvekkkel példákkal próbáljuk ösztönözni. Fontos, hogy megismertessük azokat az egészségnevelési tényezőket, melyekkel stabil, betegségtől mentes nemi életet élhetnek. Ebben a szülésznőknek meghatározott egészségnevelési feladatuk van.

Célkitűzés: Kutatásunk célja annak feltérképezése volt, hogy a felnőtt lakosság mennyire van tisztában a HPV előfordulásának gyakoriságával, illetve a betegség kialakulását elősegítő kockázati tényezőkkel.

Módszer: Kutatásunkat egy saját szerkesztésű, 33 kérdésből álló, önkéntes kérdőív segítségével folytattuk

le, mely 28 zárt és 5 nyitott kérdést tartalmazott. A kérdőív kitöltésére az interneten, egy közösségi oldalon került sor, önkéntes és anonim módon. A kutatásban 205 fő vett részt, melyből 44 férfi és 161 nő volt. A statisztikai adatok feldolgozásához IBM SPSS és a Microsoft Office Excel programot használtunk.

Eredmények: A válaszadók közül 29 HPV pozitív személy (14%) került ki, 83%-uk a 20 és 35 éves korosztályból. A dohányzók 16%-a fertőzött, míg a nem dohányzók között 12%-os a prevalencia. A vizsgált nők 92%-a vett részt rendszeresen nőgyógyászati rákszűrésen. Az oltást követően (n = 22) egyik személynél sem alakult ki HPV-asszociált betegség.

A kapott eredmények alapján elmondható, hogy a HPV-fertőzés egyre fiatalabb korosztályt érint. A férfiak fertőzöttségi aránya elmarad a nőkéétől, azonban mint tünetmentes hordozók közrejátszanak a vírus terjesztésében. A tudatos szexuális magatartás, a monogámia protektív szerepet nyújt. A dohányzás – mint kofaktor – a fertőzésben bizonyítottan szerepet játszik. A leghatékonyabb preventív módszer a védőoltás, azonban emellett is ajánlott a rendszeres nőgyógyászati rákszűrés.

Következtetés: Kutatásunk során azt tapasztaltuk, hogy a fiatalok többsége kevés információval rendelkezik a HPV-fertőzésről és annak megelőzési lehetőségei-

ről. Ebből adódóan úgy gondoljuk, hogy az egészségnevelés területén vannak olyan területek, melyekre jobban oda kell figyelni, több időt kell rá szentelni.

Javaslatok: Úgy gondoljuk, hogy a fiataloknak szükségük van arra, hogy a betegség megelőzéséről kompetens szakemberektől megfelelő és hiteles tájékoztatást kapjanak. A szülésznők ehhez szakmai tudásukkal, hozzáértésükkel tudnak hozzájárulni.

Abstract

Background: Human Papilloma Virus infection is the most common sexually transmitted disease in the world. Not only women but also men are infected by the virus. Therefore, we felt it necessary to raise awareness of the importance of prevention and enlightenment, and try to drive the people involved towards a more conscious sexual behavior our, with the help of facts and examples. It is crucial to introduce the factors to people which can help them maintain a stable, disease-free, enjoyable sex life. Midwives have specified roles in this process.

Aim: The aim of our study was to estimate the knowledge of the adult population on prevalence of HPV infection and the relation between the infection and risk factors.

Method: A 33-question, self-made survey was used to collect data which was shared in community sites, containing 28 closed and 5 vexed questions. The survey was voluntary and anonymous. The survey reached

205 people, 161 of which were women, while 44 of the people filling out the survey were man. To process of the data collected we used the programs IBM SPSS and Microsoft Office Excel.

Results: 29 of the people reached (14%) turned out to be HPV positive. 83% of the infected is between the age 20 and 35. 16% of the smokers have HPV, while this number is 12% in the case of non-smokers. 92% of the women participating attend cancer screenings regularly. After the vaccination (n = 22) none of the vaccinated people experienced any HPV-related diseases.

According to the results received the conclusion is that HPV affects younger and younger generations. There are fewer infected men than women, however, asymptomatic carriers have a role in spreading the virus. Conscious sexual behavior and monogamy may help preventing HPV. Smoking is proven to be a cofactor in the infection. The most effective preventive method is vaccination, but regular screening at gynecologist is also recommended.

Conclusion: According to our research, the majority of the youth has no sufficient information about prevention of HPV or HPV itself. Consequently, we think there are topics and fields within health education which should be paid more attention to.

Suggestions: The youth is needed to be handed accurate and authentic information by competent professionals, especially regarding prevention. In health education this is the role in which midwives can play with their professional knowledge and competency.

IRODALOM

- Ember, I.–Kiss, I.–Sándor, J.–Németh, K. (2003): „A prevenció elvei, gyakorlati megvalósítása és nehézségei: qui prodest?” In: *Egészségtudomány*, 47(4), 254–272.
- Franco, E. L.–Harper, D. M. (2005): „Vaccination against human papillomavirus infection: a new paradigm in cervical cancer control.” In: *Vaccine*, 23(17–18), 2388–2394. doi: 10.1016/j.vaccine.2015.01.016
- Fülöpné, K. K. (2014): *A Kiskunmajsai Football Klub Egészségterve*. <http://www.kiskunmajsafc.hu/wp-content/uploads/2015/01/Eg%C3%A9szs%C3%A9gterv.pdf> Letöltve 2015.01.05.
- Koutsky, L. (1997): „Epidemiology of genital human papillomavirus infection.” In: *Am J Med*, 102(5a), 3–8.
- Munoz, N.–Bosch, F.X. (1989): „Epidemiology of cervical cancer.” In: *IARC Sci Publ*, (94), 9–39.
- Paulik, E. (2013b): *Megelőző orvostan és népegészségtan*. Szeged, JATE Press.



7. Shi, R.–Devarakonda, S.–Liu, L.–Taylor, H.–Mills, G. (2014): „Factors associated with genital human papillomavirus infection among adult females in the United States, NHANES 2007-2010.” In: *BMC Res Notes*, 7, 544. doi: 10.1186/1756-0500-7-544
8. Soósné, K. Zs. (1996): A nemi és családi életre nevelés történeti és elméleti összefoglalója, néhány mai vonatkozása. In: *Egészségnevelés*, 37(2): 66–70.)
9. Soósné, K. Zs. (2014): *A sikeres családalapítás többé nem titok. Családot alapító párok, őket felkészítő szakemberek kézikönyve.* Budapest, General Press.
10. Soósné, Kiss Zs. (2007): *Az első gyermeket váró szülők szakmai támogatása.* Semmelweis Egyetem Doktori Iskola, Budapest.
11. Soósné, K. Zs. (2002): „Egészségügyi és szociális szakemberek közös felelőssége az első gyermeket váró szülők támogatásában.” In: *Nővér*, 15(5): 7–10.
12. Soósné, K. Zs. (2009): „Ergebnisse des Programms »Vorbereitung auf aktive Elternschaft«: Werdende Eltern erfolgreich schulen.” In: *Pflegezeitschrift*, 2009; 62(5): 268–9.
13. Soósné, K. Zs. (2014): „Primer prevenciók szemlélettel dolgozó szakemberek lehetőségei a családi krízisek megelőzésében családterápiás munka tapasztalatai alapján. In: *Egészségfejlesztés*, 55 (12): 20–27.
14. Soósné, K. Zs. (2009): „Változó családalapítási tendenciák hatása az egészségfejlesztéssel foglalkozó szakemberek munkájára.” In: *Egészségfejlesztés*, 50(3): 14–18.
15. Taira, A. V.–Neukermans, C. P.–Sanders, G. D. (2004): „Evaluating Human Papillomavirus Vaccination Programs.” In: *Emerging Infectious Diseases*, 10(11), 1915–1923. doi: 10.3201/eid1011.040222
16. Várkonyi, V. (1997): *HIV és STD counselling: Az egészségnevelés, mint az AIDS és a szexuális úton terjedő betegségek megelőzésének eszköze.* Budapest: Szászorszép Kiadó és Nyomda Kft.
17. Who should be vaccinated against human papillomavirus? (2006). In: *The Lancet Infectious Diseases*, 6(1), 1. doi: 10.1016/S1473-3099(05)70301-7
18. <http://www.cdc.gov/features/HPVVaccineBoys>
Letöltve 2015.01.16.
19. http://www.kk.pte.hu/docs/protokollok/SZULMehnyakrak_P.pdf
Letöltve 2015.01.16.
20. Xi, L. F.–Koutsky, L. A.–Castle, P. E.–Edelstein, Z. R.–Meyers, C.–Ho, J.–Schiffman, M. (2009): „Relationship between cigarette smoking and human papillomavirus type 16 and 18 DNA load.” In: *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 18(12), 3490–3496. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-09-0763



