

Tartalom

KÖSZÖNTŐ Sólyom László és Sólyom Erzsébet üzenete	2
TOVÁBBKÉPZÉS Munkahelyi egészségfejlesztés – a minőség jegyében II. <i>Gábor Edina, Kiss Judit</i>	3
FELMÉRÉSEK Védőnő hallgatók családalapításra és gyermekvállalásra vonatkozó tervei országos kutatás eredményei alapján <i>Sóosné Dr. Kiss Zsuzsanna PhD., Dr. Feith Helga Judit PhD.</i>	12
Az egészségfejlesztési tanulmányok szerepe a védőnő hallgatók egészségmagatartásának változásában és hiteles szakemberré válásában <i>Balogh Mónika, Dr. habil. Barabás Katalin</i>	19
Az egészségkép hatása az egészségjavító intervenciók iránti nyitottságra magyar várandósok körében <i>Bódecz Tamás M.D., Horváth Boldizsár M.D., PhD., Kovács Lajos M.D., Diffellné Németh Marietta, Sándor János M.D., PhD.</i>	33
Stresszforrások, következményeik, valamint megküzdési stratégiák orvostanhallgatók körében <i>Sárközy Virág, Dr. habil. Barabás Katalin</i>	41
HÍREK, INFORMÁCIÓK Az egészségfejlesztés és egészségmegőrzés szerepe és fontossága az egészségügyi dolgozók napi munkájában Jubileumi X. Sümegi Orvosi Napok, 2009. augusztus 27–29., Sümeg <i>Dr. Fi Zsolt, Bódisz Gábor, Prof. Dr. Schmidt Péter</i>	48
Az Országos Egészségfejlesztési Intézet általános iskolai dohányzásmegelőzési programja	49
A mérsékelt alkoholfogyasztás kockázatai	49
Rangos elismerés az Osztrák Gyermekek- és Ifjúsági Orvosok 47. Kongresszusán	50
KONFERENCIA Az egészségben megnyilvánuló egyenlőtlenségek 2009. december 3., Magyar Tudományos Akadémia, Budapest	51

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, prof. dr. Hollán Zsuzsa,
dr. Kovács Attila, prof. dr. Molnár Péter,
prof. dr. Simon Tamás

Főszerkesztő: Gábor Edina

Felelős szerkesztő:
prof. dr. Simon Tamás

Vezető szerkesztő:
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 kézbesítőknél,
e-mailen: hirlapelofizetes@posta.hu,
faxon: 303-3440.
További információ: 06-80-444-444
Megjelenik kéthavonta.
Egy példány ára 2000 Ft.
Előfizetési díj egy évre 12 000 Ft,
fél évre 6000 Ft.
Index: 25 214, ISSN 1786-2434

Tipográfia és tördelés:
Reneszánsz Tipográfiai Műhely
Nyomdai munkálatok:
Porszinter Nyomda
1033 Budapest, Benedek Elek u. 1–3.

 Országos
Egészségfejlesztési
Intézet

Sólyom László és Sólyom Erzsébet üzenete

**az Egészség Hídja Partner Lánc által szervezett
egészségtudatossági kampány ünnepélyes záróeseményére**

Budapest, 2009. november 13.

Tisztelt Hölgyeim és Uraim!

Riasztó tény, hogy a 40–45 éves magyar nők közötti vezető halálok egy 95%-ban gyógyítható betegség! Sajnos Magyarországon még mindig tartja magát az a nézet, hogy szűrésekre járni túlzott aggodalmasságra vall. Mintha még nem láttunk volna magunk körül elég tragédiát és késő bánatot! Pedig a gyógyítási módszerek és az ellátás fejlődése mellett a túlélés záloga a tudatosságban, a megelőzésben és a szűrésben van. Hazánkban a behívottak alig több mint harmada jelenik meg a mellrákszűréseken. Minden lehetséges alkalmat meg kell tehát ragadnunk, hogy ezen az arányon javítsunk.

Kommunikációs szakemberek régóta tudják, hogy napjainkban a közvéleményt már kevésbé rázzák fel a nagy, frontális kampányok. Létezik viszont egy csendesebb, jóval hatékonyabb és sokkal olcsóbb megoldás: a közösségeken belüli párbeszéd beindítása. Ha ismerősök, munkatársak között kerül terítékre egy fontos téma, mindenki beszélni fog róla.

Köszönet illeti a Partner Láncban résztvevő cégeket és vállalatokat, amelyek vállalták, hogy az Egyesület ösztönzésére beviszik a munkahelyi köztudatba a mellrák elleni küzdelem ügyét. Az igazgatói levelek és kérdőívek százezer érintetthez jutottak el, s remélhetjük, hogy sokakat meggyőztek. Ez a program bizonyíték arra, hogy az önkontrollra építő egészségvédő kampányok sikere nemcsak a beléjük fektetett pénzen, hanem a figyelmen és emberségen is múlik.

Remélem, mások is csatlakoznak a mozgalomhoz, és a rák ellen küzdő civil szervezetek egyre több embert ébresztenek saját felelősségére.

Ebben a munkában sok erőt és reményt kívánunk minden résztvevőnek.

SÓLYOM LÁSZLÓ

SÓLYOM ERZSÉBET

Munkahelyi egészségfejlesztés – a minőség jegyében II.

Gábor Edina főigazgató, Kiss Judit osztályvezető

Országos Egészségfejlesztési Intézet

Bevezetés

Cikksorozatunk a munkahelyi egészségfejlesztés hazai és nemzetközi szakirodalma főbb vonatkozó eredményeinek összefoglalását, továbbá a legjobb gyakorlatok tapasztalatainak áttekintését tűzte ki célul a munkahelyi egészségfejlesztési programok területén. A cikksorozat első része a munkahelyi egészségfejlesztés és határterületei (munkavédelem, foglalkozás-egészségügy) nemzetközi és hazai szabályozását, illetve szakmapolitikai háttérét mutatta be, illetve áttekintettük a WHO, az ILO, a CDC, az NHS, az EU és az ENWHP szakmai programjait, összefoglalóit és ajánlásait, továbbá a szakirodalomban megjelent cikkeket, folyóirat-közleményeket, valamint a hazai programok tapasztalatait. A cikksorozat második részének célja a munkahelyi egészségfejlesztés különböző megközelítéseinek, valamint a munkahelyi egészségfejlesztési programok sikerességét mérő módszereknek a bemutatása.

A munkahelyi egészségfejlesztés megközelítéseiről

A munkahelyi egészségfejlesztési programok az Egyesült Államokból indultak az 1970-es évek végén, ahol a munkáltatók az egészséggel kapcsolatos költségeket akarták csökkenteni e programok bevezetésével. (Chu, C. et al., 2000) Az 1980-as években az ún. „wellnessprogramok” terjedtek el elsőként, amelyek elsősorban a munkavállalók egészségét veszélyeztető rizikófaktorok megszüntetésére, illetve csökkentésére irányultak (pl. szűrések, stresszkezelő tréningek, táplálkozási tanácsadás, testedzésre ösztönzés, egészséginformációs szemináriumok, stb.). Egy 1989-ben végzett felmérés kimutatta, hogy a magánszektor 50 főnél többet foglalkoztató vállalatainak 65,5 százaléka végzett valamilyen egészségfejlesztési tevékenységet. (Pencak, 1991) A kezdeti szakaszban tehát a munkahelyi egészségfejlesztési (a továbbiakban: MEF) tevékenység többnyire csak egy-egy rizikófaktorra, a betegségek megelőzésére, illetve a munkavállalók életmódjának megváltozására fókuszált.

A tanulmány egy három részből álló cikksorozat második darabja.

Az első részt folyóiratunk 2009/4. számában olvashatták, a harmadik rész – terveink szerint – 2010/1–2. lapszámunkban jelenik meg.

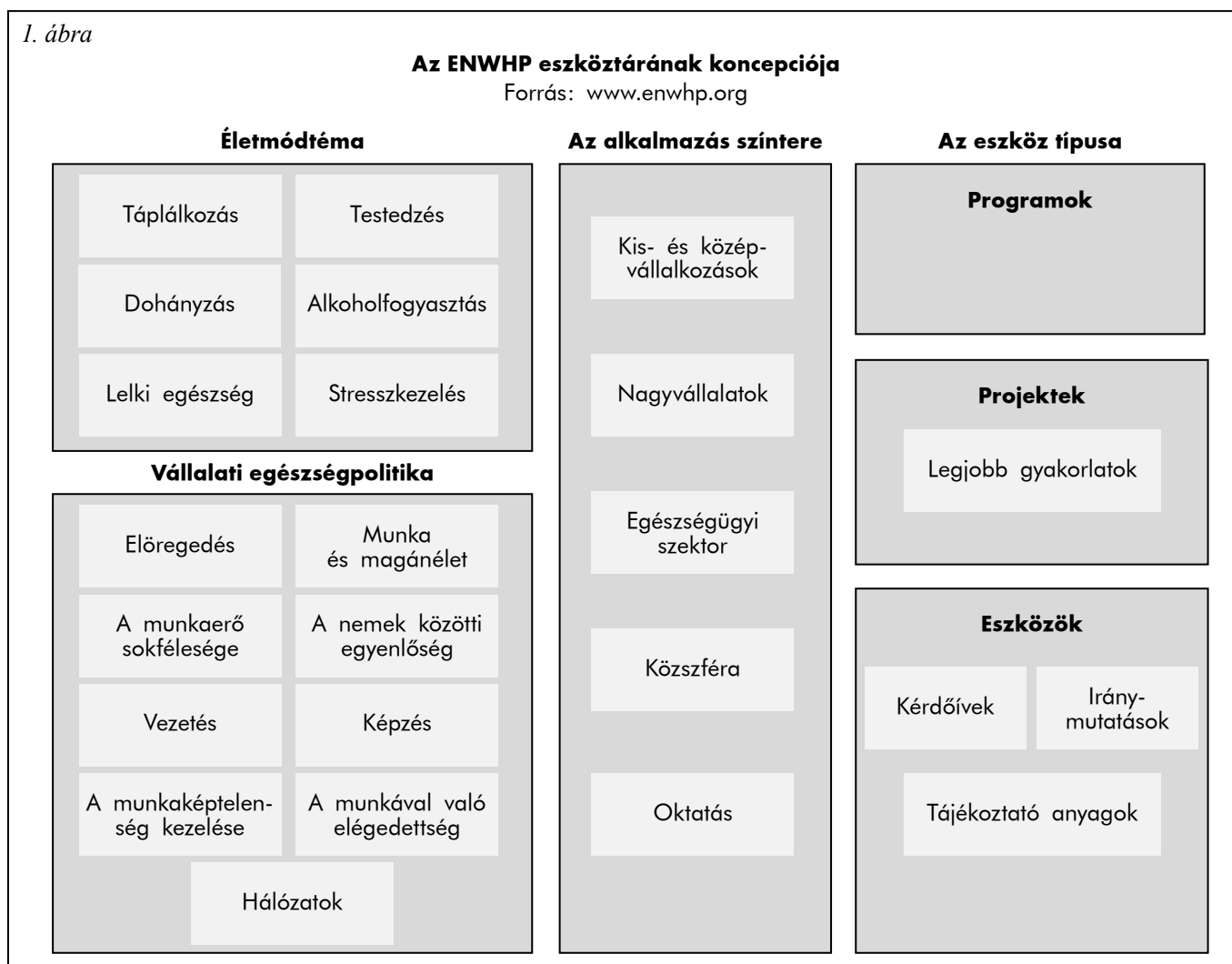
A következő fejlődési szakaszban a munkahelyi egészségfejlesztés hatóköre már a munkavállalók egészségét közvetve befolyásoló szervezeti, környezeti és társadalmi determinánsokra is kiterjedt, így az 1990-es évektől megjelenik a munkahelyi egészségfejlesztés interdiszciplináris megközelítése, amely a munkavállalók egészségének fejlesztését a vállalati kultúra integráns részeként kezeli, annak tervezésébe és kivitelezésébe – a menedzsment mellett – bevonva magukat a munkavállalókat is. Időközben ezek a programok Nyugat-Európában is egyre gyakoribbá váltak, napjainkra pedig egész Európában elterjedtek.

Mindez hozzájárult ahhoz, hogy a munkahelyi egészségfejlesztésnek számos különböző elméleti és gyakorlati megközelítése alakult ki az elmúlt évtizedekben, így egységes európai vagy nemzeti megközelítésről nem is beszélhetünk. Az alábbiakban a munkahelyi egészségfejlesztés legelterjedtebb megközelítési módjai és klasszifikációs módszerei közül emelünk ki néhányat.

Szalutogenetikus szemléletmód

Antonovsky hívta fel a figyelmet arra, hogy az egészséggel foglalkozó kutatások és elméletek többségét a betegségalapú megközelítésmód jellemzi. (Antonovsky, 1987) Antonovsky felfogása újszerű, mivel a hangsúlyt a munkahelyi károsító tényezők és stresszorok tanulmányozásáról a munkahelyi egészségfejlesztési faktorok kutatására helyezi át. Véleménye szerint a munkahelyi egészségfejlesztés tanulmányozásakor is célszerűbb a *szalutogenetikus szemléletmódot* alkalmazni. Mivel a munkahelyen mindig megjelennek pszichoszociális stresszorok, nem lehet stresszmentes munkahelyi környezetet létrehozni, azaz a stresszorok és a munkahelyi egészségfejlesztési faktorok nem ellentétes végpontjai egymásnak. Nem célravezető tehát a munkahelyi stresszorokat zavaró tényezőnek tekinteni, mivel sok olyan stresszor létezik, amelyekkel megbirkózni pozitív élményhez vezet. A hagyományos patogenetikus megközelítés figyelmen kívül hagyja a munka szalutogenetikus jellemzőit, s nem ad átfogó elméleti keretet, amelyre viszont a szalutogenetikus megközelítés alkalmas.

1. ábra



Antonovsky szalutogenetikus szemléletmódja a munkakörülmények tanulmányozására is kiterjeszhető.

Az elmélet alapvetése, hogy minél nagyobb koherenciaérzékkel rendelkezik valaki, annál valószínűbb, hogy megfelelő módon tud megküzdeni a ránehezedő munkahelyi pszichoszociális stresszorokkal. A koherenciaérzet fő funkciója megküzdeni a stresszorokkal, megakadályozni, hogy a kezdeti feszültségből stressz alakuljon ki, ilymódon védeni, fejleszteni az egészséget. A magasfokú koherenciaérzet akkor alakul ki valakiben, ha élete során sok olyan élményben volt része, amelyeket az állandóság, a túlterhelés–alulterhelés egyensúlya és a döntéshozatalban való részvételi lehetőség jellemez. A koherenciaérzet három komponense: az értelmesség, a kezelhetőség és a felfoghatóság megjelenését és fejlődését számos munkahelyi tényező segítheti elő.

Egyéni és szervezeti fókuszú megközelítésmód

A munkahelyi egészségfejlesztési tevékenység legelterjedtebb tipológiája alapján léteznek egyéni, szervezeti és a kettő kombinációján alapuló megközelítésmódok. (Juhász, 2007) Az *egyéni megközelítésmód* alapján a munkavállaló saját

maga felelős egészségi problémáiért, a munkáltató csupán segítséget nyújthat a jobb egészségi állapot eléréséhez ismeret- és készségfejlesztő, attitűdváltozást elősegítő programok segítségével. Ez a szemlélet az egyént helyezi a beavatkozások középpontjába, alapja az a feltételezés, hogy a hiányzó készségek és ismeretek megszerzése után a munkavállalók egészségesebb életmódot folytatnak majd. Az egyéni megközelítésmód számos problémát vet fel: mivel az egyéneket hibáztatja egészségi problémáikért – nem ismerve el, hogy ezért a munkahely is felelős lehet –, növelheti a munkavállalók pszichés megterhelését, így végsősoron büntudatképző hatású lehet. Emellett az ilyen típusú programoknak az egészségi állapotra csak kevés és rövid távú pozitív hatása van. Ezzel együtt az egyéni megközelítésmódú programok népszerűek, mivel olcsóbbak, könnyebben megvalósíthatóak és értékelhetőek, mint a szervezeti megközelítésű programok. Az egyéni fókuszú programok módszereiket tekintve változatosak lehetnek: irányulhatnak a munkavállalók egészséggel kapcsolatos tudatosságának fokozására, ismereteinek bővítésére (pl. felvilágosító előadások, tanácsadás, oktatás, stb.), másrészt életmódjuk megváltoztatására (pl. kognitív alkalmazkodási stratégiák, relaxációs és meditációs technikák oktatása, stresszkezelő tréningek, pszichológiai tanács-

adás, munkahelyi mozgásprogramok, alkohol- és drog-problémával rendelkező alkalmazottakat segítő programok, stb.).

A *szervezeti megközelítésmód* az egyénről a munkahelyi szervezetre helyezi a hangsúlyt. Az egyéni megközelítésmóddal szemben – ahol a munkavállalók válnak a munkahelyi ártalmakkal szemben ellenállóbbá – a szervezeti fókuszú programok – a munkahelyi ártalmak azonosítása után – igyekeznek megelőzni vagy csökkenteni azokat, pl. a munkahelyi stressz csökkentését célzó szervezeti változtatások, képzési lehetőségek biztosítása, az egészség fejlesztését szolgáló környezeti átalakítások, a munkaeszközök megfelelő kialakítása a munkahelyi balesetek megelőzése és csökkentése érdekében. A szervezeti átalakítások a következő területekre irányulhatnak (Segal, 1999):

- a munkavállalók igényeikhez és képességeikhez igazított munkavégzés,
- a munka érdekesebbé tétele,
- a szerepek és a felelősség tisztázása,
- a munkavállalók részvételének biztosítása a munkájukat érintő döntésekben,
- a munkavállalók közötti társas interakció elősegítése és támogatása,
- a szervezeti kommunikáció javítása,
- a vezetők számára szervezett képzések (pl. a munkahelyi stressz kezelésével kapcsolatban),
- a munkavállalók nagyobb mértékű részvételét lehetővé tevő vezetési formák kialakítása.

Az ilyen típusú programok lényegesen költségesebbek és nehezebben kivitelezhetőek/értékelhetőek, mint az egyéni megközelítésmódú programok. Ebben az esetben ugyanis az átalakítások a teljes szervezetet érintik, amelyekre egy sor más tényező is hat, így a program hatása nehezen különíthető el az egyéb hatásoktól (pl. a gazdasági-társadalmi viszonyok változásaitól). Emellett azonban ezek a programok sokkal hosszabb távú hatásokkal bírnak, mint az egyéni fókuszú programok, így egyben költséghatékonyabbak is.

Az *egyéni és szervezet találkozási pontjára irányuló megközelítésmód* az előző két szemlélet előnyeit ötvözve arra irányul, hogy javítsa és hatékonyabbá tegye egyén és szervezet találkozását, együttműködését. A munkavállalók és a munkahely hatékonyabb együttműködésének elősegítése érdekében a munkavállalóknak és a vezetőknek leggyakrabban kommunikációs stratégiákat tanítanak, a munkahelyen belüli összetartás, társas támogatottság javítására csapatépítő programokat szerveznek vagy munkacsoportokat alakítanak át.

A hatásvizsgálatok tanúsága szerint leghatékonyabbnak a megelőző, a munkakörnyezetre, a szervezetre irányuló beavatkozások, míg legkevésbé hatékonyak a gyógyító, egyénre irányuló megközelítések bizonyultak. (Mercier és Francois, 2001)

Az ENWHP klasszifikációs módszere

A *Munkahelyi Egészségfejlesztés Európai Hálózata (ENWHP)* 2004-ben dolgozta ki azt az eszköztárat (*European Toolbox*), amely a munkahelyi egészségfejlesztés európai módszereinek és gyakorlatainak azonosítását, összegyűjtését és értékelését segíti elő. (1. ábra) A „*toolbox*” olyan munkahelyi egészségfejlesztési tevékenységek összegyűjtését szolgálja, amelyeket vállalati szinten alkalmaztak, egy-nél több alkalommal használtak, továbbá különböző munkahelyekre transzferálhatóak és a legkülönbözőbb felhasználói csoportok számára elérhetőek. (Vaandrager, 2004)

Jól látható, hogy az ENWHP a munkahelyi egészségfejlesztési tevékenységeket 4 szempont alapján osztályozza:

- az eszköz típusa (programok, projektek: legjobb gyakorlatok, eszközök: kérdőívek, iránymutatások, tájékoztató anyagok),
- az alkalmazás színtere (kis- és középvállalkozások, nagyvállalatok, egészségügyi szektor, közsféra, oktatás),
- életmódtéma (egészséges táplálkozás, dohányzásprevenció, lelki egészség, testedzés, alkoholfogyasztás, stresszkezelés),
- vállalati egészségpolitika (előregedés, a munkaerő sokfélesége, vezetés, a munkaképtelenség kezelése, a munka és a magánélet egyensúlya, a nemek közötti egyenlőség, képzés, a munkával való elégedettség, hálózatok).

Ez a komplex felosztás lehetővé teszi a hálózat tagországai számára az azonosított munkahelyi egészségfejlesztési tevékenységek kategorizálását. Az ENWHP definíciójában a munkahelyi egészségfejlesztés egyesíti az életmódalapú egészségfejlesztési tevékenységeket azokkal az egészséggel kapcsolatos kérdéskörökkel, amelyek a vállalati egészségpolitikának is részét képezik. A munkahelyi egészségfejlesztés olyan program, projekt vagy eszköz, amely a munkahelyi egészség védelmére és fejlesztésére irányul, különös tekintettel az olyan, az egészséget befolyásoló, munkahelyeken is felmerülő problémák csökkentésére, mint az előregedés, a munkaképtelenség, az alkoholfüggőség, a dohányzás, az egészségtelen táplálkozási szokások, a stressz, stb.

A munkahelyi egészségfejlesztési programok sikerességének mérésére használt módszerek bemutatása

A munkahelyi egészségfejlesztési tevékenységek sikerességének értékelésére már eddig is számtalan szakmai szervezet vállalkozott. Jelen tanulmány keretében a WHO és az ENWHP – az Európai Unió által támogatott – legkomplexebb és a nemzetközi gyakorlatban leginkább elterjedt kritériumrendszereit mutatjuk be, míg hazai vonatkozásban az Egészségesebb Munkahelyekért Egyesület által kialakított „*egészségbarát munkahely*” kritériumait ismertetjük.

A WHO kritériumrendszerei

A nemzetközi munkahelyi egészségfejlesztési tevékenységek értékelésére szolgáló modellek közül az 1990-es évek közepén az elsők közt jött létre – a *WHO Office for the Western Pacific* szakmai támogatásával – az ausztráliai *Queensland State Steering Committee* által kidolgozott séma, amely 12 alapelvet foglal magában. (Chu, C. et al., 2000)

A munkahelyi egészségfejlesztés alapelvei – amelyeket a munkaadók, a munkavállalók és az egészségügyi szakemberek konszenzusával fogadtak el – prioritási sorrendben:

1. költséghatékony,
2. elismeri és támogatja a munkahelyi egészség és biztonság fontosságát,
3. a munkahely (nem pedig kormányzati szervek vagy magáncégek) által kivitelezett,
4. a munkahelyi egészségproblémák beazonosítását célzó szükségletfelmérésre épül,
5. önkéntes részvételt igényel,
6. az egészségfejlesztési alapelvek gyakorlatát magában foglalja,
7. fenntartható jellegű,
8. elfogadja a szociális igazságosság alapelveit,
9. értékelési eljárásokat is magában foglal,
10. szükség esetén vegyes stratégiákat alkalmaz,
11. a családtagokat is bevonhatja, amennyiben szükséges,
12. figyelembe veszi a munkahelyi politikát, kultúrát, szerkezetet és jogi szabályozásokat.

A cikk szerzői a munkahelyi egészségfejlesztés sikerességének értékelésére szolgáló kulcsindikátorokat a következőképpen foglalják össze:

- *Részvétel*: a teljes munkahelyi gárda (a menedzsment és a munkavállalók) bevonása minden tevékenységi fázisba.
- *Projektmenedzsment*: a programoknak és intézkedéseknek a problémamegoldási ciklus alapján kell felépülniük: szükségletfelmérés, prioritások meghatározása, tervezés, végrehajtás, folyamatos monitorozás és értékelés.
- *Integráció*: a programokat a munkahely általános vezetési gyakorlatába kell integrálni, továbbá törekedni kell arra, hogy a munkahelyi egészségfejlesztési stratégiák megfelelően illeszkedjenek a cég üzleti tervébe/filozófiájába.
- *Átfogó szemlélet*: a programoknak egyéni és szervezeti/környezeti megközelítésű intézkedéseket egyaránt magukban kell foglalniuk.

Ezek a tényezők is jól mutatják azt a váltást, amely a munkahelyi egészségfejlesztés területén időközben végbement: a viselkedésalapú megközelítésről a hangsúly az egyéni és szervezeti alapú megközelítésre helyeződött. Ezt a szemléletmódot támasztja alá az a kutatási program is, amely 8 európai ország (Németország, Görögország, Írország, Olaszország, Hollandia, Spanyolország, Portugália és Nagy-Britannia) kulcsszereplőivel készített interjúkra építve elemzi 1400 vállalat egészségügyi intézkedéseit és 24 „jó gyakorlat” esettanulmányát. (Wynne, 1997) A szerző rámutat arra, hogy a munkahelyi egészségfejlesztés még szélesebb körben való elterjesztése a következőket igényli:

- szisztematikus és pragmatikus, probléma-alapú megközelítés,
- a munkahelyi egészségfejlesztés iránt elkötelezett munkahelyi menedzsment,
- támogató vállalati környezet,
- további releváns (nem egészséggel kapcsolatos) tényezők beemelése,
- multidiszciplináris részvételt igénylő szisztematikus megközelítés.

A WHO Office for the Western Pacific (WHO-WPR) 1999-ben dolgozta ki az egészséges munkahelyekre vonatkozó alapelveit, amelyek alapján az egészséges munkahelyet: 1. átfogó szemlélet, 2. részvétel és felhatalmazás 3. multiszektoriális és multidiszciplináris kooperáció, 4. szociális igazságosság és 5. fenntarthatóság jellemzi.

Az alapelvekhez kapcsolódóan kidolgoztak egy ellenőrző listát, amelyet a munkahelyek saját maguk alkalmazhatnak, s amely eszközként szolgálhat a munkahelyi egészséggel összefüggő problémák azonosítására. A lista hat fő területet és azon belül további kritériumokat tartalmaz; a hat fő terület a következő:

1. munkahelyi egészségpolitikák,
2. szervezeti környezet,
3. fizikai környezet,
4. életmód és személyes egészség-készségek,
5. egészségügyi szolgáltatások,
6. külső környezeti hatások.

Az EU és az ENWHP kritériumrendszerei

Az ENWHP már a megalakulását követő években egységes kritériumrendszert dolgozott ki, példatárát állított össze, kongresszusaival, kiadványaival és internetes szolgáltatásaival ismereteit széles körben is hozzáférhetővé teszi és – a változó kihívásokhoz igazodva – folyamatosan frissíti. A hálózat 1997-ben kezdte el a munkahelyi egészségfejlesztés jó gyakorlati modelljeinek („model of good practice”: MOGP) gyűjtését. A felgyülemlett tapasztalatok alapján 1999-ben dolgozták ki a minőségi kritériumok rendszerét, amely 6 területre terjed ki (*Quality Criteria of Workplace Health Promotion*, 1999; Galgóczy, 2004):

1. *Munkahelyi egészségfejlesztés és vállalati politika*: meg kell vizsgálni, hogy a munkahelyi egészségfejlesztés beépült-e a vállalatirányítás rendszerébe, azaz felismerték-e fontosságát.

A munkahelyi egészségfejlesztés sikere nagymértékben függ attól, hogy a menedzsment felismeri-e saját felelősségének jelentőségét, s ennek megfelelően alakítja-e ki rendszereit.

a) A szervezet rendelkezik dokumentált, a munkahelyi egészségfejlesztésre vonatkozó üzletpolitikával, ezt a vezetőség teljes mértékben támogatja, valamint a szükséges döntések meghozatalával aktívan hozzájárul megvalósításukhoz.

b) A munkahelyi egészségfejlesztés intézkedései hatékonyan épülnek be a szervezet struktúráiba és munkafolyamataiba.

c) A szervezetbiztosítjaaazelengedhetetlen – költségvetési, személyi, tárgyi, képzési, stb. – forrásokat a munkahelyi egészségfejlesztés sikere érdekében.

d) A menedzsment rendszeresen monitorozza a munkahelyi egészségfejlesztés intézkedéseinek megvalósulását.

e) A munkahelyi egészségfejlesztés témaköreinek a képzési és átképzési programok integráns részévé kell válniuk (különös tekintettel a vezetőségre).

f) A teljes munkahelyi kollektívának hozzá kell férnie

a fontosabb – egészséggel összefüggő – infrastruktúrához (pl. pihenőhelységek, mosdók, konyha, sporteszközök).

2. *Humán erőforrások és munkaszervezet:* az emberi erőforrás-gazdálkodásnak és a munkaszervezésnek egészségorientálnak kell lennie. Az egészségtudatos humánpolitika és munkaszervezés egyik legfontosabb feladata, hogy tisztában legyen a munkatársak képességeivel. A munkahelyi egészségfejlesztés sikere azon múlik, hogy minden munkatársat aktívan bevonjanak a tervezésbe és a döntéshozatalba egyaránt.

a) A szervezet munkavállalóinak rendelkezniük kell azokkal a készségekkel (beleértve az egészségügyi képzettséget), amelyek a munkavégzéshez szükségesek, illetve lehetőséget kell kapniuk ezek megszerzésére.

b) A munka megfelelő szervezésével megóvják a munkavállalókat a túl- vagy alulterheléstől.

c) A munkavállalók számára kialakított személyes karrierépítési lehetőségek mellett fontos, hogy ezeket speciálisan kialakított munkaszervezési lépésekkel segítsék elő.

d) A munkahely egészségügyi jellemzőivel kapcsolatban minden munkatársnak érdemi hozzászólási lehetőséget kell adni.

e) A felső vezetés támogatja a beosztottakat és hozzájárul a jó munkahelyi légkör megőrzéséhez.

f) A szervezet lépéseket tesz annak érdekében, hogy segítse a munkavállalók (különös tekintettel a fogyatékos vagy sérült munkavállalókra) reintegrálódását hosszantartó betegségek után.

g) A vállalat intézkedéseket hoz a munka és a család közötti egyensúly megőrzése érdekében.

