



Tartalom

2014 – A CSALÁD ÉVE

- Első gyermeküket váró szülők szülői szerepre való felkészültsége, a felkészítő foglalkozások megítélése, a gyermekáldás és a káros szenvedélyek jelenléte gyermekbiztos óvintézkedések alapján** **2**
Jósvai Barbara, Soós Dr. Kiss Zsuzsanna PhD.

- Középiskolás tanulók szexuális magatartásának vizsgálata** **11**
Csatlós Renáta, Pukánszky Judit, Dr. Németh Anikó

- Konferencia a nőkért, a családokért** **18**
Athén, 2013. április 28–29.
Kovácsné Dr. Balogh Judit PhD., Soós Dr. Kiss Zsuzsanna PhD.

FELMÉRÉSEK

- A fürdő kultúra fejlesztéséért Vas megyében** **20**
Iskolai egészségfejlesztő program
Szabóné Vincze Klára, Dr. Reiner Vera, Dr. Jágerné Dr. Szabó Erika,
Dr. Stánitz Éva

EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS ÉS COMPLIANCE

- A BELLA-projekt bemutatása** **26**
Megvalósul a gyógyszerési gondozás gyakorlata
Dr. Belicza Éva, Dr. Lám Judit

AZ EGÉSZSÉG ÜGYE ANNO ÉS MOST

- Egyszerre elavult és modern** **29**
Solymosy József Bonifác

SZAKMAI FOLYÓIRATSZEMLE

- Válogatás nemzetközi folyóiratok cikkeiből** **32**
Balku Eszter, Csizmadia Péter, Kimmel Zsófia, Dr. Varsányi Péter,
Vitrai József PhD.

Health
Development

EGÉSZSÉG- FEJLESZTÉS

Az Országos Egészségfejlesztési Intézet folyóirata.

A lap alapítói: prof. dr. Métneki 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: OEFI,
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:
az Országos 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.



Országos
Egészségfejlesztési
Intézet



Első gyermeküket váró szülők szülői szerepre való felkészültsége, a felkészítő foglalkozások megítélése, a gyermekáldás és a káros szenvedélyek jelenléte gyermekbiztos óvintézkedések alapján

Jósvai Barbara szülésznő-hallgató¹
Soósné Dr. Kiss Zsuzsanna PhD., főiskolai docens,² vezetőségi tag³

¹Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar

²Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Egészségfejlesztési és Klinikai Módszertani Intézet,
Egészségtudományi Klinikai Tanszék

³Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság

ENSZ: 2014 a család nemzetközi éve

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

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

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

Folyóiratunk az évforduló kapcsán felmerülő kérdéseknek szenteli új sorozatát. Elsőként a terápiás munka családi krízisek megelőzésében játszott szerepét, lehetőségeit mutattuk be. Jelen lapszámunkban az első gyermeküket váró fiatalok szülői szerepre való felkészültségét, valamint középiskolás tanulók szexuális magatartását vizsgáljuk, továbbá ismertetjük a „*Családok krízishelyzetben – a magánélet és a munka közötti egyensúly biztosítása nehéz gazdasági körülmények között*” címmel idén áprilisban, Athénban rendezett konferencia célkitűzéseit és eredményeit.

Tervezett témaköreink között szerepel – többek között – a nagycsaládos életforma gyermekvállalási tervekre gyakorolt hatásának vizsgálata, a családalapítás útvesztőinek bemutatása, illetve beszámolunk egy németországi tanulmányút tapasztalatairól is.

(A szerk.)



Bevezetés

A gyermek – különösen az első gyermek – érkezése minden pár életében az egyik legmeghatározóbb életeseemény, mely minden családtag életében nagy szerepet játszik. Emiatt is fontos, hogy ezt az időszakot mindkét szülő pozitív élményként élhesse meg. Közleményünkben nem vállalhatjuk fel ezen életperiódus szakmai szempontból lényeges összes területét, csupán – első gyermeküket váró szülők körében végzett kutatásunk eredményei alapján – a szülésre, a szülői szerepre felkészítő foglalkozások hatásait, a káros szenvedélyek jelenlétét, a szülők otthonának, környezetének „bababaráttá” alakítását, valamint az ezzel kapcsolatos terveket mutatjuk be.

Szakirodalmi háttér

A szülésre, a szülői szerepre való felkészülés, felkészültség

Az első gyermek érkezésekor, a pár szülővé és családdá válásakor fontos, hogy a felkészülés tudatos legyen, így a család az új, szülői-gondozói feladatokra és szerepre alkalmassá váljon. A kötelező jellegű állami szolgáltatások (például a várandósgondozás) mellett különböző alternatív lehetőségek is adóttak, melyekkel nemcsak a gyermek érkezésére, a szülésre, a gyermeknevelésre, hanem a szülői szerep elsajátítására is fel lehet készülni. (Soósné, 2006; 2007)

A szülésre felkészítő tanfolyamokat leggyakrabban kórházak, de egészségügyi és civil szervezetek, alapítványok is szervezhetik. A leendő édesanyák többnyire a várandósgondozás során, illetve a körzeti védőnő segítségével tájékozódhatnak a foglalkozásokról. Az órák során szó esik a várandósság alatt bekövetkező élettani és pszichés változásokról, a szülés lefolyásáról, a szoptatásról, a gyermek gondozásával kapcsolatos tudnivalókról, illetve lehetőség adódik légzési technikák, néhol kismamatorna, intimtorna, babamasszázs tanulására, gyakorlására is. A csoportos foglalkozások nagy előnye, hogy a résztvevők hasonló életeseemény részesei. Lehetőség van arra is, hogy az anya magával vihesse a leendő édesapát is, aki részt vehet a felkészülési folyamatban, megértheti, megtanulhatja milyen segítő szerepet tölthet be a szülésnél. (Campbell, 2006)

Az első felkészítő tanfolyamok általában a gyógyszeres beavatkozás és félelem nélküli, „természetes szülést” hirdették. Azóta a hangsúly a vajúdas és szülés megismertetésére, a felkészülésre tolódott. Akár gyógyszeres beavatkozással, akár gyógyszer nélkül, akár hüvelyi

úton, akár császármetszéssel jön világra a gyermek, akár végeznek gátmetszést, akár nem, a szülők értik majd, hogy mi történik, tevékenyen, tájékozottan tudnak részt venni az eseményekben, felkészülhetnek az előforduló nehézségekre, és különböző légzési technikákat, relaxációs és figyelemelterelő módszereket is elsajátíthatnak. (Frank, 1999)

Függőségek

Hétköznapi szóhasználatban a *függőség* szót *ragaszkodás, hozzászokás, szükséglet* értelemben használjuk. A függőség jelenségének önmagában nincs pozitív vagy negatív értéke, jelentését a kontextus adja. Amennyiben az érett függőségbe való eljutás sérül, szenvedélybetegség alakulhat ki. A szenvedélybetegség – másként addikció vagy kóros szenvedély – hátrányos helyzetbe hozhatja az érintett személyt és környezetét is, mivel kényszeres viselkedési mintákból áll, melyekben a viselkedés irányítása sikertelen. Pszichológiai értelemben véve a kóros szenvedély azt jelenti, hogy egy, a hétköznapi életben elterjedt, normális vagy enyhén deviánsnak látszó viselkedésmód mintegy elszabadul, dominánssá válik. (Függőség, 2014)

Az egyik legnagyobb társadalmi problémát a túlzott környezeti terhelés, a felgyorsult élettempó és a folyamatos stressz okozza, melyekhez – a civilizációs betegségek mellett – igen gyakran társulnak káros szenvedélyek is, mint a dohányzás, az alkoholbetegség, a droghasználat és a gyógyszerfüggőség. Közismert, hogy ezek nemcsak saját egészségünkre és termékenyítő képességünkre, de születendő gyermekünk egészségi állapotára is igen kedvezőtlenül hatnak. (Gasztonyi, 2009)

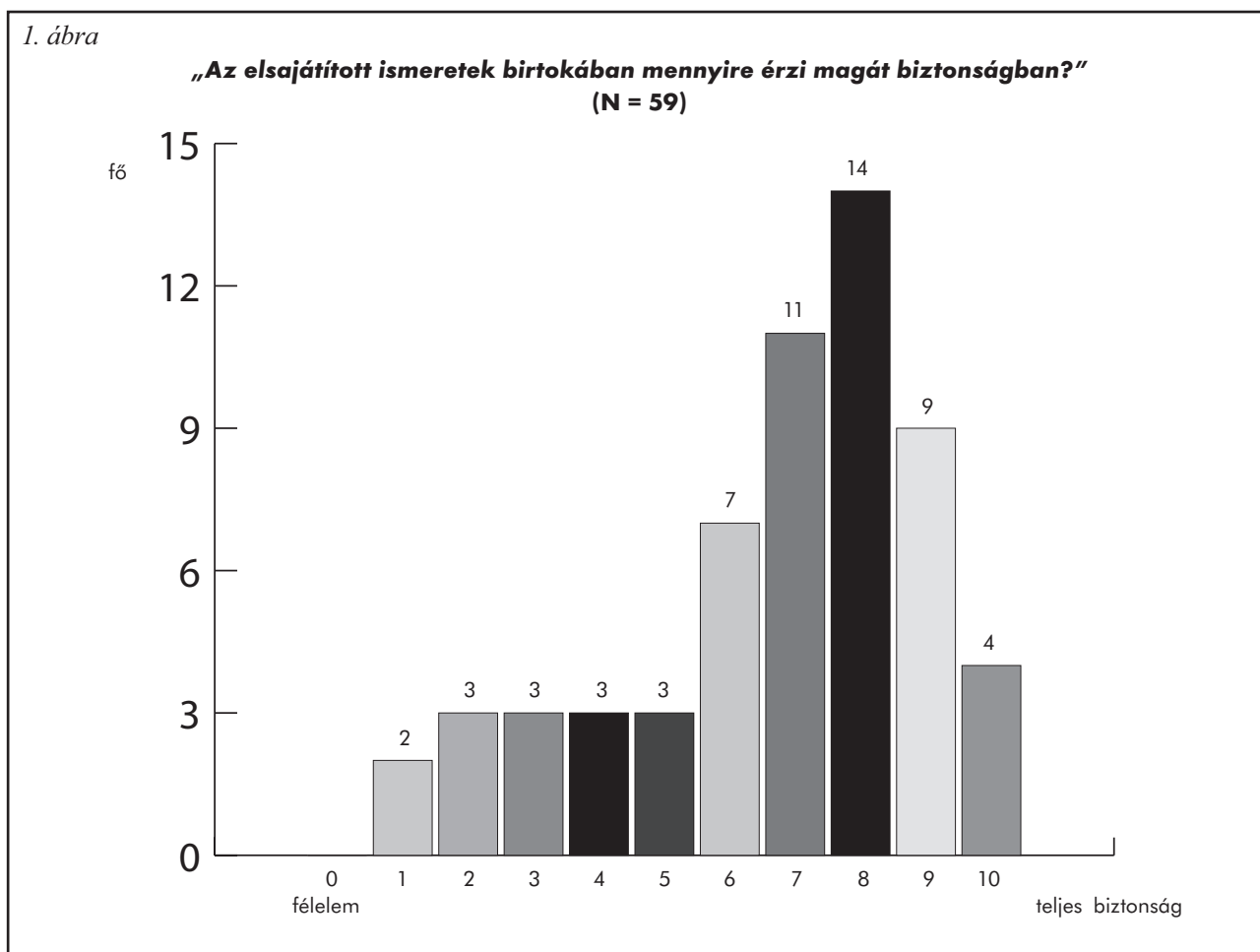
A fiatal nők jelenleg minimum 30%-a dohányzik. Ez nemcsak súlyosan károsítja a nők termékenységét, de a várandósság alatt a magzat egészségét is veszélyezteti. Az anyai dohányzás károsítja a magzat oxigén- és tápanyagellátását, így megnő a növekedési és fejlődési rendellenességek aránya, gyakoribbá válhat a spontán vetélés, a terhesség alatti vérzés, az idő előtti burokrepedés, valamint az ascendáló fertőzés, koraszülés.

Az alkoholfogyasztás mérséklése vagy elhagyása rendkívül fontos a családtervezés szempontjából. A károsító hatások egyaránt kihatnak az anyára és magzatára: a folyamatosan alkoholt fogyasztó anyák esetében a beágyazódás folyamatának sérülése, a sárgatest gyenge progeszterontermelése már koraterhességben is vetélést okozhat. Amennyiben ez nem következik be, az anyai vérszegénység, vitaminhiány és alultápláltság magzati

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





retardációt, koraszülést, súlyos esetben magzati alkohol-szindrómát (MASZ) okozhat.

A kábítószeres és egyes gyógyszerek használata szintén potenciálisan káros. Súlyosbítja a problémát, hogy a droghasználathoz és gyógyszerfüggőséghez nagyon gyakran dohányzás és alkoholfogyasztás is társul. Ezek együttes, a magzatra kifejtett hatását lehetetlen megjósolni, azonban minden esetben számítani kell magzati retardációra és fejlődési rendellenességekre, lepénylevélásra, idő előtti burokrepedésre, koraszülésre, újszülöttkori légzésvisszaesésre, mentális és viselkedés zavarokra, valamint méhen belüli elhalásra. Fentiek mellett fel kell készülni az újszülött rehabilitációs programjának kidolgozására is. (Trewinnard, 2007)

Gyermekbiztos környezet

A fejlett országokban a gyermekkorban előforduló balesetek a vezető halálokok közé tartoznak. Mivel ez gondos megelőzéssel szinte minden esetben elkerülhető lenne, alapvető fontosságú a szülők megfelelő tájékoztatása, segítése. A legfontosabb, melyet ennek érdekében tehetünk, a gyermekbiztos otthon és környezet kialakítása.

Vannak olyan leendő szülők, akik semmilyen figyelmet nem áldoznak a biztonsági eszközökre, mondván, hogy korábban sem volt például konnektort védő dugó, mégis felnőttek a gyermekek. Nem lenne szabad vállalniuk a kockázatot, ha egy pár száz forintért megvásárolható eszközzel megvédhetnék gyermeküket. (Pütkösti, 2013)

Nagyon fontos, hogy a veszélyforrások megszüntetésével korlátozzuk a balesetveszélyeket: konnektorok ellátása vakdugóval; gyógyszerek, vegyszerek biztonságos elzárása; műanyag zacskók elérhetetlen helyen való tárolása; éles, hegyes tárgyak biztonságos elzárása; polcok falhoz való rögzítése, szőnyeg alá csúszásgátlók helyezése; emeletes ház esetén lépcsőzár felszerelése; zárható kerti kapu építése; emésztőgödör, medence bekerítése. (Hoffmann, 1997)

A kutatás bemutatása

A kutatás tárgya, célja

Kutatásunk témája az először gyermeket vállaló szülők szülői szerepre való felkészültségének vizsgálata. Elsődleges célunk volt megtudni, hogy van-e különbség



az első gyermeküket váró szülők felkészültsége között, hogy a kapott eredmények függvényében szakmai változtatásokra tegyünk javaslatot. Ennek érdekében saját szerkesztésű kérdőívet készítettünk első gyermeküket váró nők számára. A kérdőív kérdései a gyermekvárás felkészülési időszakára vonatkoztak. A szülők szülésre és a szülői szerepre vonatkozó általános felkészültségi állapotát is vizsgáltuk. Jelen tanulmányban a szülésre felkészítő foglalkozásokra, a szülők káros szenvedélyeire, a családi otthon és a közvetlen környezet biztonságosabbá tételére vonatkozó eredményeket ismertetjük.

Adatfelvételi és adatfeldolgozási módszerek, minta

Az adatfelvétel kérdőívek útján történt, így több személy véleményét lehet összegyűjteni, vizsgálni, a válaszokból általános következtetéseket levonni, mint interjúk esetén. A kérdőív 22 kérdésből állt, ebből 20 kérdés zárt, 2 kérdés nyitott volt. A fő témacsoportok: a pénzügyi stabilitás megteremtése, az alkalmazott szülésre/szülői szerepre felkészítő foglalkozások, illetve azok szülőkre gyakorolt hatása, a szülők káros szenvedélyei, az otthon gyermekbiztossá tétele és a családtámogatási ellátásokra vonatkozó ismeretek. A szülésfelkészítő foglalkozásokhoz 5 kérdés tartozott, a szülők káros szenvedélyeinek vizsgálatához 2 kérdést tettünk fel, az otthon „bababarátta” alakításához 1 kérdés kapcsolódott. A kiosztott próbakérdőívek jól érthetőnek, kitölthetőnek bizonyultak, így változtatásokra nem volt szükség. A kérdőívet kizárólag első gyermeküket váró édesanyák tölthették ki anonim módon, önkéntes alapon. Kizárási kritérium volt, ha kiderült, hogy az édesanya nem első gyermekét várja, a hiányosan kitöltött kérdőív, illetve inadekvát válaszok adása. A kérdőív az interneten egy hónapon át (2014. január 29. és február 29. között) volt elérhető, melyhez – a kérdőív webcímének pontos ismeretében – bárki hozzáférhetett. A kérdőívet fórumokon, illetve közösségi oldalakon is megosztottuk. Az összegyűjtött kérdőívek száma 105 volt, melyből 100 (N = 100 fő) volt értékelhető.

A felmérés résztvevői közül 1–1 fő 18 év alatti, illetve 40 év feletti volt. A kitöltők átlagéletkora 26,47 év. A leendő édesanyák 54%-a házasságban, 39%-a élettársi kapcsolatban él, 3%-a egyedülálló, de családjával él. A megkérdezettek mindössze 2,2%-a él párjától külön. A kitöltők között 1 fő az „egyéb” kategóriába sorolta magát. A mintában nem volt özvegy, elvált, illetve egyedülálló, és egyedül is élő anya. A kitöltők közül 26 fő a fővárosban, 44 fő más városban, 25 fő községben élt. A kérdőívet 5 fő tanyasi lakos töltötte ki. A mintában szereplők iskolai végzettsége az alábbiak szerint alakult: egyetemi végzettséggel 20 fő, főiskolai végzettséggel 28 fő, OKJ-s végzettséggel 14 fő rendelkezett, gimnáziumot 11 fő, szakközépiskolát 5 fő, szakmunkásképzőt 8 fő, nyolc általános iskolai osztályt 2 fő végzett. A megkérdezettek 84%-a „Jelen várandóssága tervezett volt?” kérdésre „igen”-nel felelt.