A szülésznő szerepe mozgásukban korlátozott várandós nők szülőszobai ellátásában

Böcskei Anna,¹ Lipienné Krémer Ibolya¹
Dobos Attila²

¹Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikai Ismeretek Tanszék

²Semmelweis Egyetem, Alapozó Egészségtudományi Intézet, Társadalomtudományi Tanszék

Bevezetés

Kutatásunk egy olyan problémára hívja fel a figyelmet, mellyel mind a mai napig nagyon keveset foglalkoznak. Bár a fogyatékkal élők és segítségük megítélésével kapcsolatos nézetek pozitív irányú változást mutatnak Magyarországon (13), a mozgássérült anyákra igen sokszor megvető szemmel néznek. Ha a szülés folyamatát önmagában egy kiszolgáltatott helyzetnek tekintjük, akkor gondoljuk végig, mennyire védtelen egy fizikumában korlátokkal élő, várandós asszony a szülőszobán.

Az emberekben a mozgáskorlátozottakkal szemben kialakult negatív magatartás akadályozza az együttműködést. Ahhoz, hogy a fogyatékkal élőkhez a szűkebb és tágabb környezetünk is pozitív szemlélettel közelítsen, mindenképp az egészségügyi szakdolgozók, a segítő önkéntesek és a hozzátartozók hozzáállását kell megváltoztatnunk.

A mozgáskorlátozottság definíciója

Mozgáskorlátozottnak nevezzük azt a személyt, akinél szervrendszere veleszületett vagy szerzett károsodása és funkciózavara következtében jelentős, maradandó akadályozottság áll fent, melynek hatására az illető nem tud teljes mértékben részt venni az életkorának és képességeinek megfelelő hétköznapi szocializációs folyamatokban (1).

A mozgáskorlátozottság egyénileg sok eltérést mutat, mivel az egyes kórtörténetek eltérőek. Csoportosítása több szempontnak megfelelően történhet, melyek nagy része orvosi-élettani fogalmakon alapul.

Mozgáskorlátozottságot különböző szervi megbetegedések okozhatnak, melyek az élet három különböző szakaszában, vagyis a magzati korban, a születés körüli időszakban és a megszületés után is jelentkezhetnek. A magzati életben szerzett betegségek kialakulásáért felelősek lehetnek bizonyos gyógyszerek, drogok, az alkohol, a dohányzás, a káros sugárzások, a balesetek, köldökzsinór- és placentarendellenességek, az anya korábbi belgyógyászati betegsége, illetve esetleges genetikai károsodások. Perinatális (szülés körüli) időszakban a rendellenes szülés, a különböző orvosi beavatkozások (pl.: fogó, vákuum használata, császármetszés) és bizonyos fertőzések okozhatnak maradandó, visszavonhatatlan károsodást. További életünk folyamán balesetek és betegségek okozhatnak mozgáskorlátozottságot (6).

A fogyatékoság nem egyszerű tény és állapot, hanem sajátos társadalmi viszony is. Fogyatékosnak lenni egyszerre jelenti a fogyatékosok társadalmához való tartozást és az épek világához való nem tartozást. A fogyatékosok élethelyzetét és a társadalomba való integrálódását a fogyatékosok környezethez való viszonya határozza meg (2).

LEVELEZÉSI CÍM:

Böcskei Anna, E-mail: bocskeia@gmail.com



Anyának lenni

Nem születünk szülőnek, hanem az idő folyamán válunk azzá. Az, hogy ki milyen szülővé válik – a gyermek utáni vágyhoz hasonlóan – a gyermekkorban gyökerezik, a gyerekkortól kezdődően, öntudattalanul alakul ki, a kamaszkor alatt aktiválódik és a gyermek érkezésekor teljeseedik ki (4). A szülővé válás nem spontán folyamat, a sikeres családalapításra fel kell készülni (9).

Az anyává válás időszakában több kérdés is felmerül a leendő szülőknél, pl. hogy sikerül-e termékeny utódot világra hozni, megvalósítani azt a feladatot, melyet a természet számára kijelölt. Ezek a kérdések azért is fontosak, mert kudarcot vallani társadalmi szinten megsemmisítő érzés, emberi lényként ugyanezt megélni viszont katasztrófa (12).

A múltban a fogyatékos szülők gyerekeit legtöbbször nevelőszülők, nagyszülők, illetve állami intézetek nevelték fel. Manapság nem tilos fogyatékos szülőnek lenni, s ami még fontosabb: ezen nincs is mit szégyellni, mivel majdnem természetesnek tekinthető. Mindazonáltal a mozgáskorlátozottak esetében a szülői szerep és a gyermek iránti vágyat ritkán ösztönzi a társadalom. Sajnos nagyon csekély az együttműködés a különböző, szülőket segítő szolgáltatások között is (8).

Sok fogyatékossgal élő asszony sebezhető, különösen akkor, amikor fogyatékosként anyává, vagy anyaként fogyatékosná válik. Félelmük a társadalom által elvárt anyaszerepnek való megfeleléskényszerből adódik. Ez a sebezhetőség egyrészt azon kétségeikre vezethető vissza, hogy nem tudják gyermekeiket egyes szituációkban megfelelően ellátni, legfőképpen azonban mások előítéletességéből és a megfelelő segítségnyújtás hiányából ered (3).

A vizsgálat célja, módszere

Az elmúlt években gyermeket nevelő, látássérült édesanyák körében készült egy igen tanulságos kutatás (5). Saját kutatásunk – hasonló problémákra fókuszálva – mozgássérült édesanyákat céloz meg. A vizsgálatot azt kívántuk feltárni, milyen akadályokba ütköznek a mozgáskorlátozott asszonyok a terhességet megelőzően, a várandósság és a szülés alatt, illetve gyermekük megszületése után. Kerestük a választ továbbá arra is, hogy az egészségügyi hálózat mennyire felkészült a fogyatékkal élő kismamák ellátására. Össze kívántuk gyűjteni a szülészeti feladatokkal kapcsolatos problémákat, elvárásokat, feladatokat, és igyekeztünk a problémák megoldására javaslatokat szorgalmazni.

A kutatás alapjául az interjú módszere szolgált, mert ennek alkalmazása során olyan információkhoz juthatunk, melyek más módszer alkalmazásával rejtve maradtak volna. Az interjú lehetővé tette, hogy – akár a kér-

dések sorrendjétől elrugaszkodva – közvetlenül váljon a beszélgetés. Ez az eljárás nem a számszerű megismerést, hanem a vizsgált jelenség mélyebb megértését, feltárását teszi lehetővé (7).

A minta leírása

A terepkutatásban csak olyan, mozgásukban korlátozott anyák vettek részt, akik az elmúlt 5 év folyamán vállalták az anyaságot, így az interjúk aktuális élményeken alapulnak. Az interjúalanyok felkutatása nehézséget okozott, ugyanis elenyésző azon anyák száma, akinek mozgáskorlátozottként gyermekük született. Végül az interjúra jelentkezők közül 4 olyan asszonyra esett a választás, akik hasonló szociális körülményekkel rendelkeznek, értelmi-ségi családból származnak, szakmával rendelkező dolgozó, illetve gyesen lévő anyák. Mindezek mellett gyermekeik nagyjából azonos korúak.