3. *A munkahelyi egészségfejlesztés tervezése:* a munkahelyi egészségfejlesztés akkor lehet igazán sikeres, ha egyértelmű koncepcióra épül, amelyet folyamatosan felülvizsgálunk, alakítanak és kommunikálnak.

a) A munkahelyi egészségfejlesztés intézkedései a szervezet egészére vonatkoznak és a szervezet minden szintjén megfelelően kommunikáltak.

b) Az intézkedéseket mindenre kiterjedő, rendszeres felmérésre alapozzák, amely a következő – munkahelyi egészséggel összefüggő – kérdéseken alapszik: munkahelyi stressz, egészségindikátorok, szubjektív jellegű panaszok, rizikófaktorok, baleseti statisztikák, foglalkozási eredetű megbetegedések, betegségek miatt hiányzások, a szervezet valamennyi érdekeltjének (*stakeholders*) elvárásai – különös tekintettel a munkavállalókéra.

c) A teljes munkahelyi kollektíva megfelelő tájékoztatásban részesül – belső PR-munka segítségével – a munkahelyi egészségfejlesztési projektekről.

4. *Társadalmi felelősség:* a munkahelyi egészségfejlesztés eredményességének előfeltétele az is, hogy a vállalat képes-e – és ha igen, hogyan – felelősen bánni a természeti erőforrásokkal. A cégek társadalmi felelősségvállalásuknak megfelelő mértékben játszanak szerepet helyi, regionális, nemzeti és nemzetközi szinten a munkahelyi egészségfejlesztési tevékenységek támogatásában.

a) A szervezet egyértelműen meghatározott intézkedéseket tesz annak érdekében, hogy elkerülje az emberi egészségre és a környezetre káros eljárásokat (pl. környezetkímélő vállalatirányítási rendszer).

b) A szervezet aktívan támogat minden, egészséggel kapcsolatos társadalmi, kulturális és jóléti kezdeményezést.

5. *A munkahelyi egészségfejlesztés programjának végrehajtása:* a munkahelyen integrált és szisztematikus előírásokkal kell elérni, hogy a munkavégzés és munkakörnyezet az egészséget és a biztonságot ne veszélyeztesse, valamint a munkavállalók tanúsítsanak egészségtudatos magatartást, törekedjenek egészséges életmódra. A munkahelyi egészségfejlesztési kampányokban együttesen lehetők fel az egészséges munkakörnyezet megteremtését és az egészséges életmód népszerűsítését célzó intézkedések. Ezek akkor sikeresek, ha vannak közöttük kapcsolódási pontok, és magukat az intézkedéseket a vállalati folyamatokba szisztematikusan integrálják.

a) A szervezet rendelkezik olyan munkacsoporttal vagy koordináló bizottsággal, amelynek feladata az egészségfejlesztési intézkedések tervezése, monitorozása és értékelése. Bármely – a munkahelyi egészségfejlesztéssel kapcsolatba hozható – tevékenységet végző személy képviselheti magát a testületben.

b) A munkahelyi egészségfejlesztés intézkedéseinek tervezéséhez és végrehajtásához rendszeres időközönként és rendszerezett módon az összes szükséges belső és külső információt biztosítani kell.

c) Ki kell jelölni az intézkedések célcsoportjait és a számszerűsített elvárásokat.

d) Az egészségkímélő munkaszervezést, az egészséges munkakörnyezet megteremtését és az egészséges életmód népszerűsítését célzó intézkedéseket egymással összhangban kell bevezetni.

e) Minden intézkedést rendszeresen értékelni és folyamatosan javítani kell.

6. *A munkahelyi egészségfejlesztés eredményei:* a munkahelyi egészségfejlesztés sikerességét számos rövid-, közép- és hosszú távú indikátor alakulásával jellemezhetjük (pl. a munkavállalók és/vagy az ügyfelek elégedettsége; a betegállomány, a balesetek gyakorisága; a fluktuáció; a motiváltság; a termelékenység).

a) A munkahelyi egészségfejlesztés érdekében hozott intézkedéseknek a vevők elégedettségére (a termékek és a szolgáltatások szempontjából egyaránt) gyakorolt hatását szisztematikusan elemezni kell, és le kell vonni a megfelelő tanulságokat.

b) Rendszeres elemzésre és a megfelelő döntések meghozatalára van szükség a munkahelyi egészségfejlesztés érdekében hozott intézkedéseknek a munkavállalói elégedettségre gyakorolt hatását illetően, különösen a munkafeltételek/munkaszervezet, a vezetési stílus, a részvétel lehetősége, valamint a munkahelyi egészség és biztonság területén.

c) A munkahelyi egészségfejlesztés érdekében hozott intézkedéseknek az egészségindikátorokra – mint pl. a hiányzások arányára, a baleseti statisztikákra, a stresszes munkafeltételek javulására, a benyújtott és elfogadott egészségfejlesztési javaslatok számára, az életmódprogramok használatára, a releváns rizikófaktorok szintjére, stb. – gyakorolt

hatását szisztematikusan elemezni kell, és le kell vonni a megfelelő tanulságokat.

d) Elemezni kell a munkahelyi egészségfejlesztési intézkedések releváns gazdasági tényezőkre – mint pl. a munkahelyi fluktuációjára, a termelékenységre, a költséghatékonyságra, stb. – gyakorolt hatását, a megfelelő következtetések levonásával.

Az ismertetett kritériumrendszer követelményei nagyüzemekben, multinacionális vállalatoknál és a közzféra nagyobb egységeinél kisebb nehézségekkel teljes körűen megvalósíthatóak. A kis- és közepes méretű vállalkozások munkahelyi egészségfejlesztésének megítélésére azonban túl komplex és bonyolult, így arra az ENWHP egy kevésbé komplex rendszert dolgozott ki, amely három területre fókuszálva (1. vezetés és részvétel, 2. üzleti folyamatok, 3. eredmények) a fentebb bemutatott kritériumokat alkalmazza, egyszerűsített formában.

A fenti kritériumrendszer nemcsak az ENWHP-t segíti a legjobb gyakorlati példák értékelésében, hanem a munkavállalókat és a munkáltatókat is támogatja saját tevékenységük tervezésében és monitorozásában. Mindezt ún. „best practice” kérdőívek, ellenőrzőlisták, indikátorok és kritériumok kidolgozásával, szakmai kiadványok közreadásával támogatja.

Az ENWHP első jelentős projektje a nagyvállalati szférában a „jó gyakorlati modelljeinek” („model of good practices”, a továbbiakban: MOGP) gyűjtése volt 1997-ben. Miután a piaci szférában zajló európai munkahelyi egészségfejlesztési gyakorlatok MOGP-gyűjteménye összeállt, az ezredforduló után a figyelem a közzféra felé irányult: 2002-ben indult az ENWHP nagyszabású projektje, amely a munkahelyi egészségfejlesztés három területét vizsgálta:

1. *A munkahelyi egészségfejlesztés hasznossága melletti érvek/bizonyítékok (business case).*

2. *Eszköztár összegyűjtése és rendszerezése (toolbox) (nem azonos a MOGP-gyűjteménnyel, hiszen különféle modellekben azonos eszközök felhasználására kerülhet sor, illetőleg egy modellen belül több eszköz is bevethető).*

3. *Az infrastruktúra kiépítése.*

Az ENWHP ezután újabb nagyszabású MOGP-gyűjtésre vállalkozott: 2006-ban *Move Europe* elnevezéssel jött létre az a kezdeményezés, amelyben 26 európai ország vett részt, így többek között Magyarország is csatlakozott a 3 évig tartó programhoz (*a program hazai koordináló szervezete az Országos Egészségfejlesztési Intézet*). A program elnyerte az *Európai Unió Egészségügyi és Fogasztóvédelmi Főfelügyelőségének* támogatását is. A program egy átfogó kampány keretében vállalatokat mozgósított annak érdekében, hogy az „Egészséges munkavállaló az egészséges munkahelyeken” víziója megvalósulhasson.

A program legfontosabb célkitűzései:

– Egységes kritériumok alapján összegyűjteni és díjazni a legjobb európai munkahelyi egészségfejlesztési gyakorlatokat (MOGP), hozzájárulva minél szélesebb körben való elterjesztésükhöz.

– Hozzájárulni a munkahelyi egészségfejlesztés kedvező hatásainak felismeréséhez.

– Gyakorlati példákkal igazolni a munkahelyi vezetés számára, hogy a munkavállalók egészségének szem előtt tartása hasznos befektetés.

– Az életmóddal összefüggő munkahelyi programok tanulságait megosztani a résztvevő európai országokkal, ezzel is fokozva az együttműködést és a tapasztalatcserét.

A program iránt érdeklődő vállalatok egy online, önkitöltős kérdőív segítségével tesztelheték le egészséggel kapcsolatos törekvéseiket, programjaikat és gyakorlataikat, amelyeket szakmai bíráló bizottság segítségével értékelték. A program négy témakörre alapozva gyűjtötte és értékelte a munkahelyek egészségfejlesztési tevékenységét: a fizikai aktivitásra való motiválás, az egészséges táplálkozás elősegítése, a dohányzás és a munkahelyi stressz megelőzése. A *Move Europe-program* a fenti négy területen ösztönözte a vállalatokat arra, hogy vezetéspolitikájukbankiemelhelyen szerepeljen a munkahelyi egészségfejlesztés. Az *Országos Egészségfejlesztési Intézet* több száz munkahelyet, kis- és nagyvállalatot keresett meg az állami és civil szféra területéről, s tájékoztatta őket a csatlakozás lehetőségeiről, valamint a programból származó előnyökről. A kiválasztott legjobb munkahelyi egészségfejlesztési modelleket megvalósító szervezetek és cégek elnyerték az *Egészségbarát Európai Vállalat* címet. Magyarországon a programra jelentkező közel 100 munkahelyből két vállalat nyerte el tevékenységéért a „Legjobb munkahelyi egészségfejlesztési gyakorlatot megvalósító vállalat” kitüntető címét.

A program értékelési fázisához kapcsolódóan az ENWHP kidolgozott egy friss kritériumrendszert, amelyben 2 típusú – minőségi és adaptálhatósági – kritériumok alapján minősíti a begyűjtött munkahelyi egészségfejlesztési tevékenységeket. A minőségi kritériumok az egészségfejlesztési célok és tevékenységek minőségi jellemzőinek meghatározását szolgálják, míg az adaptálhatósági kritériumok a MOGP kiválasztását teszik lehetővé.

I. Minőségi kritériumok (Quality Criteria)

A minőségi kritériumok képezték az online „Munkahelyi egészség kérdőív” (*Company Health Check*) alapját, amelynek kitöltésével a csatlakozni kívánó munkahelyek automatikusan jelentkeztek a programra. Ez a kérdőív a *Move Europe-program* következő szakaszában az ún. „Legjobb gyakorlat kérdőív” kidolgozásának bázisául szolgált, s ennek alapján értékelték a programra jelentkező munkahelyeket. Az alábbi minőségi kritériumok (amelyeket a 2. ábra angol nyelven foglal össze) segítségével a programban résztvevő szakértők értékelni tudták a munkahelyi egészségfejlesztési tevékenységeket. Így a megfelelően megtervezett és kivitelezett munkahelyi egészségfejlesztési tevékenység:

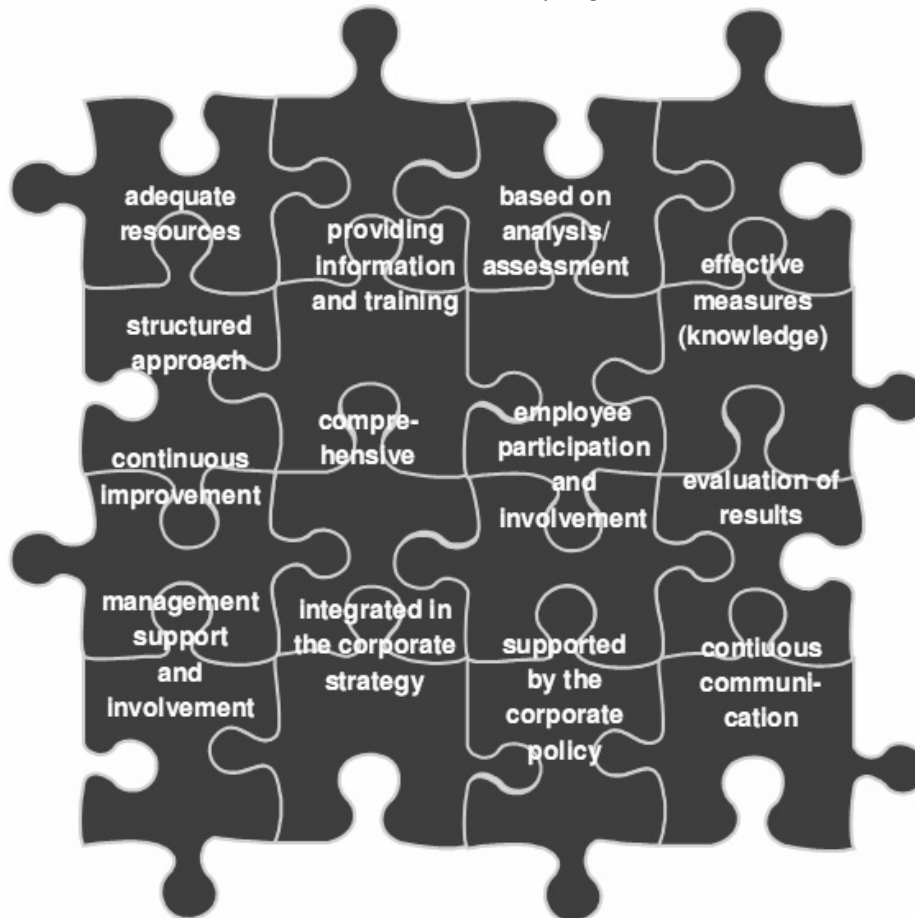
1. *A komplex munkahelyi egészségfejlesztés elvén alapul:* mennyire veszik figyelembe az egyén egészsége és a szervezeti szempontok közötti kölcsönhatást?

2. *A vállalati politika által támogatott:* segíti-e általános vállalati politika a munkahelyi egészségfejlesztési tevékenységek kidolgozását, illetve támogatja-e a munkahelyi egészség-

2. ábra

A „Legjobb Gyakorlat” az ENWHP minőségi kritériumai alapján

Forrás: www.enwhp.org



ségfejlesztés vállalati politikába való integrációját minden szociális partner?

3. *A vállalati stratégiába, rendszerekbe és folyamatokba integrált:* milyen szinten hajtják végre a programokat?

4. *A vezetőség aktív részvételével támogatott:* mennyire példamutató a vezetői magatartás?

5. *A munkatársak aktív részvételével és bevonásával támogatott:* mennyire vesznek részt a munkatársak a tervezésben és a megvalósításban?

6. *Folyamatos kommunikáció minden érintett fél között:* jellemző-e a folyamatos, többoldalú kommunikáció és a kommunikációs eszközök változatossága?

7. *Strukturált szemléletmódon alapul:* mennyire felel meg a munkahelyi egészségfejlesztés projektciklus menedzsmentjének (strukturált, módszertani szemléletmód)?

8. *Igényfelmérésen és/vagy kockázatelemzésen alapul:* mennyire speciális, alapos és részletes az intézkedések bevezetését megelőző kockázatfelmérés, feltérképezték-e a munkavállalói igényeket?

9. *A szükséges (anyagi, pénzügyi, emberi) erőforrások biztosítottak:* rendelkezésre áll-e elegendő, a megvalósításhoz szükséges forrás, dinamikus költségvetés?

10. *A munkahelyi egészségfejlesztéssel kapcsolatos*

információ és képzés biztosított: van-e a belső szakértőknek szóló képzés, az információ részletes és kidolgozott-e?

11. *Hatékony intézkedéseken és tudományos ismereteken alapul:* rendelkezésre áll-e a legjobb gyakorlatokon, tudományos szakirodalmon, szakértői tanácsadáson, stb. alapuló hatékony intézkedések választéka?

12. *A program értékelése és monitorozása:* van-e számításon alapuló szisztematikus értékelés, amely a munkahelyi egészségfejlesztés projektciklus menedzsmentjének része?

13. *Folyamatos fejlesztés jellemzi:* történik-e értékelésen alapuló fejlesztés?

II. Adaptálhatósági kritériumok

A minőségi kritériumoknak való megfelelés mellett a szakértőknek az egyes munkahelyi egészségfejlesztési tevékenységek adaptálhatóságát is értékelniük kellett. Az alábbi adaptálhatósági kritériumok alapján eldönthető, hogy az adott munkahelyi egészségfejlesztési tevékenység mennyire tekinthető legjobb gyakorlatnak:

1. *A munkahelyi egészségfejlesztési program/tevékenységek más helyzetekben és feltételek közötti alkalmazhatósága (the possibility to apply the WHP programme/activities*

in other situations/circumstances): mennyire alkalmazható más körülmények között (szervezetek, szektorok, célcsoportok, foglalkozások, országok, európai/nemzetközi szint, egészséggel kapcsolatos témakörök szerint)?

2. *Hozzáférhetőség (accessibility)*: létezik-e részletes leírás a módszertanról, az eredményekről és a folyamatokról (a leírás elérhetősége: nyelvek, web, publikáció), hozzáférhetőek-e az értékelő és kommunikációs eszközök?

3. *A projekt hatékonysága – a minőséggel kapcsolatos költségek (the efficiency of the project – costs related to quality)*: mennyire költséghatékony a program?

Az ENWHP legújabb – 2009-ben elindított – MOGP-gyűjtési programja „*Mental Health*” címmel a legjobb munkahelyi lelki egészségfejlesztési gyakorlatok összegyűjtésére fókuszál, ennek eredményeit 2011-ben publikálják majd.

Az egészségbarát munkahely hazai kritériumrendszerei

A kritériumrendszer elkészítésének alapja a Munkahelyi Egészségfejlesztés Európai Hálózatának 1999-es kritériumrendszere, amelyet – hazai viszonyokra adaptálva – a munkahelyi egészségfejlesztés hazai szakértőivel folytatott konzultációk és egyeztetések eredményeképpen az *Egészségesebb Munkahelyekért Egyesület* és *Országos Egészségfejlesztési Intézettel* közösen alakított ki (*Az egészségbarát munkahely kritériumrendszere*, 2005). Magyarországon az Egyesület az egyetlen, minden szereplőt átfogó szervezet, amely széles kapcsolatrendszer kialakítására törekszik a munkavállalók, a munkaadók és az egészségügyi ellátórendszerek között. Legfontosabb törekvése, hogy valamennyi dolgozó a jelenleginél jobb testi, lelki és szellemi egészséggel végezhesse munkáját. Célja elősegíteni, egységbe foglalni mindazokat a törekvéseket, intézkedéseket, amelyek a munkahelyi egészségfejlesztést szolgálják. Ennek érdekében az Egyesület munkakapcsolatot tart fent az egészséges munkahely kialakításában érdekelt szereplőkkel, rendszeres módszertani segítséget nyújt a helyi egészségfejlesztési stratégiák kialakításához, támogatja a témához kapcsolódó kutatások és publikációk megjelenését. Az egyesület ajánlásokat fogad el és hoz nyilvánosságra, szakmai konzultációkat, tanácskozásokat, konferenciákat szervez a tapasztalatok rendszeres feldolgozása és közvetítése érdekében, a tagszervezetek visszajelzései alapján figyelemmel kíséri a munkahelyi közérzet aktuális hazai állapotát, s hírlevelekkel és weboldallal járul hozzá tagszervezetei informálásához.

A szempontrendszer összeállításánál kiemelt hangsúlyt kapott a következetes végrehajtás igénye és a vállalati integráció foka, a hazai munkavédelmi törvény és a rendeletek betartása, a munkavédelem helyzete, továbbá az egészségügyi és a szociálpolitikai szolgáltatásokhoz való hozzáférés. A szempontrendszer tartalmazza mindazon intézkedéseket és lépéseket, amelyek a munkahelyi egészségfejlesztés sikeres megvalósulásához elengedhetetlenül szükségesek. A kritériumrendszer alapján a munkahelyi egészségfejlesztés érdekében hozható intézkedések a következők:

– *Munkahelyi egészségterv*: egészségtudatos vállalati filozófia alapján fejlesztési programok kiépítése, a megvalósítás tervezésénél alapozva a dolgozók aktív közreműködésére. Az intézkedéseknek összhangban kell állniuk a szervezeti struktúrával és a munkafolyamatokkal.

– *Egészségtudatos humánpolitika*: a vállalat vezetése tisztában van munkavállalói képességeivel, az elvárásokat megfelelően kommunikálja, az egyéni igényeket figyelembe veszi, valamint a vállalati politika közvetíti az egészségfejlesztéssel kapcsolatos információkat.

– *A munkahelyi egészségfejlesztés tervezése*: egyértelmű koncepciókra épülő tervek, amelyek a munkavállalók folyamatos közreműködésére számítva, a változó igények figyelembevételével alakulnak. A kivitelezésnél az eljárást rendszeres időközönként értékeli, minősíti, továbbfejlesztik.

– *Társadalmi felelősségvállalás*: az egészségfejlesztési tervezés folyamata során a vállalat felelősen bánik a természeti erőforrásokkal (pl. környezetkímélő vállalatirányítási rendszer). A vállalat aktívan támogatja a társadalommal, kultúrával, hátrányos helyzetűekkel kapcsolatos kezdeményezéseket.

– *A munkahelyi egészségfejlesztés gyakorlata*: a hatékony intézkedések, kampányok bevezetéséhez a vállalatnak rendelkeznie kell erre szakosodott munkacsoporttal. Elengedhetetlen továbbá a megfelelő külső-belső kommunikáció, a foglalkozás-egészségügyi szolgálat, az egészségkímélő munkaszervezés, valamint az intézkedések rendszeres ellenőrzése.

– *A munkahelyi egészségfejlesztés eredményei*: annak érdekében, hogy az egészségfejlesztési intézkedések valóban a munkavállalók érdekeit szolgálják, rendszeres elemzésre, értékelésre van szükség. A változások nyomán követése az elkövetkező intézkedések hatékonyságához, így a dolgozók megelégedettségét eredményező vállalati egészségfejlesztési politika fenntartásához járul hozzá.

Hazánkban jelenleg ez a kritériumrendszer a leginkább irányadó azon munkahelyek számára, amelyek a kitüntetett „*Egészségbarát munkahely*” címre pályáznak. Az *Egészségügyi Minisztérium* 2003–2006. között meghirdetett népegészségügyi pályázatai elbírálásakor az ebben megjelölt kritériumoknak való megfelelést figyelték a pályázati bírálóbizottság tagjai.

Mindemellett érdemes kiemelni az *Amerikai Kereskedelmi Kamara* által 2002-ben életre hívott „*Egészséges Munkahely AmCham Díj*” programot, amelynek célja – a legjobb gyakorlatok gyűjtése mellett – a legkiválóbb egészségfejlesztési tevékenységet végző munkahelyek díjazása, illetve a munkahelyi egészségfejlesztés területén kifejlesztett, jól bevált, korszerű megoldások megismertetése. A Kamara „*legjobb gyakorlat*” definíciója: „*a különböző szituációkban alkalmazható, illetve azokhoz adaptálható elvi megközelítések és módszertani eljárások közül „Legjobb Gyakorlat”-nak azokat tekintjük, amelyeknek hatásosságát és rendszeres megvalósítását, valamint kiemelkedő eredményességét hiteles kutatásokkal, elemzésekkel sikerül bizonyítani.*” (forrás: http://www.Amcham.hu/hwp/documents/BestPractice_Application_HWPAward_2008.doc)

Az alábbi kérdésekre adott válaszok segítségével választják ki a legjobb gyakorlatokat megvalósító munkahelyeket:

1. Mi volt az a probléma, amelynek csökkentésére, illetve megoldására a gyakorlat irányul?
2. Hogyan történt a fejlesztés és melyek voltak a fázisai?
3. Melyek voltak a pozitív és/vagy negatív következmények?
4. Milyen anyagi és emberi ráfordításokat igényel bevezetése és működtetése?
5. Milyen mértékű a hatásossága (a gyakorlat hatása)?
6. Mekkora a hatékonysága (költség-hatás aránya)?
7. Milyen a fenntarthatósága (tartós hatása és megismételhetősége)?
8. Milyen a kívülállókra gyakorolt hatása, pl. volt-e bármilyen akaratlan hatása (pozitív és negatív) a gyakorlatnak másokra is, a közvetlen haszonélvezőkön kívül?
9. Mennyire meghatározó jelentőségű a gyakorlat a célcsoport számára?

Összefoglalás

Cikksorozatunk célja a munkahelyi egészségfejlesztés hazai és nemzetközi szakirodalmába főbb vonatkozó eredményeinek összefoglalása, továbbá a legjobb gyakorlatok tapasztalatainak áttekintése a munkahelyi egészségfejlesztési programok területén. A cikksorozat kapcsán áttekintettük a WHO, az ILO, a CDC, az NHS, az EU és az ENWHP szakmai prog-

ramjait, összefoglalóit és ajánlásait, továbbá a szakirodalomban megjelent cikkeket, folyóirat-közleményeket, valamint a hazai programok tapasztalatait. A cikksorozat második része a munkahelyi egészségfejlesztés különböző megközelítéseit, valamint a munkahelyi egészségfejlesztési programok minőségi kritériumrendszerét mutatja be.

Kulcsszavak: munkahelyi egészségfejlesztési tevékenységek megközelítései, munkahelyi egészségfejlesztési programok minőségi kritériumrendszerei

Summary

The aim of our article series is to summarize the main results of national and international literature on workplace health promotion and to review the best practices of workplace health promotion programmes. We reviewed the programmes, summaries and recommendations of the WHO, ILO, CDC, NHS, EU, ENWHP, articles, and the experiences of national programmes. The second article of the series describes the special approaches of workplace health promotion and the quality criteria of workplace health promotion programmes.

Keywords: approaches of workplace health promotion interventions, quality criteria of workplace health promotion programmes

IRODALOM

- Antonovsky, A.: „Health promoting factor at work: the sense of coherence.” In: *Psychosocial factors at work and their relation to health*. Szerk.: Kalimo, R.–El-Batavi, M. A.–Cooper, C. L. WHO, Genf, 1987. 153–167.
- Az egészségbarát munkahely kritériumrendszere*. Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest, 2005.
- Chu, C.–Breucker, G.–Harris N.–Stitzel, A.–Gan, X.–Gu, X.–Dwyer, S.: „Health-promoting workplaces – international settings development.” In: *Health Promotion International*, Oxford, 2000. Vol. 15., No. 2.
- Galgóczy, G.: „A munkahelyi egészségfejlesztés európai gyakorlata.” In: *Egészséges munkavállaló az egészséges munkahelyeken. A munkahelyi egészségfejlesztés jelene és jövője*. Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest, 2004. 7. old.
- Juhász, Á.: *Az egyéni és a szervezeti fókuszú munkahelyi egészségfejlesztés*. Doktori disszertáció. ELTE PPK Pszichológia Doktori Iskola, Budapest, 2007.

- Mercier, M.–Francois, M.: *Approche psychoergonomique du stress au travail*. 3. Prévention/gestion du stress: analyse bibliographique. Les notes scientifiques et techniques de l'INRS. 2001.
- Pencak, M.: „Workplace health promotion programs. An overview.” In: *Nursing Clinics of North America*, 1991. Vol. 26 (1), 233–240. old.
- Regional Guidelines for the Development of Healthy Workplaces*. World Health Organization (WHO–WPRO), Regional Office for the Western Pacific, 1999.
- Quality Criteria of Workplace Health Promotion*. ENWHP, Essen, 1999.
- Segal, L.: *Issues in the Economic Evaluation of Health Promotion in the Workplace. Research Report*. Centre for Health Program Evaluation, Monash University, Australia. 1999.
- Vaandrager, L.–Raaijmakers, T.–Capelleveen, C.: *ENWHP Toolbox. A European collection of methods and practices for promoting health at the workplace*. ENWHP, 2004.
- Wynne, R.: *What makes workplace health promotion work? Findings from the European Foundation's Research Program*. Luxembourg, 1997.

Védőnő hallgatók családalapításra és gyermekvállalásra vonatkozó tervei országos kutatás eredményei alapján

Soósné Dr. Kiss Zsuzsanna Ph.D. főiskolai docens¹,
Dr. Feith Helga Judit Ph.D. adjunktus²

¹Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Népegészségügyi Intézet, Családgondozási Módszertani Tanszék

²Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Társadalomtudományi Intézet

Folyóiratunk 2008. évi 3. számában (7) már beszámoltunk a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karán, II., III. és IV. évfolyamos védőnő hallgatók körében (N=127 fő) végzett kutatásunk eredményeiről, a hallgatók családalapítással és gyermekvállalással kapcsolatos jövőbeli terveiről. Jelen tanulmány az azóta elkészült országos felmérésre vonatkozó eredményeket közli. A publikáció jelentősége, hogy hazai viszonyok között elsőként ad átfogó képet az egészségügy és az oktatás számos területén majdan primer prevenciószolgáltatást teljesítő, gyermeket vállalni szándékozó, a már gyermeket nevelő családok számára szakmai minta nyújtásában is szerepet vállaló védőnő hallgatók családalapítási és gyermekvállalási elképzeléseiről. Munkánk különlegessége abból is fakad, hogy a kutatásban résztvevő hallgatók nemcsak a gyermeket váró és nevelő családok majdani szakmai segítői, hanem a jövő generáció édesanyjai is egy személyben.

Kutatásunk során kíváncsiak voltunk arra, hogy a jelenleg még tanulmányaikat folytató védőnő hallgatók milyen jövőbeli családalapítási és gyermekvállalási tervekkel rendelkeznek. Jelen tanulmány ismerteti a hallgatók származási családjának jellemzőit, jövőbeli családalapítási terveiket, gyermekvállalási elképzeléseiket és az ezeket befolyásoló tényezőket. A kapott kutatási eredményeket összevetjük az országos családstatistikai mutatókkal.