Eredmények

A szülésre, a szülői szerepre való felkészülés, felkészültség

A kutatási célként megfogalmazott első témánk a szülői szerepre való felkészülés/felkészültség volt. A kérdőívet kitöltőknek egy tízfokú skálán kellett ábrázolniuk, hogy mennyire tartják fontosnak a szülésfelkészítő tanfolyamokat, ahol a 0 értékkel a „teljesen szükségtelen”, a maximális 10 ponttal a „nagyon szükséges” véleményt jelölhették. A megkérdezettek átlagos pontszáma magas volt (9,09). Figyelemreméltó eredmény, hogy jóllehet ilyen magas átlagos pontszámmal értékelték a felkészülésre való részvétel fontosságát, a vizsgálatban részt vett 100 főből mindössze 59% vett részt felkészítő foglalkozáson, 41% azonban nem. Azok a leendő édesanyák, akik részt vettek valamilyen felkészítő foglalkozáson (N = 59 fő), szintén egy tízfokú skálán jelölték be, hogy mekkora mértékben érzik magukat biztonságban, illetve felkészültek az elsajátított módszerek és ismeretek birtokában (a 0 érték a bizonytalanságot, illetve félelmet, a 10 pont pedig a teljes biztonságot jelentette). A kitöltők válaszainak átlagértéke 5,36 pont. Az 59 főből 14 fő a megadott skálán az 5, illetve az 5 alatti értékeket jelölte meg. Ez jól szemlélteti, hogy az anyák csaknem negyede félelemmel és bizonytalansággal várja első gyermeke születését. (1. ábra)

A szülésre felkészítő tanfolyamokra vonatkozó válaszokból idézünk néhányat:

– *Nem vettem részt, mert rettegtem, hogy túl sok rémisztő dolgot fogok megtudni a szülés folyamatáról.*

– *Sokkal könnyebben tudtam kezelni a hirtelen érzelmi instabilitásokat.*

– *A legideálisabb szülésről esett szó, a kockázatokat kihagyták.*

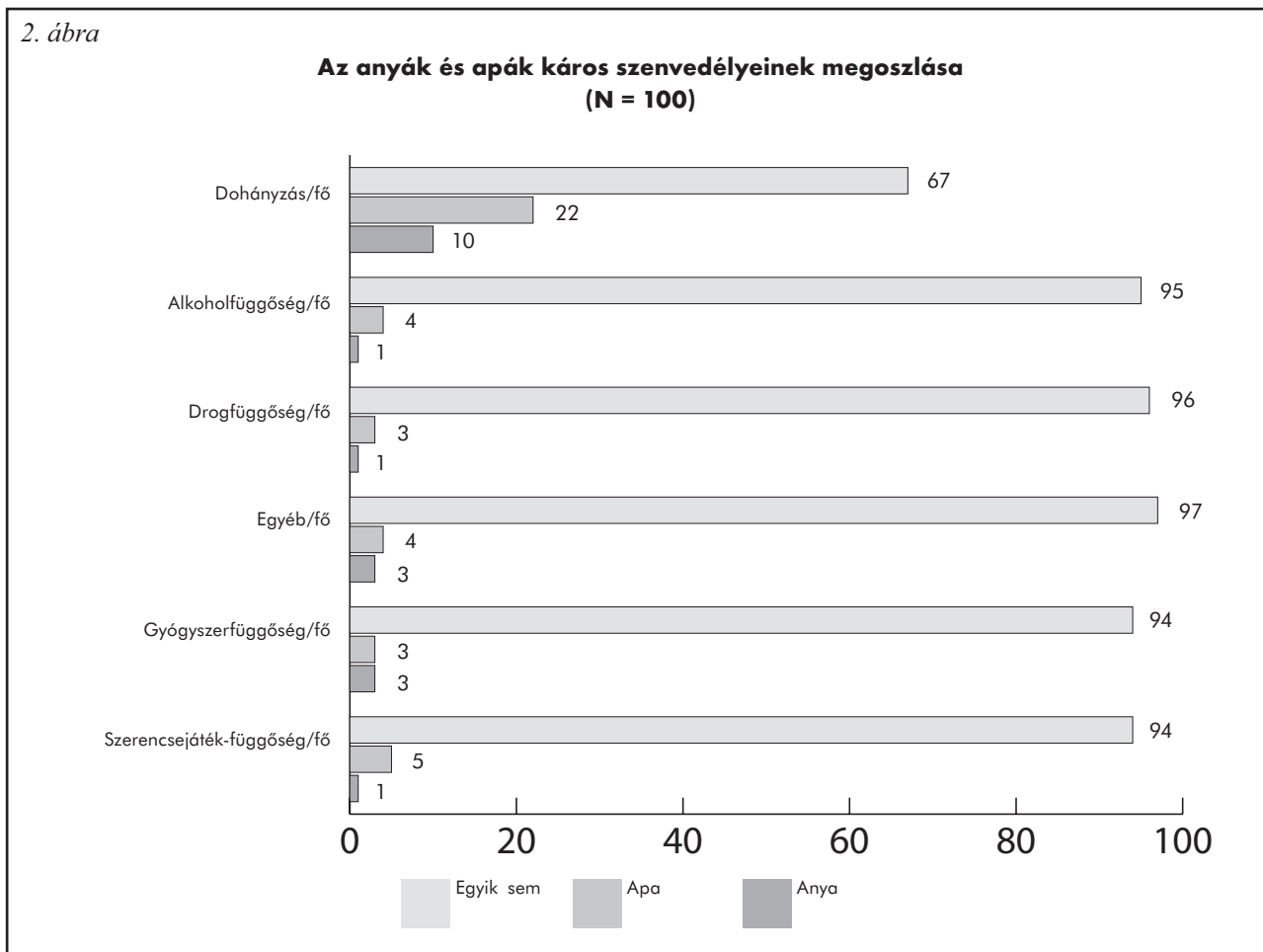
– *Szerintem nem volt olyan hasznos, mert a szülésznővel sokkal jobban fel tudtam készülni rá, jobban értettem őt, mintha más idegennel vagy barátal beszélnek.*

– *Konkrétan a szülés menetéről nem volt szó, csak arról, hogy mit kell vinni a szülőszobára, és mikor kell hívni a szülésznőt (elfolyt magzatvíz, fájástevékenység).*

– *Kellems hangulatú, érdekes témájú, különböző szemléleteket bemutató, sokrétű előadás-sorozat. Az előadók a témához nem szorosan kapcsolódó kérdésekre is kedvesen válaszoltak.*

– *Ha nem is teljesen úgy alakul minden, mint ahogy ott elmesélik, azért az ember nyugodtabban, félelem nélkül megy szülni.*





A gyermekáldás és a szenvedélybetegségek

Kutatásunk következő témája a szülők káros szenvedélyeinek vizsgálata, ahol az édesanyák és édesapák szenvedélybetegségeire – a dohányzásra, az alkohol-, drog-, gyógyszer- és szerencsejáték-függőségre – kérdeztünk rá. Önbevallás alapján több válasz is bejelölhető volt, az apákra vonatkozó adatokat az anyák írták be. A kapott eredményeket a 2. ábra szemlélteti.

Mindkét nemből nagy számban fordult elő szenvedélybetegség, az anyák közül 19 fő, az apák közül 41 fő volt érintett valamely addikcióban. A leggyakoribb szenvedélybetegségnek mind az anyák, mind az apák körében a dohányzás bizonyult, az anyák közel feleannyian dohányoznak (10%), mint az apák (22%). Az alkoholfüggő anyák és apák megoszlása 1%, illetve 4% volt. Nem volt nembeli különbség a gyógyszerfüggőség tekintetében, a férfiak és nők között egyaránt 3 fő volt bevallottan gyógyszerfüggő. A drog- és szerencsejáték-függő édesanyák aránya egyenlő (1–1%). Az apák 3%-a drogfüggő, ennél magasabb arányban (5%) jellemző rájuk a szerencsejáték-függőség. A megkérdezettek vála-

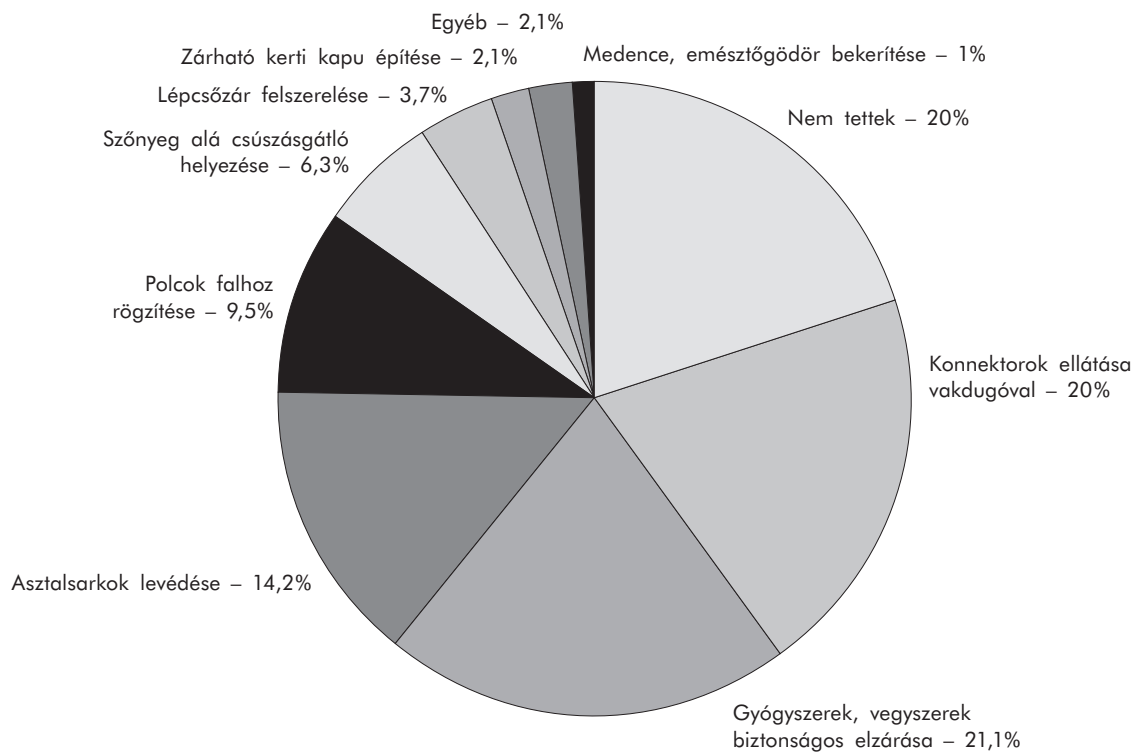
szaik alapján az „egyéb” kategóriában (internetfüggőség, izgalomkereső kényszeres viselkedés, táplálkozási zavar [anorexia, bulimia]) az édesanyák aránya 3%, az édesapáké 4% volt.

A kérdőív egyik kérdése arra vonatkozott, hogy miután a szülők megtudták, hogy első gyermeküket várják, felhagytak-e káros szenvedélyeikkel. A dohányzó anyák (10 fő) közül öt, az apák (22 fő) közül hatan hagyták abba a dohányzást. Az alkoholfüggőséget egy anya jelölte meg, ő azonban továbbra is fogyasztott alkoholt, a négy alkoholfüggő apából csak egy hagyott fel szenvedélyével. A drogfüggőséget szintén egy anya jelölte meg, ő továbbra is fogyasztott drogot. A drogfüggőségben élő három apa közül egynek sikerült leszoknia. Három-három édesapa és édesanya volt gyógyszerfüggő, közülük 2–2 fő továbbra sem hagyott fel a túlzott gyógyszerfogyasztással. Az édesanyák között egy szerencsejáték-függő volt, a gyermek érkezésének tudata azonban ezt nem befolyásolta. Az öt szerencsejáték-függő édesapa közül kettőnek sikerült lemondania káros szenvedélyéről. Az egyéb szenvedélybetegséggel küzdő anyák és apák száma 3, illetve 4 volt, a gyermek érkezése azonban nem hatott életmódjukra.

3. ábra

„Első gyermekük születése előtt tettek-e valamilyen óvintézkedést lakókörnyezetükben, otthonukban?”

(N = 100)



Gyermekbiztos környezet

Tanulmányunk harmadik fő témája az otthon és a környezet biztonsága. Kíváncsiak voltunk arra, hogy az első gyermek érkezése előtt tettek-e a szülők óvintézkedéseket otthonuk, lakókörnyezetük biztonságosabbá tétele érdekében. A kérdőívet kitöltő leendő szülők az általunk megadott megelőző balesetvédelmi intézkedések (konnektorok vakdugóval történő lezárása; gyógyszerek és vegyszerek elzárása; asztalsarkok levédése; polcok falhoz rögzítése; szőnyegek alá csúszásgátló helyezése; lépcsőzár felszerelése; zárható kerti kapu építése; medence, valamint emésztőgödör bekerítése; egyéb) közül többet is bejelölhettek. A válaszadók 20%-a semmilyen óvintézkedést nem tett lakókörnyezete biztonságosabbá tétele érdekében.

Az eredményeket százalékos arányban adjuk meg (3. ábra), ahol 100% az összes beérkezett választ jelenti. A legjellemzőbb válasz a gyógyszerek és vegyszerek biztonságos elzárása volt (21,1%). Majd ugyanennyi (20%) válasz érkezett a konnektorok vakdugóval történő ellátására. Gyakorisági sorrendben a további óvintézkedéseket tették: asztalsarkok levédése (14,2%), polcok

falhoz rögzítése (9,5%), szőnyeg alá csúszásgátló helyezése (6,3%), lépcsőzár felszerelése (3,7%), zárható kerti kapu építése és egyéb óvintézkedés (2,1–2,1%). A legkevésbé jelölt a medence, illetve az emésztőgödör bekerítése kapta. (3. ábra)

Következtetések, javaslatok

Bár kutatásunk nem országos felmérésen alapul, a minta elemszáma sem túl magas, ugyanakkor igen figyelemreméltó, elgondolkodtató eredmények születtek, melyek további kutatások kiindulópontjai lehetnek. A leginkább kiemelkedő kutatási üzenet, hogy az első gyermeküket váró szülők felkészültsége között nagy a különbség. Nyilvánvalóvá vált, hogy a szülők bizonyos dolgokat egyáltalán nem tekintenek fontosnak, mint például a felkészítő foglalkozásokon való részvételt, saját és párjuk szenvedélybetegségeinek felszámolását, otthonuk biztonságosabbá tételét. Azok a nők, akik szülésükre valamilyen foglalkozáson való részvétellel – intimtorna, kismamajóga, várandósmeditáció, szülésre felkészítő foglalkozás – tudatosan készültek, nem érezték magukat teljes biztonságban az elsajátított módszerek, gyakorla-

tok birtokában, sőt majdnem negyedük (14 fő) kifejezetten félt és szorongott.

Elgondolkodtató, hogy vajon miért nem éreztek önbizalmat, biztonságot ezek az édesanyák? Megoldás lehet, hogy a tanfolyamok befejeztével lehetőséget biztosítunk az előadóval történő négy szemközti, kötetlen beszélgetésre, mely során választ kaphatnak kérdéseikre, megnyugtatót félelmeikre, így olyan problémák is szóba kerülhetnek, melyeket a foglalkozásokon a többi résztvevő előtt nem mertek megemlíteni. A személyes konzultáció további előnye, hogy a felkészítő szakember a nyugtalanító helyzet észlelésekor további szakmai segítséget ajánlhat, szakemberhez irányíthatja a várandóst és párját. Figyelemreméltó adat, hogy a 100 fő anyából mindössze 59 fő vett részt felkészítésen. Az okokra nem kérdeztünk rá – ez kutatásunk hiányossága –, de véleményünk szerint ezen a helyzeten mindenképpen változtatni kell. Jövőbeni feladatunk megértetni a szülőkkel a szülői szerepre felkészítő foglalkozásokon történő részvétel fontosságát, hangsúlyozni ennek előnyeit, a szakmai elvárásokhoz és a szülői igényekhez igazodva folyamatosan felülvizsgálni, módosítani a programok tartalmi és módszertani elemeit.

A kutatásban igen nagy hangsúlyt kapott a szülők szenvedélybetegségeinek vizsgálata. 100 fő összesen 60 szenvedélybetegséget jelölt be, 19-ben az édesanyák, 41-ben az apák voltak érintettek. Az eredmények az édesanyák bevallásai alapján születtek, az apák szenvedélyeit ők ítélték meg, jelölték be, melyet az eredmények értékelésekor figyelembe kell vennünk. A megkérdezett első gyermeküket váró szülők összességében 43 szenvedélybetegségben érintettek maradtak, ami megdöbbentő adat. A gyermekvárás ideje alatt mindössze 17 szenvedélybetegséggel hagytak fel, ami igen kevés, főként, ha figyelembe vesszük a gyermekek azon alapvető jogait, mely szerint minden gyermeknek joga van egészségesen megszületni (a gyermekvédelmi törvény definiálja a várandós anya válsághelyzetét), és egészséges családban nevelkedni. A szülő jogosult és köteles arra, hogy gyermeke testi, értelmi, érzelmi és erkölcsi fejlődéséhez a szükséges feltételeket biztosítsa, a gyermeknek joga van ahhoz, hogy a fejlődésére ártalmas környezeti és társadalmi hatások, valamint az egészségére káros szerek ellen védelemben részesüljön. (Gyvt, 1997. évi XXXI. tv.) Rendkívül fontos lenne, hogy a várandós tanácsadás, -gondozás, illetve a különböző felkészítő foglalkozások során az előadók kötelező jelleggel térjenek ki a káros addikciók veszélyeire, hatásaira, ajánljanak rehabilitációs programokat, szükség esetén személyre szabottan irányítsák szakemberhez a szenvedélybetegségben érintetteket, valamint hívják fel a figyelmet a helytelen szülői példamutatás veszélyeire is. Szintén hasznos lenne erre a problémára szakmai tudományos-ismeretterjesztő

anyagokkal felhívni a szülők figyelmét, s szakirodalmat ajánlani a témában. Fontos tudni, hogy a magzatot súlyosan veszélyeztető helyzeteket minden várandóssal foglalkozó szakember kötelessége jelezni a területileg illetékes gyermekjóléti szolgálat felé. (Gyvt, 1997. évi XXXI. tv.)

A gyermek egyik legalapvetőbb szüksége a biztonság. A megkérdezettek 20%-a nem gondoskodott semmilyen biztonsági intézkedésről gyermeke születése előtt. Ez magas aránynak tekinthető, főként ha arra gondolunk, hogy egy kis odafigyeléssel és minimális anyagi befektetéssel a gyermekek biztonságát garantálni lehetne. Tapasztalatunk, hogy – a számos teendő mellett – a szülés után a szülők megfelelnek a balesetmegelőző óvintézkedésekről. Reméljük, hogy kutatásunk, elgondolkodtató kérdéseink kivétel nélkül megelőző intézkedések megtételére serkentik a szülőket. A balesetek megelőzésére irányuló szülői tudás megszerzését elősegíthetnénk azzal, ha a témát kötelező jelleggel beépítenénk a szülői szerepre felkészítő programok anyagába, a várandósgondozás során erre hangsúlyosabban felhívnanánk a szülők figyelmét, és a várótermekben plakátokat, ismeretterjesztő anyagokat helyeznénk el.

Összefoglalás

Az első gyermek érkezése minden család életében meghatározó életesemény. A leendő szülők és az őket felkészítő szakemberek feladata és felelőssége, hogy ezt megkönnyítsék és felejthetetlen élménnyé tegyék.

Közleményünkben első gyermeküket váró szülők körében végzett kutatásunk eredményei alapján a szülésre, a szülői szerepre felkészítő foglalkozások hatásait, a káros szenvedélyek jelenlétét, a szülők otthonának, környezetének „bababaráttá” alakítását, valamint az ezzel kapcsolatos terveket mutatjuk be.