Az anyák mozgáskorlátozottsága hasonló. Közülük ketten kerekesszékesek, ketten pedig bottal járnak. Mozgáskorlátozottságuk más-más okokra vezethető vissza: fejlődési rendellenességre, születéskori oxigénhiányra, gyermekkori agyhártyagyulladásra, illetve balesetre. Egy azonban mégis közös bennük: mozgásszervi sérültségük ellenére mindannyian nagyon jó anyáknak bizonyulnak.

Eredmények

Sokunkban negatív gondolatok jelentkeznek, ha egy mozgáskorlátozott nő megemlíti a gyermekvállalás gondolatát. Az orvosok, a szülésznők, az egészségügyi dolgozók sokszor hozzáállását leginkább a szimpátia, az önállóság mértéke, a szülő betegsége, a betegség örökölhetősége és intenzitása, a fogyatékkal élőkkel kapcsolatos személyes tapasztalataik, illetve ismereteik hiánya alapozza meg.

A szülők elmondása alapján a szakemberek többsége nem szeretne részese lenni egy fogyatékkal élő nő gyermekvállalási projektjének, mivel számukra idegen ez a terület, s nem tudják felmérni, hogy a várandósságnak milyen veszélyei lehetnek a leendő anyára.

Sajnos a fogyatékkal élők részéről gyakran találkozhatunk azzal a panasszal, hogy a szakszemélyzet negatívan ítéli meg döntésüket. Mivel nap mint nap meg kell küzdeniük a fogyatékoságukból eredő nehézségekkel, többé-kevésbé tisztában vannak képességeik korlátaival. Amennyiben nem merül fel szakmailag alátámasztható ellenvélemény, nem lenne szabad lebeszélni őket családalapítási szándékukról. Ugyanakkor az egészségügyi dolgozók félnek, hogy nem tudják megfelelően ellátni a speciális igényű kismamákat. A szülésznők számára nincsen a mozgásukban korlátozott anyák speciális ellátásáról semmilyen iránymutatás, mely az ezzel kapcsola-



tos feladatokat könnyebbé tenné. Legtöbben saját tapasztalataikra támaszkodhatnak, illetve a pályájukon eltöltött hosszú évek alatt szerzett rutinjuk nyújt segítséget a felmerülő nehézségek leküzdésében.

A rendelőintézetek és a kórházak akadálymentesítése területén az elmúlt években sok pozitív változás történt. Mindezek ellenére sem a rendelőintézetek nőgyógyászati vizsgálói, sem a magánorvosok rendelői, sem pedig a kórházak szülészeti osztályai nincsenek maradéktalanul felkészülve az eltérő igényű emberek fogadására. Megalázó helyzetet eredményezhet, ha aki kerekesszékekben éli mindennapjait, nem tud átszállni a vizsgálóasztalra vagy a szülőágyra, kellemetlen lehet egy átgondolatlanul végzett beöntés vagy olyan pozíciók alkalmazása, melyek a hétköznapi ember számára nem, de mozgáskorlátozottként esetleg nehezen kivitelezhetőek, akár lehetetlenek. Sok helyen hiányoznak a megfelelő eszközök (vizsgálóágy, betegemelő, speciális mérleg), a megfelelően kialakított szobák, fürdőhelyiségek, a megfelelő magasságú pelenkázók. Ezen akadályok leküzdése csak úgy lehetséges, ha kórházainkban, rendelőintézeteinkben olyan környezetet alakítunk ki, mely mozgássérült társaink számára is lehetővé teszi önállóságuk visszanyerését.

A fizikai környezet hiányosságai mellett a mozgáskorlátozott anyáknak sokszor meg kell birkózniuk az ellátó személyzet udvariatlanságával, figyelmetlenségével és tapintatlanságával is, melyek nagyrészt a túlterheltségre és az alulfizetettségre vezethetőek vissza.

Az egészségügyi dolgozóknak – különösen azoknak, akik a terhesgondozással, a szüléssel és a kisgyermek megszületését követő időszakokkal foglalkoznak – az a feladatuk, hogy megerősítsék a mozgásukban korlátozott, gyermeket vállalni szándékozó nőket elhatározásukban, hogy így tudatosuljon bennük az, hogy képesek a terhesség és szülés az ép asszonyokhoz képest számukra plusz kihívást jelentő nehézségeit leküzdni, és a kisgyermek későbbi gondozása során helytállni. Kiemelt figyelmet kell fordítaniuk terhességük gondozására, hogy saját egészségük megóvása, valamint az utód egészsége érdekében teherbeesésük előtt, várandósságuk alatt, és a szülést követően is egészségügyi vizsgálatokra kerüljön sor.

Célszerű lenne az ellátási gyakorlatot tudományos alapokra helyezni, a fogyatékos kismama speciális igényeire tekintettel protokollt alkotni a szülés körüli teendőkről. Gondot okoz, hogy a fogyatékos anyákkal élő kismamák sokkal több időt igényelnek, különleges helyzetükből fakadóan érthetően több figyelemre, segítségre, törődésre van szükségük már a terhességre való felkészüléskor, a rutinvizsgálatok során, és a szülést követően is. Tovább tart az öltözködés, a vizsgálati pozíció felvétele, vagy például szülést követően több időt vehet igénybe a szoptatás megtanítása, a pelenkázás, az öltöztetés mozdulatainak elsajátítása.

A megkérdezettek egyöntetűen hangsúlyozták, hogy a kórházban töltött idő alatt leginkább kisgyermekük gondozásánál lett volna szükségük több támogatásra. Minden újdonsült anyának kihívást jelent a gyermek kézbevétele, a fürdetéséhez, szoptatásához kötődő mozdulatok elsajátítása, így érthető, hogy a mozgásukban korlátozottaknak ezek elsajátításához több gyakorlásra lenne szükségük szakértő szemek ellenőrzésével és támogatásával.

Javaslatok

A fogyatékos anyákkal élő kismamák úgy érzik, hogy az egészségügyi személyzet nem eléggé felkészült, illetve türelmetlen. Ahhoz, hogy a terhesgondozás során megfelelően követni tudjuk a fogyatékos kismamák állapotát, megfelelő empátiával kell kezelni őket. Ezért sokkal több figyelemmel, megértéssel kell az ilyen páciensek felé fordulnunk, megértőnek, türelmesnek kell lennünk. Fontos ugyanakkor az is, hogy ne essünk túlzásba, mert lehet, hogy a túlzott segítőkészséggel és kivételezéssel inkább rossz érzést keltünk. Lényeges, hogy a kórházi ellátás során a fogyatékos anyákkal élő asszonyt a nővér-szobához képest a legközelebbi szobába helyezzük, az ajtóhoz és a belső mosdóhoz közel, úgy, hogy közvetlen környezete megfeleljen az akadálymentes előírásoknak. Ha a nővérhívó csengő elérhető távolságban van számára, és felkínáljuk a csengetés lehetőségét, máris megnyugtattuk.

Ahhoz, hogy a speciális igényű anyákat lelkiismeretesen fel tudjuk készíteni és el tudjuk látni, nemcsak a szülész-nőgyógyász szakorvosoknak, a szülésznőknek, hanem azoknak az egészségügyi dolgozóknak (ápolónők, védőnők, stb.) is megfelelő képzésben, továbbképzésben kellene részesülniük, akik a terhesgondozás során, valamint a gyermek megszületését követően a várandós asszonyokkal kapcsolatba kerülnek. A terhesgondozás kiváló lehetőséget biztosít a tájékoztatásra, de tanácsadásra már a terhesség elhatározása előtt is szükség lenne. A hasonló szituációban lévő, mozgásukban korlátozott anyákat az egymás közötti beszélgetések megerősíthetik gyermekvállalási szándékukban, azonban vannak olyanok is, akiknek több információra van szükségük.