Módszer

Kvantitatív, kérdőíves szociológiai vizsgálatunkban felsőfokú egészségügyi képzésben, tanulmányaikat nappali tagozaton folytató védőnő hallgatók vettek részt. Felmérésünk Budapesten és négy vidéki város – Kaposvár, Miskolc, Nyíregyháza, Szeged – egészségügyi felsőoktatási intézményeiben készült 2007–2008 tavaszán. A teljes körű lekerdezés másod-, harmad- és negyedéves védőnő hallgatók körében történt, az öt képzőintézményben összesen 613 főhöz juttattuk el a kérdőívet. Értékelhető választ 453 fő, a teljes célpopuláció 73,9%-a adott.

A tanulmány egy három részből álló cikksorozat befejező darabja.

Az első részt folyóiratunk 2009/3. számában olvashatták, a második rész 2009/4. lapszámunkban jelent meg.

Kutatásunk során önkitöltős kérdőíves módszert alkalmaztunk, amely önkéntes adatközlésen és anonim kitöltésen alapult, s maximálisan figyelembe vettük a vonatkozó kutatásetikai szabályokat. A kérdőív összeállításakor nagymértékben támaszkodtunk korábban tesztelt kérdőívünkre (5, 6). Az előzetesen próbainterjúk alá vetett, végleges kérdőív 47 zárt és 7 nyitott kérdéscsoportot, összesen 129 változót tartalmazott. A kérdőív a szociodemográfiai kérdéseken túl a pályaválasztásra, a származási családra, a párkapcsolati elképzelésekre, a családalapítási körülményekre, a női, anya- és szülői szerepekre, szerepkonfliktusokra, a gyermekvállalási tervekre (álom szerinti, kedvező és kevésbé kedvező élet esetén), az azt befolyásoló tényezőkre, a jövőképre, a jelenlegi stressztényezőkre és a jövőbeli félelmekre vonatkozó kérdéseket tartalmazott. Jelen tanulmányunkban csak a célkitűzésben megjelölt szempontok szerinti változókat vettük figyelembe.

Az adatok elemzését SPSS 15.0 statisztikai programcsomag segítségével végeztük, leíró statisztikai módszerek alkalmazásával. A megoszlási vizsgálatok mellett a változók közötti kapcsolatok mérésére Pearson χ^2 próbát ($p < 0,05$) alkalmaztunk.

Eredmények

Szociodemográfiai jellemzők

A hallgatók átlagos életkora 22,0 életév volt a kérdőív kitöltésekor, a válaszadók 86,9%-a 23 éves vagy annál fiatalabb volt. A minta évfolyam szerinti megoszlása kiegyenlítettnek tekinthető (I. évfolyam 35,3%, II. évfolyam 32,5%, III. évfolyam 32,2%).

27,8%-uk Budapesten és megyeszékhelyen, 33,9%-uk városban, 37,6%-uk községben, 0,7%-uk tanyán él. Több mint háromnegyed részük (81,2%) hajadon, közülük mindössze 18,8% él élettársi kapcsolatban, ugyanakkor 64,9% számol be arról, hogy van partnerkapcsolata. Majd negyed-

1. ábra

Az első gyermek születése előtt nagyon fontosnak tartja

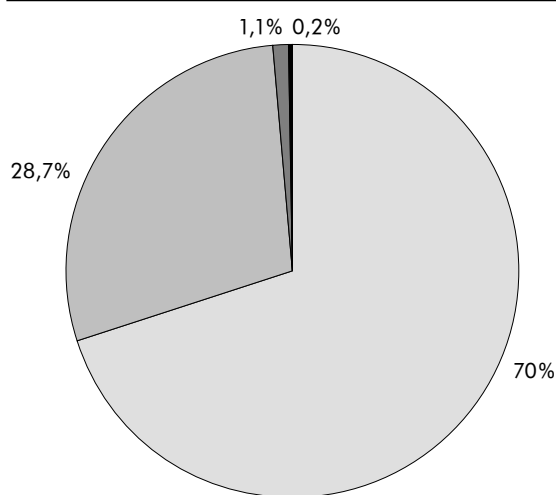
(N=447-453)

		Minimális együttélési idő	
a tudatos gyermekvállalást	86,4%	1. 0-1 év	8,7%
az együttélés idejét	91,3%	2. 2-3 év	46,8%
		3. 4-5 év	32,0%
		4. több, mint 6 év	3,8%
1. egymás megismerését	95,3%		
2. egymás elfogadását	92,9%		
3. a kölcsönös alkalmazkodás begyakorlását	77,7%		
4. a szülősségre való felkészülést	75,1%		
A felkészülést		általában	saját magára vonatkoztatva
1. érzelmileg		87,2%	1. 93,3%
2. párkapcsolatra		85,7%	2. 91,2%
3. testileg		64,1%	4. 76,7%
4. gyermeknevelésre		62,6%	3. 81,4%
5. anyagilag		41,8%	5. 50,0%

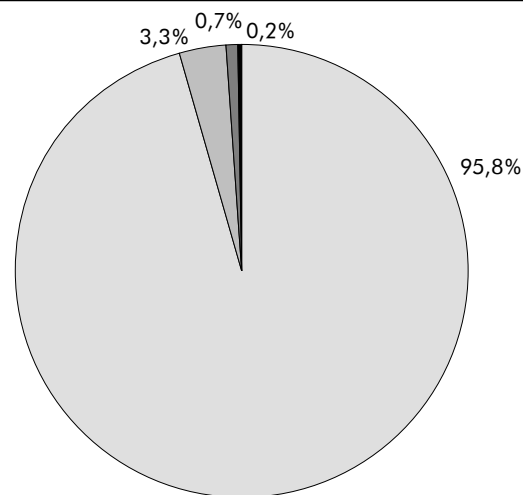
2. ábra

Az első gyermek érkezésekor tervezett

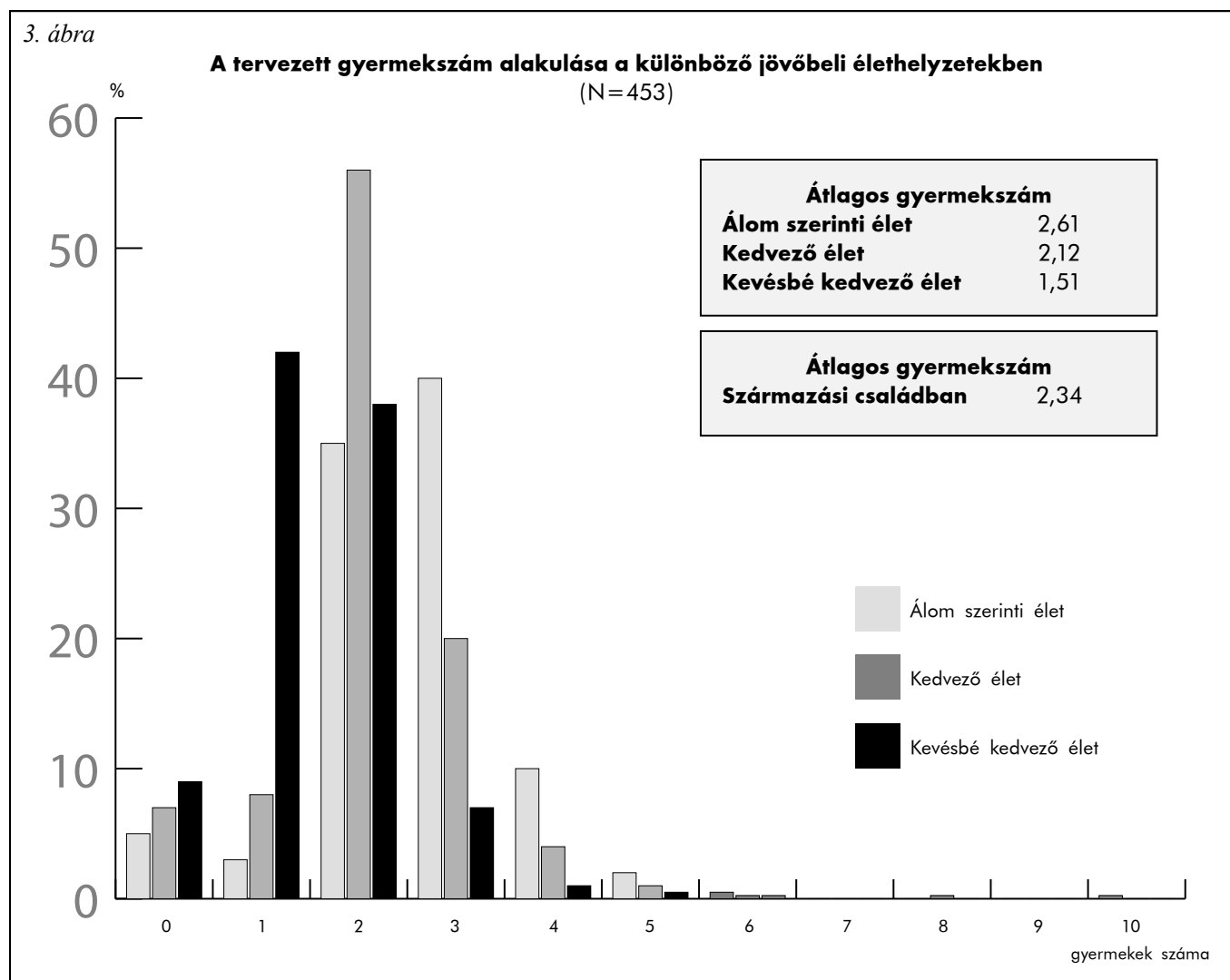
**családi állapot megoszlása
(N=443 fő)**



**családi háztartás megoszlása
(N=443 fő)**



- Egyedülállóként is vállalja az első gyermeket
- Csak házasságban vállalja az első gyermeket
- Egyéb
- Saját szüleinek együtt
- Élettársi kapcsolatban vállalja az első gyermeket
- Élettársi kapcsolatban is vállalja az első gyermeket
- Párja szüleinek együtt
- Szülőktől külön együtt



részüket (24,3%) rendelkeznek saját tulajdonú vagy bérleti jogú lakással/házzal.

A származási család jellemzői

A hallgatók nagyobb része középfokú (anyák: 67,0%, apák: 72,2%) és felsőfokú (anyák: 19,9%, apák: 16,0%) iskolai végzettségű szülőktől származik, de előfordult általános iskolai végzettséggel (anyák: 12,4%, apák: 11,1%) vagy még azzal sem (anyák: 0,7%, apák: 0,7%) rendelkező szülő is.

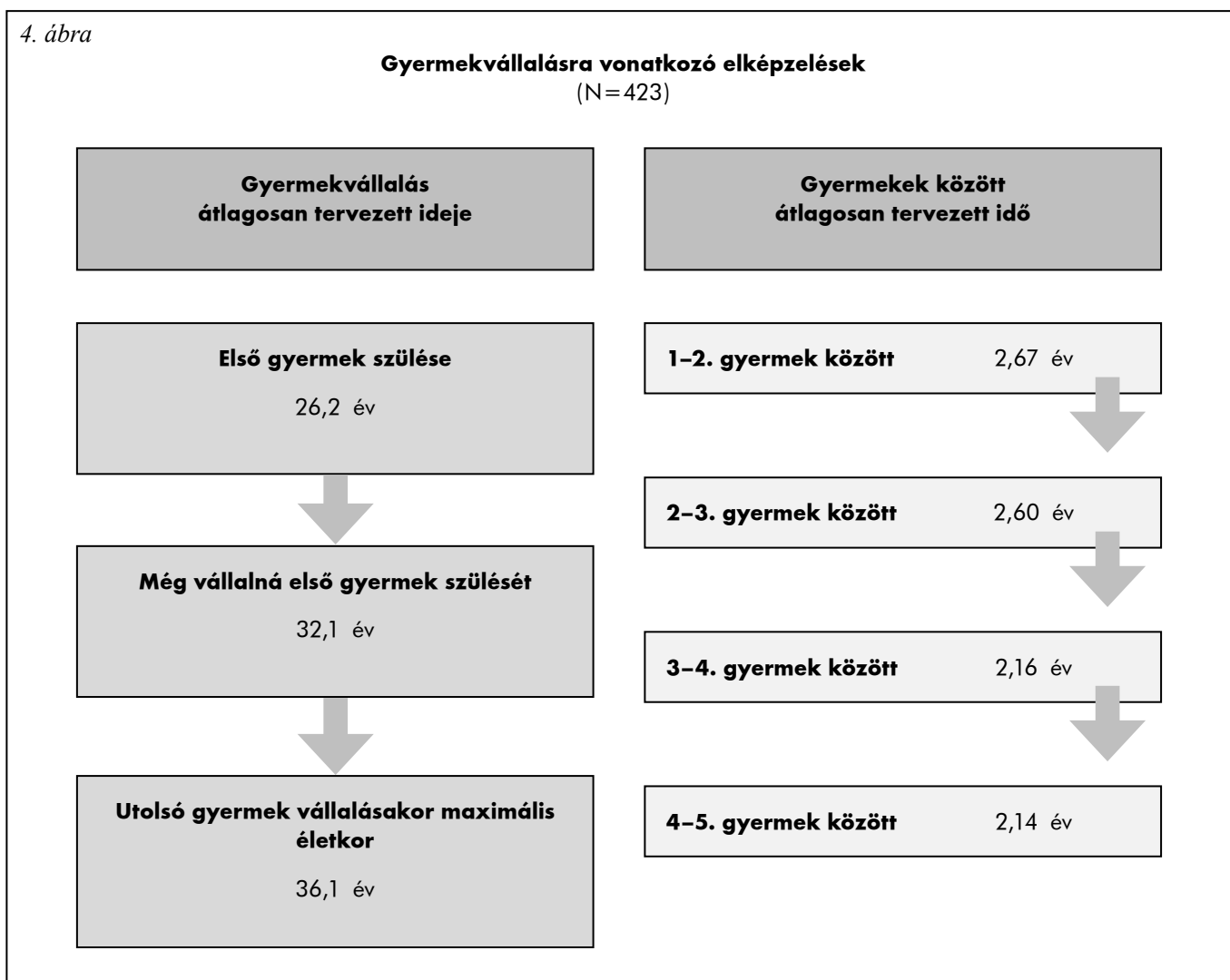
A származási család tekintetében igaz, hogy a hallgatók 79,1%-a kétszülős családban nőtt fel, 20,9%-ának szülei a gyermek 16 éves kora előtt külön éltek (14,9% válás, 5,8% egyik szülő elhalálása, 0,2% eleve egyedüli szülő). A legtöbb válás a gyermek hat-, kettő- és három-, valamint nyolcéves korában történt. Az elvált szülők gyermekeként nevelkedő hallgatók 16,9%-a szerint elkerülhető lett volna a szülők válása.

A hallgatók többségére igaz (69,8%), hogy az édesanya a gyermeknevelés mellett valamilyen munkahelyen dolgozott, 4,7%-uknál otthoni pénzkereső tevékenységet folyta-

tott, 25,5%-uk esetében az anya a gyermek tízéves koráig háztartásbeli volt.

A hallgatók 48,3%-a mindkét szülő, 42,1%-uk az édesanya, 4,9%-uk az édesapa, 4,7%-uk egyéb családtag és családon kívüli személy gyermekkori nevelő hatására emlékszik leginkább. Az édesanyát/nevelőanyát legnagyobb arányban *maximálisan példamutató*nak ítélik mind az anyai, háztartási, háziasszonyi, dolgozó női példakép tekintetében, egyedül a karriert építő női példakép esetén fordul elő nagyobb gyakorisággal a „*kicsit példamutató*” válasz. A „*maximálisan példamutató*” anyai példakép-rangsor szerint az anyák leginkább dolgozó nőként (73,1%), háziasszonyként (72,9%) és anyaként (67,4%), kevésbé társként/házastársként (48,5%), legkevésbé karriert építő női példaképként (20,0%) állnak gyermekük előtt mintaként.

Testvérszám tekintetében igaz, hogy a hallgatók több, mint fele (57,2%) kétgyermekes családban nőtt fel. Három- (23,2%) vagy háromnál több (8,6%) gyermekes családban nevelkedett több, mint egynegyedük. A legnagyobb létszámú családban tíz gyermek élt. Alig több, mint 10%-uk (11,0%) nőtt fel egyedüli gyermekként. A származási család átlag gyermekszáma 2,34.



Családalapítási és gyermekvállalási tervek

A hallgatók többsége (86,0%) konzervatív álláspontot képvisel, véleményük szerint a teljes és kiegyensúlyozott nő léte elengedhetetlen a gyermekvállalás, 95,8%-uk egyértelműen határozott tekintetben, hogy szeretne gyermeket vállalni. A gyermekekről történő mindennapi gondoskodásról viszont 33,8%-uk nem gondolja azt, hogy az inkább a nők feladata lenne. Majdnem háromnegyed részük (73,6%) nem osztja azt a véleményt, hogy kevesebb lenne a válás, ha a nők a gyermekneveléssel, háztartással foglalkoznának.

A hallgatók 86,4%-a tudatosan meg szeretné tervezni az első gyermek fogadásának körülményeit. (1. ábra) A gyermekvállalás előtt jellemzően több évet (kettő-három év 46,8%, négy-öt év 32,0%, hat vagy ennél több év 3,8%) szeretnék együtt tölteni gyermekük édesapjával, de épp egyenlő arányban vannak (8,7%) olyan hallgatók is, akik maximum egy évben gondolkodnak, illetve a gyermekvállalás előtt együtt töltött időnek nem tulajdonítanak jelentőséget. (1. ábra)

Az első gyermek érkezése előtt legtöbbször nagyon fontosnak tartják egymás megismerését és elfogadását, a kölcsönös

alkalmazkodás begyakorlását és a szülőségre való felkészülést. A felkészültségre (nagyon fontosnak tartja a felkészülést) vonatkozó gyakorisági rangsor azt mutatja, hogy azt leginkább érzelmileg, párkapcsolatra, testileg, gyermeknevelés tekintetében, legkevésbé anyagilag tartják nagyon fontosnak. (1. ábra) Saját magukkal szembeni elvárásaik tekintetében igényesebben, szigorúbban gondolkodnak, az egyes felkészültségi paraméterek kivétel nélkül magasabb megosztási értékeket mutatnak. A legnagyobb változás a gyermek nevelésére történő felkészültség megítélésében tapasztalható. (1. ábra)

A hallgatók majd háromnegyede (70,0%) mindenképpen házasságban, 28,7%-a házasság „hiányában” élettársi kapcsolatban is vállalná a gyermeket. Elyezés az azoknak a száma (5 fő), akik kifejezetten élettársi kapcsolatban, illetve egyedülállóként (1 fő) is vállalkoznának a szülésre. (2. ábra) Majdnem minden hallgató nukleáris családban, saját háztartásban, néhányuk matrilocális (feleség/pár női tagjának szüleivel történő együttélés) és patrilocális (férj/pár férfi tagjának szüleivel történő együttélés), illetve egyéb (rokonoknál) formában szeretne élni. (2. ábra)

A tervezett gyermekszám átlom szerinti élet esetén átlago-

2. táblázat

Gyermekszámpreferenciák összefüggésben a szociodemográfiai változókkal

($p < 0,05$) (N=428–453)

Hány gyermeket szülne/nevelne fel, ha...		
	legkedvezőbben („álmai”) alakul az élete	kevésbé kedvezően alakul az élete
Évfolyam	p=0,918	p=0,475
Lakóhely	p=0,006	p=0,065
Testvérek száma	p=0,000	p=0,000
Családi állapot	p=0,000	p=0,021
Apa iskolai végzettsége	p=0,009	p=0,000
Anya iskolai végzettsége	p=0,000	p=0,375
Nevelő hatás	p=0,983	p=0,851

san 2,61 gyermek, kedvező (2,12) és kevésbé kedvező (1,51) élet esetén csökken. Álom szerinti élet esetén három–kettő–négy, maximum tíz, kedvező élet esetén három–kettő–egy, maximum nyolc, kevésbé kedvező élet esetén egy–kettő–három, maximum hat gyermeket vállalnának. Ideális feltételek teljesülése esetén a hallgatók 55,4%-a három vagy több gyermeket szülne, de 42,7%-uk még kedvezőtlen élethelyzet esetén is két gyermeket vállalna. Vannak olyanok is, akik gyermek nélkül tervezik jövőjüket. (3. ábra)

Az első gyermek születését átlagosan 26,2 éves korban tervezik. Az első gyermek vállalásának a válaszadók szerint még elfogadható legmagasabb átlagéletkora 32,1 életév. Az utolsó gyermek születésére átlagosan legfeljebb 36,1 éves korban vállalkoznának. (4. ábra) Az első gyermek születésének tervezett ideje szignifikáns ($p < 0,001$) összefüggést mutat a gyermekszámtervekkel, minél több gyermeket terveznek, annál fiatalabb életkorban vállalkoznának az első szülésre. Az egyes szociodemográfiai tényezők gyermekszámra gyakorolt hatását szemléltető ábrából (4. ábra) kitűnik, hogy álom szerinti élet esetén gyermekszámot befolyásoló tényezőnek bizonyul a lakóhely, a származási család gyermekszáma, a családi állapot, az anya és az apa iskolai végzettsége. Kevésbé kedvező élethelyzetben a vizsgált adatok közül csak a testvérszám, a családi állapot és az apa iskolai végzettsége befolyásolja szignifikánsan a gyermekszámtervet.

A felsőoktatásban eltöltött idő nem befolyásolja a hallgatók gyermekvállalással kapcsolatos terveit, így a gyermekvállalási hajlandóságot, a tervezett gyermekszámot ideális, kedvező és kedvezőtlen élet esetén, az első gyermek születésének átlag-, valamint az első és az utolsó gyermek vállalásának anyai maximum átlagéletkorát. Jelen életben megélt feszültségek nem befolyásolják a tervezett gyermekszámot, viszont ideális vagy kedvező élet esetén a párkapcsolati problémákkal küszködő hallgatók inkább kevesebb gyermeket vállalnának. A végzést követően várható stressztényezők nem mutatnak statisztikai összefüggést a gyermekszámtervekkel, viszont a jövőképre adott válaszok befolyásolják

a tervezett gyermekszámot (az optimistább válaszadók több gyermeket vállalnának) (4).

Az ideálisan tervezett gyermekszámnál több gyermeket akkor vállalnának, ha biztos anyagi helyzetet, segítő-támogató partnert és családi háttérrel tudnának maguk mögött. Néhányuk számára vonzó körülményt jelentene az ikerszülés, a már meglévő gyermekekkel ellentétes nemű gyermek megfogása, az új kapcsolatban történő gyermekvállalás. Egy gyermek esetleges „ elvesztése ” után is többen vállalnák újra a gyermekszülést.

Megbeszélés, következtetések

Az országos kutatás eredményei azt mutatják, hogy a védőnő hallgatók többsége első generációs értelmiségiként indul az életnek. Származási család tekintetében jellemzően olyan kétszülős, többgyermekes családból érkeznek, ahol mind az anyai, mind az apai nevelő hatás kellően érvényesül. Nagy részük az anya magatartását az egyes szerepek vonatkozásában (dolgozó nő, háziasszony, anya, társ) különböző mértékben, de jellemzően *maximálisan példamutató* gondolja, egyedül a karriert építő női példakép esetén fordul elő nagyobb gyakorisággal a „*kicsit példamutató*” válasz.

A tervezett családi együttélési formák tekintetében eredményeink az országos jelenségektől több területen eltérő terveket tükröznek. Hallgatóink tudatosan készülnek a családalapításra, biztos párkapcsolatba, elsősorban házasságba – a házasságkötések száma 1980-hoz (80.331) viszonyítva napjainkra (2007-ben 40.842) a felére esett vissza, házasságon kívüli kapcsolatban születik a gyermekek 37,5%-a (2) – szeretnék megszülni első gyermeküket. A hazánkban is egyre inkább terjedő alternatív együttélési formákban történő gondolkodás és családterv – jóllehet már megjelenik a válaszok között – nem jellemző rájuk.

Zömmel két-három, négy-öt évet is szánunk a gyermekszülés előtti párkapcsolat megszilárdítására, a „fészekrakásra”. Általában is, de saját magukra vonatkoztatva még inkább

komolyan gondolják az érzelmi, kapcsolati, testi, a gyermek nevelésére, valamint az anyagilag történő felkészülést. Nem igaz rájuk az állítás, amely szerint a fiatalok nem szívesen szánják rá magukat felelősségteljesebb kapcsolatra, nem szeretnék elkötelezni magukat, hosszú időt töltenek kötöttségek nélkül (1). Jellemző rájuk a szerelmi kapcsolatra épülő, időben és tartalmilag is előkészített párkapcsolat, a házasságkötés igénye. Családtípus tekintetében ők is nukleáris családban és kétszülős családmódelben gondolkodnak.

Az első gyermek vállalásának tervezett ideje tekintetében igaz, hogy az országos statisztikai adathoz – az első gyermek születésekor a magyar nők átlagéletkora 28,76 év (2) – képest a hallgatók átlagban több mint 2,5 évvel korábban, 26,2 évesen tervezik megszülni első gyermeküket, és a születési átlagéletkor-értékek a szakirodalomban ajánlott gyermekvállalási anyai életkor (3) körül mozognak. Az első gyermek születésének tervezett ideje szignifikáns összefüggést mutat a gyermekszámtervekkel, minél több gyermeket terveznek, annál fiatalabb életkorban vállalkoznának az első szülésre. Úgy tűnik, hogy a tervezett gyermekszámot is próbálják a szakmailag ajánlott, tanulmányaik során is megerősített életkorintervallumba „beszorítani”, így viszont a gyermekek közötti életkorbeli különbségek bizonyulnak kevésnek (a harmadik és utána következő gyermekek között csak kétévnyi a korkülönbség). A hallgatók tanulmányaiknak köszönhetően tisztában vannak a késői gyermekvállalás következményeivel, a tanultak beépültek terveikbe.

Jóllehet mind a családalapításra, mind a gyermekszámra vonatkozó terveket „felülírhatja” az élet, azonban a jelen hallgatói tervek azt mutatják, hogy mind az álm szerinti, mind a kedvező és kevésbé kedvező élet (valamint a származási család tekintetében is) esetén tervezett átlagos gyermekszámok az országos teljes termékenységi arányszámhoz – 1,32 (2) – viszonyítva jóval kedvezőbb értékeket mutatnak. Hallgatóink jellemzően két-három gyermeket szeretnének szülni, a gyermektelen lét nem cél, inkább veszteség számukra. Kedvező élet- és családi körülmények alakulása esetén inkább nagycsaládban szeretnének élni. Az eredmények talán betudhatóak a származási család rendezett, kedvező, példaértékű voltának, a jellemzően kétszülős családmódelnek, a testvérrel/testvérekkel történő nevelkedésnek, a család- és gyermekcentrikus indíttatásnak, s vélhetően a tanulmányaik során elsajátított ismereteknek is.

A hallgatók gyermekvállalási terveit befolyásoló, általunk feltételezeten hatással bíró tényezők nem mindegyike bizonyul szignifikáns befolyásoló tényezőnek. Úgy tűnik, hogy a hallgatók már a felsőfokú tanulmányok szakmai orientálódásakor olyan erős, a múltból hozott családtervekkel rendelkeznek, amelyeket sem a szakmai tanulmányok, sem a hallgató életében jelentkező feszültségek, problémák nem befolyásolnak jelentősen.

Speciális mintaválasztásunknak és országos felmérésünknek köszönhetően információt nyertünk, átfogó képet kaptunk egyrészt a leendő édesanyák, másrészt a majdani szülőket a szülői szerepre felkészítő szakemberek családalapítási és gyermekvállalási elképzeléseiről. A hallgatói családtervek egészséges szemléletűnek és inkább konzervatívnak mond-

ható, a valódi családi értékeket szem előtt tartó, a szülők számára példaértékű jövőbeli elképzelésekről árulkodnak. A hallgatók mind családanyaként, mind szakemberként a fenti értékeket preferálják, magas mércét állítva maguk elé. Mindennapi életük és szakmai munkájuk során is bizonyosan szembesülniük kell majd a szép családtervek megvalósulásával, az országosan egyre inkább terjedő alternatív családi együttélési formákkal, az új családtípusokkal, a jó tervek és felkészülés ellenére kudarcot valló, kisikló kapcsolatokkal és nehéz családi történetekkel. A származási család „üzenete”, a szakember felé irányuló kimondott vagy rejtett formában megfogalmazódó mintanyújtó szerep, valamint a saját magukkal szembeni, az átlagosnál szigorúbb elvárások előnyöket, ugyanakkor nehézségeket is hordozhatnak mind a magánéletben, mind a szakmai munka során.

Összefoglalás

A publikáció jelentősége, hogy hazai viszonyok között elsőként ad átfogó képet az egészségügy és az oktatás számos területén majdan primer prevenciós szolgálatot teljesítő, gyermeket vállalni szándékozó, a már gyermeket nevelő családok számára szakmai minta nyújtásában is szerepet vállaló védőnő hallgatók családalapítási és gyermekvállalási elképzeléseiről.

Jelen tanulmány ismerteti a hallgatók származási családjának jellemzőit, jövőbeli családalapítási terveiket, gyermekvállalási elképzeléseiket és az ezeket befolyásoló tényezőket. A kapott kutatási eredményeket összevetjük az országos család-statisztikai mutatókkal.

Kvantitatív, kérdőíves szociológiai vizsgálatunk Budapesten és négy vidéki város – Kaposvár, Miskolc, Nyíregyháza, Szeged – egészségügyi felsőoktatási intézményeiben készült 2007–2008 tavaszán. A teljes körű lekérdezés másod-, harmad- és negyedéves védőnő hallgatók körében történt, értékelhető választ 453 fő, a teljes célpopuláció 73,9%-a adott.