Az adatok felvétele saját készítésű, anonim, önkéntesen kitölthető kérdőív útján történt, mely az interneten egy hónapon át (2014. január 29. és február 29. között) volt elérhető. A kérdőív 20 zárt és 2 nyitott kérdésből épült fel. A beérkezett 105 db kitöltött kérdőív közül 100 volt értékelhető (N = 100).

Az eredményekből kiderült, hogy az anyák alig 60%-a vett részt felkészítő foglalkozáson. Ezek az édesanyák egy tízfokú skálán jelölték be, hogy mekkora mértékben érzik magukat felkészültnek, illetve biztonságban az elsajátított módszerek és ismeretek birtokában. A válaszok átlagértéke 5,36 pont, tehát a felkészítő foglalkozások nem adtak teljes biztonságérzetet az édesanyák számára, sőt, csaknem negyedük félelemmel és bizonytalansággal várja első gyermeke születését.

Tanulmányunk rávilágított arra is, hogy a leendő szülők első gyermekük érkezésének tudatában sem fordítá-



nak kellő figyelmet szenvedélybetegségeik kezeltetésére, hiszen addikciók alig több mint negyedével hagytak fel. A leendő szülők 20%-a semmilyen balesetvédelmi óvintézkedést nem tett otthonában, lakókörnyezetében, melyvel születendő gyermeke biztonságán javíthatott volna.

Kutatási eredményeinkre alapozottan jövőbeni feladatunk megértetni a szülőkkel a szülői szerepre felkészítő foglalkozásokon történő részvétel fontosságát, hangsúlyozni ennek előnyeit, a szakmai elvárásokhoz és a szülői igényekhez igazodva folyamatosan felülvizsgálni, módosítani a programok tartalmi és módszertani elemeit. Javasoljuk, hogy a tanfolyamok befejeztével biztosított legyen az előadóval történő négy szemközti, kötetlen beszélgetés, konzultáció, mely során választ kaphatnak kérdéseikre, megnyugtatót félelmeikre. A személyes konzultáció további előnye, hogy a felkészítő szakember a nyugtalanító helyzet észlelésekor további szakmai segítséget ajánlhat, szakemberhez irányíthatja a várandósságot és párját. A szenvedélybetegségek megelőzésére és a balesetmegelőző óvintézkedésekre egyaránt fókuszáló szülői szerepre való felkészítés, szülőoktatás a magzati, gyermeki jogok érvényesülésének egyik alapvető biztosítója.

Kulcsszavak: szülői szerepre való felkészítő foglalkozás, szenvedélybetegség, balesetvédelem és -megelőzés, gyermekbarát otthon és lakókörnyezet

Abstract

The arrival of the first child is a hugely influential life event in every family's life. The prospective parents' and the professionals' whose prepare them have the responsibility and task to facilitate this event and make it an unforgettable experience.

Research aims to examine the results of our research which have been spent by those parents who are expecting their first child. The research covered the effect of parenthood preparation sessions, the addictions of the parents, and the plans to make a safer, "baby-friendly"

home. The inclusion of data was made with our own anonym, voluntary questionnaire which was available in the internet for one month (01. 29.–02. 29., 2014). The questionnaire has been built by 20 close, and 2 open questions. The 105 completed questionnaires received, 100 were evaluable (n = 100). The research revealed that only 60% of the mothers participated in parent training sessions. These mothers (0–10 grades) were evaluated on a scale their own skills and self-confidence. The average value of responses has been 5.36. The preparation sessions didn't give enough preparedness and self-confident for the mothers, in fact, almost a quarter of them had afraid of the arrival of their child. Our study showed that prospective parents do not pay enough attention to remove their addictions, while they know that their child will be born. Just over a quarter of addictions has been removed. The 20% of prospective parents didn't take any accident prevention precautions in their home and living environment, which could have been improved the unborn child's safety. The future tasks are to understand with the parents the importance of the participations in the preparation sessions and to emphasize its benefits. The task is to constantly revise and amend the content and methodology elements of these programs, in line with professional expectations, and parental needs. We recommended that in the end of the courses the performers have to ensure the one to one conversations so the parents have responses to questions and reassurance of their fears. A further advantage of a personal consultation is the technician who is helping in the preparation can realize the troubling situations and could offer further technical assistance to prevent any further problems. Focusing on the prevention of addictions and the accident prevention measures, parent-training and parent education is one of the fundamental guarantee of enforcement of the fetus and the child rights.

Keywords: parenthood preparation sessions, addictions, accident preventions and precautions, baby-friendly home and living environment

IRODALOM

1. Campbell, S. (2006): *Terhesség napról napra*. Pécs, Alexandra, 210–211.
2. Frank, M. (1999): *Kislapkönyv*. Budapest, Édesvíz, 115–119.
3. *Függőség*. (2014). Hozzáférhető: 2014-06-20, 14:35 <http://hu.wikipedia.org/wiki/F%C3%BCgg%C5%91s%C3%A9g>
4. Gasztonyi, Z. (2009): *Születéskönyv*. Budapest, Laureus Kft., 22.
5. Hoffmann, I.–Wallendums, Á.–Horváth, Z.–Erdélyi, A.–Veresné, B. M.–Bognárné, V. M. (1997): *Család, otthon, háztartás*. Budapest, Agroiinform Kiadóház
6. Püskösti, N. (2013): *Gyerekbiztos az otthonod?* Hozzáférhető: 2014-06-27, 14:40 <http://www.ezmagazin.hu/kapcsolatok/babamama/gyerekbiztos-az-otthonod/>





7. Soósné, K. Zs. (2007): *Az első gyermeket váró szülők szakmai támogatása. PhD-értekezés.* Budapest, Semmelweis Egyetem, Doktori Iskola
8. Soósné, K. Zs. (2006): „Egy speciális, szülésre felkészítő modell módszertani elemeinek bemutatása.” In: *Egészségfejlesztés*, 47(3): 11–4.
9. Trewinnard, K. (2007): *Termékenység és fogamzás.* Debrecen, Hajja & Fiai, 124–135.
10. 1997. évi XXXI. Törvény a gyermekek védelméről és a gyámiügyi igazgatásról. Hozzáférhető: 2014-07-02, 21:40
http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700031.TV,

Tisztelt Szerzőink!

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

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

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

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

E-mail: haromszeki.zsuzsanna@t-online.hu, haromszekizs@gmail.com *Honlap:* www.oefi.hu.

A kézirat formája

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

Fáradozásukat köszöni és eredményes munkát kíván

a Szerkesztőbizottság





Középiskolás tanulók szexuális magatartásának vizsgálata

Csatlós Renáta, végzős védőnő-hallgató¹

Pukánszky Judit tanársegéd²

Dr. Németh Anikó adjunktus²

¹Szegedi Tudományegyetem, Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

²Szegedi Tudományegyetem, Egészségtudományi és Szociális Képzési kar, Védőnői Munka és Módszertana

Szakcsoport

Bevezetés

A serdülőkor az ember életének egyik legdinamikusabb fejlődő szakasza. A felgyorsult testi változások következtében a serdülők egyre fiatalabb életkorban létesítik első szexuális kapcsolatukat. (1) Az első szexuális élményszerzés ideje többségében a 14–16 éves kor közé tehető, (2) a szakmunkásképző iskolába járó diákok hamarabb kezdik a nemi életet, mint más iskolák tanulói. (1,3) A szexualitás feltételeként gyakran a testi érettséget említik a fiatalok, a lelki érettség fontossága háttérbe szorul. (2) A fogamzásgátlás serdülőkorban kiemelten nagy jelentőséggel bír, hiszen ekkor még gyakori a partnerváltás, az instabil kapcsolat. (4) A fiatalok a leghatékonyabb fogamzásgátlási módszernek a fogamzásgátló tablettát és az óvszert tartják. (3,5,6) A gimnazisták tudása a fogamzásgátlási módszereket illetően jobbnak mondható, mint más iskolatípusok tanulóié. (3) A szexuális úton terjedő betegségekkel kapcsolatosan is nagy tudásbeli hiányosságok tapasztalhatóak a serdülőknél. (6) Mindezen szakirodalmi adatok alátámasztják a szexualitással kapcsolatos iskolai egészségnevelés fontosságát.

Felmérésünkben arra kerestük a választ, hogy a különböző iskolatípusokban tanuló serdülők között van-e lényeges különbség a szexuális szokások, a párkapcsolatról és a házasságról alkotott vélemények, valamint a fogamzásgátlási módszerekkel kapcsolatos ismeretek és szokások tekintetében. Vizsgálni kívántuk továbbá a nemi betegségekkel kapcsolatos ismeretek és az iskolai védőnő megítélése közötti esetleges különbségeket is.

Minta és módszer

Keresztmetszeti vizsgálatunkat 2013 szeptemberében végeztük egy saját szerkesztésű, önkitöltős kérdőívvel. A kérdőív 43 kérdésből állt, mely a demográfiai adatokon túl tartalmazta a szexuális szokásokkal, valamint a fogamzásgátlási módszerek és nemi betegségek ismeretével kapcsolatos kérdéseket is. A felmérést Csongrád megyében, 11–12. osztályban tanuló gimnáziumi, szakközépiskolai és szakmunkásképző osztályba járó serdülők körében, az iskolaigazgatók engedélyével végeztük. Mindhárom osztálytípusban 40–40 kérdőívet osztottunk ki. A válaszadás

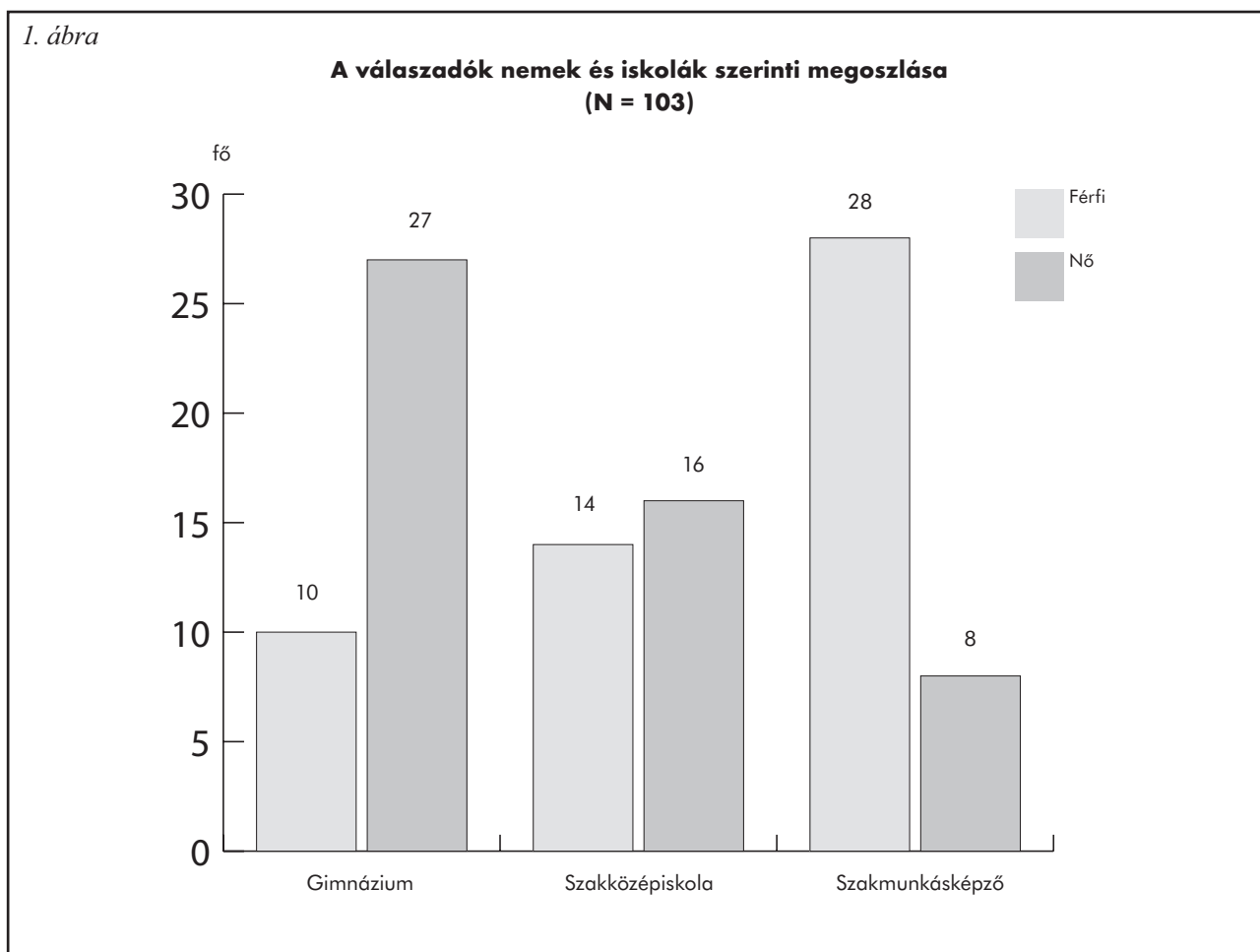
LEVELEZÉSI CÍM:

Csatlós Renáta, Telefon: +36-30-890-1027. E-mail: rencsirke@gmail.com

Pukánszky Judit, Szegedi Tudományegyetem, Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Egészségmagatartás és -fejlesztés Szakcsoport Postacím: 6726 Szeged, Temesvári krt. 31. Telefon: +36-62-341-815. E-mail: pukanszkyj@etszk.u-szeged.hu

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





önkéntesen és névtelenül történt. Összesen 120 kérdőívet töltöttek ki, melyek közül 103 volt értékelhető. 17 kérdőív hiányos kitöltés, illetve nem egyértelmű válaszadás miatt értékelhetetlen volt.

Az adatelemzést SPSS 19.0 for Windows statisztikai programmal, Chi²-próbával, varianciaanalízissel (ANOVA) végeztük. Öt százalékos szignifikanciaszinttel dolgoztunk.

Eredmények

A válaszadók életkorában az iskolatípusok között jelentős különbség mutatkozott. A szakmunkástanulók (N = 36) jelentősen ($p < 0,001$; $F = 39,707$) idősebbek voltak (átlagéletkor 18,78 év; SD 0,832), mint a másik két iskolatípus tanulói (gimnázium: N = 37; átlagéletkor 17,84 év; SD 0,602; szakközépiskola: N = 30; átlagéletkor 17,07 év; SD 0,907). A válaszadók nemek szerinti megoszlását az 1. ábra szemlélteti. Látható, hogy a gimnazisták többsége nő, míg a szakmunkástanulók többsége férfi.

A másik nem iránti szexuális érdeklődés kezdetének időpontjában nem találtunk jelentős eltérést az iskola-

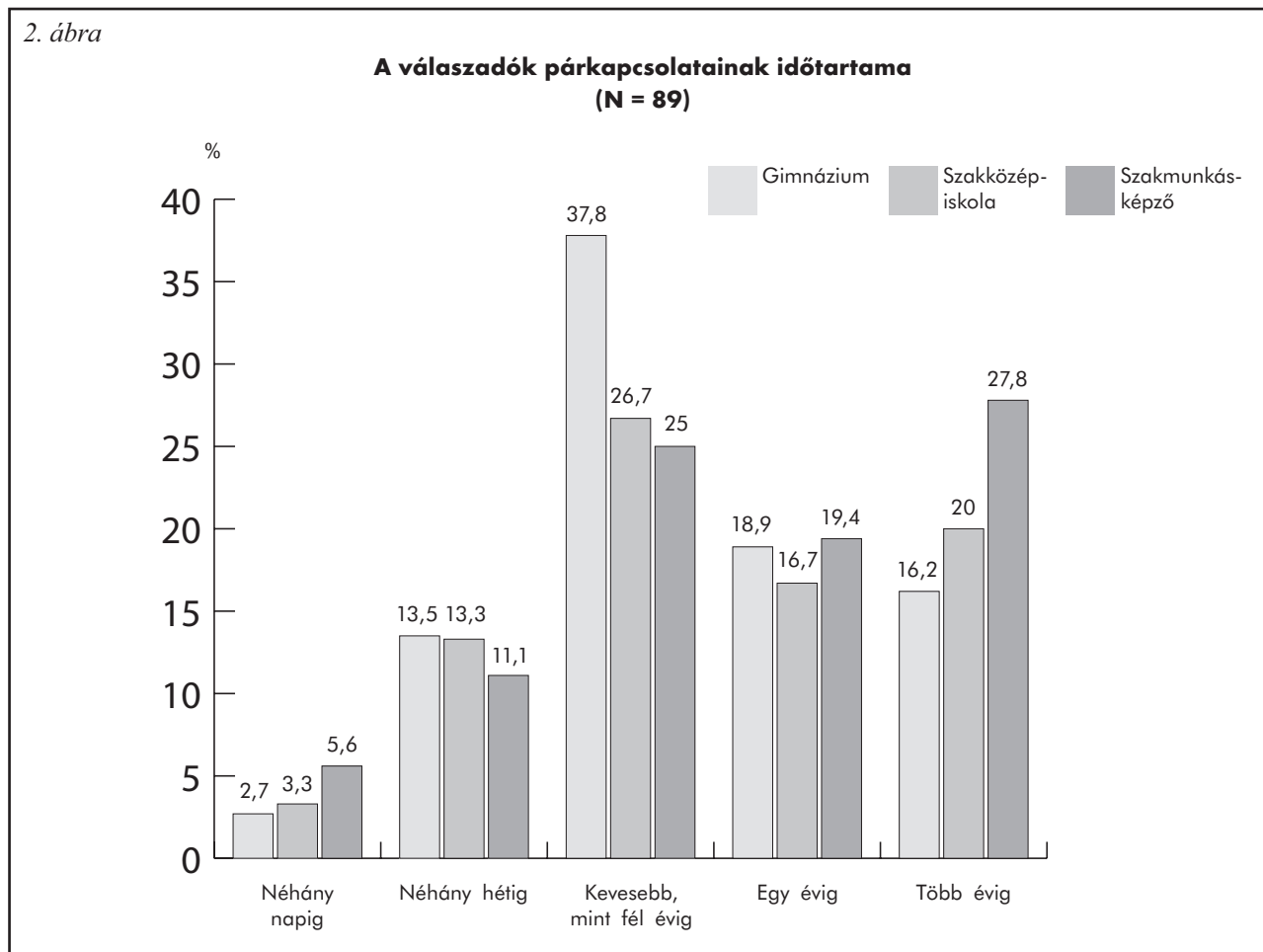
típusok között ($p = 0,061$; $F = 2,897$). A gimnazisták átlagosan 14,1 évesen (SD 2,139), a szakközépiskolások átlagosan 13,13 évesen (SD 2,724), míg a szakmunkástanulók átlagosan 12,44 évesen (SD 3,221) kezdtek szexuálisan érdeklődni a másik nem iránt.

Vizsgáltuk az első nemi aktus (a szüzesség elvesztése) életkori megoszlását is, melyben szignifikáns ($p = 0,003$; $F = 6,403$) különbséget találtunk a három iskolatípus tanulói között. Saját bevallásuk szerint a szakközépiskolások (N = 18) átlagosan 14,89 évesen (SD 1,568), a szakmunkástanulók (N = 28) 15,04 évesen (SD 1,688), a gimnazisták (N = 20) pedig 16,45 évesen (SD 1,276) veszítették el szüzességüket.