A megkérdezettek között az is felvetődött, hogy szívesen vettek volna egy olyan tájékoztató füzetet, melyben a szükséges vizsgálatok elvégzését nyomon tudták volna követni. A kutatás során olvasott tudományos és ismeretterjesztő cikkekben felmerült a kisgyermekkorra vonatkozó tanácsadó fórum igénye is, ahol egészségügyi-pedagógiai ismeretekkel rendelkező szakemberekhez lehet kérdésekkel fordulni.

A felelősségteljes ellátás érdekében olyan központokat javaslunk létrehozni, melyek nemcsak megfelelő eszközökkel felszereltek (emelhető vizsgálóasztal, speciális



mérleg), hanem az intézmény szobái is kielégítik a fogyatékosokkal élők speciális igényeit. Ilyen létesítmények kialakítása azért lenne célszerű, mert könnyebb lenne külön a mozgáskorlátozottak speciális igényeire felkészített személyzettel ellátni. Nagyon nehéz olyan személyzettől megértést várni, mely nem érintett vagy járatos a fogyatékosok problémáiban, viszont az ilyen téren elhivatott személyek könnyebben átcsábíthatóak lennének egy ilyen speciális feladatot ellátó regionális intézménybe.

Az amúgy is nagyon leterhelt ápolószemélyzet munkájának megkönnyítése érdekében célszerű lenne, ha a mozgáskorlátozott anyáknak szakemberek tartanának felkészítő tanfolyamokat az egyes fogások (fürdetés, etetés, tisztábatevés, öltöztetés, szoptatás) elsajátítása érdekében, demonstrációs eszközök, babák segítségével.

Ezekhez a foglalkozásokhoz ajánljuk a programozott oktatás elveire épülő, a partnerrel együtt történő felkészülést (10, 11), a szakembereknek pedig a fentiekre épülő, speciálisan a mozgáskorlátozott édesanyák és párjuk részére kidolgozott program készítését.

Fontos lenne olyan kurzusokat, csoportos foglalkozásokat tartani, ahol különböző szakemberek szakmai és vitanapokat, konferenciákat tartanának. Hasznos lenne a témával kapcsolatos dokumentumfilmek bemutatása, mely után az érdeklődők feltehetnék kérdéseiket a jelenlévő szakembereknek és a mozgáskorlátozott anyáknak. A tapasztalatokkal rendelkező érintettek jobbitó szándékkal felvethetik javaslataikat, melyekkel a döntéshozó szervezet is megkereshetik.

Végül, de nem utolsósorban célszerű lenne ismeretterjesztő filmekben, személyes élettörténeteken keresztül bemutatni gyermekeiket példamutatóan gondozó mozgáskorlátozott anyák történeteit. Kitartásukat, elhivatottságukat látva a társadalom egy részét is érzékenyebbé lehetne tenni, könnyebben meg lehetne győzni arról, hogy a fogyatékos anya is lehet jó anya, és ezáltal csökkenteni lehetne az előítéleteket is.

A mozgássérült anyák szülészeti ellátásával kapcsolatban megoldandó képzési, szervezési problémákkal állunk szemben. Ezek megoldásában leginkább a szülésznőknek és az egészségfejlesztéssel foglalkozó szakembereknek kell segítenünk. Az anyaság vállalása a mozgáskorlátozottak számára nem könnyű feladat, ellátásukat különösen megnehezíti a speciális felszereltség és az egészségügyi személyzet ismereteinek hiánya. Szülészeti szempontból fontos hangsúlyt fektetni a speciális eszközök és a speciálisan kialakított helységek hozzáféréseire. Szükséges lenne továbbá az egészségügyi szakemberek képzése és kommunikációs képességeinek fejlesztése. Ugyanakkor nem szabad megfeledkezni az integrált ellátás hangsúlyozásáról és a mozgáskorlátozott közösségek, támogató szolgáltatások és szervezetek fejlesztéséről sem.

Összefoglalás

Bevezetés: A kutatás egy olyan problémára hívja fel a figyelmet, mellyel mind a mai napig nagyon keveset foglalkoznak. Bár a fogyatékkal élők és segítségük megítélésével kapcsolatos nézetek pozitív irányú változást mutatnak Magyarországon, a mozgássérült anyákra igen sokszor megvető szemmel néznek. Ha a szülés folyamatát önmagában egy kiszolgáltatott helyzetnek tekintjük, akkor gondoljuk végig, mennyire védtelen egy fizikumában korlátokkal élő, várandós asszony a szülőszobában.

Az adatgyűjtés során hamar kiderült, hogy a mozgásukban korlátozott anyák szülészeti-nőgyógyászati ellátásával kapcsolatban hazánk kutatási adatokkal kevésbé ellátott.

Célkitűzés: A vizsgálattal azt kívántuk feltárni, milyen akadályokba ütköznek a mozgáskorlátozott asszonyok a terhességet megelőzően, a várandósság és a szülés alatt, illetve gyermekük megszületése után. Kerestük a választ továbbá arra is, hogy az egészségügyi hálózat mennyire felkészült a fogyatékkal élő kismamák ellátására. Össze kívántuk gyűjteni a szülészeti feladatokkal kapcsolatos problémákat, elvárásokat, feladatokat, és igyekeztünk a problémák megoldására javaslatokat szorgalmazni.

Minta és módszer: A kutatás alapjául az interjú módszerrel szolgált, mert ennek alkalmazása során olyan információkhoz juthaunk, melyek más módszer alkalmazásával rejtve maradtak volna. Ez az eljárás nem a számszerű megismerést, hanem a vizsgált jelenség mélyebb megértését, feltárását teszi lehetővé.

A terepkutatásban csak olyan, mozgásukban korlátozott anyák vettek részt, akik az elmúlt 5 év folyamán vállalták az anyaságot, így az interjúk aktuális élményeken alapulnak. Végül az interjúra jelentkezők közül 4 olyan asszonyra esett a választás, akik hasonló szociális körülményekkel rendelkeznek, értelmiségi családból származnak, szakmával rendelkező dolgozó, illetve gyesen lévő anyák. Mindezek mellett gyermekeik nagyjából azonos korúak. Az interjúalanyok anonimak maradtak, ezáltal biztosítva személyiségi jogaikat.

Eredmények: A kutatómunka végére nyilvánvalóvá vált, hogy olyan képzési és szervezési problémákkal állunk szemben, melyek mind a mai napig megoldásra várnak. Nem csak a mozgáskorlátozott anyák szüleinek rokonainak, barátainak kell segítséget nyújtanunk, hanem a szülésznőknek és a szakembereknek is erőfeszítéseket kell tenniük, hogy a gyermekvállalás nehézségein könnyíteni tudjanak.

Következtetések: Az anyaság vállalása mozgáskorlátozottként nem könnyű feladat, ellátásukat különösen megnehezíti a speciális felszereltség és az egészségügyi személyzet ismereteinek hiánya. Célszerű lenne olyan központokat létrehozni, melyek átfogó ellátást nyújthatnak.



Javaslatok: Fontos hangsúlyt fektetnünk a speciális eszközök és a speciálisan kialakított helyiségek hozzáféréseire. Fontos továbbá az egészségügyi szakemberek képzése és kommunikációs képességeinek fejlesztése, ugyanakkor nem szabad megfeledkeznünk az integrált ellátás hangsúlyozásáról sem. Végül, de nem utolsósorban, nélkülözhetetlen a mozgáskorlátozott közösségek, támogató szolgáltatások és szervezetek fejlesztése.