A hallgatói családtervek egészséges szemléletűnek és inkább konzervatívnak mondhatóak, a valódi családi értékeket szem előtt tartó, a szülők számára példaértékű jövőbeli elképzelésekről árulkodnak. A hallgatók mind családanyaként, mind szakemberként a fenti értékeket preferálják, magas mércét állítva maguk elé. A valóságos családi élet nehézségei, a származási család „üzenete”, a szakember felé irányuló kimondott vagy rejtett formában megfogalmazódó mintanyújtó szerep, valamint a saját magukkal szembeni, az átlagosnál szigorúbb elvárások előnyöket, ugyanakkor nehézségeket is hordozhatnak mind a magánéletben, mind a szakmai munka során.

Kulcsszavak: országos kutatás, védőnő hallgatók, családtervek

Summary

The importance of the publication is that it gives for the first time a comprehensive overview of the family formation and childbirth plans of health visitor students who will do pri-

mary prevention service in several field of health care and education and will be role models for families planning to have a child and families who already have a child.

This study shows the characteristics of the family of origin of the health visitor students, their future family formation plans, ideas relating to child birth and the influencing factors. The results of the research are compared with national family statistics indexes.

Our quantitative sociological research based on questionnaires was carried out in health care institutions of higher education of four country town – Kaposvár, Miskolc, Nyíregyháza, Szeged – in the spring of 2007 and 2008. The full-scale questioning was executed among second-, third- and fourth-year health visitor students, and 453 persons gave assessable answer, which is 73.9 per cent of the whole target population.

IRODALOM

1. Coontz, S.: „A házasság átalakulása a világtörténelem során.” In: *Statisztikai Szemle*, 2007; 85(6):562–4.
2. *Demográfiai Évkönyv. 2007*. Budapest: KSH; 2008. <http://portal.ksh.hu>
3. Herczeg, J.: „Fiatal és idősebb korú várandós nők gondozásának irányelvei.” In: Rigó, J.–Papp, Z. (szerk.): *A várandós nő gondozása*. Budapest: Medicina; 2005. 31–5.
4. Feith, H. J.–Soósné Kiss, Zs.: „Családalapítási tervek és stressztényezők vizsgálata védőnő hallgatók körében készített országos felmérés eredményei alapján.” In: *Egészségfejlesztés*, 2009; 50(4):9–14.

The family plans of the students reveal future conceptions considered realistic and conservative that keep the real family values in view and can be models for the parents. The students – both as a mother of the family and an expert – prefer the above values, making high demands on themselves. The difficulties of real family life, the “message” of the family of origin, the role model formulated in a pronounced or concealed way and the higher than average expectations of themselves bring advantages and disadvantages as well both in the private life and in the professional work.

Keywords: national research, health visitor students, family plans

5. Kovácsné, T. Á.–Feith, H. J.–Balázs, P.: „Főiskolai hallgatók érték- és pályorientációja» kutatás tervezése, a kérdőív módszertani bemutatása, a kérdőívben alkalmazott skálák megbízhatósága.” In: *Nővér*, 2007; 20:3–9.
6. Soósné Kiss, Zs.: *Az első gyermeket váró szülők szakmai támogatása PhD-értekezés*. Budapest: Semmelweis Egyetem; 2007.
7. Soósné Kiss, Zs.–Feith, H. J.: „Végzés után a családok egészségfejlesztésében szerepet vállaló védőnő hallgatók családképe.” In: *Egészségfejlesztés*, 2008; 49(3):16–20.

Az egészségfejlesztési tanulmányok szerepe a védőnő hallgatók egészségmagatartásának változásában és hiteles szakemberré válásában

Balogh Mónika tanársegéd¹,
Dr. habil. Barabás Katalin egyetemi docens²

¹Szegedi Tudományegyetem, Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Egészségmagatartás és -fejlesztés Szakcsoport

²Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet

Bevezetés

A hazai egészségügyi ellátási rendszerben számos szakember feladata és kompetenciája a lakosság egészségi állapotának megőrzése, javítása és fejlesztése. Miután maga a feladat, az egészségfejlesztés folyamata is összetett, így szakemberek széles skálájára, és teammunkában való együttműködésükre van szükség. Ennek a teamnek jeles képviselői a védőnők (sajnos szakmai, társadalmi elismertségük jelenleg még nem ezt tükrözi), akik négy éves felsőoktatási képzés keretében sajátítják el mindazon elméleti tudást és gyakorlati készségeket, amelyek birtokában képessé válnak a kompetenciájukba tartozó feladatok magas szinten való ellátására.

A felsőoktatásban zajló bolognai folyamat eredményeként az egészségügyi képzési rendszerek is átalakuláson mentek/ mennek keresztül. Az egykor *Védőnő* szakon tanulmányait megkezdő hallgatók ma már *Egészségügyi gondozás és*

prevenció alapszakra jelentkeznek, és a képzés második évében választhatnak a *Védőnő*, valamint a *Népegészségügyi ellenőr* szakirányok között. Az alapképzési szak képzési célja a képesítési követelményekben foglaltak alapján a következő: „A képzés célja olyan szakemberek képzése, akik az egészségtudomány eredményei alapján az emberi egészség megőrzése törvényszerűségeinek megismerésével gondozzák a társadalom egyéneit, közösségeit és elősegítik egészségük fejlesztésének lehetőségeit.” A képzési célból adódóan a hivatásra való felkészítésben a *Védőnő* szakirányon az egészségfejlesztésre való felkészítés kiemelt hangsúlyt kap, amelynek eredményeként a hallgatók többek között megismerik:

„– az egészségvédelmi szűrővizsgálatok rendszerét és elvi alapjait,

– az egészségmegőrzés, egészségfejlesztés gyakorlati ismereteit,

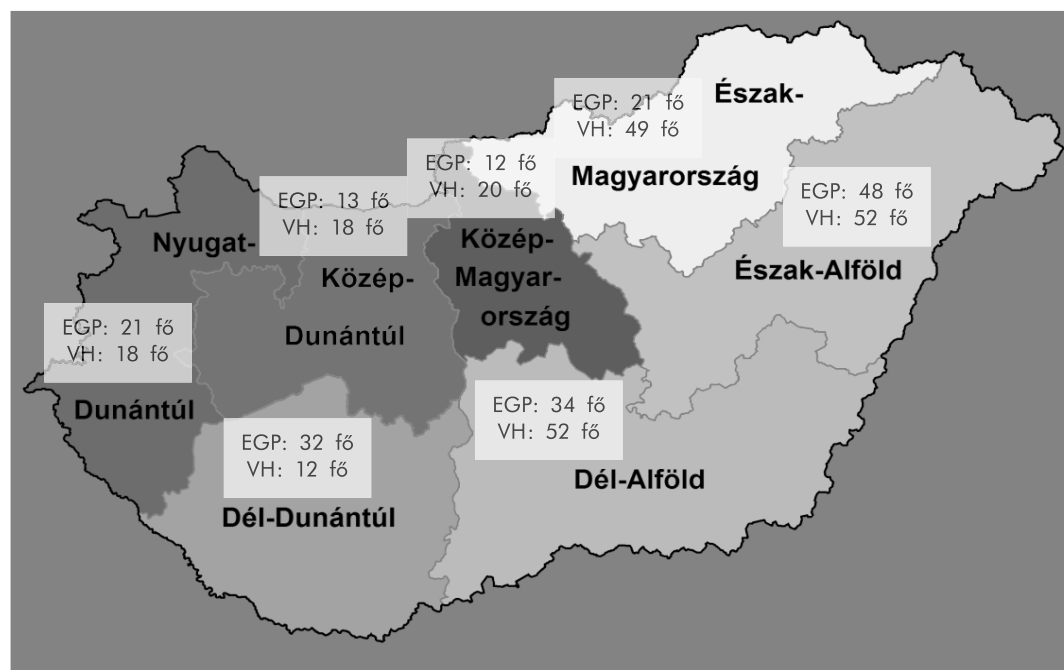
1. táblázat

A felmérésben részt vett hallgatók létszáma, képzőintézmények szerint
(N=412)

Képzőintézmények	Egészségügyi gondozás és prevenció alapszakos hallgatók	Végzett védőnő hallgatók	Összesen
Debreceni Egyetem, Egészségügyi Főiskolai Kar (Nyíregyháza)	39 fő	53 fő	92 fő
Miskolci Egyetem, Egészségügyi Főiskolai Kar	13 fő	27 fő	40 fő
Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Szombathelyi képzési központ	19 fő	23 fő	42 fő
Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Kaposvári képzési központ	32 fő	14 fő	46 fő
Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar (Budapest)	45 fő	53 fő	98 fő
Szegedi Tudományegyetem, Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar	37 fő	57 fő	94 fő
Összesen	185 fő	227 fő	412 fő

1. ábra

A vizsgált minta régió és évfolyam szerinti megoszlása
EGP: Egészségügyi gondozás és prevenció alapszakos hallgatók; VH: Végzett hallgatók
 (N=412)



– a gondozási, egészségfejlesztési és prevenció modelleket.” (15/2006. (IV.3.) OM rendelet az alap- és mesterképzési szakok képzési és kimeneti követelményeiről.)

Ahhoz, hogy a védőnő, mint primer prevenció szakember az egészségfejlesztést – annak bármely szintjét és bármely szintjén – magas színvonalon tudja művelni, elengedhetetlen, hogy saját egészségét értéknek tekintse, s egészségmagatartása, az egészséggel kapcsolatos attitűdje, valamint mindennapi magatartása is ezt tükrözze. Fontos, hogy mindazt, amit klienseitől az egészséges életmód és az egészség szemlélet terén elvár, azzal azonosulni tudjon, s annak közvetítésében hiteles legyen.

Kutatási cél

Jelen tanulmányban egy országos felmérés részeredményeit mutatjuk be, amelyről már korábban beszámoltunk. A kutatás célja többértékes volt, amelyek között szerepelt annak a kérdéskörnek a vizsgálata is, hogy a végzett hallgatók mennyire érzik magukat hitelesen felkészültnek az egészségfejlesztési feladatok ellátására, valamint milyen szerepe van/volt a felsőoktatásban tanult ezirányú ismereteknek. Vizsgálatunkkal fel kívántuk tárni, hogyan vélekednek a leendő védőnők jövőben végzendő egészségfejlesztési feladataikról, mennyire látják meghatározónak leendő munkájukban saját egészségmagatartásukat, egészséggel kapcsolatos értékítéletüket. Továbbá célunk volt megismerni a hallgatók vélekedését a pályán való elhelyezkedésükről, arról, hogy felsőoktatási

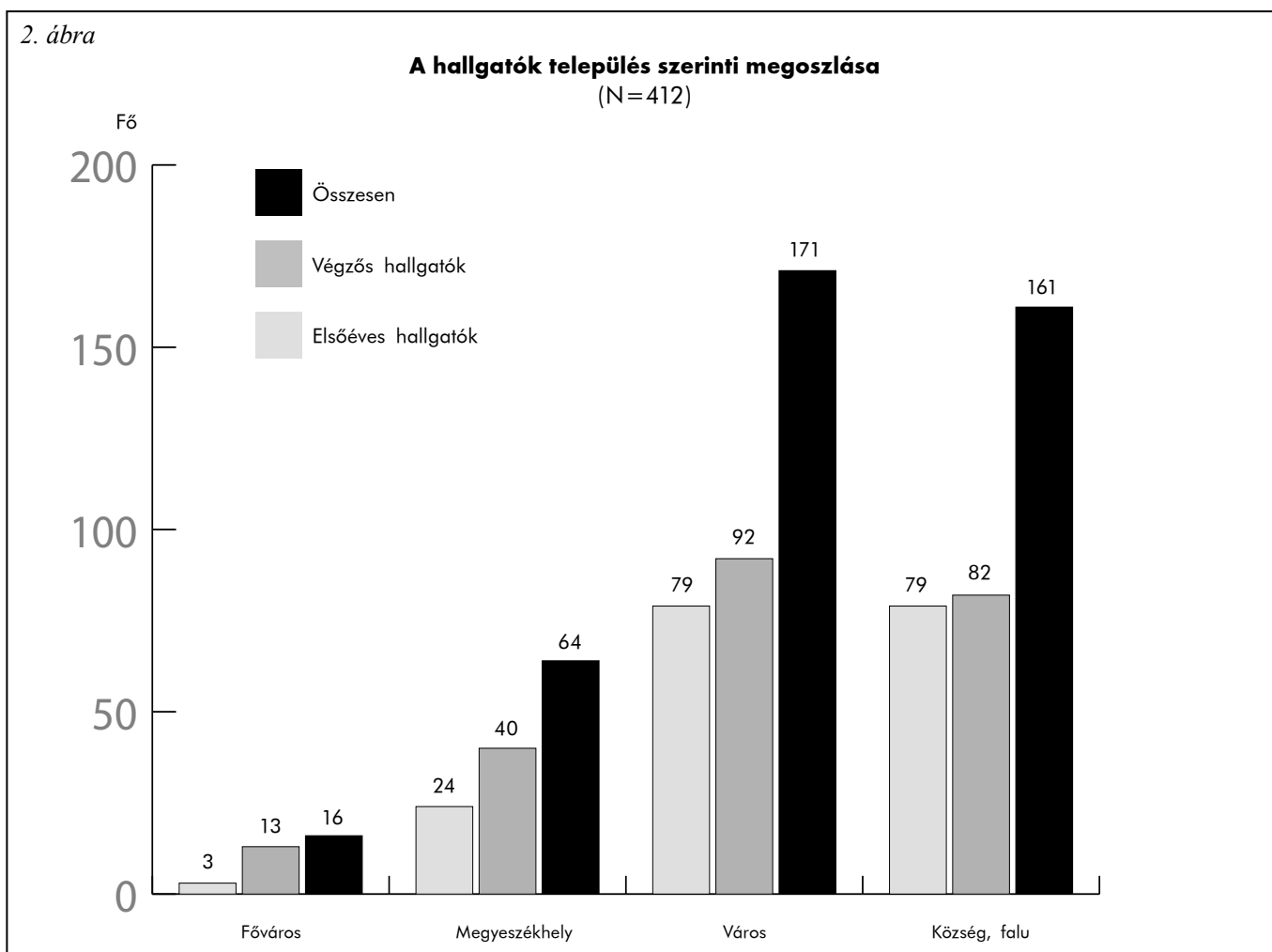
tanulmányaik befejeztével szeretnének-e védőnőként dolgozni.

Minta

A felmérésben hat képzőintézmény vett részt – Budapest, Kaposvár, Nyíregyháza, Miskolc, Szeged, Szombathely. Hallgatói létszám tekintetében az *Egészségügyi gondozás és prevenció* alapszakos hallgatók (a későbbiekben EGP) közül 185 fő, míg végzett védőnő hallgatók közül 227 fő vett részt a felmérésben (összesen 412 hallgató). (1. táblázat)

A hallgatói részvételi arány valamennyi intézmény esetén 98% fölötti volt. Mindössze négy férfi töltötte ki a kérdőívet, akik elsőéves hallgatók, és a népegészségügyi ellenőrpályára készülnek (az *Egészségügyi gondozás és prevenció* alapszakra jelentkező hallgatók második tanulmányi évük megkezdésekor választanak szakirányt, amely *Védőnő* vagy *Népegészségügyi ellenőr* szakirányt jelent; nem minden oktatási intézményben van lehetőség mind a két szakirányon továbbtanulni). Életkor tekintetében az átlagéletkor az elsőévesek esetén 19,26 év ($\pm 1,71$), végzős hallgatók esetén 23,88 év ($\pm 2,79$). (1. ábra)

A felsőoktatási intézményekbe érkezett hallgatók régió szerinti megoszlását a 1. ábra mutatja. Legmagasabb arányban az észak-alföldi (100 fő), a dél-alföldi régióból (86 fő), valamint Észak-Magyarországról (70 fő) érkeztek hallgatók, majd ezt követi a dél-dunántúli (44 fő) és a nyugat-dunántúli régióból (39 fő) érkezett hallgatók aránya. Közel azonos



a Közép-Magyarországról (32 fő) valamint a Közép-Dunántúlról (31 fő) bekerülő hallgatói létszám. A hallgató által választott képzőintézmény nagyon sok esetben nem esik egybe a hallgató lakhelyével, számos esetben lakóhelyüktől távolabb eső intézményben folytatják/folytatták tanulmányaikat a fiatalok. (2. ábra)

A fővárosból mindössze 16 fő (3,88%), míg megyeszékhelyről 64 fő (15,53%) érkezett a választott felsőoktatási intézménybe. Közel azonos arányban végzik/végezték tanulmányaikat a városból (171 fő, a minta 41,50%-a) és a községből, faluból (161 fő, a megkérdezettek 39,07%-a) érkező fiatalok. (3. ábra)

A lakóhely megválasztása egyrészt attól függ, hogy a hallgatók milyen távolságról érkeznek az adott képzőintézménybe, másrészt, hogy milyen lehetőségeik vannak a mindennapi életkörnyezet kialakítására, megválasztására, s ez befolyásolhatja egészségmagatartásukat is.

Az elsőéves hallgatók esetén közel azonos a kollégiumban és a családban élők aránya, amelytől nem messze marad el azoknak a száma, akik jelenleg albérletben laknak. Mindössze 2,16%-uk rendelkezik saját lakással, és 1,08%-uk lakik rokonoknál. (4. ábra)

A végzős hallgatók legnagyobb százaléka a családdal otthon él (38,33%). 33,04%-uk kollégiumban, míg 20,70%-uk albérletben lakott az adatfelvétel időpontjában. Az elsőéves

hallgatókhoz viszonyítva magasabb azok aránya, akik saját lakásban élnek (7,05%).

Módszer

Vizsgálatunkhoz az írásbeli kikérdezés módszerét és a kérdőív eszközt alkalmaztuk. A kérdőív összetett volt, kutatási céljainknak megfelelően több szerkezeti egységre tagolódott, amelyek közül jelen tanulmányban az alábbi kérdéseket mutatjuk be (valamennyi szerkezeti egység reliabilitás-mutatója, a Chronbach-alfa értéke a kutatómódszertanilag elvárt érték felett van): a hallgatók egészségmagatartását befolyásoló tényezők; a felsőoktatásban tanult egészségfejlesztési ismereteik és azok saját egészségükre gyakorolt hatása, valamint a tanulmányok befejezése után a pályán való elhelyezkedés kérdése. Az adatfelvétel végzős hallgatók esetén a 2007–2008-as tanév II. félévének végén, május–június hónapban, elsőéves hallgatók esetén a 2008–2009-es tanév I. félévének elején, szeptember–október hónapban történt.

Eredmények

Ahogy már utaltunk rá, jelen tanulmány egy országos felmérés részeredményeit mutatja be, amelyből három hipotézist emelünk ki.

1. hipotézis: Az egészségügyi felsőoktatásban tanuló hallgatók egészségét és egészségmagatartását befolyásoló tényezők között elsődleges szerepe a családi szokásoknak, a szülői mintának van, és csak ezt követően érvényesülhetnek a képzőintézményben tanult ismeretek. (5. ábra)

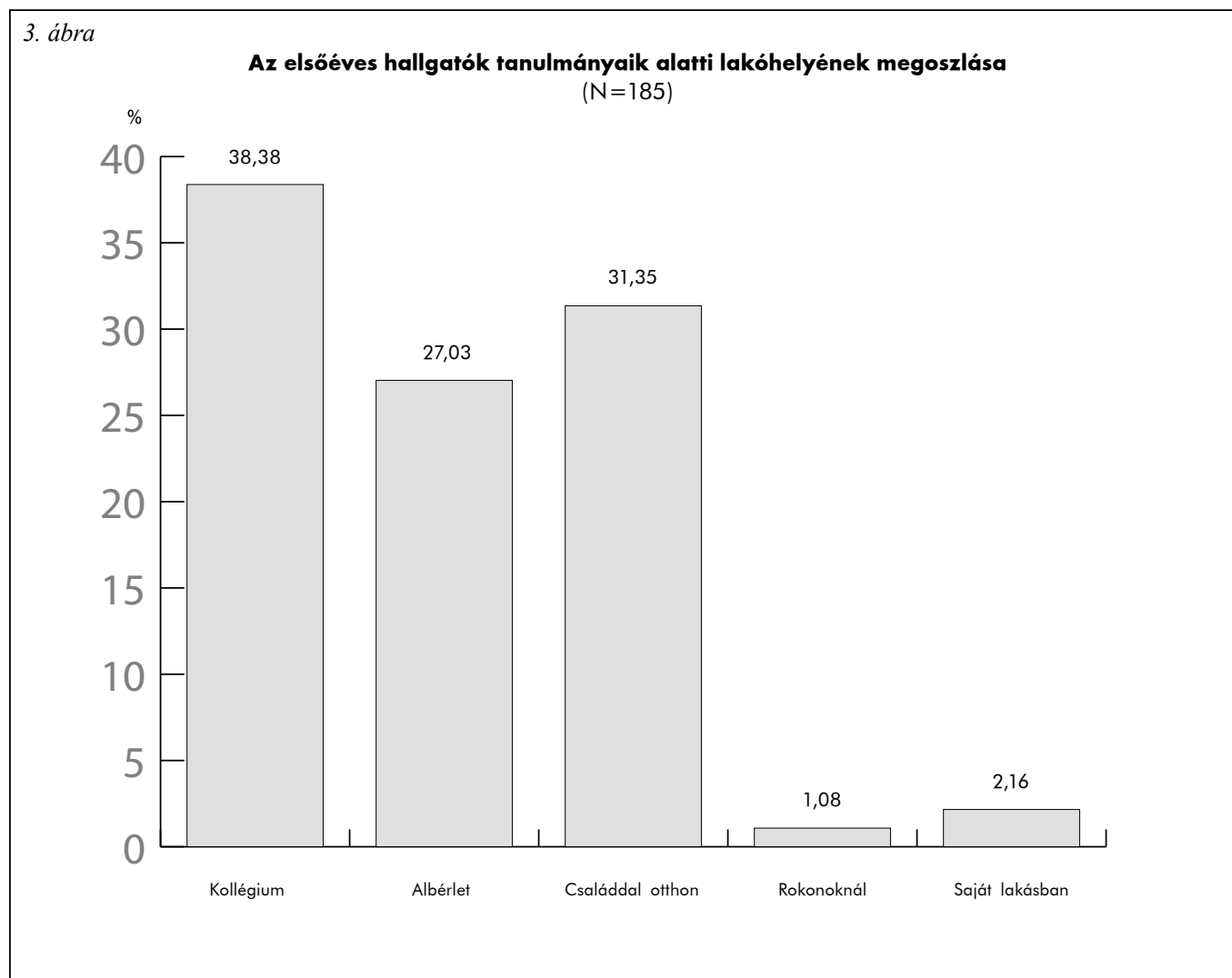
Külön megvizsgáltuk a felsőoktatási tanulmányaikat most kezdő és a végzett hallgatók válaszait. Négyfokozatú skálán kellett bejelölniük azt, hogy az általunk felsorolt egészségmagatartást befolyásoló tényezők mennyire vannak hatással saját egészségmagatartásukra. Átlagértékpontot számolva az elsőévesek esetén az anya véleménye (átlagértékpont: 2,94), a családi szokások (átlagértékpont: 2,9) és az eddigi tanulmányok (átlagértékpont: 2,6) szerepeltek az első három helyen. Legkevésbé befolyásoló hatással a megkérdezett hallgatók válaszai alapján a vallás (átlagértékpont: 1,65) és a média (átlagértékpont: 1,81) bír. (6. ábra)

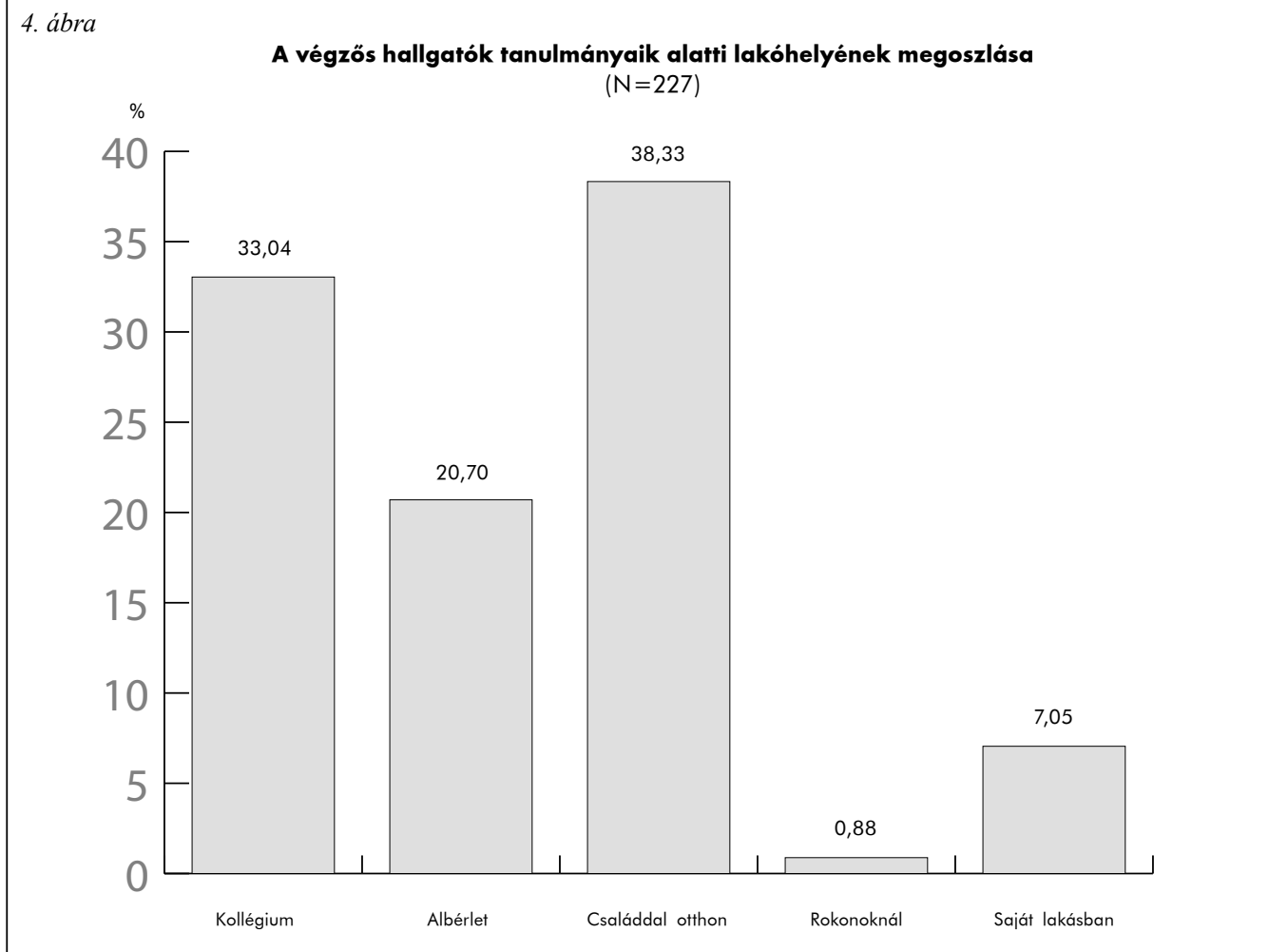
A végzős hallgatók válaszait tekintve a következő sorrend figyelhető meg az átlagértékek alapján: első helyen az anyagi helyzet (átlagértékpont: 3,17), második helyen a felsőoktatási tanulmányok (átlagértékpont: 3,13), míg harmadik helyen a családi szokások (átlagértékpont: 2,95) szerepelnek. (2. táblázat)

Az egészségmagatartást befolyásoló tényezők erősségének összehasonlítására Friedman-tesztet alkalmaztunk. A teszt nullhipotézise szerint nincs szignifikáns különbség az egyes befolyásoló tényezők hatása között. Mindkét évfolyam esetén a teszt szignifikanciaszintje <0,05 (EGP hallgatók esetén: Chi-Square = 448,278; p = 0,000; Végzett hallgatók esetén: Chi-Square = 463,695; p = 0,000), ezért ezt a nullhipotézist elvetjük, azaz a különböző tényezők befolyásoló hatásai nem tekinthetők azonosnak. Ha megvizsgáljuk a hatások sorrendjét, akkor a Ranks-táblázat alapján megállapíthatjuk, hogy az elsőéves hallgatók esetén az anya véleményének (mean rank 6,61) volt a legerősebb hatása, ezt követi a kialakult családi szokások (mean rank 6,58), majd az anyagi helyzet, valamint az eddigi tanulmányok hatása (utóbbi két tényező esetén a mean rank egyaránt 5,75). A végzett tanulók esetén legerősebb befolyásoló hatással az anyagi helyzet bír (mean rank 5,80), második helyen a felsőoktatási tanulmányok szerepe (mean rank 5,72), harmadik helyen pedig a családi szokások (mean rank 5,34) állnak.