A szexuális partnerek számában is jelentős különbséget ($p = 0,028$; $F = 3,730$) találtunk az iskolatípusok között. A szakmunkástanulóknak (N = 32) bevallásuk szerint átlagosan 5,78 (SD 11,656), a szakközépiskolásoknak (N = 28) 3 (SD 4,587), a gimnazistáknak (N = 37) 1,05 (SD 3,373) szexuális partnerük volt a kérdőív kitöltésének időpontjáig.

Vizsgáltuk a párkapcsolatok (együttjárás, mely nem feltétlenül jár szexuális kapcsolat létesítésével) időtartamát is. A gimnazisták 10,8%-ának (4 fő), a szak-

2. ábra



középiszkolások 20%-ának (6 fő), a szakmunkástanulók 11,1%-ának (4 fő) még nem volt párkapcsolata a kérdőív kitöltésének időpontjáig. A válaszadók többségére nem jellemző a rövid idejű párkapcsolat, (2. ábra) az iskolatípusok között nem találtunk jelentős különbséget ($p = 0,937$).

A vizsgálat időpontjában nem élt nemi életet a válaszadó gimnazisták 51,4%-a (19 fő), a szakközépiszkolások 40%-a (12 fő) és a szakmunkástanulók 16,7%-a (6 fő). A nemi élet gyakoriságát a 3. ábra szemlélteti. Az iskolatípusok közötti különbség jelentősnek ($p = 0,008$) bizonyult.

Az egyéjszakás kalandok megítélésében is jelentős különbség ($p = 0,001$) mutatkozott. A szakmunkástanulók jelentős többsége, 86,1%-a (31 fő), a szakközépiszkolások 73,3%-a (22 fő), míg a gimnazisták 45,9%-a (17 fő) elfogadhatónak tartja az egyéjszakás kalandokat. Akik elutasítják, egyértelműen a fertőzésveszély miatt teszik.

Vizsgáltuk a házasságról alkotott véleményeket is, de nem találtunk jelentős különbséget az iskolatípusok között ($p = 0,219$). A válaszadók 37,9%-a (a szakmunkástanulók 47,2%-a) „Szép, szent dolog”-nak, 20,4%-a „Nehéz, de

boldogsághoz vezető”-nek, illetve „Konzervatív dolog”-nak, 12,6%-a „Felesleges dolog”-nak tartja.

Feltettük a tanulóknak azt a kérdést is, hogy „Véleményed szerint mi kell a szexuális együttéléshez?”. A szexuális kapcsolatot, a lelki és testi érettséget a gimnaziumi tanulók jelentősen fontosabbnak ítélik a szexuális kapcsolatok létesítése során, mint a másik két iskolatípus tanulói. (1. táblázat)

Vizsgáltuk az iskolai, szexualitással kapcsolatos egészségfejlesztő foglalkozások gyakoriságát is. Saját bevallásuk szerint a gimnazisták átlagosan 3,55 alkalommal, a szakmunkástanulók 3,43 alkalommal, míg a szakközépiszkolások 1,67 alkalommal vettek részt ilyen jellegű foglalkozáson. Az iskolatípusok közötti különbség jelentős ($p = 0,010$; $F = 4,823$). Az iskolai, védőnői szexuális tájékoztató órák számát a gimnazisták 91,9%-a, a szakmunkástanulók 94,4%-a és a szakközépiszkolások 63,3%-a elegendőnek tartja. Ez a különbség jelentősnek bizonyult ($p = 0,001$). Több ilyen foglalkozást igényelne a szakközépiszkolások 36,7%-a. Szexualitással kapcsolatos kérdéseivel a szakmunkástanulók 33,3%-a, a szakközépiszkolások 30%-a, a gimnazisták 27%-a merne az iskolai védőnőhöz fordulni.

Szexuális aktus közben a gimnazisták 64,9%-a, a szakközépiskolások 56,7%-a, a szakmunkástanulók 80,6%-a védekezik (döntő többségben óvszert használnak). Az iskolatípusok közötti különbség szignifikánsnak mutatkozott ($p = 0,003$). Viszont meg kell jegyeznünk, hogy igen magas volt a választ megtagadók aránya (gimnáziumban 12 fő, szakközépiskolában 8 fő).

Megkértük a válaszadókat, hogy sorolják fel az összes fogamzásgátlási módszert, amit ismernek. A gimnazisták átlagosan 2,32 (SD 1,733), a szakközépiskolások 2,40 (SD 1,070), a szakmunkástanulók 1,69 (SD 1,091) fogamzásgátló módszert soroltak fel, de az iskolatípusok közötti különbség nem bizonyult jelentősnek ($p = 0,063$; $F = 2,846$). Mindhárom iskolatípusban az óvszert és a fogamzásgátló tablettát jelölték meg leggyakrabban fogamzásgátlási módszerként. (2. táblázat)

A 2. táblázatban látható módszereken kívül a gimnazisták 1–3 alkalommal említették még a pesszáriumot, a tapaszt, az elköttetést, az önmegtartóztatást, a kúpot, a naptármódszert és a krémet. A szakközépiskolások 1–3 alkalommal említették az önmegtartóztatást, a kúpot, a krémet, az esemény utáni tablettát, a hüvelytablettát és a „méhszáj elköttetését”. A szakmunkástanulók 1–3 alkalommal említették a pesszáriumot, az elköttetést,

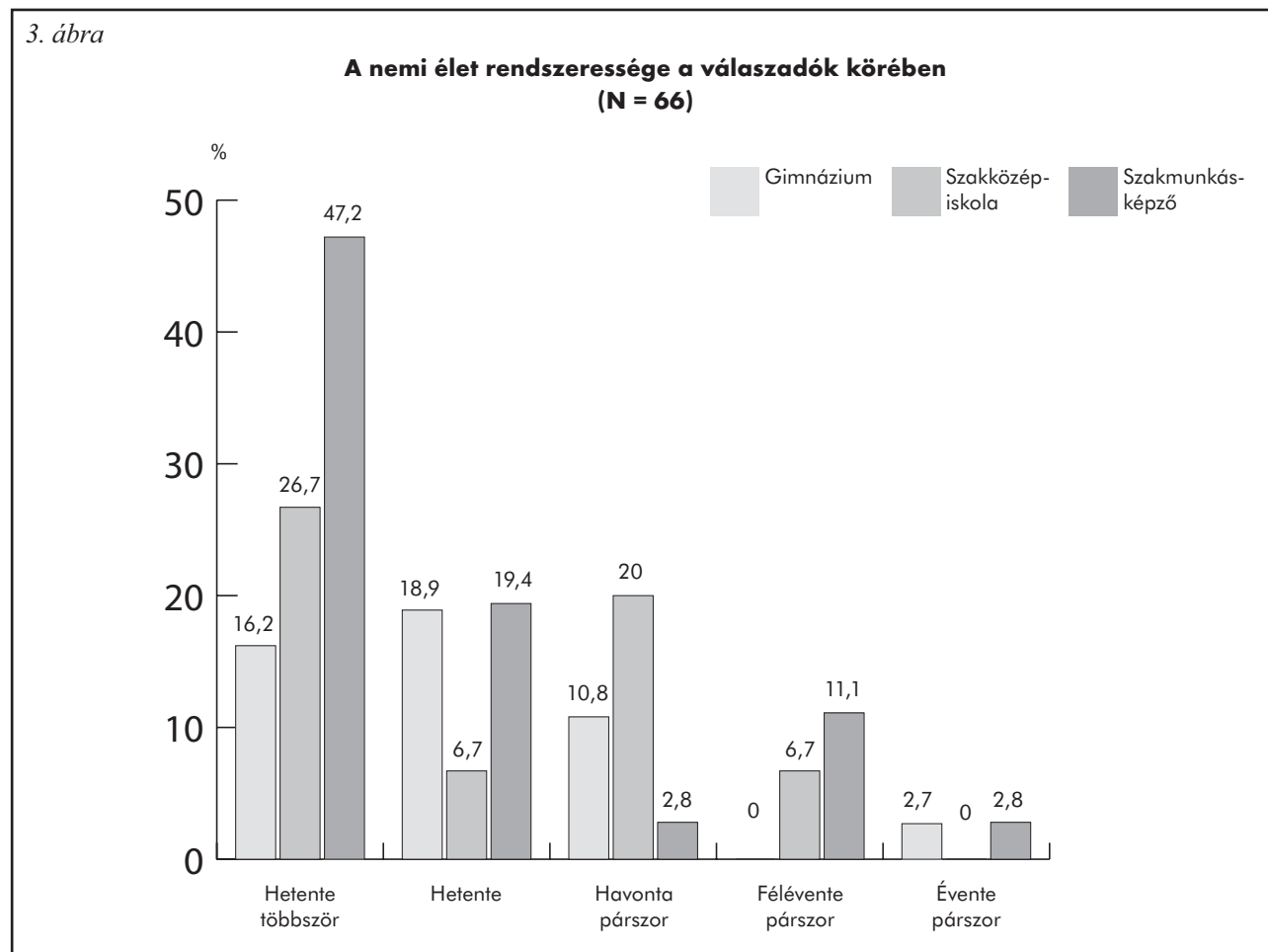
a naptármódszert, a krémet, az esemény utáni és a hüvelytablettát, valamint a dupla holland módszert.

Végül kíváncsiak voltunk a nemi betegségekkel kapcsolatos ismeretekre is. A válaszadók által felsorolt nemi betegségek számában az iskolatípusok között jelentős különbséget ($p = 0,038$; $F = 3,392$) találtunk. A gimnazisták átlagosan 2,16 (SD 1,756), a szakközépiskolások 2,53 (SD 1,358), a szakmunkástanulók 1,58 (SD 1,317) betegséget soroltak fel. A leggyakrabban megjelölt betegségeket a 3. táblázat szemlélteti.

Jól látható, hogy mindhárom iskolatípusban a HIV-fertőzés a legismertebb, ezt követi a szifilisz, a gomba, a herpesz és a kankó. A gimnazisták a fentiekén kívül említették még a HPV- és a chlamydia-fertőzést, valamint hat esetben külön betegségként tüntették fel a HIV-fertőzést és az AIDS betegséget (a szakközépiskolások 8, míg a szakmunkástanulók 3 esetben), illetve egy esetben a kankót–trippert (a másik két iskolatípus tanulóit 3–3 alkalommal). A szakközépiskolások a fentiekén kívül még a lapostetűt és a Hepatitis B- és C-fertőzést is említették.

Utolsó lépésként felmértük, hogy mely nemi betegségeket tartják gyógyíthatónak. Mindhárom iskolatípusban a gombát (21 fő), a kankót (15 fő) és a szifilisz

3. ábra



1. táblázat

**A szexuális együttléthez szükséges tényezők a válaszadók szerint
(N = 103)**

	Gimnázium	Szakközépiskola	Szaktanulmányok	p
Szerelem	73%	36,7%	55,6%	0,012
Tartós kapcsolat	51,4%	26,7%	19,4%	0,010
Lelki érettség	78,4%	50%	33,3%	0,001
Testi érettség	70,3%	46,7%	30,6%	0,003
Szexuális vágy	67,6%	83,3%	75%	0,336
Vonzalom	78,4%	66,7%	66,7%	0,455
Bizalom	5,4%	0%	0%	0,162

(8 fő) jelölték meg a leggyakrabban. 7 fő gyógyíthatónak ítélte meg az AIDS betegséget és a herpeszfertőzést, 2 fő a HPV-t. Négy fő jelezte, hogy az AIDS kivételével mind gyógyítható, egy fő gimnazista jelezte, hogy „*nincs gyógyítható nemi betegség*” és egy fő szaktanuló szerint „*halálos mind*”.

Következtetések, javaslatok

Felmérésünk eredményei alapján elmondható, hogy az iskolatípusok között a szexualitással kapcsolatban több különbség is fellelhető. A szaktanulmányos fiatalok fiatalabb életkorban kezdenek szexuálisan érdeklődni a másik nem iránt, viszont a szakközépiskolások létesítenek legfiatalabb korban szexuális kapcsolatot, saját bevallásuk szerint átlagosan 14,89 évesen. A gimnazisták ennél jelentősen később, átlagosan 16,45 évesen veszítették el szüzességüket. Más kutatásokban is hasonló eredményeket láthatunk. (1,3) A szaktanulóknak jelentősen több szexuális partnerük volt a kérdőív kitöltésének idő-

pontjáig, mint a másik két iskolatípus tanulóinak. Nem találtunk különbséget az iskolatípusok között a párkapcsolatok időtartamát illetően. Elmondható, hogy a rövid ideig (néhány napig, hétig) tartó párkapcsolatok kevésbé jellemzik a válaszadó fiatalokat, viszont a szaktanulmányos fiatalok jelentős többsége elfogadhatónak tartja az egyéjszakai kalandokat. Ezzel kapcsolatban a gimnazisták a legelutasítóbbak annak veszélyessége (fertőzések) miatt.

A szexuális kapcsolatok létesítése során a gimnazista fiatalok a lelki érettséget és a vonzalmat tartják a legfontosabbnak, ezt követi a szerelmek, a testi érettség, a szexuális vágy és a tartós kapcsolat megléte. Ezek az eredmények ellentétesek egy korábbi felmérés eredményeivel, ahol a testi érettség került előtérbe. (2) A szakközépiskolásoknál és a szaktanulóknál első helyre a szexuális vágy került, a tartós kapcsolat meglétét nem tartják annyira fontosnak. Náluk a bizalom nem feltétele a szexuális együttléthez, velük ellentétben ez a gimnazistáknál megjelenik.

2. táblázat

**A megkérdezettek által felsorolt legismertebb fogamzásgátló módszerek
(N = 103)**

	Gimnázium	Szakközépiskola	Szaktanulmányok
	Megjelölt esetszám		
Óvszer	27	25	25
Fogamzásgátló tableta	25	27	20
Spirál	10	9	2
Hüvelygyűrű	8	3	2
Megszakított közösülés	4	1	3

3. táblázat

**A megkérdezettek által felsorolt legismertebb nemi betegségek
(N = 103)**

	Gimnázium	Szakközépiskola	Szaktanulmányok
	Megjelölt esetszám		
HIV/AIDS	22	19	18
Szifilisz	17	16	15
Gomba	11	9	5
Herpesz	11	7	4
Kankó/Gonorrhoea	7	7	5

Az iskolai védőnői szexuális tájékoztatással a tanulók többsége elégedett, de a szakközépiskolások jeleztek ilyen irányú igényeket. Ezzel ellentétben mindhárom iskolatípusban a válaszadók harmada merne csak a védőnőhöz fordulni szexualitással kapcsolatos kérdéseivel.

A szakmunkástanulók kevésbé informáltak a fogamzásgátló módszerek fajtáival kapcsolatban. Mindhárom iskolatípusban a fogamzásgátló tablettát és az óvszert említették leggyakrabban, ezek más esetekben is a leggyakrabban ismert fogamzásgátlási módszernek bizonyultak. (3,5,6) Téves információként megjelent a „*méh-száj elköttetése*”. Szintén a szakmunkástanulók a legkevesbé informáltak a nemi betegségekkel kapcsolatban. Mindhárom iskolatípusban a HIV/AIDS jelent meg a leggyakrabban, ezt követte a szifilisz, a gomba, a herpesz és a kankó ismerete. Több esetben előfordult, hogy a HIV-fertőzést az AIDS-től elkülönítetten jelenítették meg, valamint a kankó–tripper esetében is tapasztaltunk ilyen eltérést. A nemi betegségek gyógyíthatóságát vizsgálva elmondható, hogy a serdülők – tévesen – több esetben gyógyíthatónak ítélték az AIDS betegséget, a herpesz- és a HPV-fertőzést.

Az eredmények birtokában fontosnak tartjuk kiemelni az iskolai védőnők egészségnevelő munkáját. Igaz ugyan, hogy a szexuális nevelésnek a családban kell elkezdődnie, de a e téren védőnőre is jelentős feladat hárul. Más szerzőkkel (3) egyetértésben fontosnak tartjuk egy egyetemes iskolai szexedukációs program létrehozását, hogy a fiatalok a nemi élet megkezdése előtt minél szélesebb körű ismeretekre tegyenek szert (általános iskola 6–7. osztály), és ezeket az ismereteket hiteles forrásból, megfelelő szakemberektől (védőnő, nőgyógyász szakorvos) szerezzék be.

Összefoglalás

A szexuális érés a serdülőkor egyik legnagyobb kihívása, számtalan veszélyforrás kíséretében. Vizsgálatunk célja az volt, hogy feltérképezzük a gimnáziumi, a szakközépiskolai és a szakmunkástanulók közötti különbségeket a szexuális magatartás és a párkapcsolatokról alkotott vélemények tekintetében. Vizsgáltuk továbbá a fogamzásgátlási módszerekkel és a szexuális úton terjedő betegségekkel kapcsolatos ismeretek közötti különbségeket is. Az eredmények birtokában elmondható, hogy a gimnazisták később kezdenek nemi életet élni, kevesebb partnerszám jellemző rájuk, és az egyéjszakás kalandokat is elutasítják. A fogamzásgátlási módszerekkel és a nemi betegségekkel kapcsolatosan is szélesebb körű ismeretekkel rendelkeznek, mint a másik két iskolatípus tanulói. Iskolatípustól függetlenül megjelennek téves információk is. Összességében megállapítható, hogy a gimnazisták felelősségteljesebbek a szexualitás terén, és szélesebb körű ismeretekkel rendelkeznek, mint más iskolatípusba járó társaik.

Kulcsszavak: serdülők, szexuális magatartás, ismeretek, egészségnevelés

Abstract

Sexual maturation is one of the biggest challenges during adolescence, which includes many dangers. The present study aimed to investigate the differences in sexual behaviour and romantic relationships of teenagers attending secondary grammar schools, secondary vocational schools and vocational schools. Their knowledge about contraception and sexually transmitted diseases was also



studied. According to these results secondary grammar school students begin sexual activities later; they have fewer partners and reject one night stands. They also have better knowledge of contraception and sexual diseases compared to the students of the other two educational types. Independent from schooling systems the teenagers

also have some invalid information regarding sexuality. In sum, secondary grammar school students are more responsible sexually and have better knowledge compared to teenagers in other school types.

Keywords: adolescents, sexual behaviour, knowledge, health education

IRODALOM

1. Aszmann A. (szerk.): *Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása. Nemzeti Jelentés 2002.* http://www.ogyei.hu/upload/files/nemzeti_jelentes_2003.pdf Letöltve: 2014.02.27.
2. Lajkó A.–Nagy B. K.–Németh A. (2014): „Az első szexuális élmény jelentősége serdülőkorban.” In: *Védőnő*, 24 (1): 16–21.
3. Jäger A.–Tigyi Z.-né (2013): „Szexuális magatartás vizsgálat középiskolások körében.” In: *Egészség-Akadémia*, 4 (1): 50–58.
4. Kovács E.–Pikó B. (2008): „Középiskolások párkapcsolati preferenciája.” In: *Új Pedagógiai Szemle*, 58 (6-7): 47–63.
5. Németh Ágnes: *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja.* Budapest, Országos Gyermekegészségügyi Intézet, 2007. (*Az iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása* elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2006. évi *Nemzeti Jelentése*)
6. Simich R.–Fábián R. (2011): „Fiatalok szexuális magatartása, III. rész. Veszélyeztetett korú diákok prevenció igényei és szükségletei: Iskola – egészségfejlesztés – szexedukáció. In: *Egészségfejlesztés*, 52 (4): 2–5.