Abstract

Introduction: In this research we would like to draw attention to a significant problem, which has not been discussed in detail so far. We are looking to the handicapped mothers contemptuously and we do not even dare to think what they have to go through to get their own babies. If we consider defenceless a woman at giving birth, then it must be certainly more painful for a pregnant disabled one.

Object: In order to be able to give propositions and suggestions to reduce their disadvantages, to facilitate their responsible pregnancy it was necessary to collect information about the acts and attitudes of the medical staff.

Theme and methods: We used the interview as a method because we wanted to examine the phenomena thoroughly and understand the comprehensions profoundly rather than get numerical result. For this reason we inter-

viewed four disabled mothers, who are just raising young children, living at the same social conditions, and who are limited in their movements. The anonymity of our interviewees has been given granted.

Results: At the end of our study it became evident, that there are problems to solve especially at the field of organization and the training. To improve the situation of the young disabled mothers it is not enough the help of their parents, relatives and friends. The medical assistance, such as the doctors, midwives, nurses have to make more effort to help them to overcome the most disturbing obstacles.

Conclusion: It is not easy to become a mother for a woman, who lives limited in the movements. To give adequate medical care for the disabled women becomes difficult in the pre- and post natal care in the absence of special equipments, without useful training or appropriate qualification of the medical assistance, in the lack of comprehensive care providing unit.

Suggestions: The need of specific tools and equipments, specially adapted premises should be emphasized. It is essential to organise regularly practical and communication trainings for healthcare professionals. The importance of the integrated medical attendance has to be emphasized. Finally, it must be underline the importance of the developments of the disabled people communities.

IRODALOM

1. Bán, É.–Sebők, Z. (2006): *Ajánlások mozgáskorlátozott gyermekek, tanulók kompetencia alapú fejlesztéséhez*. Budapest: suliNova Közoktatási-fejlesztési és Pedagógus-továbbképzési Kht.
2. Bánfalvy, C. (2000): „Fogyatékoság és szociális hátrány.” In: S. Illyés (szerk.): *Gyógynevelési alapismeretek*. Budapest, ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar
3. Carol, T. (1997): „The baby and the bathwater: disabled women and motherhood in social context.” In: *Sociology of health & illness*, 622–643.
4. Gardou, C.–Jeannes, Y.–Marc, I. (2007): „La famille à l'épreuve du handicap.” In: *Reliance*, 19–21.
5. Hodoszó, K.–Zs. Soósné Kiss–P. Jakus–J. H. Feith–S. Hollós–



- I. Vingender (2013): „Professional help for visually impaired mothers raising a child.” In: *New Medicine*, 17(4):136–139.
6. Kissné, S. M.–Póti, V. (2004): „Fogyatékkal élő emberek.” In: G. Gelsei–V. Gergely–V. Horváth–M. Rác: *A láthatatlanság vége. Társadalomismereti szöveggyűjtemény*. Budapest, Alapítvány a Társadalomelméleti Kollégiumért, 79–97.
7. Majoros, P. (2004): *A kutatómódszertan alapjai*. Budapest, Perfekt Zrt.
8. Morin, B. (2013): „L’accompagnement vers une parentalité.” In: *Accompagner vers la parentalité les personnes en situation de handicap*, Lyon, Chronique Social, 79–83.
9. Soósné, Kiss Zs. (2014): *A sikeres családalapítás többé nem titok. Családot alapító párok, őket felkészítő szakemberek kézikönyve*. Budapest, General Press, 1–207.
10. Soósné Kiss, Zs.: „Első gyermeket váró szülők felkészültsége az »Aktív szülőségre felkészülés« modellhez kapcsolódó kutatás tükrében.” In: *Háziorvos Továbbképző Szemle*, 2007;12(3): 228–232.
11. Soósné Kiss Zs. (2009): „Ergebnisse des Programms »Vorbereitung auf aktive Elternschaft«: Werdende Eltern erfolgreich schulen.” In: *Pflegezeitschrift*, 62(5):268–9.
12. Stern, D. N. (2006): „Várandósság: előkészület az új azonosulásra.” In: D. N. Stern–N. Bruscheiler-Stern–A. Freeland (szerk.): *Anyá születik. Arról, hogyan változtathatja meg az anyaság átélése örökre az embert?* Budapest, Animula, 26–27.
13. Szalontai, M.–Soósné Kiss, Zs.–Hollós, S. (2011): „A fogyatékkal élők és segítségük megítélésével kapcsolatos nézetek változása Magyarországon.” In: *Egészségfejlesztés*, 52(4):6–13.



100 éves a Magyar Védőnői Szolgálat

Soósné Dr. Kiss Zsuzsanna PhD., főiskolai docens,¹ vezetőségi tag²
Bábiné Szottfried Gabriella, védőnői rendszerek fejlesztését támogató
IT-szakember,³ vezetőségi tag²
Dr. Párducz László osztályvezető főorvos,⁴ elnök²
Dr. Bitó Tamás PhD., egyetemi adjunktus,⁵ főtítkárs²

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

²Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság

³Országos Tisztifőorvosi Hivatal

⁴Békés Megyei Pándy Kálmán Kórház, Szülészeti-Nőgyógyászati Osztály

⁵Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika

Jelen közleményben az Országház Felsőházi termében megrendezett jubileumi ünnepségről emlékezünk meg, tisztelettel adózva és emléket állítva a múlt és jelen mindazon szakembereinek, akik részesei voltak a napjainkban már a hungarikumok körébe tartozó *Magyar Védőnői Szolgálat* létrejöttének, fennmaradásának és fejlődésének (2). A *Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaságot (MCSNTT)* (1) érte az a megtiszteltetés, hogy a rendezvény egyik főszervezője lehetett.

Írásunkat a jövő egészségfejlesztésével foglalkozó szakembereinek is szánjuk hiteles történelmi forrásként. Úgy gondoljuk, hogy az *Egészségfejlesztés* méltó helye a megemlékezésnek, hiszen tanulmányaival évtizedek óta szolgálja a védőnői szolgálat által is megfogalmazott célok megvalósulását.

A *Magyar Védőnők Napja* tiszteletére a Magyar Országház Felsőházi termében 2015. június 13-án rendezett ünnepi rendezvény védnöke Kövér László, az Országgyűlés elnöke volt.

Az ünnepséget megtisztelte jelenlétével, ünnepi köszöntőjével Kövér László, az Országgyűlés elnöke, Balog Zoltán, az emberi erőforrások minisztere, Zombor Gábor egészségügyért felelős államtitkár, Bábiné Szottfried Gabriella, a centenáriumi programsorozat koordinátora és Párducz László, a Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság elnöke. Az ünnepségen részt vettek az Országgyűlés Népjóléti Bizottsága képviselőiben dr. Bene Ildikó, a Parlament Népjóléti bizottságának

alelnöke, a szakma vezető szakemberei, a védőnőképző intézmények dékánjai, területen dolgozó védőnők, összesen mintegy 400 résztvevő. A *Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karának* és a *Miskolci Egyetem Egészségügyi Karának* védőnő-hallgatói háromféle egyenruha bemutatásával tisztelegtek a védőnői szolgálat és a védőnőképzés hagyományai előtt.

Szóllósi Györgyi (MTVA), az ünnepség moderátorának köszöntője után Kövér László, az Országgyűlés elnöke beszédében így fogalmazott: „Jelképes történelmi adósságot rónak most le a védőnők felé, amikor a százéves védőnői szolgálatot köszöntik. A védőnői szolgálat azon intézmények közé tartozik, amely a zaklatott történelmi

LEVELEZÉSI CÍM:

Soósné 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



korszakok és politikai rendszereken át folyamatosan végezte tevékenységét és fejlődött. A védőnői szolgálat ma alapintézmény, felbecsülhetetlen értékű emberi hálózat” (3).