Az egészségmagatartásra ható egyes tényezők befolyásoló hatásának erősségén túl külön megvizsgáltuk, hogy a szülők egészségmagatartási mutatói és a hallgatók egészségmagatar-

3. ábra





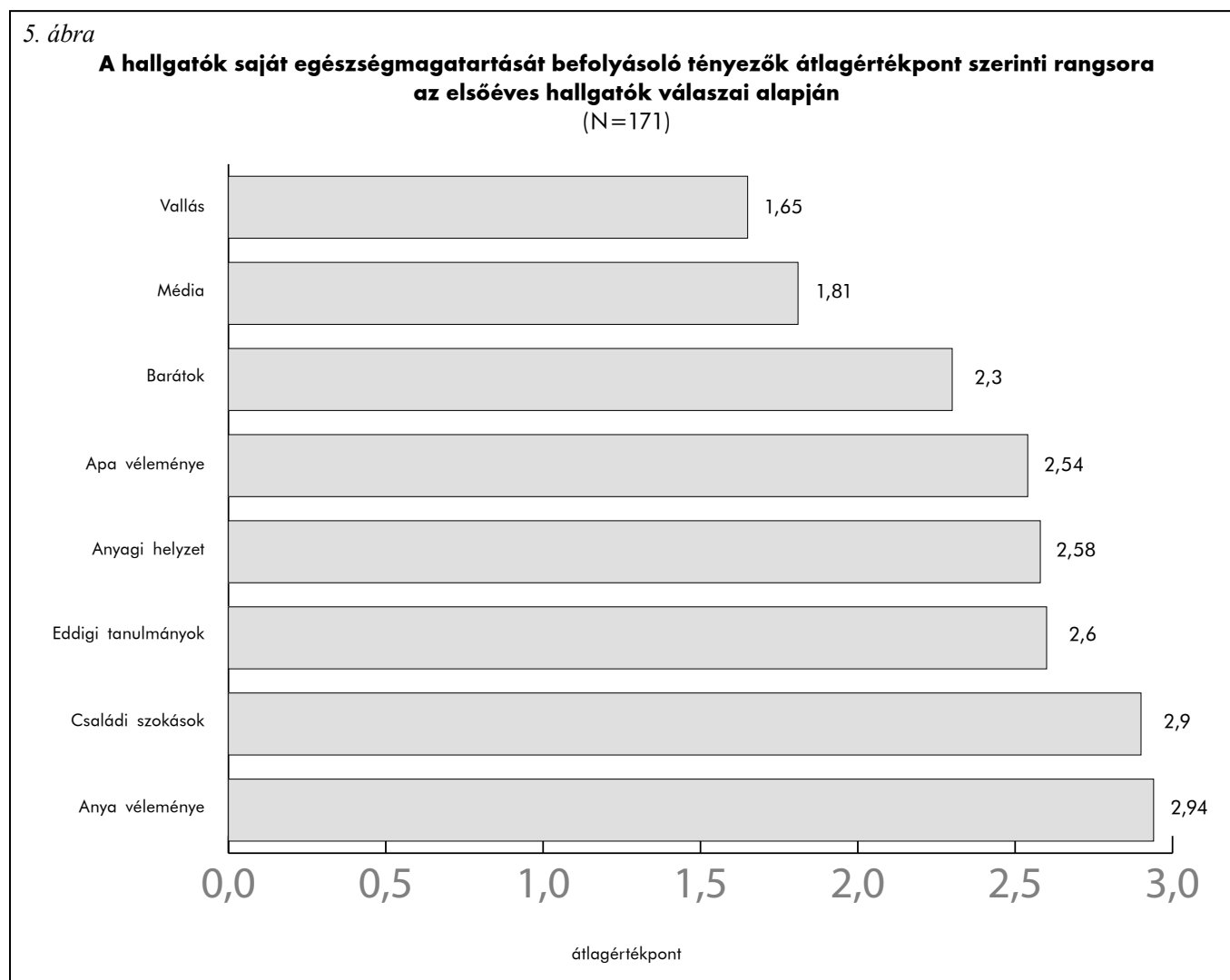
tása között milyen kapcsolat mutatható ki. A felsőoktatási tanulmányaikat most kezdő hallgatók 69,2%-a (182 fő) az elmúlt egy hónapban tudatosan odafigyelt étkezési szokásaira, igyekezett egészségesen táplálkozni. Az elsőéves hallgatók 50,0%-a gondolja úgy, hogy szülei egészségesen táplálkoznak, míg a hallgatók másik fele ellenkező véleményen van. Ha összehasonlítjuk a tanulók saját táplálkozási szokásainak megítélését a szülők táplálkozási szokásainak megítélésével, szignifikáns összefüggés mutatható ki (Chi-square = 6,603; $p = 0,010$). A válaszadók 39,6%-a nem fordít kellő figyelmet saját táplálkozási szokásaira, ugyanakkor a szülők ezirányú szokásait sem tartják helyesnek. A táplálkozási szokásaikra oda nem figyelő hallgatók 22,0%-a szülei táplálkozási szokásait egészségesnek tartja.

A végzős hallgatók 68,4%-a szülei táplálkozási szokásait nem tartja egészségesnek, 31,6% azonban igen. A 225 válaszadó 79,1%-a igyekszik odafigyelni az egészséges táplálkozásra. A szülei táplálkozási szokásait egészségesnek, illetve egészségtelennek tartó hallgatók között közel azonos az egészségtelenül táplálkozó aránya (21,1%, illetve 20,8%). A két tényező közötti összefüggés a végzős hallgatók esetén – ellentétben az elsőéves hallgatókkal –, nem szignifikáns (Chi-square = 0,004; $p = 0,952$).

A táplálkozási szokások mellett a szülők alkoholfogyasz-

tási és dohányzási szokásait is vizsgáltuk. A válaszadó elsőéves hallgatók 0,5%-a szerint rendszeresen (hetente 4–5-ször), 3,8%-a szerint néhányszor (2–3-szor), 29,0%-a szerint párszor (1–2-szer), 63,9%-a szerint egyáltalán nem fogyaszt édesanyja alkoholt, 2,7%-a nem tud az anya alkoholfogyasztásáról. A válaszadók 69,4%-a fogyasztott az adatfelvételt megelőző egy hónapban alkoholt, míg 30,6%-uk nem. Ezt az édesanya alkoholfogyasztási szokásaival összevetve látható, hogy azon hallgatók között a legmagasabb az alkoholfogyasztók aránya (100%), akik szerint édesanyjuk rendszeresen (hetente 4–5-ször) fogyaszt alkoholt. Azaz szignifikáns kapcsolat mutatható ki a hallgatók és az édesanya alkoholfogyasztási szokásai között (Chi-square = 12,870; $p = 0,012$).

Az EGP-hallgatók válaszai alapján az apák ivási szokásai a következő képet mutatják: 5,3%-uk szerint rendszeresen (hetente 4–5-ször), 5,3%-uk szerint gyakran (hetente 2–3-szor), 5,3%-uk szerint hetente egyszer, 13,5%-uk szerint néhányszor (2–3-szor), 38,6%-uk szerint párszor (1–2-szer), 28,7%-uk szerint egyáltalán nem fogyaszt édesapja alkoholt, 3,5%-uk nem tud az apa alkoholfogyasztásáról. A hallgatók és az apák alkoholfogyasztási szokásait összevetve látható, hogy azon hallgatók között a legmagasabb az alkoholfogyasztók aránya (88,9%), akik szerint édesapjuk gyakran (hetente 2–3-szor) fogyaszt alkoholt. Az erre vonatkozóan



végzett Chi-négyzet próba eredménye alapján az összefüggés nem szignifikáns (Chi-square = 8,370; $p = 0,212$).

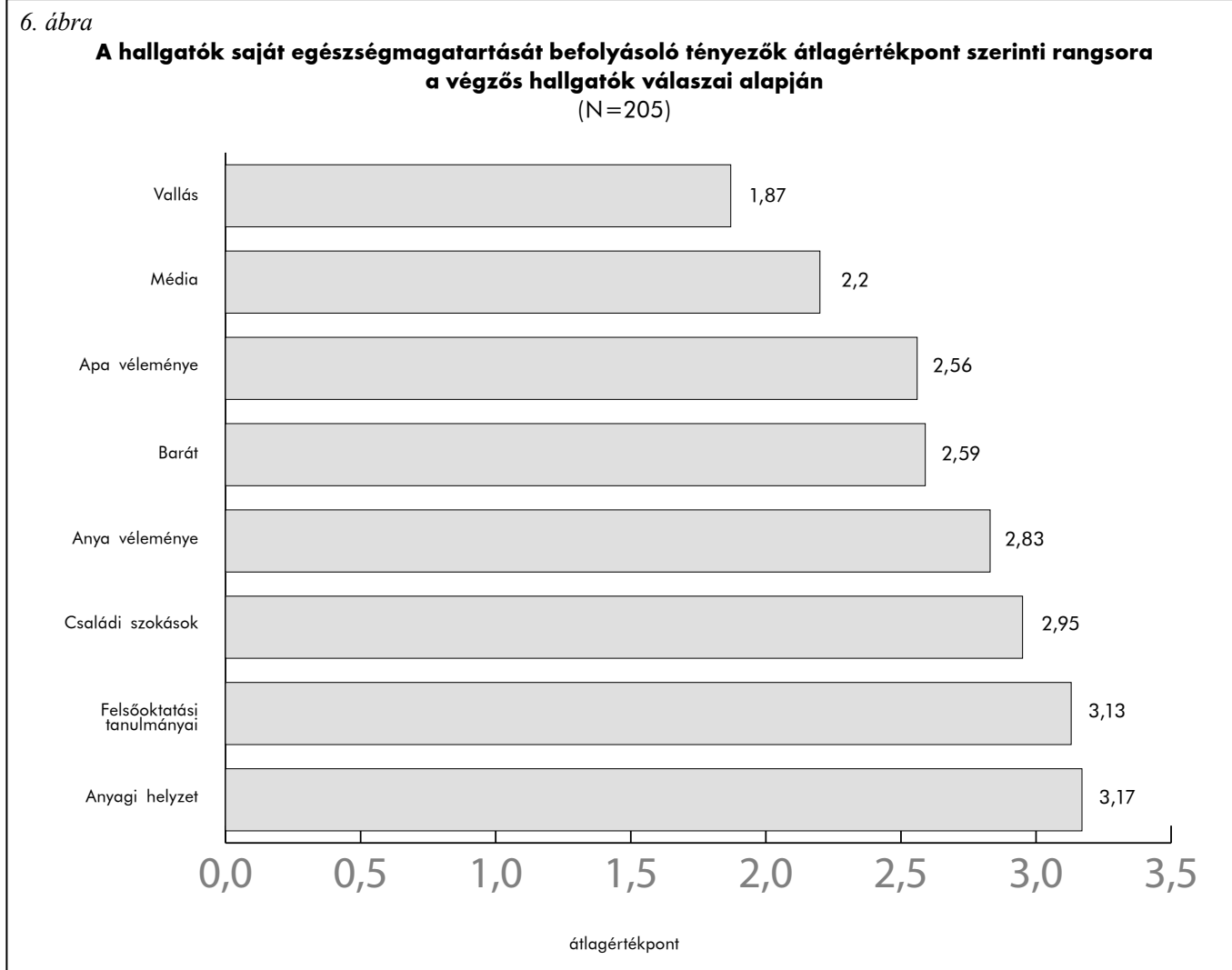
Végzett hallgatók esetén az anyák alkoholfogyasztási szokásai a következőképpen alakultak: 1,8%-uk szerint rendszeresen (hetente 4–5-ször), 2,7%-uk szerint gyakran (hetente 2–3-szor), 3,1%-uk szerint gyakran (hetente egyszer), 3,6%-uk szerint néhányszor (2–3-szor), 31,7%-uk szerint párszor (1–2-szer), 50,4%-uk szerint egyáltalán nem fogyaszt édesanyja alkoholt, 6,7%-uk nem tud az anya alkoholfogyasztásáról. A válaszadók 57,1%-a fogyasztott az elmúlt egy hónapban alkoholt, míg 42,9%-a nem. Ezt az édesanya alkoholfogyasztási szokásaival összevetve látható, hogy azon hallgatók között a legmagasabb az alkoholfogyasztók aránya (100 százalék), akik szerint édesanyjuk gyakran (hetente egyszer) fogyaszt alkoholt (Chi-square = 20,592; $p = 0,002$).

A tanulmányaikat most befejező hallgatók esetén az apa alkoholfogyasztási gyakorisága magasabb az anyákhoz képest: 9,5%-uk szerint rendszeresen (hetente 4–5-ször), 9,0%-uk szerint gyakran (hetente 2–3-szor), 7,1%-uk szerint hetente egyszer, 8,6%-uk szerint néhányszor (2–3-szor), 37,6%-uk szerint párszor (1–2-szer), 23,3% szerint egyáltalán nem fogyaszt édesapja alkoholt, 4,8%-uk nem tud az apa

alkoholfogyasztásáról. Ugyanakkor a hallgatók ivási gyakoriságával kapcsolatban nem mutatható ki összefüggés, nem magasabb azon apák gyermekeinek alkoholfogyasztása, akik rendszeresebben isznak (Chi-square = 8,963; $p = 0,176$).

2. hipotézis: A végzett hallgatók felsőoktatási tanulmányai során kellő információt és ismeretet kaptak az egészségfejlesztésről, de mindezt nem minden esetben alkalmazzák tudatosan saját egészségmagatartásukban. (7. ábra)

A felmérésben résztvevő végzett hallgatók 94,2%-a (214 fő) úgy gondolja, felsőoktatási tanulmányai alatt kellő információt kapott az egészségről, az egészségfejlesztésről. Mindössze 11 fő (4,8%-uk) állította az ellenkezőjét. A kapott ismeretek saját egészségmagatartásukra vonatkozó meghatározó szerepét a hallgatók egytől ötig terjedő skálán értékelték, amelynek eredményeként 3,62 ($\pm 0,827$) átlagértékpontot adtak. A kapott információk jellegének megítélése során látható, hogy a képzés során a legmagasabb arányban kognitív jellegű információk hangzottak el (192 fő – 84,9%), 122 fő (53,9%) szerint pszichomotoros, 96 fő (42,4%) szerint affektív vonatkozásai is voltak a kapott információknak, ismereteknek. A végzős hallgatók 96,0%-a fontosnak tartotta,



hogy felsőoktatási tanulmányai során tanuljon az egészségről, az egészségfejlesztésről, 1,8%-a nem tartotta fontosnak, 2,2%-a pedig nem tudta eldönteni a kérdés fontosságát. (8. ábra)

A válaszadó végzős hallgatók 75,1%-a (169 fő) gondolja úgy, hogy felsőoktatási tanulmányai hatására változott, 18,2%-a (42 fő) szerint nem változott egészségmagatartása, 6,7%-a (15 fő) pedig nem tudja eldönteni a kérdést. (9. ábra)

Azok a hallgatók, akik úgy érezték, hogy egészségmagatartásuk változott, táplálkozási szokásain 166 fő (90,1%), stresszkezelési szokásain 80 fő (43,4%) testmozgási szokásain 77 fő (41,8%) változtatott. Mindössze 23 fő (12,5%) szerint dohányzási szokásai, míg 12 fő (6,5%) szerint alkoholfogyasztási szokásai vettek pozitív irányú változást. (10. ábra)

Az egészségmagatartásban bekövetkezett változások közül a hallgatók véleménye szerint a táplálkozási szokásokban következett be a legmagasabb arányban változás. Összefüggéseiben megvizsgáltuk, hogy van-e összefüggés a felsőoktatási tanulmányok során kapott kellő mennyiségű információ és az egyes táplálkozási mutatók között. A napi táplálkozási gyakoriság tekintetében elmondható,

hogyan a végzős hallgatók közel fele, 105 fő (48,2%) háromszor, 54 fő (25,0%) négyszer és 30 fő (16,1%) ötször étkezik naponta. A válaszadóknak csak 10,7%-a, 24 fő étkezik három alkalomnál kevesebbszer naponta. Azok között, akik úgy gondolják, hogy kellő információt kaptak az egészségről, az egészségfejlesztésről, mégis vannak olyan hallgatók, akik táplálkozási szokásaikban nem a preventív magatartást követik, s naponta három alkalomnál kevesebbszer étkeznek (11,3%). A Chi-négyzet próba eredménye szerint a tanulmányok során kapott információk, ismeretek „megfelelősége” és a napi étkezések gyakorisága között szignifikáns kapcsolat mutatható ki (Chi-square = 13,161; $p = 0,0031$). (11. ábra)

Megkérdeztük a hallgatókat, mennyire figyelnek oda a napi étkezések során arra, hogy egészségesen táplálkozzanak. A végzős hallgatók nagyobb hányada próbál erre figyelni, mindössze 26 fő (11,6%) állítja azt, hogy egyáltalán nem figyel étkezésére. A 224 válaszadó közül 84–84, azaz 168 fő időnként, illetve legtöbbször figyel étkezésére, próbál egészségesen táplálkozni. Ha az egészséges étkezésre fordított figyelmet összevetjük azzal, hogy kellő információt kaptak-e a hallgatók az egészségről, az egészségfejlesztésről felsőoktatási tanulmányaik során, akkor láthatjuk, hogy a kellő

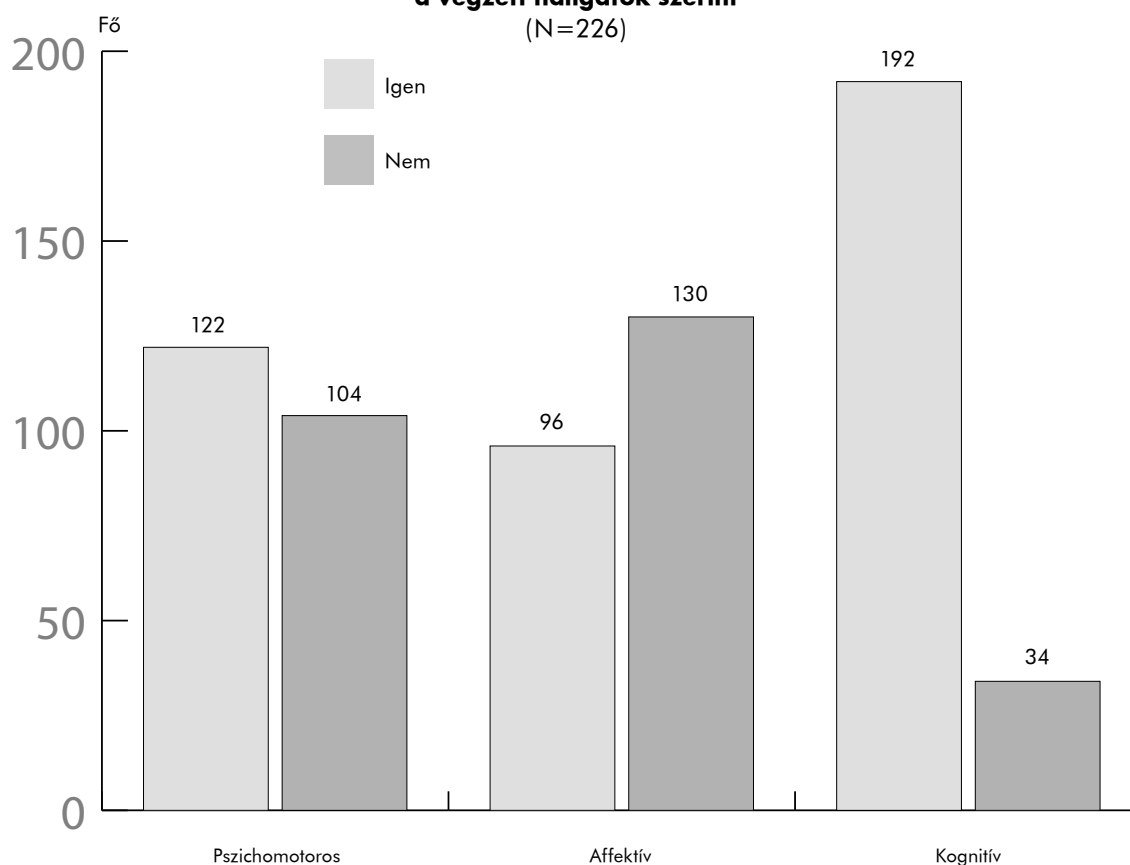
2. táblázat

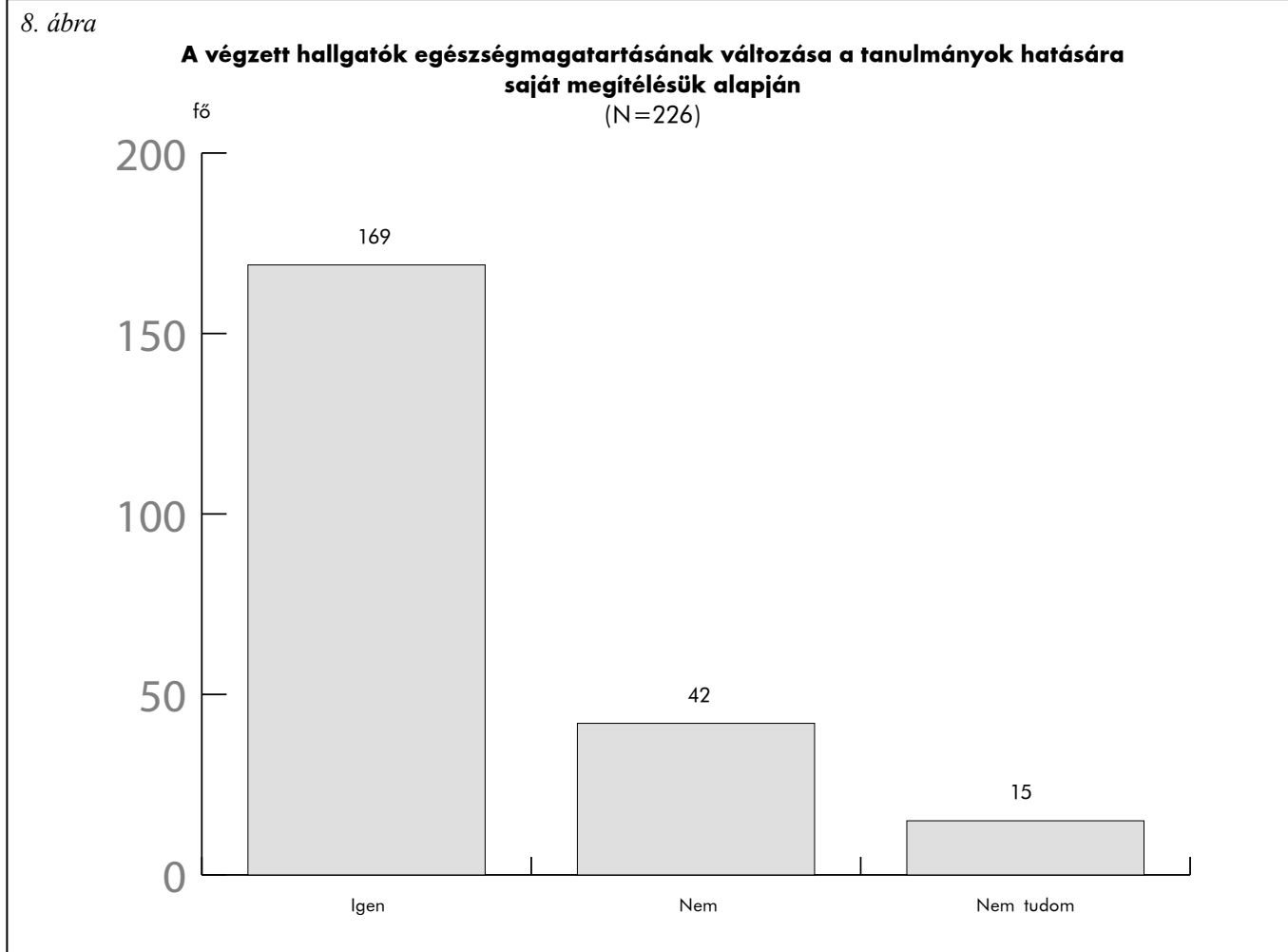
Az EGP-hallgatók (N=171) és végzett hallgatók (N=205) egészségmagatartását befolyásoló tényező hatásának összehasonlítása

Befolyásoló tényezők	EGP-hallgatók Mean Rank	Befolyásoló tényezők	Végzett hallgatók Mean Rank
Anya véleménye	6,61	Anyagi helyzet	5,80
Családi szokások	6,58	Felsőoktatási tanulmányok	5,72
Anyagi helyzet	5,75	Családok szokások	5,34
Eddigi tanulmányok	5,75	Anya véleménye	4,93
Apa véleménye	5,44	Barát	4,24
Barátok	4,84	Apa véleménye	4,20
Média	3,49	Média	3,22
Vallás	2,97	Vallás	2,55

7. ábra

A felsőoktatási tanulmányok során kapott ismeretek jellegének megítélése a végzett hallgatók szerint (N=226)





információt kapott hallgatók közül csak 9 fő (5,0%) figyel mindig étkezésére. A Chi-négyzet próba értékeinek elemzésekor szignifikancia tekintetében nem állapítható meg összefüggés [Chi-square = 1,312; $p = 0,884 (>0,05)$].

3. hipotézis: *A végzett védőnő hallgatók az egészségfejlesztés szempontjából hitelesen felkészült szakembereknek érzik magukat, amely pozitív irányú kihatással van a védőnői pályán való elhelyezkedésükre. (12. ábra)*

A végzős válaszadók 4,9%-a (11 fő) biztosan pályaelhagyó lesz, míg 14,2%-uk (32 fő) bizonytalan a kérdést illetően.

A válaszadó 225 végzős hallgató közül csupán 4,0% (9 fő) nem tartotta magát hitelesnek a leendő egészségfejlesztési feladatok elvégzésére. A többiek közül közel kétszer annyian (139 fő, a válaszadók 61,8%-a) gondolják teljesen, mint részben hitelesnek magukat (77 fő).

Ha a pályaelhagyást és az egészségfejlesztés szempontjából való szakmai hitelesség kérdésének összefüggését vizsgáljuk meg, megállapítható, hogy a pályaelhagyók nagyobb hányada (72,7%-a) hitelesnek tartja magát, mint a pályán biztosan maradni szándékozók aránya (62,1%). Azonban e különbségből messzemenő, általános következtetést nem vonhatunk le, mivel a biztos pályaelhagyók száma túl alacsony (11 fő) (Chi-square = 4,987; $p = 0,289$).

Következtetések

Az első hipotézisben feltételezett, egészségmagatartásra ható tényezők sorrendisége az eddigi részeredmények alapján, az elsőéves hallgatók esetén igazolódott; az egészségmagatartást befolyásoló tényezők között legerősebb hatással az anya véleménye, majd a családi szokások bírnak, és csak ezt követi az eddigi tanulmányok hatása. A végzős hallgatók esetén csak részben nyert igazolást a hipotézis. Az egészségmagatartást befolyásoló tényezők közül a második legerősebb hatása a felsőoktatási tanulmányoknak van, de elsődleges szerepe – a hallgatók válaszai alapján – nem a családi szokásoknak, hanem az anyagi helyzetnek van. A családi szokásokat, családi minta befolyásoló hatását tovább vizsgálva, az anya alkoholfogyasztási szokásai szignifikáns hatással bírnak a hallgatók ivási szokásaira, mindkét évfolyam tekintetében. Ugyancsak szignifikáns a kapcsolat a szülők és a hallgatók táplálkozási szokásai között. Az apa alkoholfogyasztási, valamint a szülők dohányzási szokásai nem befolyásolják jelentősen a fiatalok magatartását.

A második hipotézis a bemutatott eredmények alapján igazolódott. A hallgatók úgy érzik, kellő információt és ismeretet – elsősorban kognitív jellegű információkat – kaptak felső-

oktatási tanulmányaik során. A végzett védőnők legnagyobb százaléka úgy gondolja, a megszerzett tudást, ismeretet alkalmazni tudta. Amíg választott hivatásukra készültek, saját egészségmagatartásukban – hangsúlyozottan táplálkozási szokásaikban – pozitív irányú változások következtek be.

A harmadik hipotézis a kapott eredmények alapján részben teljesült. A végzett védőnő hallgatók az egészségfejlesztés szempontjából hitelesen felkészültnek érzik magukat, ugyanakkor a pályán való elhelyezkedésüket szignifikánsan nem befolyásolja ez irányú szakmai hitelességük érzése.

A védőnői hivatásra való felkészítésben nagy hangsúlyt kap az egészségfejlesztési feladatokra való felkészítés, az attitűdformálás, a magatartásváltoztatás. A védőnő kompetenciájából adódó preventív feladatok elvégzéséhez úgy gondoljuk, elengedhetetlen a szakember hitelessége, példamutató magatartása, hiszen az ismeretek átadása akkor lesz hatékony, akkor érvényesül a gondozottak körében, ha maga a szakember is elkötelezett mindamelllett, amit képvisel.

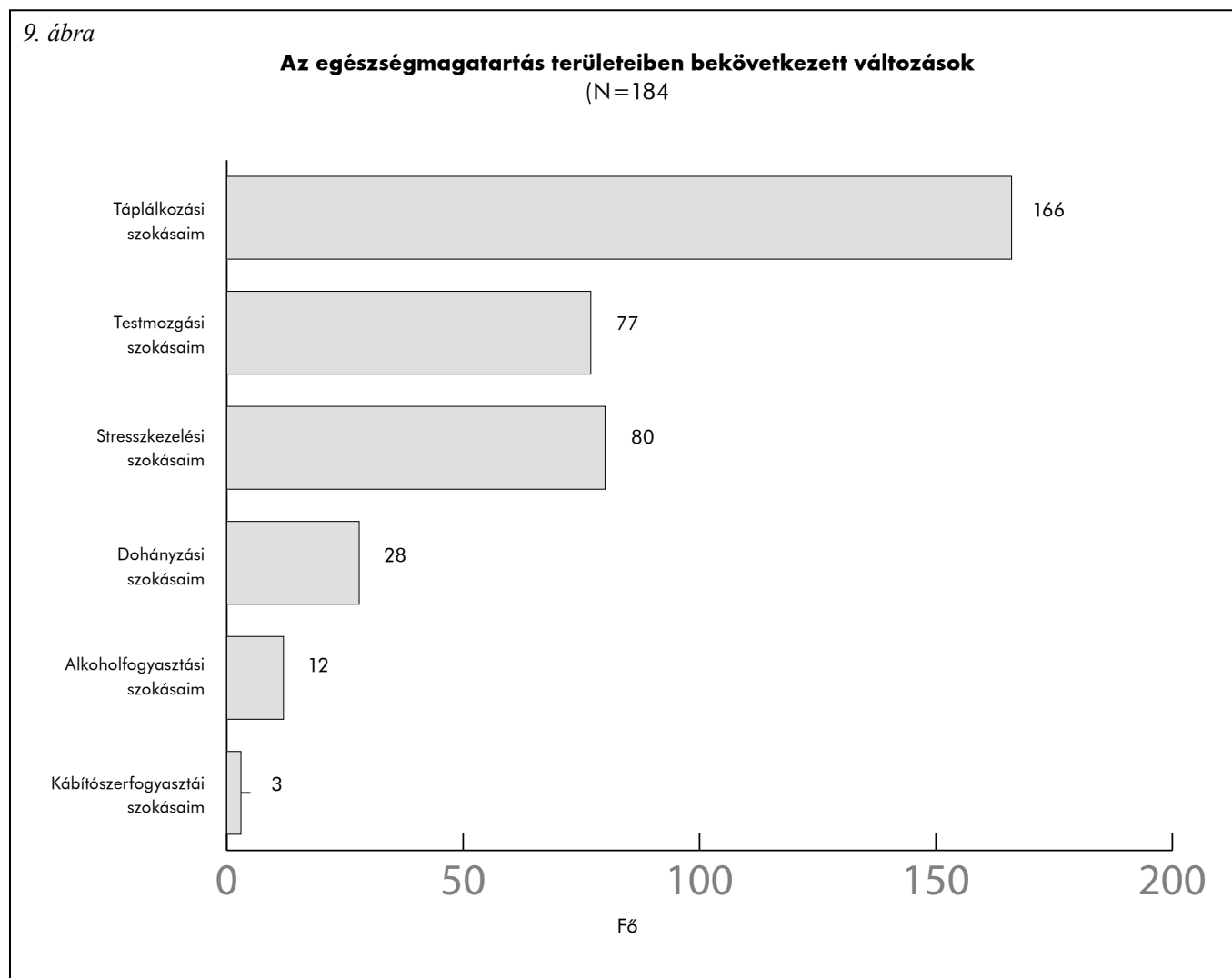
Az általunk végzett átfogó kutatás eredményei irányt mutathatnak a védőnői curriculum fejlesztéséhez, de bizonyos értelemben információt is nyújtanak oktatásunk hatékonyságáról.