Konferencia a nőkért, a családokért

Athén, 2014. április 28–29.

Kovácsné Dr. Balogh Judit PhD., egyetemi adjunktus
Soós Dr. Kiss Zsuzsanna PhD., főiskolai docens

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

Az ENSZ 2014. május 15-ét a *Családok Nemzetközi Napjává* nyilvánította. Ez alkalomból az *Európai Unió Családszervezeteinek Szövetsége (COFACE – Confederation of Family Organisations in the European Union)* 2014. évi tevékenységét a család és a munka összehangolása, valamint a családi gazdálkodás problémakörének szenteli.

A COFACE célkitűzése rendkívül pozitív üzenetet hordozhat mindannyiunk számára, hiszen nem kizárólag készségek és feladatok összehangolását célozza, hanem azt is, hogy javuljon az *Európai Unió* állampolgárainak élete és emelkedjen jóléti szintje.

Ebben az évben kiváló alkalom nyílik arra, hogy az európai polgárok olyan kérdésekkel szembesüljenek, melyek valóban érintik őket. Az előző esztendő olyan, egymással összefüggő problémákkal foglalkoztak, mint a *szegénység és a társadalmi kirekesztés elleni küzdelem (2010)*, az *önkéntesség (2011)*, az *aktív időskor és a generációk közötti szolidaritás (2012)*, valamint az *állampolgárok (2013)*.

A COFACE az előkészületekbe a tagállamok számos civil szervezetét bevonta. Ennek jegyében 2014. április 28. és 29. között Athénban rendezték meg a *Families in the Crisis – Finding work-life balance in difficult economic context (Családok krízishelyzetben – a magánélet és a munka közötti egyensúly biztosítása nehéz gazdasági körülmények között)* című nemzetközi konferenciát, ahol – a *Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karát* képviselve – poszter-előadást (*Presentation of a Family Crisis Prevention Method – Egy családi krízismegelőző módszer bemutatása*) tartottunk.

A konferencia elsődleges célja annak felmérése, hogy milyen hatással volt a gazdasági válság a családok, különösen a nők életére Európa egyes országai-
ban, az országok képviselői hogyan látják a témával kapcsolatos jelenségeket hazájukban, milyen javaslatok, konkrét intézkedések születnek a problémák megoldására.

A konferencia az *Európai Unió* által idén meghirdetett *The European Year for Reconciling Work and Family Life (A hivatás és a családi élet összehangolásának éve Európában)* kezdeményezéséhez kapcsolódott, és közös gondolkodásra invitálta Európa családokkal foglalkozó szakembereit, szakmai szervezeteit. A konferenciára európai politikai döntéshozókat, kutatókat, a témában érintett szakembereket és szervezeteket hívtak meg. Az *Impact Hub* elnevezésű civil szervezet Athén központjában lévő helyszínén közel 100 küldött vett részt különböző előadásokon, kapcsolatépítő és projektmegbeszéléseken, hogy tisztább képet kaphasson a dél- és közép-európai nők helyzetéről.

Az előadások az alábbi témákat érintették:

LEVELEZÉSI CÍM:

Kovácsné Dr. Balogh Judit PhD., Soós Dr. Kiss Zsuzsanna PhD., 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: balogh.judit@se-ctk.hu; soosne@se-ctk.hu



– *Jobs for women and youth (A nők és a fiatalok foglalkoztatása)*

– *Work-life balance (A munka és a magánélet közötti egyensúly)*

– *Family carers, disability or long-term illness in the family (Családsegítők, fogyatékoság vagy tartós betegség a családban)*

– *Housing (Házimunka)*

– *Energy (Energia)*

– *Migrant and transnational families (Migráns és nemzetközi családok)*

– *Financial inclusion (Pénzügyi problémák)*

Előadást tartott – többek között – *Andor László*, az Európai Unió szociális és foglalkoztatáspolitikai biztosa, *Antonia Torrens*, a Family and Childcare Center elnöke, *Annemie Drieskens*, a COFACE elnöke, *Daniela Bas*, az ENSZ Szociálpolitikáért és Fejlesztésért Felelős Divíziójának igazgatója – aki videóüzenet formájában üdvözölte a megjelenteket –, *Zeta Makri*, a Görög Egészségügyi, Szociális és Jóléti Minisztérium miniszterhelyettese és *Vasso Kollia*, a Görög Belügyminisztérium Nemek Közötti Egyenlőség Titkárságának főtársa.

Előadások hangzottak el az EUROFOUND (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions) és az OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) kutatási eredményeiről, valamint a szakmapolitikai ajánlásokról. Ezután *Lieve Franssen*, a Foglalkoztatási Főigazgatóság igazgatója tartott beszámolót, majd az EIGE (European Institute for Gender Equality) által a Görög Elnökség számára e témában benyújtott jelentést hallgathattuk meg.

Az összes felszólaló egyetértett abban, hogy a válság leginkább a nőket és a gyermekeket sújtotta, így a családokra – melyek így is nehezen birkóznak meg a különféle szolgáltatásokat és támogatásokat érin-

tő megszorítások hatásaival – különösen nagy teher hárul.

A közismert nemzeti és nemzetközi tény és probléma (a nők egyre későbbi időpontban egyre kevesebb gyermeket vállalnak) mellett az előadók számos egyéb sürgető, megoldásra váró témát érintettek.

A családsegítő szolgáltatásokat és a családtámogatási juttatásokat érintő költségvetési megszorítások, illetve a munkahelyek megszűnése miatt a nők egyre nehezebben maradnak a munkaerőpiacon, s ez egyben komoly kockázatot is jelent egészségük, mentális egészségük, anyagi függetlenségük és jövőbeni nyugdíjuk tekintetében.

Több, hazánkat érintő probléma is terítékre került. Megjelent a családok új generációja, a gazdasági válság pedig az élet minden szintjét befolyásolja (életminőség, egészség, munkavállalás, stb.), így hosszú távon is érinti a családokat. A nőknek azzal is meg kell birkóznuk, hogy sokszor egyszülős családban kell felnevelniük gyermekeiket, mely nagymértékben megnehezíti helyzetüket (karrier, családfenntartás, gyermeknevelés a mindennapokban, új párkapcsolat). Felértékelődött a nagyszülők és a családi összefogás, összetartás szerepe. Előrelépést jelenthet az édesapák gyermeknevelésbe történő hatékonyabb bevonása, ennek jogszabályi, munkahelyek általi támogatása, valamint a nők részmunkaidős, alternatív módon történő foglalkoztatása, a gyermekek napközbeni szakszerű ellátásának biztosítása. A szociális, egészségügyi és családvédelmi szolgáltatóknak nagyobb szerepet kell vállalniuk a családok, a nők segítségével. Szintén kiemelt kérdés, megoldásra váró feladat a migráció, a kulturális különbözőségekből fakadó családi, társadalmi szinten jelentkező nehézségek kezelése és megoldása. A nők, a családok, valamint az őket támogató szervezetek megerősödése európai és hazai szinten is előbbrelépést jelentene.

A szerzők köszönetet mondanak Uherezky Ágnesnek, a COFACE igazgatójának, a konferencia támogatóinak és szervezőinek, valamint a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karának, hogy lehetővé tették a konferencián való részvételüket.

Forrás, további információk: <http://www.coface-eu.org/en/Events/Families-in-the-crisis/>



A fürdő kultúra fejlesztéséért Vas megyében

Iskolai egészségfejlesztési mintaprogram

Szabóné Vincze Klára, Dr. Reiner Vera,
Dr. Jágerné Dr. Szabó Erika, Dr. Stánitz Éva

Vas Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve

„Ha többek életét és munkáját összekapcsoljuk együttesen, mindnyájan sokkal messzebbre juthatunk, mint külön haladva bárki is eljuthatna.”

(René Descartes)

Bevezetés

Magyarország világviszonylatban az ötödik legnagyobb termálfürdővel rendelkezik. Hazánkban a termálfürdők magas ásványianyag-tartalmúak és magas hőmérsékletűek. A bőséges termálfürdő készlet miatt nem volt sürgető a vízforgatással, víztisztítással és fertőtlenítéssel üzemeltetett fürdők elterjedése. Idővel azonban a töltő-ürítő rendszerű medencéket fokozatosan felváltotta a közegészségügyi szempontból biztonságosabb visszaforgatásos rendszerű, úgynevezett wellness-medencék rendszere. A gyógyvíz minőségének, gyógyhatásának megőrzése miatt azonban a tiszta gyógyvízzel működő, töltő-ürítő rendszerben üzemeltetett medencék a mai napig megtalálhatóak gyógyfürdőinkben. A két típusú medencevíz biztonságos vízminőségének fenntartásához eltérő vízkezelési módszerek szükségesek, és használatuk célja, módja is különbözik. A magyarországi közegészségügyi szolgálat szakmai munkájával jelentős szerepet vállalt a közfürdők korszerűsítésében, a fürdők higiénés állapotának javításában, fenntartásában. (1,2,3,4,5) Ma már valamennyi töltő-ürítő rendszerű medence jó hidraulikai kialakítású, és optimális vízutánpótlással üzemel.

Hazánkban 2013-ban 599 fedett vagy szabadtéri medencés közfürdő üzemelt, melyből 83 gyógyfürdő minősítéssel is rendelkezett. (6,7)

Vas megye 44 fürdőjéből 4 rendelkezik gyógyfürdő minősítéssel. Nagy kihasználtsággal működnek a gyógy- és wellness-fürdők, ahol az egész család megtalálhatja a kikapcsolódás, a felfrissülés és az egészségmegőrzés lehetőségét. A Széchenyi Terv támogatásainak aktív felhasználásával jól fertőtleníthető, korszerű vízforgató és tisztító berendezések, előfürdők és alapvető kiszolgáló helyiségek épültek termál- és gyógyfürdőinkben. Közegészségügyi ellenőrzéseink során azt tapasztaltuk, hogy az üzemeltetők a fürdőmedencék vízminőségére vonatkozó valamennyi előírást maximálisan betartják, ennek ellenére a hatósági ellenőrzések során a bakteriológiai minták a gyógyvízes töltő-ürítő rendszerű medencék 58%-ában, a vízvisszaforgatásos rendszerű medencék 25%-ában kifogásoltak voltak.

A hatósági ellenőrzések során azt is tapasztaltuk, hogy a fürdővendégek jelentős része – az általános gyakorlat szerint – az előfürdőket nem veszi igénybe, az öltözői szappanos mosakodást egyáltalán nem alkalmazza. A vendégek előnyben részesítik a 30°C vagy e hőfok feletti víz hőmérsékletű medencéket, így ezek gyakran túlszűfoltak. Ugyanakkor az úszómedencékben alig tartózkodik vendég. A fürdőzők által bevitt mikrobiológiai szennyeződések, valamint a zsúfoltság jelentős közegészségügyi kockázatot jelentenek, és a bakteriológiai vízminőség romlásához vezetnek. Megállapíthatjuk, hogy

LEVELEZÉSI CÍM:

Dr. Stánitz Éva, Vas Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve. Postacím: 9700 Szombathely, Sugár út 9. Telefon: +36-94-506-300. E-mail: stanitz.eva@nydr.antsz.hu

1. táblázat

**Közfürdők bakteriológiai vízminősége
2012. évi hatósági vizsgálatok tükrében**

Hatósági bakteriológiai minták, 2012						
Medence típusa	Magyarország			Vas megye		
	Összes minta (db)	Kifogásolt		Összes minta (db)	Kifogásolt	
		db	%		db	%
Töltő-ürítő gyógyvizes medencék	279	175	63	37	21	58
Víz visszaforgatásos medencék	1371	338	28	150	38	25

a fürdőzők higiénés magatartása alapvető, vízminőséget befolyásoló tényező. A vendégek a házirend előírásainak betartásában sem következetesek, ezt annak terjedelme, nem közérthető fogalmazásmódja is nehezíti. (9)

Kifogásaink sorában fontos helyet foglal el az úgynevezett bermuda fürdőnadrágok használata, melyekből a medence elhagyásakor nagy mennyiségű víz kerül a járófelületekre, komoly csúszásveszélyt okozva. A zsebekben felejtett, a vízbe bevitt zsebkendő és egyéb szennyeződések maradványai további vízminőségromlást idéznek elő. (9,13)

Mindezeket figyelembe véve elhatároztuk, hogy a tanulásra, az új ismeretek elsajátítására legfogékonyabb iskolások körében egészségfejlesztési programot szervezünk a fürdőkultúra népszerűsítésére – annak minden előnyét és egészségre gyakorolt hatását összefoglalva –, egyben a közösségi fürdőzés szabályainak néhány fontos alapvetését is közreadjuk. (5,8,9,10)

Az egészségfejlesztési program alkalmazásával célunk a fürdővendégek magatartásának befolyásolása, fürdőhigiénés ismereteinek bővítése, ennek segítségével a vízminőség javítása, az alkalmazott vegyszermennyiség felhasználásának csökkentése.

Minta és módszer

2008–2012 között Vas megye területén – a kistérségi népegészségügyi intézményekkel együttműködve – hatósági mintavételezéssel egybekötve végeztük a hatósági ellenőrzéseket. Az ellenőrzések kiterjedtek a vízkezelés módjára, a vízcserék, a frissvíz-utánpótlás előírások szerinti teljesítésére, a kémiai biztonsági szabályok betartására, a padló- és medenceburkolatok megfelelőségére és a medencetakarításra. Vizsgáltuk az előzuhanyok meglétét, üzemképességük biztosítását, továbbá a házirend megfelelőségét, a vendégtájékoztatók tartalmát, valamint a gyógymedencék gyermekek által

történő használatát. (11) Visszatérő hiányosság a medencék egyidejű, napi terhelésének be nem tartása.

Az üzemelő medencékből kémiai és mikrobiológiai vizsgálatra mintát vettünk. A mikrobiológiai vizsgálatok az *E. coli*-, a *Pseudomonas aeruginosa*-, a *Staphylococcus aureus*-, valamint a *Coccus*-szám meghatározására terjedtek ki. A minősítést az MSZ 13690-3:1989, valamint a közfürdők létesítésének és üzemeltetésének közegészségügyi feltételeiről szóló 37/1996 (X. 18.) NM-rendelet alapján végeztük, a vizsgálatok eredményeit rögzítettük és feldolgoztuk.

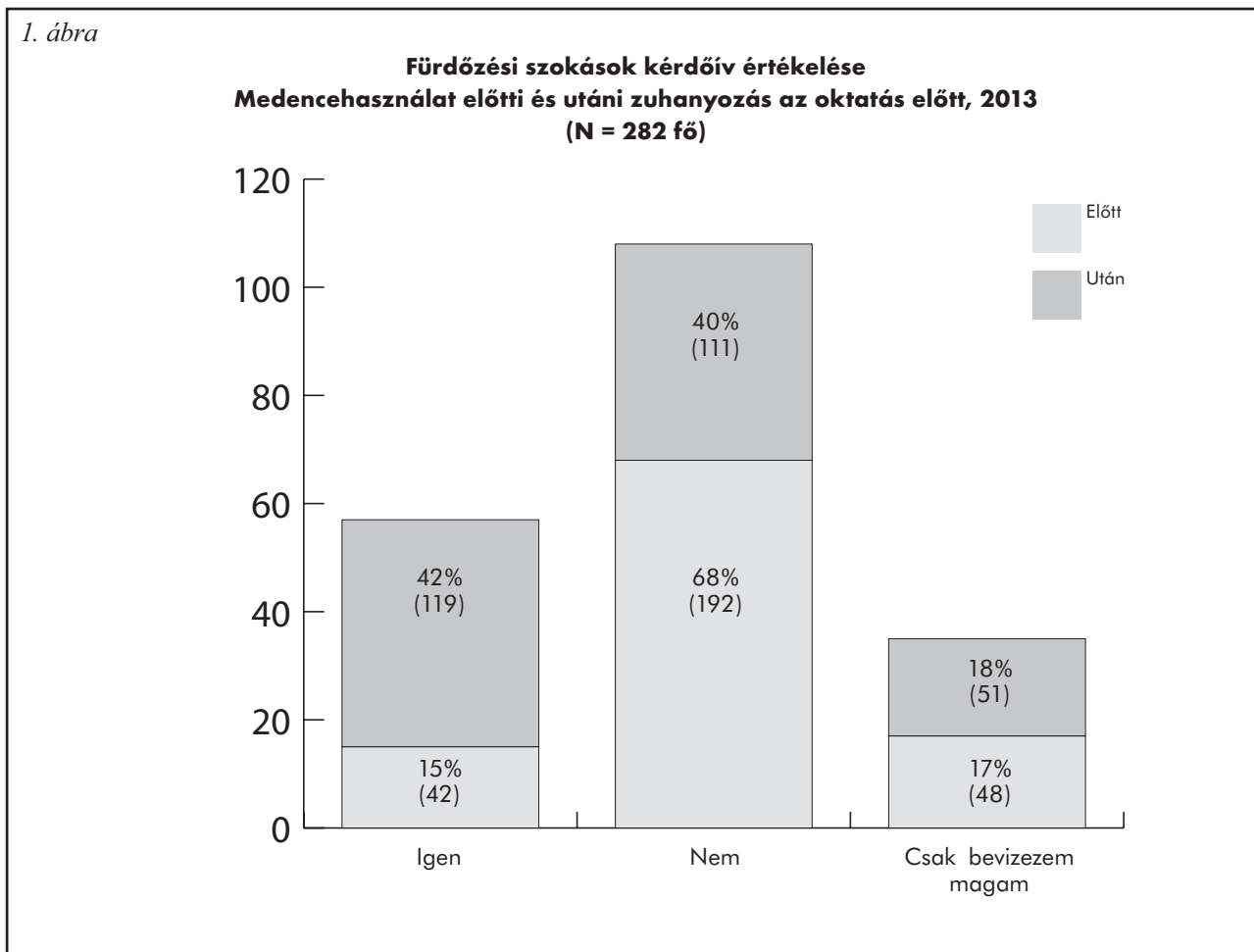
Vas megyében a visszaforgatással üzemelő medencék bakteriológiai vízminősége 25%-ban kifogásolt volt, a gyógyvízzel, töltő-ürítő rendszerben üzemeltetett medencék vízminősége 58%-ban mutatott kisebb-nagyobb mikrobiológiai eltérést. Az országos helyzet sem kedvezőbb. (1. táblázat) Amennyiben a bakteriológiai vizsgálatokat összehasonlítjuk a töltő-ürítő rendszerű medencék hidraulikai átalakítása előtt időszakkal, a javulás jelentős, ugyanis 1991-től 2000-ig az ilyen típusú medencék mikrobiológiai vízminősége 82,4%-ban kifogásolt volt. (8)

Szakirodalmi összefoglalók (8) elemzik a vendégek által bevitt kórokozók típusát, az általuk okozott tüneteket, és az ellenük való védekezés lehetőségeit. A fürdővendég szennyezheti a vizet vírussal, baktériummal, de gombával, sőt parazitákkal is. A leggyakoribb támadáspont a kültakaró, a gyomor- és bélrendszer, valamint a szem és a fül nyálkahártyája.