Balog Zoltán, az emberi erőforrások minisztere ünnepi beszédében kifejtette: „A védőnői szolgálat fennállásának száz éve alatt a védőnők bebizonyították, hogy sokkal többek eredeti vállalásuknál, hiszen egy személyben néha orvosok, pszichológusok, tanítók, lelki támaszt nyújtók a gondozott családoknak. A védőnőknek fontos szerepük van az élet védelmében, és ez leginkább azokon a hátrányos helyzetű településeken mutatkozik meg, ahol sok minden más is fenyegeti az életet, a megélhetést. A védőnők egyfajta civilizációs végpontok is, és ha a szolgálat munkatársai ott vannak a végeken, akkor nagyobb az esély arra, hogy ott vonzóbb, élhetőbb lesz az élet” (3).

Az ünnepségen az idén alapított Védőnői szolgálatért-díjjal Dobos Lajos Józsefnét tüntették ki.

Batthyány-Strattmann László-díjat – mely annak adományozható, aki szakmai vagy közszolgálati munkájával hozzájárult az egészségügyi ellátás fejlesztéséhez, e tevékenysége során elért kimagasló teljesítménye elismeréseként – kapott Csordás Ágnes Katalin, Dr. Kiss-Tóth Emőke, Miklósné Ballagó Katalin, Milisitsné Tátrai Beatrix, Somogyiné Rapp Zsuzsanna, Soósné Dr. Kiss Zsuzsanna és Timár Tiborné.

Az egészségügyi ellátás érdekében kifejtett kiemelkedő szakmai vagy közszolgálati tevékenységért Pro Sanitate-díjban részesült Ferencz Irén, Dr. Galgóczy Béláné Rózsa Jolán Aranka, Gerlachné Novák Ágnes, Görögné Tordasi Veronika, Mocsári Márta, Orosz Lászlóné, Prémné Koczner Éva, Rabné Farkas Judit Erzsébet, Radnics Lászlóné, Schnörch Péterné és Vácz Lászlóné védőnő.

A díjakat Balog Zoltán miniszter és Zombor Gábor államtitkár adták át.

Zombor Gábor egészségügyért felelős államtitkár az ünnepségen bejelentette, hogy „a szakmai kollégiumi rendszeren belül önálló védőnői tagozat jön létre, és a vállalkozásban dolgozó védőnők is mentesülhetnek az iparüzési adó megfizetése alól. Az elmúlt időszakban olyan kapcsolatrendszer alakult ki a védőnői szervezetekkel, amely komoly reményre ad okot, és az alapellátási törvénytervezet egyik fontos célja, hogy a védőnői szolgálatot megerősítse. Számítanak a védőnőkre a népességügyi szűrőprogramok lebonyolításában, amelyre 15 milliárd forintot tudnak a jövőben elkölteni” (2).

Bábiné Szotzfried Gabriella, a centenáriumi programsorozat koordinátora „A védőnői hivatás mint hungarikum” című előadásában hangsúlyozta, hogy hazánkban a gyermek- és családvédelem egyedülálló módon a 100 éve fennálló magyar védőnői szolgálaton keresztül valósul meg. A szolgálat fennállásától kezdve folyama-

tosan megújult, igazodott a társadalom igényeihez, elvárásaihoz, széles kapcsolati rendszer alakult ki körülötte. A gondozási folyamatban a fő hangsúly a prevención van. A családokkal kapcsolatban álló védőnők magasan képzett, komplex, interdiszciplináris tudással bíró, diplomás szakemberek. A 2013-ban Magyar Örökség Díjjal kitüntetett, 2014-ben kiemelt nemzeti értékévé, majd az ezt követő évben hungarikummá nyilvánított Magyar Védőnői Szolgálat olyan nemzeti kincsünk, melyre méltán lehetünk büszkéek (4).

Dr. Jakab Zsuzsanna, az Egészségügyi Világszervezet (WHO) európai regionális igazgatójának videóüzenetében köszöntötte a résztvevőket.

Dr. Párducz László, a Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság elnöke záró előadásában elmondta, hogy „a XX. század fordulóján, Magyarországon – társadalmi, gazdasági, demográfiai, népmozgalmi változások hatására – az országos anya- és csecsemővédő szervezet alakuló ülésén, a hazai gyermekgyógyászat kiválóságainak – Heim Pál és Bókay János vezetésével – egyetemi tanárok és képviselők, az alapszabályok elfogadása után megalakították az első magyar, országos anya- és csecsemővédelmi szervezetet, az Országos Stefánia Szövetséget. Elnökként Apponyi Albertet, a fővédőnői tisztségre pedig a névadó Stefánia belga királyi hercegnőt jegyezték be. Akkor vasárnap volt, 1915. június 13-a, délelőtt 11 óra. A budapesti Újvárosháza közgyűlési termében gróf Lónyai Elemérné, Stefánia hercegnő örömmel üdvözölte a nemes lelkű hazafiakat. Ők mélyszégyes hazaszeretetük és őszinte emberbaráti érzéseik alapján, erős szövetséget kötöttek a nemzettel. Megérezték, hogy feladatuk – az anyák és csecsemők védelmének érdekében – egy országos mozgalom szervezése, amely újabb bizonyítéka határtalan szeretetüknek és a mérhetetlen hálának, kötelességtudó, önfeláldozó vitéz fiaink és testvéreink millióival szemben. Álljon fenn a Stefánia Szövetség – népünk javára, a család védelmére, a jövő nemzedékének felvirágzására – árássza el mindentívét jótékonyágának sugarait, és hozzon áldást minden szülőkölködő otthonnak” (5).

Országos csecsemőhalálozásunk jelenleg európai színvonalú, mindössze 4,9%, míg a megalakulás időszakában Budapesten 15%, a falvakban 25% volt (6). Ezen arány javulása jelentős mértékben a szülész-nőgyógyászok, gyermekgyógyászok és védőnők áldozatos munkájának köszönhető. Erre az együttes erőfeszítésre utalt Dr. Párducz László is: „Tisztelet és főhajtás a közösségi szellemben való gondolkodásuk előtt... Tudják, nagyon jól tudják, teljesen mindegy, hogy szekeret vagy hintót húznak a lovak, ha egymásnak esnek, úgy a szekerét, mint a hintót, az árokban vagy a szakadékokban köt ki” (5).

A védőnői szakma elnevezése és a „védőnő” kifejezés Tauffer Vilmos szülész-nőgyógyász professzortól szár-



mazik, aki 1917. október végén egyik előadásában kifejtette, hogy „ilyen munkára csak melegszívű és intelligens nő való, ki e veleszületett és belenevelt értékes lelki tulajdonságokhoz még hozzá tanulta, amit higiénés gyermekápolási és szociális szempontból tudnia szükséges avégből, hogy az anyáknak és csecsemőknek támogatója lehessen a család és a nemzet érdekében” (6).

A Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság által alapított Tauffer-díj tisztelgés a neves szülész-nőgyógyász professzor és későbbi követői munkája előtt.

A szakmát a két világháború között társadalmilag megbecsülték, a „Zöldkeresztes” időszakban a védőnők életkörülményeinek biztosításában jelentős volt az állami szerepvállalás. A folytatás az összefogás erejében rejlik. Ennek szép példája az a szoros együttműködés, mely a Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság és a védőnők között az elmúlt években létrejött (5).

Értéket képviselni hungarikumként nem könnyű.

Ahogy Tauffer Vilmos megfogalmazta: „...be kell hatolni a nép közé, a hajlékában kell felkeresni őt...”. Az ügy nem vesztett el, ma is aktuális: „a tanítás, oktatás mellett elsősorban minden olyan körülmény elhárítása, mely a jövő generáció fejlődését és életképességét kórosan befolyásolhatja” (6).