Összefoglalás

A védőnő hungaricumnak számító szakember a világon, aki hivatásából eredően a lakosság egészségi állapotának javításáért, az egészség fejlesztéséért felelős. Munkájában – az anya- és gyermekvédelmen túl – elsődleges feladata a prevenció, amelyre több szintéren is lehetősége nyílik, a szakmai kompetenciájában meghatározott feladatköröknek megfelelően. Ahhoz, hogy a megelőző munka során közvetített információk, ismeretek, attitűdök ténylegesen eredményt tudjanak elérni az adott célcsoportnál, elengedhetetlen, hogy a szakember, a védőnő saját szemléletében, magatartásában is a preventív egészségmagatartást gyakorolja. A szakmai hitelesség és példamutatás az egészségnevelő munka olyan elemei, amelyek alapvetően kihatással vannak a prevenció eredményességére.

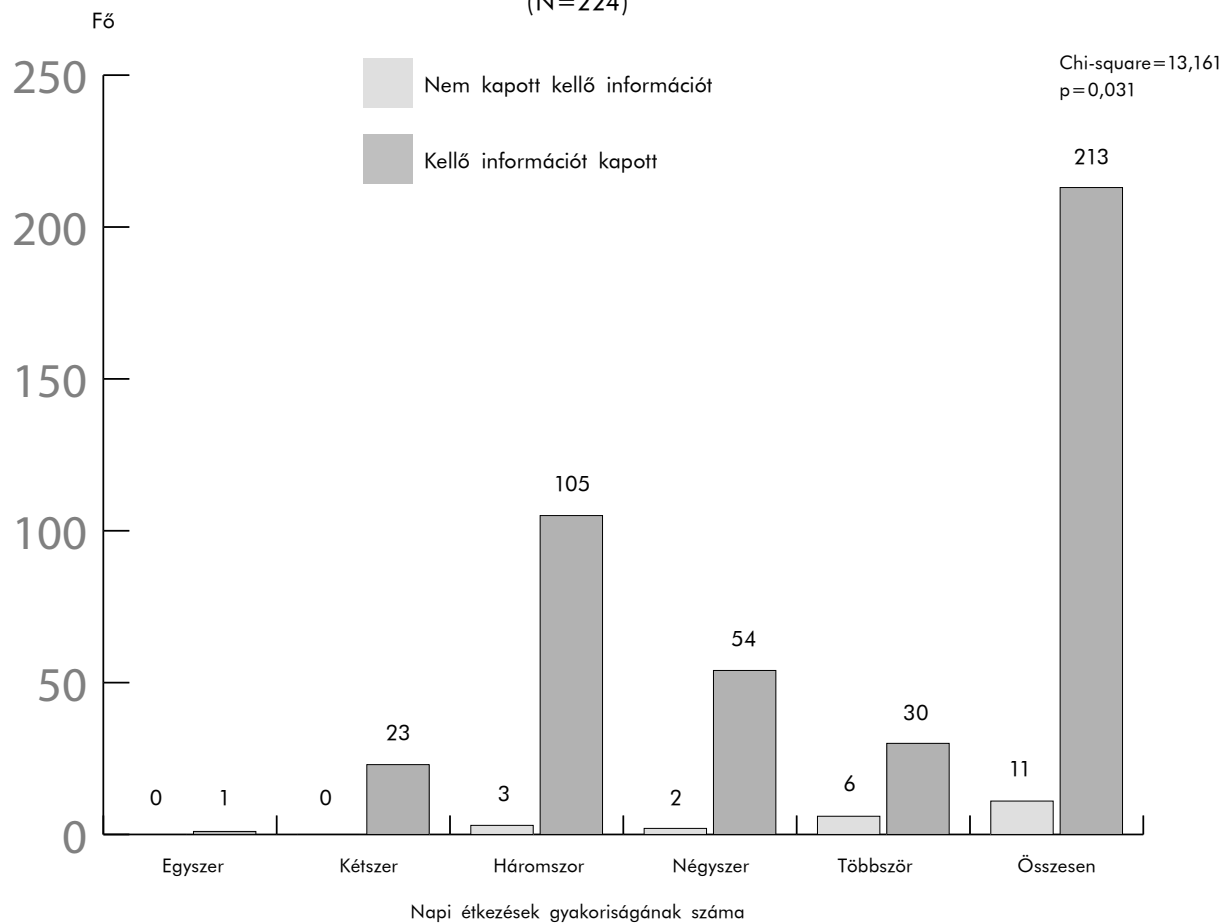
Jelen tanulmányban egy országos felmérés részeredményeit mutatjuk be. A vizsgálat bizonyos részéről korábbi tanulmányokban már beszámoltunk. Kutatásunk egyik célja volt feltárni, hogy a védőnő hallgatók egészségmagatartásának alakulásában milyen szerepe van a felsőoktatásban tanult egészségfejlesztési ismereteknek. Továbbá célunk volt

9. ábra



10. ábra

A felsőoktatási tanulmányok során kapott információk és a napi étkezés gyakoriságának közötti kapcsolat végzős hallgatók eseték
(N=224)



megismerni a hallgatók vélekedését a pályán való elhelyezkedésükről, arról, hogy felsőoktatási tanulmányaik befejeztével szeretnének-e védőnőként dolgozni.

Minta: A felmérésben hat képzőintézmény – Budapest, Kaposvár, Nyíregyháza, Miskolc, Szeged, Szombathely – vett részt. Az *Egészségügyi gondozás és prevenció* alapszakos hallgatók (a későbbiekben EGP) közül 185 fő, míg végzett védőnő hallgatók közül 227 fő vett részt a felmérésben, összesen 412 hallgató. A részvételi arány valamennyi intézmény esetén 98% fölötti volt. A minta átlagéletkora 20,57 év [EGP: 19,26 év ($\pm 1,71$); Végzett hallgatók: 23,88 év ($\pm 2,79$)].

Módszer: Vizsgálatunkhoz az írásbeli kikérdezés módszerét és a kérdőív eszközt alkalmaztuk. A kérdőív összetett volt, kutatási céljainknak megfelelően több szerkezeti egységre tagolódott, amelyek közül jelen tanulmányban az alábbi kérdéseket mutatjuk be: a hallgatók egészségmagatartását befolyásoló tényezők; a felsőoktatásban tanult egészségfejlesztési ismereteik és azok saját egészségükre gyakorolt hatása, valamint a tanulmányok befejezése után a pályán való elhelyezkedés kérdése. Az adatfelvétel végzős hallgatók esetén a 2007–2008-as tanév II. félévének végén,

május–június hónapban, elsőéves hallgatók esetén a 2008–2009-es tanév I. félévének elején, szeptember–október hónapban történt.

Eredmények: A hallgatók egészségmagatartását befolyásoló tényezők sorrendiségét illetően a vizsgált két évfolyam között eltérés mutatkozott. Átlagértékpontot számolva az elsőévesek esetén az anya véleménye (átlagértékpont: 2,94), a családi szokások (átlagértékpont: 2,9) és az eddigi tanulmányok (átlagértékpont: 2,6) szerepeltek az első három helyen. Legkevésbé befolyásoló hatással a megkérdezett hallgatók válaszai alapján a vallás (átlagértékpont: 1,65) és a média (átlagértékpont: 1,81) bír. A végzős hallgatók válaszait tekintve az egészségmagatartást befolyásoló tényezők közül első helyen az anyagi helyzet (átlagértékpont: 3,17), második helyen a felsőoktatási tanulmányok (átlagértékpont: 3,13), míg harmadik helyen a családi szokások (átlagértékpont: 2,95) szerepelnek.

A felmérésben résztvevő végzett hallgatók 94,2%-a (214 fő) úgy gondolja, felsőoktatási tanulmányai alatt kellő információt kapott az egészségről, az egészségfejlesztésről. Mindössze 11 fő (4,8%-uk) állította az ellenkezőjét. A válaszadó végzős hallgatók 75,1%-a (169 fő) úgy gondolja,

hogy felsőoktatási tanulmányai hatására változott, 18,2%-a (42 fő) szerint nem változott egészségmagatartása, 6,7%-a (15 fő) pedig nem tudja eldönteni a kérdést.

A végzős válaszadók 4,9%-a (11 fő) biztosan pályaelhagyó lesz, míg 14,2%-uk (32 fő) bizonytalan a kérdést illetően. A válaszadó 225 végzős hallgató közül csupán 4,0% (9 fő) nem tartotta magát hitelesnek a leendő egészségfejlesztési feladatok elvégzésére. A többiek közül közel kétszer annyian (139 fő, a válaszadók 61,8%-a) gondolják teljesen, mint részben hitelesnek magukat (77 fő).

Vizsgálataink eredményei alapul szolgálhatnak a védőnői oktatás curriculum fejlesztéséhez.

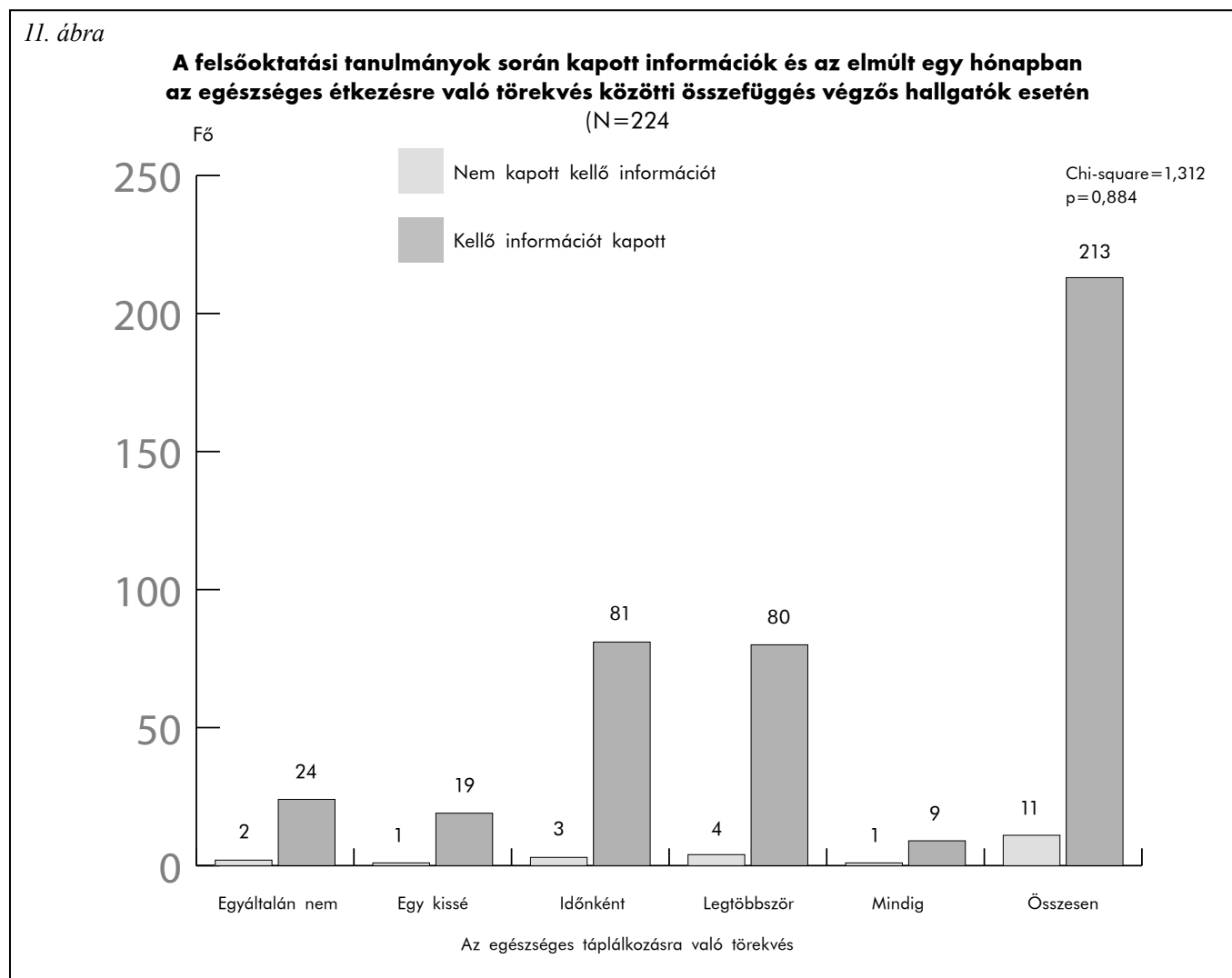
Summary

Health visitor is a specialist considered to be a Hungaricum in the world is originally responsible for improving the health state of the population and health development itself, too. Beyond mother and child protection the primary task of health visitor is especially prevention which can be performed in several areas in accordance with the professionally determined functions and specialties. To attain effective

results at a given target group as a result of information, knowledge and attitudes transferred during preventive work, it is also essential for health visitor to exercise the model behaviour of health and prevention in both practice and theory. Professional authenticity and exemplariness are such elements of health education work which have fundamental effects on the efficiency of prevention.

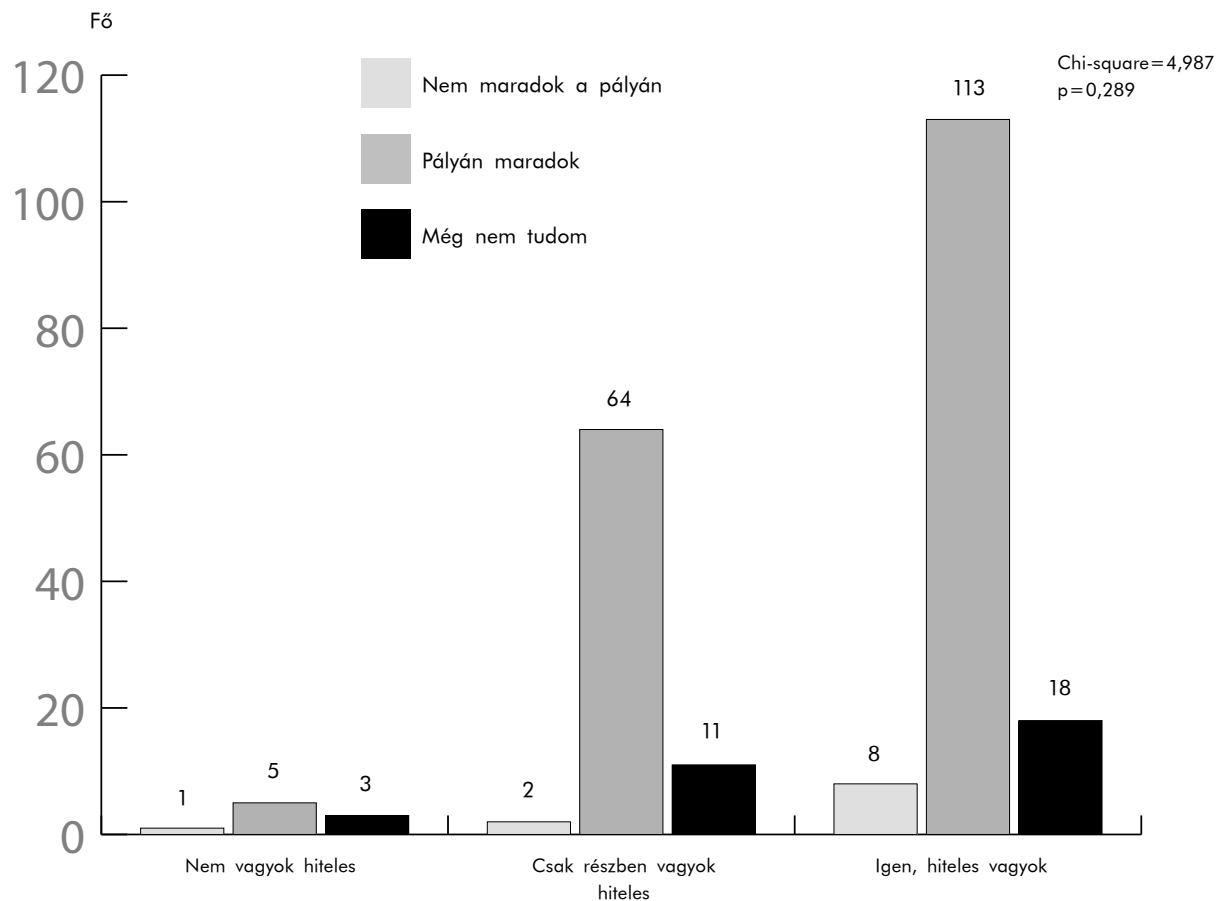
The results indicated in the following studies are partial results of a national survey. In previous studies we have already reported on certain parts of this inquiry. In our research one of the aims was to reveal what role health development knowledge acquired in higher education plays in forming health visitor students' model behaviour of health. Our further aim was to find out more about students' opinion about their careers as health visitor as well as their intention to work as health visitor after finishing their higher education studies.

Sample: Six training institutions have taken part in the survey, namely Budapest, Kaposvár, Nyíregyháza, Miskolc, Szeged and Szombathely. 185 student specialized in health care and prevention studies (later HCP) and 227 graduate health visitor students participated in the survey which



12. ábra

Az egészségfejlesztés szempontjából érzett szakmai hitelesség és a pályán való elhelyezkedés közötti összefüggés végzős hallgatók esetén (N=225)



means 412 students altogether. The participative proportion was over 98% in case of all institutions. The average age of the sample was 20,57 yrs [HCP: 19,26 yrs (+-1,71)]. In case of graduate students it was 23,88 yrs(+2,79).

Method: In our survey we used questionnaires and other written forms of data collection. The questionnaires were sort of complex and according to our research aims they were divided into several structural units from which the following questions will be introduced in the present study: factors influencing students' model behaviour of health, students' health development knowledge and its effects on their own state of health and the question of career and working as health visitor after finishing their studies. In case of graduating students data collection took place at the end of the second term (in May, June, session of 2007/2008.) while 1st grade students were questioned at the beginning of the first term (in September, October, session of 2008/2009).

Result: As for the sequence of the factors influencing students' model behaviour of health a certain difference was found between the two grades of students tested in the survey. Counting an average score in the case of 1st grade students, mother's opinion (score: 2,94), family traditions

(score: 2,6) and previous studies (score: 2,6) were listed in the first three places. Based on the responses of the students questioned in the survey religion (score: 1,65) and media (score: 1,81) have the least affecting impact on students' behaviour. Regarding the answers of graduating students about factors affecting students' model behaviour of health, financial situation (score: 3,17) was mentioned in the 1st place followed by higher education studies (score: 3,13) and family traditions (score: 2,95) in the 2nd and the 3rd places separately.

94,2% of graduates (214 students) taking part in the survey believe that they got enough information about health and health development during their academic studies while only 11 students (4,8%) thought just the opposite. 75,1% of graduating students (169 respondents) remarked that their model behaviour of health had changed due to the effect of higher education studies, according to 18,2% of students (42 people) it had not changed and 6,7% of respondents (15 students) could not decide if their studies had had a changing effect on their own behaviour of health.

4,9% of graduating respondents (11 students) can't imagine their careers as health visitor while 14,2% of them



FELMÉRÉSEK

(32 students) are uncertain about the answers. Only 4% of 225 graduating students (9 students) did not consider themselves to be authentic enough to perform the future tasks of health development. Among the others nearly twice as many students (139 students, 61,8% of respondents) believe them-

selves to be fully authentic as those who think they are only partly authentic (77 students) to perform the task mentioned above.

The results of our survey can serve as a basis for the development of district health visitor education (curriculum).

Az egészségkép hatása az egészségjavító intervenciók iránti nyitottságra magyar várandósok körében

Bödecs Tamás M.D.,¹ Horváth Boldizsár M.D, Ph.D.,²
Kovács Lajos M.D.,³ Diffellné Németh Marietta,¹ Sándor János M.D., Ph.D.⁴

¹Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Népegészségtani, Rekreációs és Egészségfejlesztési Intézet, Védőnői Tanszék, Szombathely

²Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Ápolás és Betegellátás Intézet, Szülész-női Tanszék, Szombathely

³Vasútegészségügyi Kht., Szombathelyi Egészségügyi Központ

⁴Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Népegészségtani, Rekreációs és Egészségfejlesztési Intézet, Népegészségtani és Epidemiológiai Tanszék, Pécs

Bevezetés

Magyarországon a koraszülések aránya tartósan, csaknem két évtizede 8–9% között mozog, s lényegesen meghaladja a hazánk gazdasági és társadalmi potenciáljából következő várható gyakoriságot. [1] Európa országai közül csupán két ország, Románia és Bulgária rendelkezik ennél rosszabb mutatókkal. Mivel a koraszülések okai rendkívül szerteágazóak, elméletileg számos beavatkozási pont adódik, ahol hatékony intervenciók segítségével csökkenthetnénk gyakoriságát.

Az egészségjavító intervenciók sikerének azonban alapvető feltétele az érintett célpopuláció közreműködése, aktív részvétele. [2] Ez a közreműködés azonban csak akkor adott, ha a professzionális „egészség-szakértők” által felajánlott, meghirdetett intervenciók lehetőségei találkoznak az érintett populáció elvárásaival. Az emberek ugyanis egészségüket illetően nagyon eltérő információigénnyel rendelkeznek, és más-más egészségjavító intervenciókra fogékonyak. [3] Ennek oka, hogy részben kulturális gyökereiből, részben személyes hétköznapi tapasztalataiból kiindulva, mindenki kialakítja a gyakran előforduló, széles körben ismert betegségek, tünetek okairól alkotott saját elképzeléseit. [4, 5] Ezek a laikus elképzelések nemcsak a betegségek okaira terjednek ki, hanem mintegy kontrasztként, az egészség mibenlétére, háttértényezőire is. [6] A „mitől függ az egészségem?” kérdésre minden ember magában hordozza a maga laikus, sokszor ki nem mondott, meg nem fogalmazott hiedelmeit, elképzeléseit. Az egészség-hiedelmek többnyire nem tényleges lexikális tudásra, korrekt és helytálló adatokra épülnek, forrásuk döntő mértékben a laikus egyéni vagy közösségi szintű tapasztalat. [7]

A laikus egészség-hiedelmek mind egyéni, mind közösségi szinten komplex rendszerré, egészségképpé formálódnak. A laikus egészségképek bár komplexek, egyes

elemeik lehetnek illogikusak, néha egymásnak ellentmondóak, mégis, mivel erős egyéni és kulturális gyökerekkel rendelkeznek, az egyén erősen ragaszkodik hozzájuk. [7] Márpedig az egészségkép alapvetően megszabja az egyénnek az egészség kontrollálhatóságába vetett hitét és az egészségjavító intervenciók iránti nyitottságát. Ha az intervenció során az egyén egészségképével ellentétes, idegenszerű értéket erőltetünk, vagy az adott élethelyzetében megvalósíthatatlan viselkedést követelünk meg tőle, akkor erőfeszítéseink eleve kudarcra lesznek ítélve. [3]

Kutatásunk elsődleges, közvetlen célja várandós nők laikus egészségmagyarázatainak, egészségképének vizsgálata volt. Arra voltunk kíváncsiak, hogy laikus egészség-hiedelmek milyen konkrét elemekből épülnek fel és milyen struktúrát mutatnak. Kevésbé tudományos nyelven fogalmazva: mit gondolnak válaszadóink, mitől függ az egészségük? Hazánkban Szántó Zs., Susánszky É., és Rózsa S. (2002) végzett hasonló tartalmú vizsgálatot, ők azonban nem az egészséggel, hanem a betegséggel kapcsolatos hiedelemrendszert vizsgálták mindkét nemből. [8] Másik célunk a várandós nők egészségképe és az egészségjavító intervenciók iránti nyitottsága közötti összefüggések feltérképezése volt. Ha pontosabb képet kapunk célpopulációnk laikus egészségmagyarázatairól, egészséggel kapcsolatos elképzeléseiről, akkor a jövőben ezekre építve hatékonyabban tudjuk az egyes intervenciókat megtervezni, nagyobb arányban tudjuk a kliensek együttműködését megnyerni.

Minta és módszer

Felmérésünket a Vas Megyei Markusovszky Kórház Egyetemi Oktatókórház terhesgondozási központjával lefedett Szombathely városában, a 18 védőnői körzetből álló védőnői hálózat 10 körzetében végeztük. A tíz védőnői körzetből kialakított területen populációs alapú monitoringot hoz-

1. táblázat

Demográfiai változóink megoszlása

	Átlag	Szórás
Életkor	29,57	5,166
Szocio-ökonómiai státusz	4,02	1,725
	no.	%
Családi állapot		
Hajadon	21	6,8
Elvált	3	1,0
Élettárs	104	33,9
Férjezett	179	58,3
Iskolai végzettség		
Kevesebb, mint 8 osztály	22	7,2
8 osztály	29	9,5
Szakmunkásképző	29	9,5
Szakközépiskola	93	30,5
Gimnázium	14	4,6
Felsőfokú	118	38,7

tunk létre, ahol minden terhességi nyilvántartásba kerülő nőről rendszeres adatgyűjtést folytattunk 2008. február 1. és 2009. február 1. között. A gondozásbavétel során kérdőívet vettünk fel. A vizsgálati protokollban szereplő beleegyező nyilatkozat kitöltése is ezen a helyen történt meg. A vizsgálatban való részvétel önkéntes és anonim volt.

Egészségkép

Válaszadóink egészségről–betegségről alkotott hiedelmeit *Staiton Rogers* kérdőívének (*Health and Illness Scale*) második blokkjával mértük fel. [9] A jövőbeli jobb egészségi állapot eléréséről szóló laikus magyarázatokra vonatkozó állításokat magyar nyelvre fordítottuk és a tételek eredeti sorrendjét megtartva tettük fel őket. Az eredeti pontozást meghagyva, a 31 tétel mindegyikét 1–7 pontig terjedő skálán pontozták a vizsgálatban résztvevők, annak függvényében, hogy az adott állítással mennyire értettek egyet. Az egészséghiedelmek elemeinek vizsgálatára a fenti kérdőív tételeit faktorelemzésbe vontuk, amelynek során az alábbi lépéseket követtük: először főkomponens-elemzéssel az egynél nagyobb sajátértékű faktorok számát állapítottuk meg, ezekből azonban az 5%-nál kisebb magyarázó erővel rendelkező faktorokat első lépésben nem vettük figyelembe. Az alacsony kommunalitású tételektől lépésenként megváltunk, majd a maradék tételekkel, Varimax-rotációval, leg-

nagyobb valószínűség becsléssel faktoranalízist végeztünk. Az adott faktorba tartozás feltételül a 0,40-nél magasabb faktorsúlyt vettük. Azoktól a tételektől, amelyek ez utóbbi kívánalomnak nem feleltek meg, lépésenként megváltunk. Az így kapott faktorstruktúrának megfelelően az egyes egészségmagyarázó faktorokat a további elemzésekben új, standardizált változóként kezeltük. [10]

Elvárt segítség

Válaszadóink egészségjavító intervencióra való nyitottságát az alábbi módon mértük: azért, hogy ne válaszadóinktól idegen intervenciókat ajánlgassunk, ellátogattunk a várandós kismamák által leggyakrabban látogatott honlapokra és itt tájékozódunk. A témában leginkább érintettek, maguk a várandósok leggyakoribb kérdéseinek, problémáinak, nehézségeinek elemzéseként hét lehetséges intervenció lehetőségét formáztunk meg, amelyet válaszadóink annak megfelelően pontozhattak, hogy az számukra mennyire jelentene segítséget várandósságuk alatt. (1 = egyáltalán nem segítene, 5 = feltétlenül szükségem lenne rá). Felajánlott intervencióink az alábbiak voltak: „egészségügyi ellátás javítása”, „ismeretadás”, „érzelmi támogatás”, „technikai dolgok begyakoroltatása”, „hasonló helyzetű kismamákkal való találkozás”, „lelki problémák megbeszélése”, „tápanyagok vitaminnal történő dúsítása”.