Az egészségfejlesztési program indítása, megvalósítása

1. *Munkacsoport megalakítása* a Közegészségügyi osztály, az Egészségfejlesztési osztály és a járási népegészségügyi intézetek részvételével.

2. *Rövid és hosszú távú célok meghatározása.*



3. *Együtműködés kialakítása a megyénkben működő gyógyfürdők és uszodák vezetőivel, támogatásuk megnyerése a gyakorlati oktatás megszervezésére, továbbá a tervezett tájékoztató kiadvány támogatására, a rajz- és irodalmi pályázatra beérkező pályamunkák értékelésére, díjazására. Az iskolaigazgatók felkérése az iskolai egészségfejlesztő program befogadására.*

4. *A célcsoport kiválasztása: az általános iskolák 5. osztályos tanulói és családjuk. E korosztály – a biológia (környezettan) tantárgy oktatása révén – már rendelkezik ismeretekkel az emberi testről, a személyi higiénéről, a környezet és az ember egészséget befolyásoló kölcsönhatásáról, ugyanakkor érdeklődő, és nyitott az új ismeretekre.*

5. *Az iskolák kiválasztása: ennek során figyelembe vettük, hogy legyen az iskolában szervezett úszásoktatás, valamint az iskola megfelelő együtműködő készséggel vegyen részt az egészségfejlesztési programban.*

6. *Tájékoztató kiadvány írása az oktatásban résztvevő gyermekek részére a helyes fürdő- és uszodahasználatról. (12)*

7. *Egységes oktatóanyag szerkesztése.*

8. *„A fürdőkultúra fejlesztése Vas megyében” című*

egészségfejlesztési program minősítésének elindítása az Országos Egészségfejlesztési Intézetnél. (14)

9. *A feladatok megállapodásban való rögzítése a programban résztvevő iskolákkal és közfürdőkkel.*

10. *A gyermekek részére kérdőív szerkesztése a fürdőzési szokások felmérésére. A felmérést az oktatás megkezdése előtt végezzük, majd ezt követően egy év múlva megismételjük.*

11. *Rajz- és irodalmi pályázat kiírása az oktatásban résztvevő gyermekek részére az elsajátított ismeretek felmérésére.*

12. *A beérkezett pályamunkák zsűrizésének, a Víz Világnapján történő kiállításának, díjazásának megszervezése.*

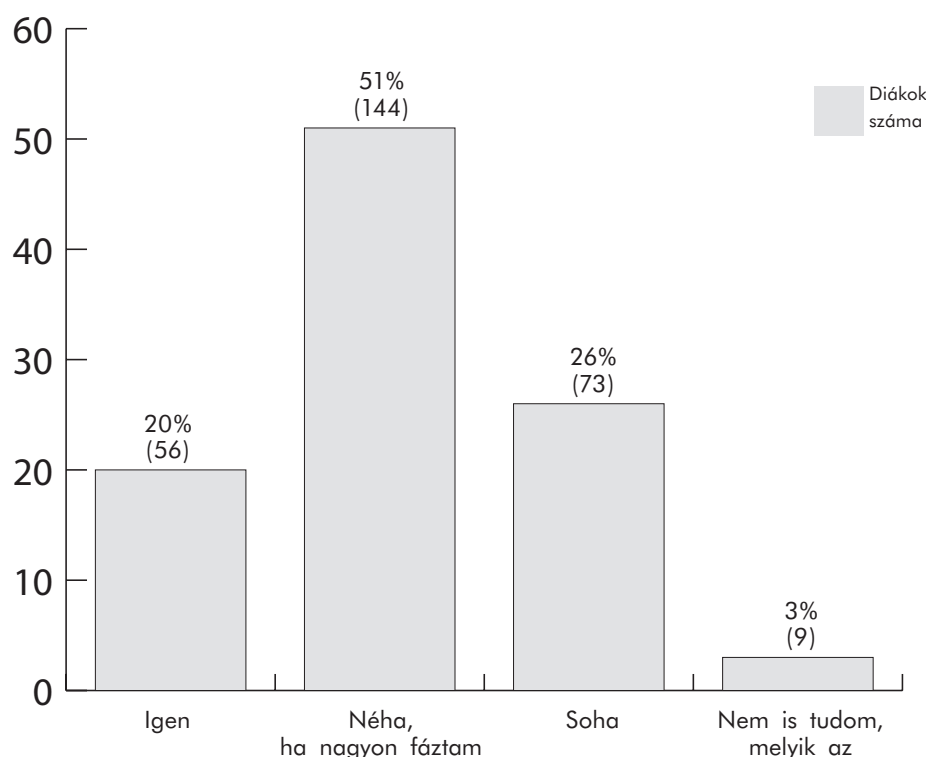
A program rövid és hosszú távú céljai

Rövid távú célunk a fürdőzéssel kapcsolatos ismeretanyag bővítése, a tudatos fürdőhasználat népszerűsítése, az elsajátított ismeretek alkalmazása, bevésődése, az egészségműveltség megerősítése. A tervezett elérési időtartam egy év.

Hosszú távú célunk az egészség- és környezettudato-

2. ábra

Fürdőzési szokások kérdőív értékelése
Gyógyvizes medencék használata az oktatás előtt, 2013
(N = 282 fő)



sabb magatartás széleskörű terjesztése, hiszen a gyermekek tudása otthoni és iskolai környezetükben multiplikáló hatású lehet, így a jövőben egészség- és környezettudatosabb felnőttekké válhatnak. Javul a fürdővizek bakteriológiai vízminősége, csökken a vegyszerfelhasználás, gazdaságosabbá válik az üzemeltetés. A tervezett elérési időtartam 5–10 év.

A program részletes bemutatása

Az iskolai egészségfejlesztési program modelljelleggel indult. Az oktatást – 4 közfürdő támogatásával – a 2012–2013-as tanévben 3 városunk (*Cellödömök, Sárvár, Szombathely*) 4 általános iskolájában vezettük be. A 2013–2014-es tanévben már 5 városunk (*Cellödömök, Körmen, Sárvár, Szentgotthárd, Szombathely*) 9 általános iskolájában, 6 közfürdő közreműködésével folytattuk a programot.

A két tanév során összesen 800 gyermek vett részt az oktatásban. A projekt szülői értekezletek során tartott tájékoztatókkal indult. A szülői tájékoztatóra és a két elméleti iskolai órára egységes oktatóanyagot szerkesztettünk, az előadókat felkészítettük. Az oktatást az első

évben 4, a második évben 6 munkatársunk végezte. Az oktatás megkezdése előtt a gyermekek 14 kérdésből álló, a fürdőzési szokásokkal kapcsolatos tesztet töltöttek ki. A tesztkérdésekben – többek között – rákérdeztünk a medencehasználat előtti és utáni zuhanyozásra, illetve a gyógymedencék használatára. A vizsgálat eredménye egyértelműen bizonyította feltevésünket, hogy néhány kérdésben a gyermekek kevés, nem kielégítő ismerettel rendelkeznek.

Az alábbiakban két példát mutatunk be.

A megkérdezett gyermekek mindössze 15%-a használja az előfürdőt a medencébe lépés előtt. (1. ábra) A gyermekek csupán 26%-a nem használja a töltőürítő rendszerben üzemelő gyógymedencéket. (2. ábra) A 14 év alatti, intenzíven mozgó gyermekek szervezetét megterheli a meleg ásványokban gazdag gyógyvíz, használatát ágazati jogszabály is tiltja, illetve igénybevételel feltételekhez köti. (11)

Rákérdeztünk továbbá a fürdőhasználat után esetlegesen jelentkező kisebb-nagyobb testi tünetekre, és érdeklődtünk a fürdőruha-használati szokásokról is. A diákok mindössze 30%-ánál nem jelentkezett a fürdőhasználat után semmilyen tünet. A leggyakoribb kellemetlenség

a szemgyulladás, illetve a fülfájás, valamint a szemölcs jelentkezése volt. A megkérdezett gyermekek 16%-a számolt be arról, hogy a fürdőhasználat során testre simuló fürdőnadrág helyett a zsebes rövidnadrágot részesíti előnyben, s néha zsebkendőt vagy egyéb dolgot felejt a zsebben. (13)

Az oktatáshoz – az ismeretek bevéssődése érdekében – a gyermekek részére tájékoztató kiadványt biztosítottunk, (12) melyet munkatársainkkal közösen szerkesztettünk. Az illusztrációkat *Horváth Zoltán* festőművész készítette.

A kiadványban közérthető módon mutatjuk be a víz visszaforgatással és töltő-ürítő rendszerrel üzemelő gyógymedencék közötti különbséget. Ismertetjük, milyen veszélyeket hordoz, ha betegek látogatják a közfürdőket. Tudatosítjuk, hogy miért fontos a medencébe lépés előtti alapos tisztálkodás. A fürdőbalesetek elkerülése érdekében felhívjuk a figyelmet a helyes csúszdahasználatra.

Az előadások anyagát az 5. osztályos tananyagra építettük, a görög, a római, a török és a magyar fürdő kultúra ismertetésével. Külön fejezetet szenteltünk az úszás egészségmegőrző szerepének hangsúlyozására.

A projekt gyakorlati része során a gyermekek meglátogatták a programban résztvevő iskolákhoz legközelebbi uszodát vagy fürdőt, ahol megismerkedhettek az elméletben elhangzottak mindennapos alkalmazásával. Megnézhették a műszaki berendezéseket, a vízminőséget biztosító vegyszeradagolókat, az előszűrőkön fennakadt, a fürdőzők által vízben hagyott, oda beesett hulladékokat, a medencéből érkező víz tisztítás előtti és utáni állapotát.

Minden résztvevőnek rendkívüli élményt jelentett a gyermekek érdeklődése, aktivitása, esetenként őszinte csodálkozása egy-egy bemutatón.

A beérkezett pályamunkák

2013-ban a gyermekek 105 rajzot és 15 irodalmi pályamunkát készítettek, 2014-ben 126 rajz- és 25 irodalmi pályázat érkezett be. A rajzok egyértelműen bizonyították, hogy a gyermekek elsajátították az oktatási anyagot, mesét, verset és levelet írtak a helyes fürdőhasználatról. A pályamunkákból kiállítást szerveztünk, sőt, több fürdőüzemeltető kérte a kiállítás anyagát, hogy a gyermekek által készített verseket, hasznos tanácsokat a fürdők bejáratánál kifüggeszthessék.

Szponzoraink, a fürdők menedzsmentje nagyvonalú díjazásban részesítette a győzteseket. Az ünnepélyes díjátadásra a *Víz Világnapján*, intézetünk *Kneffel Pál Előadótermében* került sor.

Következtetések, javaslatok

A program mind megyénkben, mind országosan kedvező fogadtatásra talált. Az *Országos Egészségfejlesztési Intézet* „*A fürdő kultúra fejlesztése Vas megyében*” című egészségfejlesztési programunkat 3/2013. szám alatt ajánlott programnak minősítette, és országos alkalmazását javasolta. (13) Az akkreditációs anyag összeállítását *Dr. Reiner Vera* munkája. (15)

A meghirdetett programot kezdetben meghívásos rendszerrel, majd a második évben felhívással tettük közzé. Terveink szerint a következő években azon iskolákban, ahol már alkalmazták programunkat, az iskola pedagógusai vállalják az oktatást. Intézetünk közvetíti a szolgáltatók és az iskolák között, de a technikai berendezéseket bemutató fürdőlátogatásokat az iskolák szervezik. A pályázatok értékelését, valamint a *Víz Világnapján* rendezendő ünnepség szervezését továbbra is vállaljuk.

Véleményünk szerint a megfogalmazott rövid és hosszú távú eredmények elérése a folyamatosságban és a rendszerességben rejlik. A fenntarthatóság viszont csak további anyagi eszközök bevonásával lehetséges. Ehhez a későbbiekben a *Magyar Fürdőszövetség*, esetleg a megyei önkormányzat – a megyei területfejlesztési koncepció fürdőfejlesztési alprogramjaihoz csatlakozva – pályázati források felkutatásával és rendelkezésre bocsátásával járulhat hozzá. A *Vas megyei Közgyűlés* népegészségügyi programpontjaihoz már tettünk javaslatot. Többletforrásokkal több iskolát és gyermeket vonhatnánk be mintaprogramunkba, hiszen a részvétel egyik fő vonzereje, hogy a fürdők – nagyvonalú gesztussal – a pályázatban résztvevő és győztes osztályokat, a kísérő pedagógusokkal együtt, vendégül látják egy napi élményfürdőzésre. Az egyéni irodalmi és rajzpályázaton győztes gyermekek pedig egynapos családi be-lépőt kapnak.

Kiemelhető érték az a több szektort érintő együttműködés, mely programunkat jellemezte. Ugyancsak fontosnak tartjuk, hogy a projekt – az évtizedes tapasztalatokon nyugvó, nagy mennyiségű gyakorlati ismeretet összegyűjtő, hagyományos közegészségügyi, hatósági tevékenység és az egészségfejlesztési koncepció szerencsés ötvözeteként – a népegészségügyi intézményrendszer alaptevékenységeinek komplex megvalósítására tesz kísérletet.

Mindez iskolai szintéren, az egész megye területén, egyszerre valósult meg. Valószínűleg ezen tényezők együttesen járultak hozzá ahhoz, hogy valamenyny résztvevő – a szervezők, az érintett iskolák diákjai,



tanárai, igazgatói, a támogatók, a fürdők menedzsmentje – nagy aktivitással és örömmel vettek részt a megvalósítás teljes folyamatában.

Terveinkben szerepel a program második lépcsőjének kidolgozása, bevezetése – középiskolások részére szeretnénk „A szaunahasználat elmélete és gyakorlata” címmel komplex, tudományos alapú ismeretterjesztő programot indítani.

Összefoglalás

A magyarországi termálvizek gazdag ásványianyag-tartalmúak és magas hőmérsékletűek. Hazánkban 2013-ban 599 közfürdő – köztük 83 minősített gyógyfürdő – üzemelt. A magyarországi közegészségügyi szolgálat tevékenységével hozzájárult a közfürdők korszerűsítéséhez, a fürdők higiénés állapotának javításához. (1,2,3)

A fürdőkultúra fejlesztése érdekében megyénkben egészségfejlesztési mintaprogramot indítottunk az általános iskolák 5. osztályosai és szülei részére. Az egészségfejlesztési program alkalmazásával célunk a fürdővendégek magatartásának befolyásolása, fürdőhigiénés ismereteik bővítése, egyúttal a fürdőket üzemeltetők

figyelmének felhívása a fürdőkultúra fejlesztésének szükségességére, a vízminőség javítására, illetve a vegyszerfelhasználás optimalizálására.

Kulcsszavak: fürdőkultúra fejlesztése, iskolai egészségfejlesztési mintaprogram

Abstract

Hungarian thermal waters have rich mineral content and high temperature. In 2013 599 thermal baths – among 83 qualified thermal baths – operated in Hungary. The Hungarian public health organization contributed to the modernisation of public baths and to improve their hygienic status. (1,2,3)

For bath culture improvement, we created a health development pilot program in our county for students of 5th class and their parents. Our goals are to modify the behaviour of bath guests and to wide their bath hygienic knowledge. We also wish to draw the bath owners' attention to the necessity of bath culture improvement, the importance of water quality amelioration and the optimal usage of bath chemicals.

Keywords: thermal baths culture development, health development pilot program in elementary schools

IRODALOM

1. Dr. Ákoshegyi Gy.–Dr. Németh I.: *Fürdők kézikönyve*. Magyar Fürdőszövetség, 2006.
2. <http://egeszseguturizmus.itthon.hu/gyogyviz-termalviz>
3. *Turizmus Magyarországon*. http://www.aktivpihenes.hu/fooldal/amagyar_fuerdoeszovetseg_he
4. Karcagi E.–Fügedi B.: „A gyógyvíz szerepe az életminőség javításában.” In: *Egészségfejlesztés*, LIV. évfolyam, 1–2. szám, 8–15. old., 2013.
5. Németh L.: „A magyarországi közegészségügyi szolgálat hozzájárulása a fürdőhigiéné korszerűsítéséhez.” In: *Budapesti Népegészségügy*, 36. évfolyam, 2. szám, 106–111. old., 2005.
6. *Országos törzskönyvi nyilvántartás a magyarországi gyógyfürdőkről*. https://www.antsz.hu/felso_menu/ugyfeleknek/termeszetes_gyogytenyezokkel_kapcsolatos
7. *A szezonálisan működő medencés fürdők 2013. évi nyári ellenőrzésének összefoglalása.pdf* <https://intranet.antsz.hu/data/cms52108/>
8. Dr. Németh L.–Szódiné Nagy E.–Etelvári A.: *A budapesti agglomeráció sajátos fürdőhigiénés állapota*. Az MNT XIX vándorgyűlésén elhangzott előadás
9. Szabóné Vincze K.–Dr. Stánitz É.: *Fürdők higiénája és biztonsága Bükkfürdőn*. 2001-ben elhangzott előadás.
10. *Együtt az egészségért: Stratégiai megközelítés az Európai Unió számára*. Fehér Könyv, 2008–2013. Az Európai Közösségek Bizottsága, Brüsszel, 2007.
11. 37/1996 (X. 18.) NM-rendelet a közfürdők létesítésének és üzemeltetésének közegészségügyi szabályairól
12. Dr. Stánitz É.–Szabóné Vincze K.–Horváth Z.: *A helyes fürdő-és uszodahasználata – A vízminőség rajtunk is múlik*. Vas Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve, Szombathely, 2013.
13. Dr. Jágerné Dr. Szabó E.: *Fürdőzési szokások. Kérdőíves felmérés, az általános iskolák 5. osztályában*. 2013. március 22-én, a *Víz Világnapján* elhangzott előadás, Szombathely.
14. Balog J.–Dr. Koós T.–Solymosy J. B.: „Az iskolai egészségfejlesztési programok szakmai ajánlásának rendszere.” In: *Egészségfejlesztés*, LIV. évfolyam, 1–2. szám, 2–7. old., 2013.
15. Dr. Reiner V.: „A fürdőkultúra fejlesztéséért Vas megyében” című iskolai egészségfejlesztési program szakmai ajánlásának adatlapja.



A BELLA-projekt bemutatása

Megvalósul a gyógyszerészi gondozás gyakorlata

Dr. Belicza Éva
Dr. Lám Judit

Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet

A Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet 950.000.000,- Ft 100%-ban vissza nem térítendő támogatást nyert az Európai Uniótól az „Egységes külső felülvizsgálati rendszer kialakítása a járó- és fekvőbeteg szakellátásban, valamint a gyógyszerértékesítési ellátásban” című projektre. A projektgazda a programot konzorciumi együttműködésben valósította meg a *Semmelweis Egyetemen*, a *Debreceni Egyetemen* és a „Gyógyszerészi Gondozásért” Közhasznú Nonprofit Kft.-vel. A konzorcium tagjait nyílt pályázat keretében választották ki.