A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara a centenáriumi ünnepség tiszteletére elkészítette a Magyar Védőnői Szolgálat tevékenységének elismerésére adományozott Magyar Örökség Díj Arany Korona másolatának kitűzőjét, melyet az ünnepség minden résztvevője ajándékba megkapott. A Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság nevében Dr. Párducz László szavaival búcsúzunk: „Kívánom: adassék meg ez az öntudat, ez az erő, amely ezt a 100 éves szolgálatot jellemzi. Adja Isten, egy évszázad múlva a jövő védőnői elmondhassák, hogy kétszáz éve azt teszik, amit elkezdtek, és működésük pótolhatatlan. Így legyen!” (5)

IRODALOM

1. <http://novedelem.hu> (2015-07-13 13:14)
2. A Hungarikum Bizottság 2015. április 23-i döntése alapján a *Hungarikumok Gyűjteménye* kiemelkedő nemzeti értékkel bővült. Az idén 100 éves Magyar Védőnői Szolgálat – mint nemzetközileg is egyedülálló, tradicionális ellátási rendszer – bekerült a Magyar Értéktárba, nemzeti büszkeségeink között tudható. <http://www.hungarikum.hu/content/ujabb-ertekekkel-gyarapodott-hungarikumok-gyujtemenye-es-magyar-ertektar-20150423> (2015-07-13 13:21)
3. <http://www.kormany.hu/hu/emberi-eroforrasok-miniszteriuma/hirek/meg-kell-becsulni-a-vedonok-altal-kepviselt-ertekeket> (2015-07-09 20:52)
4. Bábiné Szotzfried Gabriella: *A védőnői hivatás mint hungarikum*. Előadás a Magyar Védőnői Szolgálat Centenáriumi Ünnepségén. Budapest, Országház, 2015. június 13.
5. Dr. Párducz László: *MCSNTT elnöki köszöntő*. Előadás a Magyar Védőnői Szolgálat Centenáriumi Ünnepségén. Budapest, Országház, 2015. június 13.
6. Kahlíchné Dr. Simon Márta: *A védőnői hivatás története*. Medicina, 2015. <http://www.kormany.hu/hu/emberi-eroforrasok-miniszteriuma/hirek/meg-kell-becsulni-a-vedonok-altal-kepviselt-ertekeket>, 2015-07-09 20:52



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.



A testnevelés a női egészség szolgálatában – 128 éve és most

Dávid Kata

Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

„A szép testű, erős és egészséges szervezetű nő mint feleség és anya öröme lesz a férjnek, éltetője nemzedékének. A vékonyka, ideges kisasszonyból ájuldozó feleség és összetörött anya leszen. Első gyermeke után már ideges, betegeskedő, furdózó; magával és másokkal elégedetlen; gyorsan öregedik s családi életre képtelen rommá válik.

A nő testi nevelése nehéz föladat. Voltaképen a jövőtől, egy értelmesebb kortól kell megvárni, hogy arra alapos és igazán jó tanácsot adjon. Annyi bizonyos, hogy a mellett, hogy a női gyengédséget, kecsket megtartsa, a női nevelésnek is erőssé, jól kifejlődötté kell tenni az izmokat, csontokat, szerveket.

A nő testi nevelésénél gondosan s jól meg kell válogatni az eszközöket.

A leány is szabadgálhat, labdázhat, ugrálhat mint a fiú. Nevezetesen pedig úszhatik, korcsolyázhat, énekelhet, tánczolhat s szabad-tornázást (kevésbé műszerrel tornázást) végezhet. Ne guggoljon sokat a szobában, egy helyen; ne üldögéljen maga alá szedett lábakkal. Ezekről összelapul melle, elfonnyad az izma, elgörbül háta, medenczéje s majdan a nő, a feleség, az anya bánja meg a leányka hibáit.”

*Egészség, 1888., Nők az egészség ügyében, 174–187. oldal
Az „Egészség” című folyóiratból eredeti helyesírással digitalizálva.*

A lányok fizikai edukációja a 19. században még a hagyományos női szerepekre (anya-, feleség- és házi-asszony szerep) való felkészítést szolgálta – a többi oktató tárgyval, illetve a lányok számára elérhető iskolatípussal összhangban –, ám még így is előremutatóbbnak tűnhetnek a fenti irányelvek a korai nőnevelés kiemelkedő alakjai által megfogalmazott javaslatoknál. A 18. században például tartották magukat azok az elképzelések,

miszerint a torna csak felüdülés az eredendően passzív nő számára (Madame d’Epinay, 1726–1783) vagy gyógyír a lányok általános félénkségére és hipochondriájára (Madame de Miremont, 1735–1811) (1).

Magyarországon változást csak az 1920-as évek hoztak, a leánygimnáziumokban ekkor már órarendben szerepelt a testnevelés, igaz, alacsonyabb óraszámban, mint a fiúiskolákban (2). Az 1960-as évek egyenlősítési törek-



vései aztán elmosták a különbséget, elsősorban annak az érdekében, hogy rögtön a ló másik oldalára esve, a lányokat alkalmassá tegyék a férfias, kemény fizikai erő kifejtést igénylő munkák elvégzésére is (3).

A 128 évvel ezelőtti cikkhez képest napjainkra szerepsére egészen más tényezők kerültek a lányok testnevelésének fókuszába. Ezek figyelembe veszik a két nem közötti fizikai és viselkedésbeli különbözőséget, de nem vitatják el, sőt támogatják a női egyenjogúságot. A sport például hozzájárul a lányok tanulmányi sikereihez. Azok a lányok, akik részt vesznek valamilyen rendszeres sporttevékenységben, motiváltabbak, hogy leérettségizzenek, illetve diplomát szerezzenek (4). Tanulmányok bizonyították, hogy a sport képes aláásni a tudományos érdeklődéssel kapcsolatos gender sztereotípiákat azzal, hogy összefüggést találtak a sportolás és a reáltárgyakban való javulás között a lányok körében (5). A testmozgás védőfaktoroként jelenik meg akkor is, ha a kockázatos szexuális magatartást vizsgáljuk, a sportoló lányok később válnak szexuálisan aktívvá, kevesebb partnerük van, és jobban ügyelnek a fogamzásgátlásra. Ennek hátterében az állhat, hogy a mozgáson keresztül megtapasztalják, hogy a testük nem csupán a férfiak szexuális örömeinek forrása, hanem a saját erejüké is.

A serdülő lányok kétszer nagyobb valószínűséggel tapasztalnak depressziós tüneteket, szorongást, kísérlelnék meg öngyilkosságot, mint a fiúk, viszont érzékenyebbek a mozgás rövidtávú előnyös hatásaira, így az egyértelműen javít pszichológiai jóllétükön, ezzel mérsékelve a különbséget. Nem utolsósorban a sport segít megelőzni azokat a krónikus betegségeket, melyek gyakran érintik a lányokat gyermek- és serdülőkorban (diabétesz, vérnyomás-problémák, elhízás), így hatással van a felnőtt nő egészségére is, hiszen az olyan betegségek, mint a rák, a szív- és érrendszeri problémák vagy éppen a csontritkulás a gyermekkori rossz egészség-magatartásban gyökereznek (6).

A jelenlegi ajánlások szerint a gyermekeknek napi

60 perc közepes-erős intenzitású mozgásra van szükségük. Ám a teljesített mozgásmennyiség az évek előrehaladtával csökken, a lányok körében jóval drámaibban, mint a fiúkban (7). A lányok fizikai aktivitását az alábbi faktorok befolyásolják erősen: életkor; kifogások keresése, a szabadidő más jellegű eltöltésének igénye; kortársak hatása; családi minta; példaképek; a testnevelés módszerei, minősége; az aktivitás típusa; biztonság, szülői féltés. A fentieket szem előtt tartva az iskolai testnevelés megvalósítása során arra kellene törekedni, hogy a mozgás a lányok számára élvezetes legyen, a teljesítmény, személyes kompetencia érzésével társítva.