2. táblázat

A laikus egészségmagyarázatok faktorstruktúrája

Faktorok	1	2	3	4	5	6	kommunalitás
Tételek tartalmi							
Erőim felhasználása	0.531	0.076	0.122	0.101	0.088	0.205	0.362
Pozitív gondolkodás	0.856	0.073	0.046	0.179	-0.003	-0.034	0.772
Boldogságkeresés	0.853	0.110	0.068	0.100	0.004	0.073	0.760
Belső konfliktusokkal való szembenézés	0.780	0.127	0.096	0.107	0.122	0.009	0.660
Sorsom irányítása	0.699	0.106	0.015	-0.027	0.200	0.212	0.586
Időjárás	0.067	0.120	0.546	0.169	0.025	0.055	0.349
Jó- vagy balszerencse	0.024	0.057	0.884	0.156	-0.036	0.017	0.811
Véletlen	0.014	0.097	0.758	0.125	0.101	0.058	0.613
Családdal, barátaimmal való kapcsolat	0.352	0.276	0.292	0.039	0.113	0.513	0.563
Családomtól, barátaimtól kapott tanácsok	0.211	0.179	0.200	0.223	0.175	0.755	0.768
Szakkönyvek tanácsainak elfogadása	0.121	0.110	0.155	0.446	0.270	0.286	0.404
Orvosi szűrővizsgálaton való részvétel	0.139	0.045	0.037	0.333	0.776	0.116	0.749
Orvosi tanácsok megfogadása	0.178	0.099	0.006	0.262	0.766	0.129	0.713
Orvosi kezelések	0.006	0.123	0.111	0.557	0.276	0.036	0.415
Életkor	0.153	0.124	0.196	0.610	-0.010	0.125	0.465
Természetfeletti erők	0.114	0.142	0.454	0.053	-0.026	0.113	0.255
Fertőzések	0.110	0.206	0.138	0.568	0.190	0.121	0.447
Lakáshelyzet alakulása	0.045	0.662	0.169	0.341	0.068	0.086	0.597
Munkahelyi környezet	0.158	0.768	0.144	0.263	0.053	0.001	0.708
Családi körülmények	0.149	0.772	0.178	0.153	0.089	0.235	0.736
Munkahelyi kapcsolatok	0.167	0.829	0.178	0.191	0.040	0.114	0.799
Jövőbeli váratlan események	0.124	0.224	0.422	0.212	0.110	0.197	0.339
Káros környezeti hatások elkerülése	0.127	0.256	0.129	0.491	0.269	-0.100	0.422
Vitaminok, erősítőszereszedése	0.057	0.214	0.119	0.519	0.073	0.021	0.339
Sajátérték	3.238	2.776	2.434	2.371	1.599	1.215	
Megmagyarázott hányad (%)	13.49	11.56	10.14	9.88	6.66	5.06	Total: 56,8%

Szocio-ökonómiai státusz

A szocio-ökonómiai státuszt a HBSC kérdőívben is alkalmazott, négy változóból (autó-, számítógép-, saját szobatulajdon és családi nyaralás) képzett Családi Jómódúsági Skálával mértük. [11]

Adataink feldolgozásához az SPSS for Windows v. 11,5 programot használtuk. Összefüggéseinket többváltozós lineáris regresszió segítségével elemeztük.

Eredmények

Demográfiai adatok

A vizsgált egy év alatt 324 főből 17 fő utasította el a résztvételt, így 307 (94,7%) koraterhességi várandós képezte adatbázisunkat. Válaszadóink 15–44 év közöttiek, átlagéletkoruk 29,57 év (standard deviáció /SD/=5,17). Mintánk több mint fele férjezett (58,3%), közép- vagy felsőfokú végzettségű (35,1% és 38,7%). Demográfiai változóink megoszlását az 1. táblázatban tüntettük fel.

Laikus egészségmagyarázatok

A laikus egészségmagyarázatok vonatkozásában arra voltunk kíváncsiak, hogy az erre vonatkozó, 31 tételből álló változóhalmazunk mögött milyen látens struktúrák rejtőznek. A főkomponens-elemzés eredményeként hét, egynél nagyobb saját értékű faktort kaptunk, ám ebből két faktor kevesebb, mint 5%-nyi magyarázóerővel rendelkezett. A továbbiakban először az öt-, majd a hétfaktoros modellel dolgoztunk tovább, a fentiekben leírt lépéseket követve. Sem az öt-, sem a hétfaktoros modell nem alkotott értelmezhető, kellő magyarázóerővel rendelkező faktorstruktúrát, ezért végül a hatfaktoros modellel próbálkoztunk.

A hatfaktoros modellel, Varimax-rotációval, legnagyobb valószínűség becsléssel (MLE) faktoranalízist végeztünk. Alacsony kommunalitásuk miatt az „Isteni gondviselés”, a „természetgyógyászok tanácsainak megfogadása”, az „egésztelen szokásaim elhagyása”, a „veleszületett alkati tulajdonságaim”, a „jelenlegi egészségi állapotom” és az „egészesebb életmód” tételtől kellett megválnunk, a fenti sorrendben. A „mindennapi viselkedésem megváltoztatása” tétel egyik faktoron sem teljesítette a 0,40-nél nagyobb faktorsúlyt, ezért tőle is megváltunk. A megmaradt 24 tétel a hat faktorra igen erős illeszkedést adott. (2. táblázat) Modellünk szignifikanciáját a Bartlett-féle gömbölyűség-próbával ($p < 0,001$), a modell illeszkedését pedig a Kaiser-Meyer-Olkin-féle mutatóval teszteltük ($KMO = 0,857$), amely alapján az illeszkedés jónak mondható.

A kapott faktorstruktúra alapján, az egybetartozó tételeket összevonva létrehoztuk a hat faktort. Látható, hogy hat faktorunk együttesen az eredeti változókészlet varianciájának több, mint a felét (56,8%-át) magyarázza. Első faktorunkat (lelkiállapot) az „erőim felhasználása”, a „pozitív gondolkodás”, a „boldogságkeresés”, a „belső konfliktusokkal való szembenézés” és a „sorsom irányítása” tételek

alkották. A II. faktor (környezet) a „lakáshelyzetem alakulása”, a „munkahelyi környezet”, a „családi körülmények” és a „munkahelyi kapcsolatok” tételekből állt össze. A III. faktort (végzet) az „időjárás”, a „jó- vagy balszerencse”, a „véletlen”, a „természetfeletti erők” és a „jövőbeli váratlan események” tételek alkották. A IV. faktor (külső hatások) alkotói a „szakkönyvek tanácsainak megfogadása”, az „orvosi kezelések”, az „életkor”, a „fertőzések”, a „káros környezeti hatások elkerülése” és a „vitaminok, erősítőszerek szedése” tételek voltak. Az V. faktort (megelőzés) mindössze két tétel alkotta: az „orvosi szűrővizsgálaton való részvétel” és az „orvosi tanácsok megfogadása”. A VI. faktorhoz (közeli kapcsolatok) szintén két tétel került: a „családdal, barátaimmal való kapcsolat” és a „családomtól, barátaimtól kapott tanácsok”.

Az egyes intervenciók iránti nyitottság

Válaszadóink szignifikánsan, a legmagasabb átlagpontszámmal az „élelmiszerek dúsitása” intervenciót illették, azaz ezt tartották legfontosabbnak. Ugyancsak szignifikáns mértékben leginkább az „érzelmi támogatást” utasították el, ez kapta a legalacsonyabb átlagpontszámot. Az egyes intervenciók preferenciáinak átlagát (azaz az egyes intervenciók iránti nyitottságot) az 1. ábra szemlélteti.

Az egészségkép és az intervenciók iránti nyitottság közötti kapcsolat

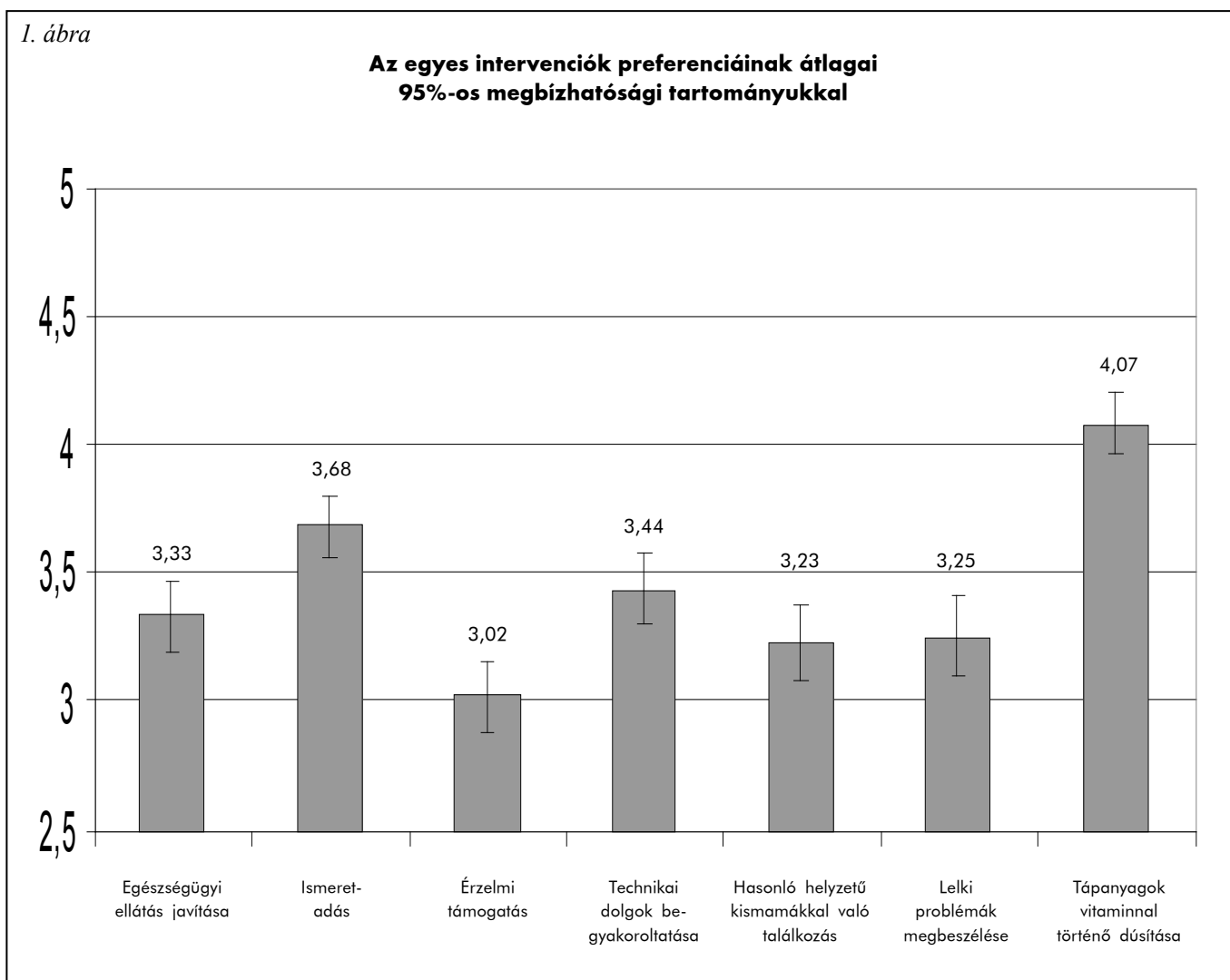
A továbbiakban az egyes intervenciók lehetőségeket, mint függő változókat, egyenként az egészségkép hat faktorával, mint független változókkal vetettük össze, hogy lássuk, mennyiben határozza meg válaszadóink egészségképe az adott intervenciók iránti nyitottságukat. A hét intervenció lehetőségnek megfelelően hét modellt kaptunk. A 3. táblázat tartalmazza az így felépített modellek szignifikancia-szintjeit (modell p), a modellek magyarázó értékeit (modell R^2), és az egyes faktorokkal való összefüggéseket. Félkövér betűkkel emeltük ki a modellt alkotó, szignifikáns faktorokat.

A hat egészségkép-faktor szignifikánsan ($p < 0,01-0,001$) magyarázta mind a hét lehetséges intervenció típusra alkotott modellünket, ám valamennyi modellünk magyarázóereje csekély (5–13%).

Következtetés

Várandós válaszadóink válaszaiból, illetve ezek elemzéséből egy hatfaktoros (lelkiállapot, környezet, végzet, külső hatások, megelőzés, közeli kapcsolatok) egészségkép-modell rajzolódott ki. Modellünk erősen szignifikáns, illeszkedése jó. Faktoranalízisünk során megállapítottuk, hogy az eredeti 31 tétel túlnyomó többsége nemcsak szignifikánsan hozzájárul egészségkép-modellünk alkotásához, hanem szilárdan egy-egy faktoron ül, tehát a faktorok között gyakorlatilag nincs átfedés.

Az egészségkép intervenciók preferenciákra vonatkozó hatását illetően érdekes eredményekre jutottunk. Valamennyi



intervenciók modellünkben szignifikánsan szerepelt a „környezet” faktor, míg a „lelkiállapot” egyik modell alkotásában sem kapott szerepet! Valamennyi intervenciók modellünkben valamennyi faktorunk csak pozitív előjellel szerepelt, azaz minden szignifikánsnak bizonyuló faktor pozitívan korrelált az adott intervencióra való nyitottsággal. Az „egészségügyi ellátás javítása” intervenciók lehetőségével pozitívan korreláltak a „környezet”, a „végzet” és a „külső hatások” faktorok. Látható, hogy mindhárom faktor ún. külső, az egyén által nem vagy alig kontrollálható egészség-determináns, nem véletlen az összefüggés az ugyancsak külsődleges determinánssal, az egészségügyi ellátással. Hasonló alapokon értelmezhető az „élelmiszerek dúsítása” összefüggése a „környezet” és a „külső hatások” faktorokkal.

Az „érzelmi támogatás” és a „lelki problémák megbeszélése” intervenciókat alkotó faktorok között nagy az átfedés. Mindkettőben felbukkan a „környezet”, a „végzet” és a „közeli kapcsolatok”, bár mindkét esetben egy-egy faktor szerepe csak marginálisan szignifikáns. Ezen felül az „érzelmi támogatás” a „megelőzés” faktoral is korrelál. Érzelmileg bizonytalan, lelki támogatásra, beszélgetésre vágyó válaszadóink értelemszerűen fontosnak tartják

a közeli kapcsolatokat, és – nem meglepő módon – a két markánsan külső egészség-determinánst, a „környezet” és a „végzet” faktorokat is. Mindkét intervenciók modellből az tükröződik, hogy a bizonytalan, magukat kiszolgáltatottnak érző, érzelmileg dependens személyek hajlamosak egészségi állapotuk alakulását a végzetre, környezetükre, esetleg másokra hárítani.

Az eddig felsorolt, az egyén részéről aktivitást nem igazán igénylő intervenciók tehát általában külsődleges egészségdeterminánsokhoz kapcsolódtak. Bonyolultabbá válik a helyzet, ha az egyéni aktivitást is feltételező intervenciókra fókuszálunk. Aligha lehet véletlen, hogy az „ismeretadás” és a „technikai dolgok begyakorlatalása” intervenciók mindkettő ugyanazon faktorokkal („környezet”, „külső hatások”, „megelőzés”) kapcsolódnak! Mindkét intervenciótípusban felbukkan a passzív elem (hiszen az ismeret adják, a technikai dolgokat begyakorlatják), mégis mindkettő az egyén aktív befogadó magatartásával válik teljessé. Ez a kettősség jelentkezik a modellalkotó faktorokban: a külsődleges faktorok („környezet”, „külső hatások”) mellett megjelenik az egyéni aktivitást, a kereső magatartást leképező „megelőzés” faktor is!

3. táblázat

Az egészségkép és az elvárt intervenciók iránti nyitottság összefüggései

Egészségügyi ellátás	Modell $p < 0,01$	Modell $R^2: 0,051$
	Béta	p
Lelkiállapot	0,022	0,700
Környezet	0,139	0,014
Végzet	0,113	0,045
Külső hatások	0,138	0,016
Megelőzés	0,077	0,174
Közeli kapcsolatok	0,040	0,473
Ismeretadás	Modell $p < 0,001$	Modell $R^2: 0,065$
	Béta	p
Lelkiállapot	0,088	0,114
Környezet	0,143	0,011
Végzet	-0,017	0,757
Külső hatások	0,146	0,011
Megelőzés	0,147	0,010
Közeli kapcsolatok	0,024	0,673
Érzelmi támogatás	Modell $p < 0,001$	Modell $R^2: 0,101$
	Béta	p
Lelkiállapot	-0,017	0,758
Környezet	0,260	0,000
Végzet	0,103	0,061
Külső hatások	0,026	0,647
Megelőzés	0,115	0,040
Közeli kapcsolatok	0,137	0,013
Technikai tudás	Modell $p < 0,001$	Modell $R^2: 0,128$
	Béta	p
Lelkiállapot	-0,069	0,200
Környezet	0,262	0,000
Végzet	0,024	0,657
Külső hatások	0,173	0,002
Megelőzés	0,135	0,014
Közeli kapcsolatok	0,082	0,130

Kortárs támogatás	Modell $p < 0,001$	Modell $R^2: 0,088$
	Béta	p
Lelkiállapot	-0,025	0,649
Környezet	0,249	0,000
Végzet	-0,015	0,789
Külső hatások	0,030	0,599
Megelőzés	0,037	0,503
Közeli kapcsolatok	0,190	0,001
Lelki problémák megbeszélése	Modell $p < 0,001$	Modell $R^2: 0,120$
	Béta	p
Lelkiállapot	0,030	0,584
Környezet	0,288	0,000
Végzet	0,189	0,001
Külső hatások	-0,064	0,243
Megelőzés	0,065	0,237
Közeli kapcsolatok	0,102	0,061
Élelmiszer-dúsítás	Modell $p < 0,001$	Modell $R^2: 0,08$
	Béta	p
Lelkiállapot	0,064	0,245
Környezet	0,209	0,000
Végzet	0,078	0,159
Külső hatások	0,182	0,001
Megelőzés	0,032	0,565
Közeli kapcsolatok	-0,010	0,861

A legkevésbé felülről irányított, az egyén részéről a legtöbb aktivitást és egyéni döntést igénylő intervenciós forma a „sorstársakkal (hasonló helyzetű kismamákkal) való találkozás”. Itt a legkisebb az intervenciót nyújtó „segítők” szerepe, pusztán a lehetőséget teremti meg, az intervenció valódi tartalma és sikere nagyrészt a résztvevőkön múlik. Ehhez képest elgondolkodtató, hogy ez az intervenciós lehetőség is (bár nem meglepő módon pozitívan korrelál a „közeli kapcsolatok” faktoral), igen erősen összefügg a külsődleges egészségdeterminánsnak számító „környezet” faktoral is. Első látásra ez az összefüggés nehezen értelmezhető. Ha azonban visszatérünk kiinduló észrevételünkhöz, amely szerint valamennyi modellünkben szerepelt a „környezet” faktor – míg a „lelkiállapot” egyikben sem –, egy szélesebb kontextusba helyezve talán sikerül az értelmezés.

Az intervenciós preferenciákra vonatkozó kérdésünk így

hangzott: „*Ön szerint mostani helyzetében mivel segíthetnének a legtöbbet Önnek és születendő gyermekének?*” A kérdés eleve egy aszimmetrikus viszonyba helyezi a válaszadót, ahol a „segítő” kérdez, azaz a válaszadót a „megsegített” passzív pózába kényszerítjük. Ráadásul a felajánlott intervenciók tartalmukban is inkább passzív, vagy félig passzív megközelítésűek. Így azok a válaszadók, akik önállótlanabbak, dependensebbek, és hajlamosak egészségüket külső determinánsokkal magyarázni, mintegy „elemükben vannak”, és kapaszkodnak minden felajánlott, lehetséges egészségjavító intervencióba. Ugyanők a fent említett mechanizmusok miatt, egészségképükben zömmel külsődleges egészségdeterminánsokat jelölnek meg. A kontrollt „belül” hordozó, céltudatos, sorsukat kézben tartó válaszadók egészségképükben várhatóan inkább a belső kontrollnak jobban megfelelő „lelkiállapot” faktoron adnak magasabb pontszámokat.

Vizsgálatunk egyik korlátja a viszonylag kicsi esetszám, továbbá, hogy demográfiai szempontból mintánk meglehetősen homogén, kevés benne a variabilitás. Nagyobb esetszám és nagyobb variabilitás mellett esetleg még egyéb szignifikáns összefüggések is feltárultak volna, mindazonáltal biztos állíthatjuk: kapott szignifikáns összefüggéseink valóságok. A vizsgálati résztvevőket nem vállalókról nincs adatunk, ám mivel számuk csekély, ők várhatóan kevésbé torzították eredményeinket.

Összefoglalás

Korábbi tanulmányokból ismeretes, hogy az egészségjavító intervenciók sikerességének, hatékonyságának alapvető feltétele az érintett célpopuláció közreműködése, amelynek viszont feltétele, hogy a meghirdetett intervenciók lehetőségei találkozzanak az érintett populáció elvárásaival. Ezeket az elvárásokat, az érintettek egészségük kontrollálhatóságába vetett hitét, az egészségjavító intervenciók iránti nyitottságát alapvetően az érintettek egészségképe szabja meg. Tanulmányunkban várandós nők egészségképét vizsgáltuk, továbbá egészségképük és az egészségjavító intervenciók iránti nyitottságuk közötti összefüggéseket térképeztük fel. Felajánlott intervenciók lehetőségeink zömmel külsődleges, az egyén részéről kevés aktivitást igénylő intervenciók voltak. Válaszadóink az *élelmiszerek dúsítását* és az *ismeret-adást* preferálták leginkább, míg legkevésbé az *érzelmi támogatást* igényelték. Az egyes intervenciók lehetőségei döntően külső egészségdeterminánsokkal (*környezet, egyéb külső hatások*) korreláltak. Tendenciaként mindenképpen megállapítható, hogy az egyén egészségképe és intervenciók igénye között szoros kapcsolat van: a felülről irányított, egyéni résztvevőt kevésbé igénylő intervenciókat elsősorban azok igénylik, akik egészségüket külsődleges, általuk nem, vagy kevésbé kontrollálható okokkal magyarázzák.

Kulcsszavak: egészségkép, egészségjavító intervenciók, koraterhesség, faktorelemzés

IRODALOM

- Páll, G.: *Gyermekegészségügy. NEJ2004 – Szakértői változat.* www.oszmk.hu/dokumentum/NEJ/nej2004_gyermekegeszsegugy.pdf (2004) [2008. 03. 31.]
- Gatewood, J. G.–Litchfield, R. E.–Ryan, S. J.–Myers Geadelmann, J. D.–Pendergast, J. F.–Ullom, K. K.: „Perceived Barriers to Community-based Health Promotion Program Participation.” In: *American Journal of Health Behavior*, 32(3), 260–271 (2008)
- Ewles, L.–Simnett, I.: *Egészségfejlesztés. [Health Promotion].* Medicina, Budapest, 1999.
- Kressin, N. R.–Clark, J. A.–Whittle, J.–East, M.–Peterson, E. D.–Chang, B. H.–Rosen, A. K.–Ren, X. S.–Alley, L. G.–Kroupa, L.–Collins, T. C.–Petersen, L. A.: „Racial Differences in Health-related Beliefs, Attitudes, and Experiences of VA Cardiac Patients: Scale Development and Application.” In: *Medical Care*, 40(1), suppl. 1–72–1–85 (2002)
- Spoont, M.–Sayer, N.–David, N.: „PTSD and Treatment Adherence:

Summary

It is known from previous studies, that the basic prerequisite of the success of interventions that aim to improve people's health is the willingness of the affected population to co-operate. The co-operation also requires a prerequisite, namely that the advertised intervention options should coincide with the expectations of the affected population. These expectations, that is the beliefs of the people affected concerning the controllability of their state of health, and their openness towards health improving interventions, are primarily influenced by people's regard towards their health. In our survey we examined the attitude of pregnant women to their health. We also looked into the correlations between their regard to their health and their openness towards health improving interventions. The majority of the interventions we offered were external, requiring a low level of involvement from the individuals. Those who were questioned would have appreciated the enrichment of foods as well as the provision of useful information the most, whereas they needed the emotional support the least. The particular possibilities for intervention correlated mainly with external health affecting factors such as environment and similar external influences. As a tendency, it can certainly be stated, that there is a close connection between people's regard to their health and their need for intervention. Interventions from higher levels which require less individual involvement are generally preferred by those who tend to provide an explanation in order to explain their state of health through the use of external, hardly controllable contributing factors or those over which they have no control.

Keywords: health perceptions, health improving interventions, early pregnancy, factor analysis

- The Role of Health Beliefs.” In: *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 193(8), 515–522 (2005)
- Hughner, R. S.–Kleine, S. S.: „Views of Health in the Lay Sector: a Compilation and Review of How Individuals Think about Health.” In: *Health* (London), 8(4), 395–422 (2004)
- Furnham, A.: „Explaining Health and Illness: Lay Perceptions on Current and Future Health, the Causes of Illness, and the Nature of Recovery.” In: *Social Science Medicine*, 39(5), 715–725 (1994)
- Szántó, Zs.–Susánszky, É.–Rózsa, S.: „»Az egészségemért felelős vagyok, a betegségemért nem« – laikus betegségmagyarázatok.” In: *Lege Artis Medicinae*, 12(9), 584–8 (2002)
- Staiton Rogers, W.: *Explaining Health and Illness: An Exploration of Diversity.* Wheatsheaf, London, 1991.
- Füstös, L.–Kovács, E.–Meszéna, Gy.–Simonné Mosolygó, N.: *Alakfelismerés: Sokváltozós statisztikai módszerek.* Új Mandátum, Budapest, 2004.
- Aszman, A.: *Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása.* Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest, 2003.

Stresszforrások, következményeik valamint a megküzdési stratégiák orvostanhallgatók körében

Sárközy Virág Ph.D.-hallgató¹,
Dr. habil. Barabás Katalin egyetemi docens¹

¹Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet

I. Bevezetés

Az orvosképzés – természetéből adódóan – fizikailag és érzelmileg egyaránt megterhelő a hallgatók számára. Az egyetemi évek alatt számos stresszforrás azonosítható. Hangsúlyos a tanulmányi követelmény, az elsajátítandó nagy ismeretanyag, a szakmai inkompetencia érzése, a bizonytalan jövőkép, az egyetemi beilleszkedés és az elvárásoknak való megfelelés.

A hallgatók továbbá szociális és magánéleti problémákkal szembesülnek, amelyek összefüggésben állnak az időgazdálkodással. A tanulás mellett nem marad idő a szociális kapcsolatok fenntartására. Az otthoni környezetből történő kiszakadás, a szülőktől való pénzügyi függés, vagy a tanulmányok melletti munkavállalás mind kihívásokkal teli, új helyzetet teremt.

Negatív következményei a koncentrációs képesség csökkenésében, az alacsony önértékelésben mutatkoznak meg, továbbá hozzájárulhatnak a szorongás, a depresszió és az öngyilkosság megjelenéséhez. (1,2,3,4,5)

A stressz – amely mentális vagy érzelmi igénybevétel során jelenik meg – a szervezet nem specifikus reakciójaként határozható meg, amellyel reagál minden ingerre, kihívásra és alkalmazkodik. A szervezet védekezését szolgálja, ugyanakkor károsodását idézheti elő az adaptálódásra fordított energia fokozott elhasználása révén. (6)

Az a kognitív vagy viselkedéses erőfeszítés, amellyel az egyén ezeket a külső vagy belső helyzeteket, hatásokat igyekszik kezelni, a megküzdés. Fontos eleme a kiértékelés, amely során a személy mérlegeli, hogy az adott helyzet felülmúlja-e aktuális forrásait és ennek megfelelően ad válaszreakciót.

A megküzdési mechanizmusok a szakirodalomban többféle osztályozásban is megjelennek. Közös bennük, hogy a megküzdés aktív–passzív, illetve megközelítő–elkerülő jellegét hangsúlyozzák. A stratégiák lehetnek maladaptívak és adaptívak is. Az előbbiekhöz tartozik a gyógyszerek, fájdalomcsillapítók használata, az alkoholfogyasztás, a dohányzás, az étkezési szokások megváltozása (túlzott mértékű vagy nagyon alacsony tápanyagfogyasztás). Hatékony megküzdési módok a fizikai aktivitás, az új tanulási módszerek,

a meditáció vagy egyéb relaxációs technikák elsajátítása, a strukturált szabadidő-eltöltés, vagy a társas támogatás keresése. Az újabb stratégiák elsajátítása hozzájárul ahhoz, hogy a későbbiekben kiszámíthatóbbá váljanak a már megtapasztalt feszültségkeltő események. (7)

A hallgatóknak nehéz megbirkózniuk az új helyzetekkel, ezért a stressz csökkentését célzó tevékenységek fokozzák az egészségesebb életmódhoz és a testi-lelki jóllét fenntartásához való alkalmazkodást.

Számos vizsgálat kutatja, létezik-e és milyen a kapcsolat az átélt nehézségek és a hallgatók teljesítménye, jólléte között. Fontos annak tisztázása, hogy a stressz a csökkent teljesítmény következménye, vagy a nem megfelelően kezelt helyzet, a rossz megküzdési stratégiák állnak összefüggésben a fennálló problémákkal.

A tanulmányunkban áttekintett cikkek az orvosi egyetemen eltöltött időszakban megjelenő stresszforrásokat, megterhelőnek értékelt eseményeket, a következményeket és az ezekre adott válaszreakciókat, megküzdési stratégiákat összegzik a hallgatók értékelése alapján.

II. Az orvosképzés stresszforrásai

Carter és munkatársai felmérésében (7) az orvostanhallgatók 65%-a értékelte saját stressz-szintjét magasnak. Több országban végzett vizsgálatok hasonló tapasztalatokról számolnak be. (4,5,8,9,10,11,12) Ez nem meglepő, hiszen a hallgatók folyamatos értékeléssel, időhiánnyal, új helyzetekkel szembesülnek. A tanulmányok megkezdésétől egészen a hatodik év végéig a problémák széles spektruma jelenik meg, ezért a megterhelő eseményeket képességjellemzők szerinti felosztásban mutatjuk be. (13).

1. A stressz természete és forrásai az alapozó évek során

1.1. Új szociális kapcsolatok, személyes tapasztalatok

A felsőoktatásban tanulmányaikat megkezdők számára a megszokott életvitelben változás következik be. Az eddigi

családi és baráti közegekből kiszakadnak és új követelményekkel, tanulási környezettel szembesülnek.

Az első év az új barátságok kialakulásának időszaka. Ez a folyamat különösen hangsúlyos, ha a hallgató az ország más részéből érkezik, kollégiumba vagy albérletbe költözik, és megkezdí önálló életének kialakítását. Megtanul személyes környezetében új emberekhez alkalmazkodni, velük együtt élni, és a felmerülő konfliktusokat önállóan kezelni, megoldani.