A 24 hónap futamidejű *BELLA (BetegELLátók Akkreditációja az ellátás biztonságáért)* fantázianevű TÁMOP 6.2.5/A-12/1-2012-0001 jelű kiemelt projekt 2012. december 1-jével indult és 2014 novemberében zárul.

A projekt feladata az egészségügyi szolgáltatókra – az első lépcsőben a járó- és fekvőbeteg intézményekre, illetve a közforgalmú gyógyszerárakra – vonatkozó akkreditációs rendszer standardjainak, felülvizsgálati eljárásainak, az akkreditáció odaítélési kritériumainak kidolgozása, az akkreditációs felülvizsgálatot végzők képzése, a rendszerű működés megalapozása. Ez utóbbi feltétele az intézményesülés és az alapvető működési szabályok kialakítása.



Az önkéntes alapon működő hazai akkreditációs rendszer standardjait az adott ellátási szinten dolgozó, gyakorló szakemberek készítik, a projekt szakmai vezetőinek módszertani irányításával. A fejlesztés kiindulópontját az adott ellátási szinten észlelt legfontosabb kezelendő működési gyengeségek meghatározása jelentette. A standardok témakörében különösen hangsúlyos elem a betegellátás biztonságával összefüggő folyamatok, tevékenységek szabályozása, az ismert kockázatok kezelése az ezzel kapcsolatos nemzetközi – elsősorban *WHO*, *EU*, *ISQua* – ajánlások figyelembevételével.

A fejlesztéssel párhuzamosan számos, a standardok bevezetését megkönnyítő háttéranyag is készül, így az akkreditációt választó intézmények nemzetközi színvonalú, egységes vezetési eszköztárhoz, tudáshoz juthatnak.

Az akkreditációs standardok megvalósulása csökkenti a hibák, így a nemkívánatos események (szerzett fertőzések, gyógyszer okozta károsodások, esé-



sek, stb.) előfordulását, ezzel mérséklődnek az elkerülhető egészségügyi kiadások – beleértve a peres eljárások költségeit is. A tisztább felelősségi és hatáskörök, szabályozottabb ellátás során javul a dolgozók biztonságérzete, a szervezeti kultúra, az intézmények dolgozókat megtartó ereje. Javul a lakosság egészségügyi ellátásról alkotott véleménye, csökkennek kiadásai, így az egészségügyi ellátás igénybevételekor az állampolgárok nagyobb biztonságban érzhetik magukat.

A kidolgozott standardokat, azok értékelési módszerét, és az akkreditációs folyamathoz kapcsolódó önértékelési eljárást az éles bevezetés előtt 10 pilot-intézmény teszteli. A rendszeres megbeszéléseken a szakmai vezetők visszajelzéseket kapnak a standardok értelmezhetőségéről és alkalmazhatóságáról. A standardok végleges tartalma a pilot-intézményekből érkező vélemények alapján készül el.

A projektben több informatikai fejlesztés is zajlik. Az elkészült alkalmazások támogatják az akkreditáció ügyviteli folyamatát, illetve a standardok teljesítését.

A *NEVES (Nem Várt ESEMények)* jelentős és tanuló rendszer – a háttérben álló okok elemzésének megkönnyítésével – lehetővé teszi az intézmények számára az incidensekből történő tanulást. Az éles indulás óta eltelt hónapokban több ezer egyedi jelentés került a rendszerbe, ezeket a *NEVES* szoftver feldolgozza és az eredményeket megjeleníti az adatszolgáltató és az érdeklődő felhasználók számára. Ezek segítségével a kórházak saját elemzett eredményeiken túl az országos adatokról is képet kapnak, ami segíti az okok feltárását és a hasonló incidenseket megelőző intézkedések meghozatalát.

A még fejlesztés alatt álló *BELLA* szoftver az akkreditációs folyamat adminisztrációjának támogatását szolgálja. Az akkreditációhoz kapcsolódó lépéseket a szoftver segítségével rögzítik, így mind az intézmények, mind a felülvizsgálók naprakész információkkal rendelkeznek azon folyamatokról, amelyekben érintettek. Az alkalmazással lehetséges lesz a standardok és a kapcsolódó dokumentumok kezelése, valamint az akkreditáció eredményének automatikus előállítása.

A projekt hangsúlyos része az oktatás – jelenleg összesen 100 felülvizsgáló és 300 intézményi munkatárs képzése zajlik. A képzések keretében a leendő felülvizsgálók a fejlesztett rendszerhez kapcsolódó elméleti alapokat sajátíthatják el, majd hosszabb távon gyakorlati ismereteik bővítésére is lehetőségük

nyílik. A programhoz csatlakozott intézményekben a standardok bevezetését segítő belső koordinátorok képzése elindult, és a projekt végéig folyamatosan indítjuk az újabb kurzusokat.

Az akkreditáció megvalósulásával szolgáltatói és rendszerszinten egyaránt csökkenhet az elkerülhető költségek és a veszített műhibaperek mértéke. A határon átnyúló ellátáshoz kapcsolódó EU-irányelvnek az akkreditált intézmények megfelelnek, az egészséguturizmus, a külföldi betegek ellátása elérhetőbbé válik. A betegbiztonság javítására fókuszáló akkreditáció megvalósulásával Magyarország teljesíti az EU betegbiztonsági irányelvnek (2009/C 151/01) több pontját, a határon átnyúló ellátásra vonatkozó direktíva elvárásait és a *WHO* ajánlásait.

Az ellátórendszer egyik jelentős hatékonysági problémája, hogy a gyógyszeres terápiák eredményessége nem éri el a kívánatos szintet a nem megfelelő gyógyszeralkalmazási, -szedési gyakorlat miatt. Ezen segít a projekt keretében kialakított gyógyszerészeti gondozási program, melynek alapelveit gyakorló gyógyszerész szakemberek dolgozták ki. A gyógyszerészeti gondozási tevékenység hozzájárul a lakosság biztonságosabb gyógyszer-alkalmazásához, így elkerülhetőek azok a kockázatok, melyek az együtt szedett gyógyszerek, az ellenkező hatású vagy rosszul alkalmazott készítmények következtében léphetnek fel.

A program – az ezt indokló tünetek korai felismerésével – elősegíti a betegek időben orvoshoz történő irányítását is. A gyógyszerészeti gondozás gyakorlata lehetővé teszi a gyógyszerészek számára az olyan tevékenységek végzését a patika területén, mint a betegek vérnyomásának vagy vércukorszintjének ellenőrzése egy erre a célra elkülönített gondozási helyiségekben.

A *BEGONIA (BEteg GONdozási Informatikai Alapprogram)* fantázianevelű betegregisztrációs szoftver a projekthez kapcsolódó gyógyszerészeti gondozási tevékenységet támogatja. A felület segítségével a programban résztvevő patikák és gyógyszerészek nyomon követhetik gondozott betegeiket, valamint a gondozási eseményeket. A szakemberek által fejlesztett szabályozókat, irányelveket, valamint a szoftvert ötven gyógyszertár tesztelte, hogy az mindinkább igazodjon a felhasználói igényekhez, és egyszerűen használható, a gondozási tevékenységet támogató eszköz legyen a gyógyszerészek kezében.

Korábban nem működött regisztrációs szoftver a gyógyszertárakban. A hozzájuk fordulókat egész-



ségügyi panaszait, gyógyszerérzékenységét, a jelentkező mellékhatásokat a gyógyszerészek mindössze „fejben dokumentálták”. A patikusok kérdéseire adott válaszokat az új program segítségével rögzíteni lehet. A *BEGONIA* – az irányelvek alapján – ajánlást is ad a beteg gyógyszerelésére, azt azonban a gyógyszerész dönti el, hogy a rendszertől kapott ajánlást alkalmazza-e. A patikus saját tapasztalatai alapján ajánlást is feltölthet a rendszerbe, melyet kinyomtatva át tud adni a betegnek. Mivel a program nemcsak

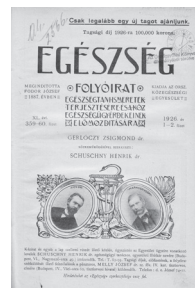
a betegek, hanem az együttműködő háziorvosok adatait is rögzíti, így a patikus – ha ezt indokoltnak ítéli – közvetlenül a beteg háziorvosának továbbíthat referáló levelet.

A patika a gondozási tevékenységgel az orvosok munkáját egészíti ki: az általuk nem látott, egyébként rizikótényezővel bíró betegcsoportot hivatott segíteni, hogy a beteg és az orvos számára egyaránt a lehető legrövidebb időn belül azonosítható legyen az egészségi probléma.





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.



Egyszerre elavult és modern

Solymosy József Bonifác népegészségügyi szakértő

Országos Egészségfejlesztési Intézet

A közegészségügy és kultúra mindenkor szoros kapcsolatban állottak egymással; minél magasabb valamely nép vagy népcsoport átlagos műveltsége, rendszerint annál fejlettebb közegészségügye is. Különböző nemzetek kultúrszínvonalának összehasonlító értékelésére alkalmasnak látszik az analabéták arányának vizsgálatán felül az átlagos papírfogyasztás is. Ennek fejadagja, – azaz az egy lakosra eső évi átlagos papírfogyasztás mennyisége – az európai országokban a következő: Anglia 37 kg, Belgium 36 kg, Dánia 35.5 kg, Németország 20 kg, a volt Cseh-Szlovákia 12 kg, Olaszország 11 kg, volt Lengyelország 6 kg, Jugoszlávia 4 kg, Nagy-Románia 3 kg. Sajnos, hazánk nagyon a rangsor végén kap helyet, amennyiben a papírfogyasztásunk fejadagja 1939-ben is csak 10.5 kg-ot tett ki. Lassú javulás azonban kétségtelenül felismerhető, mert hiszen 1925-ben még alig 6.5 kg papirosfogyasztás esett hazánk minden egyes lakosára. Péchy-Szilágyi Ferenc dr.

Egészség, 1941. augusztus. Rövid Közlések, 142. old.

Az „Egészség” című folyóiratból eredeti helyesírással digitalizálva.

A cikk szerzője honvédorvos, 1944-ben már őrnagy beosztásban. Amit még biztosan tudunk róla, hogy a „Honvédorvos” című folyóiratban is publikált. Az *Egészség* című folyóiratban 1941-ben megjelent rövid közleménye 73 év távlatából egyszerre „elavult” és előremutató, „modern”.

Persze az „elavultság” is hordoz fontos tanítást, ha az adatok mögé tekintünk, illetve helyes kontextusban értelmezzük azokat. Hetven évvel ezelőtt reális kultúra-indikátor lehetett a papírfogyasztás, mint a kornak megfelelő domináns kultúrahordozó, adatrögzítő, információáramlást segítő eszköz. Nyilvánvalóan ez csak a papírra író kultúrák esetében érvényes kontextus. Ma már a (környezettudatos) kultúra célja inkább a fajlagos papírfogyasztás csökkentése, illetve a papír újrahasznosítása. Ez akkor is igaz, ha napjainkban a papír szerepe, felhasználásának jellemző módja is kibővült, és a kultúrahordozó hullámhoz (könyv, folyóirat, stb.) továbbiak csatlakoztak. Gondoljunk csak az orvosi felhasználási és a személyes higiéniét szolgáló hullámra, a csomagolási és reklámcélú hullámra, vagy a bútorteljesítő felhasználási hullámra. Ezek a papírfelhasználási hullámok a kultúra-indikátor értelmezhetőséget ugyan gyengítik, de



1. táblázat

Az egy főre jutó papírfelhasználási adatok

1939-es országnevek	1939-es adatok (kg/fő/év)	2009-es adatok (kg/fő/év) ¹	Növekedési szorzó 70 év alatt
Anglia	37	179	5
Belgium	36	258	7
Dánia	35,5	223	6
Németország	20	246	12
Cseh-Szlovákia	12	241	20
Olaszország	11	164	15
Lengyelország	6	112	19
Nagy-Románia	3	33	11
Magyarország	10,5	91	9

¹Annus Sándor–Lele István: *A papíripar néhány jellemzője, 2009*

http://epa.oszk.hu/00800/00863/00048/pdf/EPA00892_2010_06_64-67.pdf

mind a papírfelhasználás fajlagos adatainak emelkedését vonják maguk után. Az egy főre jutó papírfelhasználási adatok önmagukban is érdekesek, főleg a 70 évvel későbbi adatokhoz viszonyítva. (1. táblázat)

A tényadatok további vizsgálata azt is jelzi, hogy környezetünk tudatos megóvása érdekében az „új generációknak” is nélkülözhetetlen ismeret/tudás átadása mindenki érdeke. Belátható, talán az alábbi példán keresztül is, hogy az „elavult” üzenet is lehet hasznos egészségnevelési kiindulópont, kritikai céltáblát biztosító háttér:

– A világon évente több mint 300 millió tonna, azaz fejenként átlagosan 48–50 kilogramm papírt használunk fel. A fajlagos papírfogyasztás Magyarországon 91 kg/fő/év, szemben a 173 kg/fő/év uniós adattal, ami az USA-hoz hasonlóan (300 kg/fő/év felett) még mindig szerényebbnek tűnik. Érdekes szem előtt tartanunk, hogy 1 tonna papírt 3 tonna fa felhasználásával állítanak elő. Mivel a papír akár ötször-tízszer is újrahasznosítható, az újrapapír gyártásával ez a folyamat jelentősen mérsékelhető.

– Bolygónkról évente 13 millió hektárnyi, azaz kb. minden 35 órában egy Budapest nagyságú erdőterület tűnik el, mely veszteség 20%-áért a papírgyártás felelős. Egy idős fa egy év alatt közel 200 kilogrammnyi oxigént termel, többet, mint amennyit egy ember egy év alatt felhasznál (178 kg).

– A papírgyártás a világ teljes energiafelhasználásának 4%-áért felelős. Ez a fosszilis erőforrások harmadik legnagyobb felhasználója, 1 tonna késztermékre vetítve pedig a legvízigényesebb ipari tevékenység, mely minden kilogramm papír előállításához 30–40 liter vizet használ fel (bár a legújabb technológiák vízigénye már csak 10 liter/1 kg papír).

nál fel (bár a legújabb technológiák vízigénye már csak 10 liter/1 kg papír).

– 1 felnőtt fát megmenthetünk a kivágástól, ha közel 600 kg (20 000 darab) italos kartondobozt szelektíven gyűjtünk, majd újrapapírt készítünk belőle.

Miért előnyös környezeti szempontból az újrapapír?

– Mert az újrapapírral fákat menthetünk meg a kivágástól. (1 tonna papírhulladék felhasználásával 12 felnőtt fát menthetünk meg.)

– Mert az újrapapír révén védjük az erdőket.

– Az újrapapír készítése révén a papírgyártás vízigényének 75%-a, energiaszükségletének pedig több mint 60%-a megtakarítható.

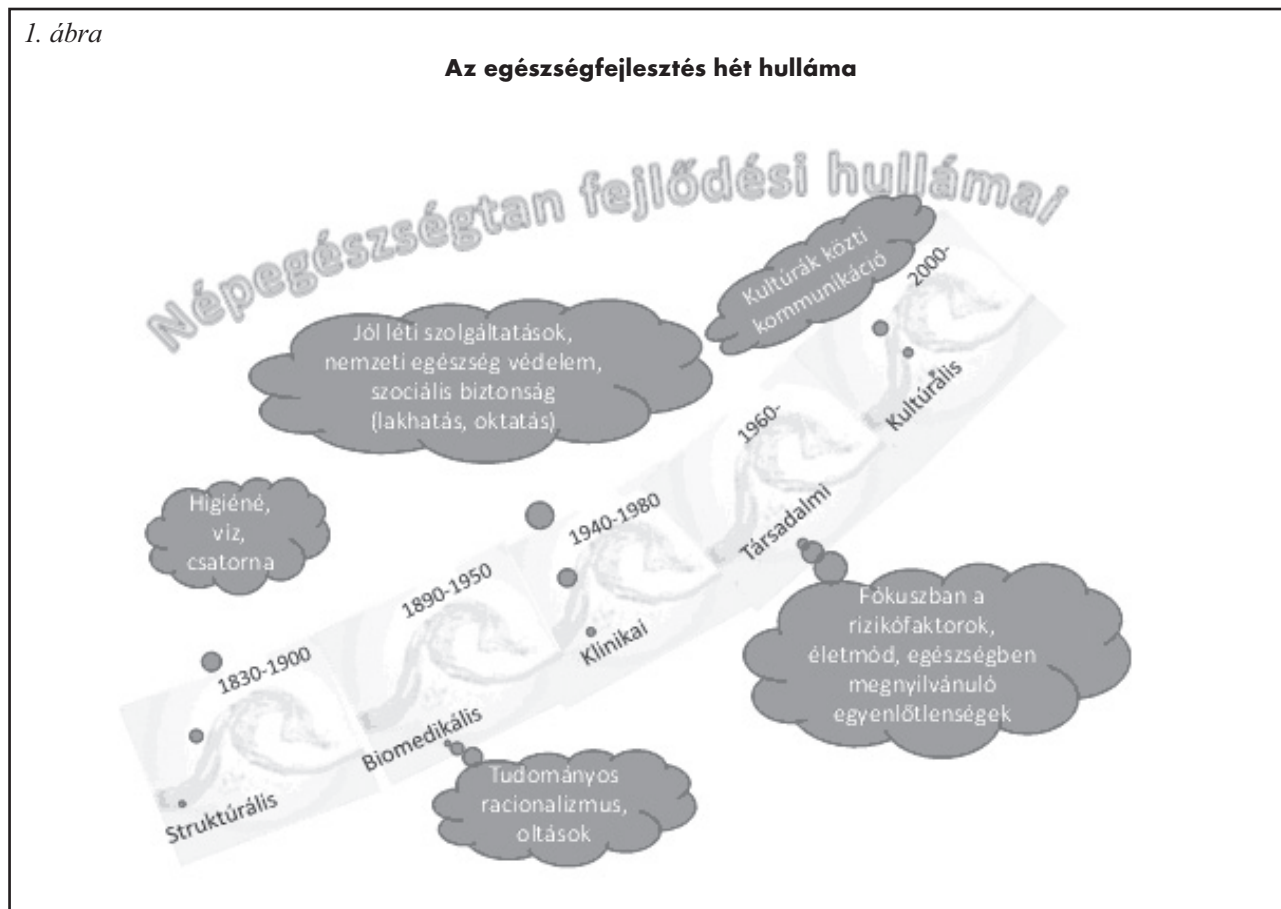
– Mert hozzájárul a klímavédelemhez. (Az újrapapír gyártásával nemcsak fenntartható bolygónk oxigéntermelő képessége, de egyben biztosítható a légkörbe kerülő szén-dioxid megkötése is.)

A rövid közlemény „modernségét” már maga a bevezető gondolat is jelzi, miszerint a köz egészségének ügye és a kultúra között szoros kapcsolat van. Ezt támasztja alá egy igen modern tanulmány is (1), mely a népegészségügyben (közegészségügyben), illetve a mögöttes tudományban (népegészségtan) jelentős szemléletmódbeli változásokat, mérföldköveket jelöl meg. Ezen szakaszolás szerint:

1) A XX. század kezdetével zárul a „strukturális” korszak, amikor a jó ivóvíz, a csatornázás és az alapvető higiénés követelmények megteremtése állt fókuszban.