A sport örömszerző jellege mellett figyelembe kellene venni a társas aktivitás fontosságát is. Elengedhetetlen kicsi kortól kezdve az alapvető mozgások fejlesztése, a kivételes sportteljesítményről az egyéni képességekre, teljesítményre helyezve a hangsúlyt. Éppen ezért a mainstream sportágakon kívül teret kellene engedni például a táncos foglalkozásoknak, a kevésbé versengésre épülő, inkább együttműködést fejlesztő mozgásformáknak. A lányoknak több női edzővel, mentorral kellene találkozniuk. A sportolási lehetőségeknek pedig hozzáférhetőbbé, biztonságosabbá kellene válniuk (6).

A Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet (NEFI) a Klebelsberg Intézményfenntartó Központtal (KLIK) együttműködve valósította meg a *Teljes körű Iskolai Egészségfejlesztési (TIE)* kiemelt projektet (TÁMOP-6.1.2.A-14/1-2014-0001), mely országos szinten közel 30.000 diákot ért el 2015-ben. A tanításon kívüli iskolai időben szervezendő tevékenységek tervezéséhez, megvalósításához és értékeléséhez nyújt módszertani javaslatokat az online elérhető *Egészségfejlesztési Programelemek Szakmai Ajánlások (EPSZA-füzetek)* formájában, melyek jelenleg 10 témát érintenek, ezek közül 4 a mindennapos testmozgással foglalkozik. A füzetekben kiemelt figyelmet kap a lányok bevonása a sportprogramokba, ehhez számos ajánlást, konkrét ötletet fogalmaztak meg a szerzők (8).

IRODALOM

1. Pukánszky Béla (2006): *A nőnevelés évezredei*. Budapest, Gondolat, 61–62. old.
2. Pukánszky Béla (2006): *A nőnevelés évezredei*. Budapest, Gondolat, 131–134. old.
3. Pukánszky Béla (2006): *A nőnevelés évezredei*. Budapest, Gondolat, 144. old.
4. Greendorfer, S.–Lewko, J.–Rosengren, K. (2002): „Family and Gender-based Influences in Sport Socialization of Children



AZ EGÉSZSÉG ÜGYE ANNO ÉS MOST

- and Adolescents.” In: F. Smoll–R. Smith (eds.): *Children and Youth in Sport: a biopsychosocial perspective*. Second Edition. Dubuque, US: Kendal/Hunt.
5. Rogers, L. (1999): *Sexing the Brain*. London, UK: Weidenfeld and Nicolson; Scott, J.–Panksepp, J. (2003): „Rough and Tumble Play in Human Children.” In: *Aggressive Behavior*, 29, pp. 539–551.
6. Bailey, R.–Wellard, I.–Dismore, H. (2004): *Girls’ Participation in Physical Activities and Sports: Benefits, Patterns, Influences and Ways Forward*. Centre for Physical Education and Sport Research, Canterbury Christ Church University College, UK, <http://www.icsspe.org/sites/default/files/Girls.pdf>
7. Sallis, J. (1993): „Epidemiology of Physical Activity and Fitness in Children and Adolescents.” In: *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 33, pp. 403–408.
9. EPSZA-füzetek, TÁMOP-6.1.2.A-14/1-2014-0001, <http://egeszseg.hu/web/tie/tudastar>





Válogatás nemzetközi folyóiratok cikkeiből

Csizmadia Péter

Országos Egészségfejlesztési Intézet

Stephen J. Blumberg–Anjel Vahratian–Joseph H. Blumberg:
Marriage, Cohabitation, and Men's Use of Preventive Health Care Services.
NCHS Data Brief, No. 154, June

A tanulmány előzményként röviden korábbi cikkekre hivatkozik, melyek azt találták, hogy a házasságban élő férfiak gyakrabban veszik igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat, mivel házastársuk bátorítja erre őket. A szerzők jelen írásukban a házasság hatása mellett azt vizsgálták, hogy az együttélés, az élettársi viszony hasonló hatással rendelkezik-e. A tanulmány főbb megállapításait a következőkben foglalhatjuk össze:

A házasságban élő férfiak az elmúlt egy évben gyakrabban vettek igénybe valamilyen egészségügyi szolgáltatást, mint a nem házas férfiak. Az összefüggés megfigyelhető volt mind az idősebbek, mind a fiatalabbak között, de csak azon férfiak esetében, akik egészségbiztosítással rendelkeztek.

A tanulmány szerint ebben az esetben a házastárs támogatólag hat az egészségügyi szolgáltatás igénybevételére, közvetetten pedig egyfajta gazdasági és szociális elkötelezettséget vált ki a család felé. Az eredmények szerint az együttélésnek, az élettársi kapcsolatnak nincs hasonló egészségtámogató szerepe.

Felkért hozzászólók: Balku Eszter, Vitrai József

Balku Eszter: Az egyedülállókat és a kapcsolatban élőket – az *ELEF2009* adatait felhasználva – annak alapján összehasonlítva, hogy milyen rendszerességgel fordultak háziorvoshoz, szakorvoshoz, fogorvoshoz, illetve kezelték őket kórházban, megállapítható, hogy az ellátás igénybevétele nem csak a kapcsolati státusztól, hanem más befolyásoló tényezőktől is függ. Tehát az ismertett tanulmány tévesen vont le következtetéseket a társas kapcsolat és az orvoshoz történő fordulás összefüggéséről, hiszen más befolyásoló tényezőket nem vettek figyelembe.

Vitrai József néhány e témában megjelent szakirodalmi áttekintés következtetéseit idézte: „... az ok-okozati kapcsolatok megállapítását akadályozza a vizsgálatok heterogenitása. Az eredmények rámutatnak olyan vizsgálatok szükségességére, amelyek elemzik az attitűd, az egészség és a biológiai mechanizmusok kapcsolatát, és egyben figyelembe veszik a családi állapot és az egészség kapcsolatát módosító tényezőket is.” „...a kutatásoknak növekvő mértékben kell figyelembe venniük az egyén élete során az életkörülményekben bekövetkező változásokat.”

Ismertette: Csizmadia Péter





EADPH



European Association of Dental Public Health e.V.

21st Congress of the European Association of Dental Public Health

2016. szeptember 29. - október 1.
Danubius Health Spa Resort Hotel Margitsziget

Oral Health Inequalities in Europe

Helyi szervezőbizottság:

Elnök: dr. Szóke Judit
Telefon: +36-209-444-093
e-mail: szoke.judit@dent.semmelweis-univ.hu

További információ, kedvezményes regisztráció
magyar résztvevők számára:
www.convention.hu



CONTENTS

TRAININGS

- School Health Culture – Concept and Survey Methodology in the Area of Public Education** **2**
Literary Review
Éva Járomi, Kristóf Szilágyi, József Vitrai PhD.
- Youth Study 2004–2014 in Békés County, Hungary** **14**
Health Behaviour, Psychological Health, Value Preferences
Prof. Dr. Bettina Pikó, Anita Strifler Tarkóné, Éva Nagy Sinyiné, Ildikó Hegedűs Almásiné, Dr. Erzsébet Klembucz Nagyné
- 2014 — INTERNATIONAL YEAR OF THE FAMILY
- Prevention of Human Papillomavirus Infection – Health Education Role of Midwives** **25**
Edina Gurály, Ibolya Krémer Lipienné, Dr. Judit Mészáros
- Medical Care for Disabled Pregnant Women Concerning the Role of Midwives** **34**
Anna Böcskei, Ibolya Krémer Lipienné, Attila Dobos
- 100 Years of Hungarian Health Visitor Service** **40**
Dr. Zsuzsanna Kiss Soósné PhD., Gabriella Szottfried Bábiné, Dr. László Párducz, Dr. Tamás Bitó PhD.
- THE MATTER OF HEALTH — PAST AND PRESENT
- The Role of Physical Activities of Women – 128 Years Ago and Present** **43**
Kata Dávid
- REVIEW JOURNAL
- Selection of Articles for International Journals** **46**
Péter Csizmadia