2) A második hullám, mely a XX. század közepén zárult, a „biomedikális” jelzőt kapta, amikor a tudomá-

1. ábra



nyos racionalizmus volt a vezérfonal. Ekkor terjedtek el az állam felelősségvállalását tükröző, teljes lakosságra kiterjedő védőoltások is.

3) A harmadik hullám – ekkor született az *Egészség* című folyóiratból idézett cikkünk is – a „*klinikai*” jelzöt kapta, ahol az egyéni beteg–gyógyító tapasztalatok kiterjesztésével a jólléti szolgáltatásokra került a hangsúly, és a szociális biztonság elemei (lakhatás, oktatás) is megjelenhettek.

4) A negyedik hullám a XX. század második felét jellemezte. A társadalmi egyenlőtlenségekkel kapcsolatos érzékenysége, illetve az ezek csökkentésére irányuló erőfeszítései miatt a „*társadalmi*” (szociális) jelzöt kapta.

5) A XXI. századi ötödik hullám kapta a „*kulturális*” jelzöt. Napjainkban az egészség kulturális meghatá-

rozóinak szerepét tudományos adatokkal alátámasztva, a kultúrán átívelő beavatkozások fontosságát felismerve, a kultúrák közötti kommunikáció tapasztalatait alkalmazva igyekeznek a köz jól-létét szolgálni.

Ezt az ötödik hullámot vetítette elő a harmadik hullám idejében megjelenő, 70 évvel ezelőtti, idézett cikk.

Maga a modell is figyelemre méltó, hiszen nem törekszik merev időhatárok közé szorítani az egyes szemléletmódokat, és a szemléletmódok egymással történő szembeállítását is kizárja, szükségességüket, létjogosultságukat nem kérdőjelezi meg. Ez minden, dinamikusan fejlődő tudományág jellemzője, tehát a cikk azt is üzeni, hogy tartunk lépést a tudományos eredményekkel – legalábbis törekedjünk erre – az egészséget, mint optimális jól-létet támogató, szerteágazó szakmai területeken egyaránt.

IRODALOM

1. Sally C. Davies–Eleanor Winpenney–Sarah Ball–Tom Fowler–Jennifer Rubin–Ellen Nolte: „For debate: a new wave in public

health improvement.” In: *www.thelancet.com* 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)



Válogatás nemzetközi folyóiratok cikkeiből

Balku Eszter, Csizmadia Péter, Kimmel Zsófia,
Dr. Varsányi Péter, Vitrai József PhD.

Országos Egészségfejlesztési Intézet

Tamas Nepusz–Tamas Vicsek: *Controlling edge dynamics in complex networks*

Nature Physics 8, pp. 568–573. (2012)

Összefoglaló: A cikk a komplex hálózatok dinamikájának kontrollálhatóságát vizsgálja. A cikk szerzői a komplex hálózatok dinamikáját befolyásoló kontrollpontok tulajdonságainak megismerésére és jellemzésére törekedtek: egy korábbi vizsgálati módszert hasonlítottak össze egy, a hálózatok kutatás legfrissebb eredményeit is figyelembe vevő módszerrel. A vizsgálat eredményeként megállapították, hogy a skálafüggetlen hálózatokat könnyebb befolyásolni, mint a véletlen hálózatokat, valamint hogy a hálózat dinamikáját befolyásoló kontrollpontok nem feleltethetők meg a hálózat nagyobb csomópontjainak (*hubok*nak). A cikk népegészségügyi vonatkozását az adja, hogy a társadalom felépítését, az emberek egészségmagatartását komplex hálózatként tekintve a kontrollpontok ismerete segítséget jelenthet az egészségmagatartás befolyásolásában, így a prevenció beavatkozások hatásosabbá tételében.

Ismertette: Dr. Varsányi Péter

*

Cristina Bostan–Cornelia Oberhauser–Gerold Stucki–Jerome Bickenbach–Alarcos Cieza:

Biological health or lived health: which predicts self-reported general health better?

BMC Public Health, 2014, 14:189 doi:10.1186/1471-2458-14-189

Összefoglaló: A vélt egészséget („*Milyen az Ön egészsége általában?*”) az egyén egészsége alakulásának előrejelzésére, illetve egy-egy beavatkozás eredményességének jelzésére használjuk, de az értelmezési különbségek miatt nemigen alkalmas populációk összehasonlítására. A szerzők elemzésük alapján arra a következtetésre jutnak, hogy a vélt egészséget inkább „*megélt*” egészségként, azaz funkcionalitásként, nem pedig biológiai állapotként értelmezik, azaz a szubjektív egészséget az egyén élethelyzete, környezete befolyásolja. A döntéshozóknak, szolgáltatóknak tudniuk kell: a betegeket főként az érdekli, hogy egészségproblémájuk milyen módon érinti életüket.

Ismertette: Vitrai József PhD.

*

A rendszeres szakfolyóirat-szemlézés kiterjed a *New England Medical Journal*, a *Lancet*, a *British Medical Journal*, valamint a *Journal of American Medical Association* közleményeire. Más szaklapok mellett e folyóiratok népegészségügyi témájú közleményeiről is beszámolunk.



Miles Corak: *Income inequality, equality of opportunity, and intergenerational mobility*
Journal of Economic Perspectives, Vol. 27., Number 3., pp. 79–102. 2013.

Összefoglaló: A cikkben a szerző arra keresi a választ, hogy a fejlett ipari társadalmakban mekkora a társadalmi mobilitás volumene, illetve hogy a szülők jövedelmi helyzete mennyire befolyásolja a gyermekeik jövedelmi helyzetét. A szerző álláspontja szerint a szülők társadalmi státusza az észak-európai országokban van a jövedelmi egyenlőtlenségekre a legkisebb hatással.

Ismertette: Csizmadia Péter

*

Thierry Gagne–Rowena Agouri–Michael Cantinotti–Anis Boubaker–Katherine L. Frohlich:
How important are paper copies of questionnaires?
Testing invitations modes when studying social inequalities in smoking among young adults
Int J Public Health (2014) 59:207–210 DOI 10.1007/s00038-013-0469-y

Összefoglaló: Vajon a webalapú, vagy a papír- és webalapú kérdőívek eredményeznek nagyobb kitöltési arányt? Az eredmények alapján a kérdőív formája nem befolyásolja a kitöltési gyakoriságot, a kitöltők között nem, iskolai végzettség és jövedelemkategória szempontjából nincsen különbség.

Ismertette: Balku Eszter

*

**Hormuzd A. Katki–Walter K. Kinney–Barbara Fetterman–Thomas Lorey–Nancy E. Poitras
 –Li Cheung–Franklin Demuth–Mark Schiffman–Sholom Wacholder–Philip E. Castle:**
*Cervical Cancer Risk for 330,000 Women Undergoing Concurrent HPV Testing and Cervical Cytology
 in Routine Clinical Practice at a Large Managed Care Organization*
Lancet Oncol., Jul 2011; 12(7): 663–672.

Összefoglaló: A cikk szerzői azt vizsgálják, hogy melyik a hatékonyabb, illetve melyik a megbízhatóbb méhnyakrák-szűrési eljárás, illetve érdemes-e együttesen alkalmazni őket? A vizsgálat alapján a negatív HPV-teszt öt évre, a HPV-teszt és a citológia kombinációja ennél rövidebb időre nyújt „biztonságot”, utóbbi azonban korábban képes kiszűrni a súlyosabb elváltozásokat, így a szerzők e kombináció alkalmazását javasolják.

Ismertette: Balku Eszter

*

The Global Gender Gap Report; World Economic Forum. 2013.

Összefoglaló: A jelentés célja a nemek közötti különbségek feltárása a világ országaiban. A magyar országjelentés szerint – elsősorban a magyar nők viszonylag alacsony munkaerőpiaci aránya, illetve a politikai életben tapasztalható alacsony participációja miatt – Magyarország rosszul teljesített az országok közötti rangsorban.

Ismertette: Csizmadia Péter

*

**Deirdre K. Tobias–An Pan–Chandra L. Jackson–Eilis J. O’Reilly–Eric L. Ding–Walter C. Willett
 –Jo Ann E. Manson–Frank B. Hu:**
Body-Mass Index and Mortality among Adults with Incident Type 2 Diabetes

N Engl J Med 2014; 370:233–244 January 16, 2014 DOI: 10.1056/NEJMoa130450

A cikkhez kapcsolódó vita:

N Engl J Med 2014; 370:1361–1364 April 3, 2014 DOI: 10.1056/NEJMc1401876

Összefoglaló: Az eredeti közlemény cáfolja az „obesity paradox” jelenségét, azaz hogy az elhízás a keringési betegségek miatti halálozás kockázatát csökkentené, mert eredményei szerint a normál testtömegindextől (TTI) való eltérés éppen növeli a kockázatot. A szerkesztőkhöz írt levelek egyik szerzője – egyetértve a paradoxon cáfolatával – felhívja a figyelmet arra, hogy a paradoxon oka a nem elegendően hosszú vizsgálati idő lehetett. Egy

másik hozzászóló szerint nem a *TTI*, hanem a fizikai aktivitás befolyásolja a kockázatot. A harmadik hozzászólás (a paradoxont kimutató szerzők) kritizálja az eredeti cikk szerzőit amiatt, hogy a vizsgálat adatai az 1970-es évekből származnak, pedig azóta jelentősen változtak az életkörülmények. A negyedik levélíró szerint a *TTI* nem a célnak megfelelő mutató, mert az életkorral változik, és az időseknél nem jól jelzi a kockázatot. Az eredeti cikk szerzői egyetértenek az első hozzászólóval, a másodikkal jelzik, hogy elemzésükben figyelembe vették a fizikai aktivitást, a harmadikkal azt válaszolják, hogy adataikat egészen 2000-ig gyűjtötték, a negyedik levélíró állítását pedig nem támogatják elfogadható vizsgálatok.

Ismertette: Vitrai József PhD.

*

Bobby Milstein–Andrew Jones–Jack B. Homer–Dara Murphy–Joyce Essien–Don Seville:

Charting Plausible Futures for Diabetes Prevalence in the United States:

A Role for System Dynamics Simulation Modeling

Preventing Chronic Disease, Public Health Research, Practise and Policy;

VOLUME 4: NO. 3; JULY 2007

www.cdc.gov/pcd/issues/2007/jul/06_0070.htm, Centers for Disease Control and Prevention

Összefoglaló: A cikkben rendszerdinamikai szimulációs modellen keresztül vizsgálták a „*Health People 2010*” népegészségügyi program diabetes-gyakorisággal kapcsolatos célkitűzéseit. A modell célja – a különböző beavatkozások tükrében – feltérképezni a lehetséges kimeneteket. A szerzők 1980-tól vizsgálták a prevalencia-adatok alakulását, és ezek alapján három lehetséges kimenetet állapítottak meg. A lehetséges kimenetek alapján megállapították, hogy a „*Health People 2010*” gyakorisággal kapcsolatos célkitűzései nem megvalósíthatóak, és a rendszerdinamikai szimulációs modell segítségével pontosabb célokat lehet meghatározni.

Ismertette: Kimmel Zsófia

*

Sally C. Davies–Eleanor Winpenney–Sarah Ball–Tom Fowler–Jennifer Rubin–Ellen Nolte:

New wave in public health improvement

www.thelancet.com 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)

Összefoglaló: A brit tisztifőorvos és szerzőtársai szerint eddig 4 népegészségügyi hullám zajlott le: „*strukturális*” (tisztá ivóvíz, szennyvízelvezetés), „*biomedikális*” (antibiotikumok, védőoltások), „*klinikai*” (az életmóddal összefüggő betegségek), „*szociális*” (az egészség társadalmi meghatározói). Az életmóddal összefüggő betegségek terheinek és az egészség-egyenlőtlenségek növekedése egy újabb, 5. népegészségügyi hullám kezdeményezését indokolja: a „*kulturális*”, azaz az egészségkultúra kedvező irányú megváltoztatását célzó irányt. A kultúra ebben az értelemben a tanult normák, meggyőződések, értékek és viselkedések közös rendszere. A szerzők abból indulnak ki, hogy a lakosság egészségének javításához nélkülözhetetlen egy olyan egészségfejlesztő társadalmi környezet, melyben elsődleges az egészséges viselkedés normáját közvetítő kultúra és az azt támogató intézményi, társadalmi és fizikai környezet. Az 5. hullám megvalósításához szükséges megközelítés pozitív, holisztikus, eklektikus, kollaboratív, érdekeltek széles körét bevonó. Evidenciákon nyugvó eszközei: (1) az egészség értékének növelése és az egészséges viselkedés támogatása, (2) az egészséges választás elsődlegességének elterjesztése, valamint (3) az egészségkárosító kultúra és környezet visszaszorítása. A szerzők szerint az 5. hullám a kormányzat („*egészséget minden szakpolitikába*”), illetve a helyi közösségek, önkormányzatok összehangolt tevékenységével, valamint az egyént a maga testi-lelki-szociális-kulturális egységében szemlélő egészségügyi szakemberek közreműködésével valósítható meg. A cikk azzal zárul, hogy a megvalósítás kezdeményezője, irányítója és felelőse az országos tisztifőorvos.

Ismertette: Vitrai József PhD.

*

Nikola Biller–Andorno, MD., PhD.–Peter Jüni, MD.:

Abolishing Mammography Screening Programs? A View from the Swiss Medical Board

April 16, 2014 DOI: 10.1056/NEJMp1401875

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1401875?query=TOC>

Összefoglaló: A Svájci Orvosi Tanácsadó Testület (Swiss Medical Board) hét különböző egészségügyi területtel foglalkozó szakértője felkérést kapott, hogy készítsenek áttekintő tanulmányt a mammográfiás emlőszűrés hatékonyságáról. A cikk e vizsgálat eredményeit és következtetéseit mutatja be. Elsőként a szakértők megállapították, hogy a szakterületen folyó viták során a résztvevők gyakran régi, elavult klinikai vizsgálatokra hivatkoznak, melyek nem vehették figyelembe az emlődaganat kezelésében elért legújabb eredményeket, ezért megnehezítik a vitatott terület átláthatóságát. Másodsorban arra a következtetésre jutottak, hogy nem nyilvánvaló a szűréssel járó előnyök túlsúlya az azzal járó veszélyekkel szemben. Az általuk elemzett legújabb vizsgálatok közel 22%-ában „túldiagnosztizálás” történt, azaz olyan esetben láttak el (műtét, kemoterápia, radio-terápia) kiszűrt daganatot, mely nem volt indokolt. Harmadszor felhívták a figyelmet arra, hogy milyen nagy a különbség a nők által az emlőszűréstől elvárt és a valós eredmények között. A vizsgálat alapján javasolták, hogy Svájcban ne vezessenek be további emlőszűrési programokat, a folyamatban lévőket pedig állítsák le. Javasolták továbbá, hogy a szűrés előnyei mellett annak veszélyeire is hívják fel az érintettek figyelmét, ezzel támogatva a megalapozott döntéshozatalt.

Ismertette: Dr. Varsányi Péter

*

Dominik Schori–Karen Hofmann–Thomas Abel:

Social inequality and smoking in young Swiss men: intergenerational transmission of cultural capital and health orientation

Published online: 22 December 2013, *Int J Public Health* (2014) 59:261–270 http://download.springer.com/static/pdf/757/art%253A10.1007%252Fs00038-013-0537-3.pdf?auth66=1398589255_214091017089a2586a5c860cd897cf62&ext=.pdf

Összefoglaló: A svájci Népegészségügyi Iskola szakértői a szociális egyenlőtlenségek és a dohányzás kapcsolatát vizsgálták fiatal férfiak csoportjában. A felmérés során többtényezős modellt alakítottak ki, melyben vizsgálták az iskolázottság és az egészséggel kapcsolatos attitűd hatását a dohányzási szokások kialakulására. A szociális egyenlőtlenségek hatásának vizsgálatára a modell tartalmazta a szülők kulturális, gazdasági jellemzőit és a család életmódjára vonatkozó adatokat.

Az eredményekből kiderül, hogy a fiatalok attitűdje és iskolázottsága negatívan befolyásolja a dohányzási szokásokat, azonban a két tényező között nincsen összefüggés. Az iskolázottságot befolyásolja a szülők kulturális háttere, azonban nem befolyásolják a szülők gazdasági jellemzői. Az attitűd kialakulását a család életmódja nagymértékben, gazdasági háttere kismértékben befolyásolja.

A szerzők szerint két, egymástól független tényező határozhatja meg a dohányzási szokásokat: az egyik az iskolázottság, a másik az attitűd. Az iskolázottsággal kapcsolatban a szakértők elmondják, hogy elsősorban környezeti hatások miatt kezdhetnek dohányozni a fiatalok, pl. idősebb társaik között gyakoribb a dohányos, így a fiatal is azzá válik. Továbbá felhívják a figyelmet arra, hogy az iskolázottság nem a család gazdasági hátterétől, hanem a szülők kulturális jellemzőitől is függ, így fontosabbnak tartják a szülők iskolai végzettségének vizsgálatát a család jövedelmének vizsgálatával szemben. A szerzők úgy gondolják, hogy az attitűd nem a szocioökonómiai státusztól, inkább a család életmódjától függ.

A szerzők szerint az egészségfejlesztési programok kidolgozásánál az iskolázottságot, az attitűdöt, valamint az azokat befolyásoló további tényezőket is figyelembe kell venni.

Ismertette: Kimmel Zsófia



CONTENTS

2014 — INTERNATIONAL YEAR OF THE FAMILY

**The Effect of Parenthood Preparation Sessions, Addictions of the Parents
and Plans to Make a Baby-friendly Home** 2
Barbara Jóscai, Zuzsanna Kiss Soósné Dr., PhD.

Sexual Behaviour of Secondary School Students 11
Renáta Csatlós, Judit Pukánszky, Anikó Németh Dr.

**Families in the Crisis – Finding Work-life Balance in Difficult Economic Context
Conference in Athen, 28–29 April, 2014.** 18
Judit Balogh Kovácsné Dr., PhD.; Zsuzsanna Kiss Soósné Dr., PhD.

SURVEYS

Health Development Program in Elementary Schools for Improving Bath Culture 20
Klára Vincze Szabóné, Vera Reiner Dr., Erika Szabó Dr. Jágerné Dr., Éva Stánitz Dr.

COMPLIANCE AND HEALTH DEVELOPMENT

Introducing Project BELLA – Health Care Practices in Pharmacies 26
Éva Belicza Dr., Judit Lám Dr.

THE MATTER OF HEALTH — PAST AND PRESENT

Old-fashioned and Modern – at the Same Time? 29
Bonifác József Solymosy

REVIEW JOURNAL

Selection of Articles for International Journals 32
Eszter Balku, Péter Csizmadia, Zsófia Kimmel, Péter Varsányi Dr., József Vitrai PhD.

Megrendelőlap

Előfizetésben megrendelem az Egészségfejlesztés című lapot példányban.

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

Megrendelő (fizető):

Cím:

Kézbesítési cím:

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

.....
aláírás

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