Távol kerül a család, a családtagok érzelmi támogatása, így az egyetemi városban egy új szocializációs folyamat indul meg: barátok, ismerősök, új társas támogatási formák keresése, amely szerencsés esetben megvalósul, egyébként izolációhoz vezethet. Az elmagányosodás további problémákat vet fel a felsőbb egyetemi évek alatt. A társas támogatás hiányának következményeit szemlélteti *Shaikh és munkatársainak* vizsgálata, amely szerint a kollégista hallgatók alacsonyabb mértékű stresszről számoltak be, mint bejáró évfolyamtársaik. (5)

Ebben az életszakaszban előtérbe kerül a párkapcsolat témaköre is. Az eriksoni szakaszelméletben a fiatalkorra, pontosan erre az időszakra jellemző az intim kapcsolat keresése, elérése és amennyiben ez sem szociális, sem érzelmi szinten nem valósul meg, akkor a későbbiekben az izoláció, az elszigetelődés lesz jellemző. (14)

Megindul az önálló életvitel kialakítása, amely még nem teljes, mert a hallgató saját egzisztencia híján szüleitől függő helyzetben van. Optimális esetben még további hat évig áll fenn ez az átmeneti állapot, a hallgatónak, mint önálló felnőttnek nincs gazdasági és döntési függetlensége. (15) Az anyagi terheltség, a szegénység, a felmerülő költségek (könyvek, lakás/kollégium, létfenntartás) további stresszforrást jelentenek. (16)

Az életstílus is megváltozik, a szabadidős és rekreációs tevékenységek aránya lecsökken. Kevesebb a fizikai aktivitás és az alvásidő is, amelyek együttesen gátolják a szervezet megújulását, s a fizikai egészség és az érzelmi jóllét általános csökkenésével járnak együtt. (17)

1.2. Tanulmányok

Az elsőéves hallgatók gyakran küzdenek a növekvő munkakövetelményeknek való megfeleléssel és az új iskolai körülményekhez való alkalmazkodással. Ekkor a hallgatókban még élénken él a középiskolai jó tanulmányi eredmények, az elismertség képe, amelyre a későbbiekben is számítnak. Az egyetemen már nehezebb az évfolyam élmezőnyébe kerülni. Megjelenik a kudarctól, a teljesítménytől való féltel. (5,10,18,19)

A tananyag mennyisége és számonkérési módja is újszerű, így ehhez kell alkalmazkodniuk a megfelelő időbeosztással, tanulási stratégiával.

Guthrie és munkatársai (16) elsőéves hallgatók beszámoló alapján a megterhelő események közül első három helyen a munkaterhelést, a boncolást és az oktatókkal való konfliktust azonosították. Hasonló eredményekre jutott *Miller* elsőéves medikusok vizsgálatánál. A hallgatók a munkaterhe-

lést, az oktatási formát és az időbeosztást is stresszesnek értékelték. Összességében a társas aktivitás és a tanulmányi feladatok ellátása közötti optimális egyensúly hiánya érhető tetten. (20)

Az órák mellett a folyamatos tanulás a mindennapok része lesz, kevesebb rekreációs programra hagyva ezzel időt. A szociális kapcsolatok beszűkülnek, főként hallgatótársakkal marad idejük érintkezni, tanulócsoporthoz formájában. Ezzel összhangban *Bunevicius és munkatársai* feltárták, hogy az orvostanhallgatók kevésbé extrovertáltak és kevésbé nyitottak új tapasztalatok szerzésére, mint bölcsészkaron tanuló kortársaik, ugyanakkor érzelmileg stabilabbak náluk. (11)

Az egyetem preklinikai éve alatt az emberekkel való hatékony kommunikáció, az ön- és emberismeret háttérbe szorul, a hangsúly főként a teljesítménymotiváción van. (21) A hallgatók nem találkoznak beteggel, így sokan számolnak be a haszontalanság érzéséről, úgy vélik, hogy még nincsenek meg a képességeik, kompetenciáik a beteggel való találkozáshoz, és nem tudnak aktív szerepet játszani a betegellátásban. Az orvosképzéshez fűződő elvárásaiktól eltérő tapasztalatokat szereznek.

Magyarországon a debreceni és a szegedi egyetemek orvosi karán 1999-ben, illetve 2001-ben végeztek vizsgálatot, amelyben a hallgatók szerepfelfogását, pályaképet, szakmai identitását, képzéssel való elégedettségét, szakmai terveit vizsgálták. (22,23) A felmérés eredményei szerint a hallgatók 36%-a csalódott elvárásaiban, 20%-a nem tartja magát alkalmasnak a pályára, több mint egyharmada gondolkodott egyetemi tanulmányainak megszakításán, idő előtti befejezésén. A fókuszcsoporthoz vizsgálatok rámutattak, hogy a hallgatók úgy érzik, rosszul ítélték meg képességeiket, önmagukat a pályára alkalmatlannak tartják, és meghatározó számukra a tanulmányi kudarc. Ez a légkör és hozzáállás negatívan hat a tanulmányi eredményességre, a pályaszocializációra, a hivatáshoz való viszonyra és nem utolsósorban az egészségre. Ahogyan a szerzők is rávilágítanak, a kapott eredmények arra ösztönöznek, hogy olyan megoldásokat, eszközöket kell találni és bevezetni, amelyek segítik és támogatják a hallgatók boldogulását az egyetemi évek alatt.

2. A korai klinikai szakasz stresszfaktorai

2.1. Csalódottság és tabuk

Az előző szakaszban felsorolt tényezők a felsőbb évek megélésére is hatással vannak. A másodéves orvostanhallgatók szignifikánsan magasabb szorongásról számolnak be, mint az elsőévesek. Ez az eredmény az idősebb medikusoknál a lelki egészségi állapot romlását mutatja. (24,25) *Midtgaardék* norvég orvostanhallgatók között végzett felmérése alapján a hallgatók egyharmada számolt be lelki problémáról a képzés első három évében. (12) A háttérben álló faktorokat számos tanulmány vizsgálta.

Svédországban (10) a harmadéves hallgatók magas stresszként értékelték a jövő miatti aggodalmat, amely a teherbírással

és a kompetenciával áll összefüggésben. *Firth* tanulmányában arról számol be, hogy a negyedéves angol medikusok megterhelőnek ítélik a betegekkel való beszélgetést, valamint az esetbemutatást és a halál, haldoklás témakörét. (8) További probléma, hogy a hallgatók zöme az elsajátítandó ismeretek mélységét tisztázatlannak érzi, főképp a nagyobb fajsúlyú vizsgákkal kapcsolatban, a képzést pedig személytelennek ítéli meg. (20)

A kudarcból való félelem, a szorongás, a frusztráció következménye lehet az, hogy a kezdeti lelkesedés, a „segítő” és „gyógyító” attitűd a felsőbb évekre kezd alábbhagyni. A hallgatók kritikusan szemlélik saját helyzetüket és a betegeket. (13) Habár az orvosi hivatás választásánál a leggyakrabban megjelölt ok az embereknek való segítség, ez az idealista felfogás gyakran fordul át cinizmusba. (26) A cinizmus és a részvét hiánya egyaránt negatív hatással van az egyéni teljesítményre és később az ellátott betegekre.

A képzés alatt megjelennek a társadalomban tabunak ítélt témák, mint a halál, a haldoklás, az elmúlás, ehhez kapcsolódóan pedig a tetem és a hozzá való viszony (vö. 16). Sajnos kevesen kezelik megfelelően ezeket a helyzeteket. A képzés alatt nap mint nap szembesülnek a halállal, akár a bonctermekben, akár a későbbi klinikai szakaszban, a gyász jellemzőivel, így a hozzátartozókkal, a rossz hír közlésével és az erre adott szélsőséges reakciókkal. A halottal való találkozás kezdetben nehéz. A hallgatóknak nincs sok lehetőségük megosztani másokkal, hogy milyen érzések, gondolatok merültek fel bennük a tetemmel kapcsolatban.

Tabuként szerepel továbbá a szexualitás. Feszültséget jelenthet az ellenkező nemű beteg vizsgálata. Bizonyos szakterületek velejárája az intim vizsgálati helyzet (urológia, nőgyógyászat), amelyre ráerősítenek a társadalmi elvárások. Emellett a szexualitásról, a nemi betegségekről beszélni is nehéz, nemcsak az orvosnak/hallgatónak, hanem a páciensnek is. Fontos ezért saját korlátaink ismerete, a megfelelő kommunikációs stratégiák elsajátítása.

2.3. A késő klinikai időszak stresszfaktorai

2.3.1. Gyakorlat és jövőorientáció

Az utolsó évek szintén stresszes időszaknak számítanak, ezért nagy figyelem és támogatás szükséges ebben az időszakban is. 2009-ben pakisztáni hallgatók között végzett felmérésből kiderül, hogy a megkérdezett utolsó éves hallgatók a munkaterhelést (47,4%), illetve a kollégákkal és az egészségügyi személyzettel való kapcsolatot tekintették a legmerőltetőbb eseményeknek (27), emellett jelentős kockázati tényező a jövőkép bizonytalansága. (28)

A felsőbb klinikai években a gyakorlatra kerül a hangsúly. Csökken a bukástól, a tanulmányi kudarcból való félelem. A hallgatók egyre több ismeretet szereznek a betegellátás területén, és jobban érzik az orvosszerephez kapcsolódó visszajelzéseket. A pozitív tapasztalatok hatására csökken az előző időszakra jellemző cinizmus. Ugyanakkor az elmélet és a gyakorlat közötti távolság jelentőssé válik. Az elméleti szinten elsajátított értékek az empátia, a bizalom, az együtt-

érzés, míg a gyakorlat és a rejtett curriculum a tárgyilagosságot, a távolságtartást és bizalmatlanságot mutatja. (21)

A hallgatókat oktató orvosok a képzés alatt az orvosi identitás alapjául szolgáló modellként szerepelnek. Személyiségük éppúgy hat a hallgatók pályaszocializációjára, mint kommunikációs stílusuk és szakmai tudásuk. Ezért az orvosok körében megjelenő depresszió és kiégés csökkenti az oktatás hatékonyságát, a medikusok gyakran a tanultakkal ellentétben etikátlanságot, hibákat tapasztalhatnak. (29)

A képzés késői szakaszában a hallgatók elsajátítják, hogy hogyan lássanak el betegeket, de arra nem készülnek fel, hogy hogyan gondoskodjanak és figyeljenek oda magukra, és saját jóllétük monitorozására. (2) Ennek elsajátítása hosszú távú befektetés, pozitív hatása egyéni és intézményes szinten hosszú távon jelenik meg.

Előtérbe kerül a családalapítás, az egzisztenciális önállóság kialakításának igénye. A hallgatónak határozott elképzelése lesz arról, milyen szakorvos szeretne lenni, amely további képzést, időráfordítást jelent. A végzős orvostanhallgatók előtt még több évnnyi tanulás, hierarchia- és megélhetési harc áll. Magyarországon sem a rezidensi helyek, sem az egészségügyi rendszer nem kecsegtetnek sok lehetőséggel. Ezen alapul az orvosok jövőképeinek bizonytalansága.

III. Megküzdési stratégiák

Az egyetemi évek alatt átélt stresszes események hozzájárulnak az orvosok egészségi állapotát jellemző szomorú képhez. Ismert, hogy gyakori a devianciajelenségek előfordulásának aránya, az egészségkárosító és addiktív viselkedésformák megjelenése. (7,10,22,27,30) A felsőoktatási tanulmányok megkezdését megelőző időszakban és az egyetemre való bekerüléskor a depresszió előfordulása nem haladja meg a magyar átlagnépességét. Ugyanakkor a második tanév végére a depresszió prevalenciája már háromszor nagyobb, mint az átlagpopulációban. (13) Hasonló eredményeket találunk a külföldi összefoglalókban is. (9,11,24,31) További deviáns következmény lehet az öngyilkosság, amely a balesetek után a második leggyakoribb halálok a medikusok között. (32)

Hazai és nemzetközi publikációk foglalkoznak a hallgatók megküzdési stratégiáinak feltérképezésével, amelyek ismerete segítséget nyújthat pszichológiai és fizikai jóllétük fenntartásával kapcsolatos programok kidolgozásához. Első lépésként fontos információval szolgál a medikusok saját stratégiáikkal való elégedettsége, amelyet *Shaikh és munkatársai* vizsgáltak. Eredményeik szerint a hallgatók igen nagy része, 75%-a tartja kielégítőnek saját megküzdési mechanizmusait. (5) Bár szubjektíve hasznosnak érzik alkalmazott stratégiáikat, ez nem tükröződik az egészségi állapotuk minőségével foglalkozó tanulmányok következtetéseiben. Hazai példa a Debreceni Egyetem Általános Orvostudományi Karán közelmúltban végzett felmérés, amely az egészségi állapot mellett az egészségmagatartással is foglalkozott. Az eredmények alapján a lelki egészséggel kapcsolatos zavarok magas pontszáma az orvostanhallgatók körében figyelmet igényel. (33)

1. Maladaptív megküzdési stratégiák

1.1. Dohányzás

A dohányzás – külföldi felmérések alapján – igen gyakran fordul elő ebben a populációban. A pakisztáni hallgatók közel 40%-a tartja hatékony stresszcsökkentő módszernek. (27). *Richmond* (38) összefoglalása alapján világszerte 0–57% az előfordulása férfiak, 0–44% nők körében. Az értékek kontinensenként és országoként is változnak, Európában gyakoribb, mint Ázsiában.

A magyarországi vizsgálat eredményei szerint az orvostanhallgatók kisebb arányban dohányoznak, mint az átlagnépesség azonos korcsoportja (naponta dohányzik 15% vs. 38%). (33) Ugyanakkor fontos figyelembe venni, hogy a Szegedi Tudományegyetemen végzett 2008-as felmérés szerint az első évtől az ötödik évig nő a dohányzás mértéke. (39) Hatása az alkoholfogyasztáshoz, a drogok használatához, az étkezési szokások megváltozásához hasonlóan egyéni és társas szinten is megjelenik.

1.2. Alkoholfogyasztás

Az alkoholfogyasztás szintén gyakori stresszcsökkentő módszerként szerepel a hallgatók repertoárjában. Egy újkeletű vizsgálatban feltárták, hogy az elsőéves medikusok több mint 20%-a tartja a túlzott alkoholfogyasztást hatékony megküzdési módszernek, amely arány az évek előrehaladtával nő. A képzés befejező évében ez az érték 29% volt. (27)

Ghodse és Howes áttekintése mutatja, hogy az angliai orvostanhallgatók 26%-a heti egyszer iszik túlzott mennyiségű szeszes italt. (34) Ez összhangban áll *Guthrie és munkatársai* eredményeivel. (35)

A magyarországi adatok tanúsága szerint a medikusok 50%-a iszik heti rendszerességgel alkoholt. (33) Gyakran a szociális programok kísérőjelensége, az első egyetemi rendezvények (gólyatábor, gólyabál) is beilleszkedést segítő voltát hangsúlyozzák, megalapozva ezzel a későbbi fogyasztási szokásokat. A hallgatók véleménye szerint segít a szorongás csökkentésében, amelyet a követelmények és a túlzott felelősség miatt éreznek. Arra nincs bizonyíték, hogy az alacsony tanulmányi teljesítmény és a túlzott alkoholfogyasztás között kapcsolat lenne, mégis az ivási szokások hatással vannak az egészségre, a munkára mind hallgatóként, mind később, orvosként. (36)

Összességében az alkoholfogyasztás maladaptív megküzdési stratégia, nagy arányban fordul elő az orvostanhallgatóknál, és a későbbiekben pszichikai és fizikai egészségromláshoz vezethet.

1.3. Drogok, gyógyszerek használata

Az illegális drogok és fájdalomcsillapítók használatával kapcsolatban számos tanulmány látott napvilágot. Az orvosok drogfogyasztási szokásairól gazdag irodalom áll rendelkezésre, ebből néhány jellemző hivatkozást emeltünk ki. Az orvostanhallgatók körében a szerfogyasztás korosztá-

lyukkal összehasonlítva alacsonyabb mértékű, bár előfordulása így is 3 és 10% között mozog. (9) Kiugró eredményeket mutatnak be *Pickard és munkatársai*, a vizsgált angol populációban az illegális drogokkal való visszaélés 33% volt. (37) A legtöbb összefoglaló szerint azok a hallgatók, akik kábítószerhasználatról számolnak be, már az orvosi egyetem megkezdése előtt éltek vele.

A magyar tapasztalatok szerint a hallgatók 27%-a használt már valamilyen drogot vagy gyógyszert stresszcsökkentő céllal. (33) Az adatok szerint a szerhasználat előfordulása nem kiugró, mégis figyelmet igényel, hosszú távú negatív következményei miatt.

1.4. Az étkezési szokások megváltozása

Ismert jelenség, hogy stressz hatására az étvágy vagy jelentősen megnő vagy lecsökken, ezzel befolyásolva a szervezet energiaellátását és hatékony működését. Vizsgaidőszakban a hallgatók kevés időt fordítanak a megfelelő és választékos táplálkozásra, amit az az eredmény is alátámaszt, hogy a medikusok körében a testtömeg-index (BMI) kategóriái alapján a soványak aránya kétszeres a korosztály átlagához képest. (33) A megterhelő eseményekre lehet túlzott tápanyagbevitellel is reagálni, amely hosszú távon elhízáshoz vezethet. Bár a hallgatók körében az alacsony testsúly fordul elő nagyobb arányban, mindkét szélsőség hat az egészségre és a hiteles orvosról a laikusok által kialakított képre.

2. Adaptív megküzdési stratégiák

2.1. Társas támogatás keresése

A társas támogatás keresése az egyik leggyakrabban alkalmazott adaptív helyzetkezelő módszer. Ennek bizonyítására a kutatók önkitöltős, rangsoroláson alapuló kérdőíveket használtak, amelyben a hallgatók osztályozták a szerintük hatékony megküzdési stratégiákat. Egybevágó eredmények születtek Angliában, Amerikában és az arab térségben is. (2,4,5,9) A társas támogatás magában foglalja az egyetemi kortársak, barátok és a családi kötelék megtartó erejét.

A csapatszellem pozitív hatásáról tanúskodik *Tyssen és munkatársainak* vizsgálata. Az általuk felmért végzős hallgatók véleménye szerint a „nem támogató környezet” elemi problémát jelent az alkalmazkodás szempontjából. (32) *Molnár és munkatársai* szintén a környezet támogató funkcióját hangsúlyozzák. Felmérésük eredményei szerint inkább azon hallgatók hajlamosak depresszióra a képzés alatt, akiknek társas támogatása alacsony. (21) Mindezek alapján a szociális kötelékek megléte fontos támogató funkcióval bír, ennek ismerete kiindulópont lehet mentális segítő programok kialakításakor.

2.2. Fizikai aktivitás és strukturált szabadidő-eltöltés

Az amerikai hallgatók a társas támogatás mellett az orvosi környezetből való kikapcsolódást, a rekreációs tevékenysé-

geket tartották fontos eszköznek *Lee és Graham (2) vizsgálatában*. Ilyen tevékenységek a szabadidős fizikai aktivitás, a moziba járás vagy a kirándulás. (2,4) A sport, az alvás és a zenehallgatás pozitív hatását említette a medikusok 50%-a *Shaikh és munkatársai vizsgálatában*. (5)

2.3. Tanulási módszerek és új stratégiák elsajátítása

Az amerikai Case Western Reserve Egyetem orvosi karán kialakított *Help-program* az új stratégiák, alternatívák ismertetését tűzte ki célul. Drogprevenációs programokat, jólléttel kapcsolatos aktivitásokat, továbbá egy lelkiegészségvédő szolgálatot foglal magában, amelynek célja hatékony coping stratégiák ismertetése. Az általuk szervezett stresszcsökkentő módszerek: a relaxációs technikák, az autogén tréning, a jóga, az egészséges étkezés, a meditáció, az új megküzdési módok vagy a szociális kapcsolatok kialakítását segítő stratégiák elsajátítása. (2)

Bughi és munkatársai szintén egy intervenciós programot dolgoztak ki. Hatékonyságvizsgálataik eredménye alapján a program hatására (új tanulási stratégiák, relaxáció, légzésgyakorlat, autogén tréning és fizikai aktivitás) 49%-ról 22%-ra csökkent a hallgatók stressz-szintje. (40) *Supe* felméréseinek eredményei szerint a megerőltető eseményeket a hétköznapi részeként megélt hallgatók a pozitív átkeretést, a felelősség elfogadását és problémamegoldás-tervezést használtak coping technikaként. (41)

Az áttekintett tanulmányok eredményei és következtetései alapján feltételezhető, hogy a hallgatók nem ismernek számukra hatékony megküzdési stratégiákat, konfliktuskezelési technikákat. A külföldi és hazai szakirodalom többségében a maladaptív módokra helyezik a hangsúlyt, kevés adat áll rendelkezésre az adaptív módokról. Ugyanakkor az alkalmazkodást segítő stratégiák pozitív következményei hosszú távon hatnak a medikusok fizikai-lelki egészségére. A támogató intervenciós programok kidolgozásához mindkét típusú stratégia ismerete szükséges.

IV. Következtetés

A cikkben bemutatott tanulmányok változó módon közelítették meg a kérdést, attól függően, hogy a hallgatók melyik képzési szakaszt tartották a legmegerőltetőbbnek. A különbségek adódhatnak a curriculum, a kultúra és a vizsgált populációk különbözőségéből, valamint az eltérő mérőeszközök használatából. Ennek ellenére jól látható, hogy a képzés hat éve milyen stresszfaktorokat hordoz, amelyek nemcsak a tanulmányi teljesítményre vannak hatással, hanem a hallgató egész életét érintik. Fontos megjegyezni, hogy a jelentkező nehézséggel teli események több mint 80%-a a képzéshez köthető. (35) A medikusok kevés olyan coping stratégiával rendelkeznek, amelyet hivatásuk későbbi gyakorlása során alkalmazhatnak, amikor a stressz még kifejezettebben jelenik meg. Egy amerikai felmérés is ezt bizonyítja: a 12 legmegerőltetőbb foglalkozásból 8 egészségügyi munkakör. (40,42)

Az általunk összeállított irodalmi áttekintés igazolja, hogy a hallgatóknak alkalmazkodási nehézségekkel küzdenek. Az alacsony teljesítmény, a megerőltetőnek értékelt helyzet és az erre adott maladaptív megküzdési stratégiák ördögi körként fokozzák egymás hatását a képzés évei alatt, ezért egy intervenciós program kidolgozásának létjogosultsága van. (31) A nemzetközi tanulmányok és a hazai adatok alapján szükségszerűnek tűnik a magyar orvosképzésbe integrálódó, a magyar orvostanhallgatók stresszforrásait csökkentő oktatási módszer bevezetése. Ennek első lépése az oktatási terhelés újragondolása, hogy a tananyag, továbbá az orvostanhallgatók számára kialakítandó preventív és intervenciós programok fejlesztése során vegyék figyelembe a fenti faktorokat. A folyamat több lépcsőfokban valósulhat meg:

1. Amennyiben az oktatók tisztában vannak a hallgatókat érő megterhelő eseményekkel, és ennek alapján törekednek egy optimális orvos–hallgató viszonyra, már önmagában ez is pozitívan hathat a medikusok életére. (43)

A hallgatók nagy része, 35–40%-a küzd az egyetemi élethez való alkalmazkodással. Ezt megelőzendő szükséges, hogy tisztán lássák az orvosképzés és az orvosszerep egészségügyi kockázatait, és törekedjenek ezek korai felismerésére, kezelésére.

Az intézményeknek is lehetőséget kell biztosítaniuk olyan tevékenységek folytatására, amelyek segítik a medikusokat az egyetemi életben való eligazodásban, csökkentik a stresszfaktorok megjelenési valószínűségét és enyhítik negatív hatásait.

2. Az oktatási klíma, a légkör folyamatos monitorozása minőségbiztosítás segítségével.

3. Stresszkezeléssel, megküzdéssel, konfliktusmegoldással kapcsolatos, szabadon választható kurzusok beépítése a képzésbe. Az Egyesült Államokban és Kanadában egészségmegőrző programokat dolgoztak ki a medikusok számára, amelyek hatékonyságát folyamatosan ellenőrzik. (44)

4. A hallgatók bevonása kortárs segítő csoportok létrehozásával. A kortársak segítő beszélgetéssel intervenciós feladatokat látnak el, továbbá modellként hatnak társaikra, a folyamatos képzések során hatékony megküzdési stratégiákat sajátíthatnak el, és adhatnak át a többieknek. Munkájuk erőssége abban rejlik, hogy kapcsolataik révén elérik a hallgatókat, akik könnyebben fordulnak hozzájuk, és veszik igénybe segítségüket, így a megelőzés és a beavatkozás egyik színtere az egyetemen belül a kortárs-segítés révén valósulhat meg.

Az áttekintést azért készítettük el, hogy alapot nyújtsunk a fent felsorolt fejlesztési lépésekhez, továbbá háttérrel biztosítsunk a Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karán beindított, hallgatói aktivitáson alapuló intervenciós program kidolgozásához.

Összefoglalás

A felsőoktatási intézményekben tanulók közül a legvulnerábilisabb csoportot az orvostanhallgatók jelentik. Nemzetközi és hazai kutatások igazolják, hogy az orvosképzés hat éve alatt a medikusokat számos stressz éri.

Tanulmányunkban – irodalmi áttekintés alapján – részletesen bemutatjuk a hallgatók stresszforrásait, amelyek a képzesi szinttől függően különbözőek lehetnek.

A megküzdési stratégiák ismertetésekor a maladaptív coping mechanizmusokat (dohányzás, alkohol, drog, étkezési szokások) részletezzük. Az adaptív megküzdési stratégiák bemutatásával az orvoshallgatók számára kialakított prevenció programokhoz szeretnénk alapot nyújtani. A tervezett intervencióban szerepet kapnak az oktatók, a hallgatók, s maga az intézményrendszer is.

Tanulmányunkban a hallgatói aktivitáson alapuló egészségfejlesztő program irodalmi megalapozottságát biztosítjuk.

Summary

Among those who study in higher education, the most vulnerable group is the group of medical students. International

and national studies prove that during the six years of medical training student's are affected by numerous stress.

In our study, based on literature review, we give a detailed description of the sources of stress which differ depending on the level of training.

We describe the coping mechanisms with the emphasis on the maladaptive coping strategies (smoking, alcohol, drugs, eating habits). By describing the adaptive coping mechanisms we would like to lay the foundation of prevention programs for medical students. In the intervention programs the teachers, the students and the institution also play a role.

In our article we insure the literature grounding of health improvement programs which are based on student's activity.

IRODALOM

1. Fish, C.–Nies, M. A.: „Health promotion needs of students in a college environment.” In: *Public Health Nursing*, 1996;13(2): 104–111.
2. Lee, J.–Graham, A. N.: „Students' perception of medical school stress and their evaluation of a wellness elective.” In: *Medical Education*, 2001;35: 652–659.
3. Mouret, G. M. L.: „Stress in a graduate medical degree.” In: *Medical Journal of Australia*, 2002;177: 10–11.
4. Chew-Graham, C. A.–Rogers, A.–Yassin, N.: „I wouldn't want it on my CV or their records': medical students' experiences of help-seeking for mental health problems.” In: *Medical Education*, 2003;37: 873–880.
5. Shaikh, B. T.–Kahloon, A.–Kazmi, M.–Khalid, H.–Nawaz, K.–Khan, N. A.–Khan, S.: „Students, stress and coping strategies: a case of Pakistani Medical School.” In: *Education for Health*, 2004;17(3): 346–353.
6. Selye, J.: *Életünk és a stressz*. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1966.
7. Carter, A. O.–Elzubeir, M.–Abdulrazzaq, Y. M.–Revel, A. D.–Townsend, A.: „Health and lifestyle needs assessment of medical students in the United Arab Emirates.” In: *Medical Teacher*, 2003;25(5): 492–496.
8. Firth, J.: „Levels and sources of stress in medical students.” In: *British Medical Journal*, 1986;29: 1177–1180.
9. Dyrbye, L. N.–Thomas, M. R.–Shanafelt, T. D.: „Medical student distress: causes, consequences, and proposed solutions.” In: *Mayo Clinic Proceedings*, 2005;80(12): 1613–1622.
10. Dahlin, M.–Joneborg, N.–Runeson, B.: „Stress and depression among medical students: a cross-sectional study.” In: *Medical Education*, 2005;39: 594–604.
11. Bunevicius, A.–Katkute, A.–Bunevicius, R.: „Symptoms of anxiety and depression in medical students and humanities students: relationship with Big-Five personality dimensions and vulnerability to stress.” In: *International Journal of Social Psychiatry*, 2008; 54(6): 494–501.
12. Midtgaard, M.–Ekeberg, Ø.–Vaglum, P.–Tyssen, R.: „Mental health treatment needs for medical students: a national longitudinal study.” In: *European Psychiatry*, 2008;2: 505–511.
13. Túry, F.–Lajtai, L.: „Hivatás és személyiség. Az orvostanhallgatók és orvosok pszichológiai problémái.” In: *Orvosi pszichológia* (Szerk.: Kopp, M.–Berghammer, R.), Medicina, Budapest, 2005. 237–249.
14. Lázár, I.: „Fejlődéslelektan.” In: *Orvosi pszichológia* (Szerk.: Kopp, M.–Berghammer, R.), Medicina, Budapest, 2005. 152–155.
15. Vaskovics, L.: „A posztadoleszcencia szociológiai elmélete.” <http://www.socio.mta.hu/mszt/20004/vaskovic.htm>, 2004.
16. Guthrie, E. A.–Black, D.–Shaw, C. M.–Hamilton, J.–Creed, F. H.–Tomenson, F. H.: „Embarking upon a medical career: psychological morbidity in first year medical students.” In: *Medical Education*, 1995;29: 337–341.
17. Gisele, M.: „Stress in graduate medical degree.” In: *Medical Journal of Australia*, 2002;17: 10–11.
18. Liu, X. C.–Oda, S.–Peng, X.–Asai, K.: „Life events and anxiety in Chinese medical students.” In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1997; 32: 63–67.
19. Wolf, T. M.: „Stress, coping and health: enhancing well-being during medical school.” In: *Medical Education*, 1994;28: 8–17.
20. Radcliffe, C.–Lester, H.: „Perceived stress during undergraduate medical training: a qualitative study.” In: *Medical Education*, 2003;37: 32–38.
21. Molnár, P.–Csabai, M.–Csörsz, I.: „Orvosi professzionalizáció és magatartástudomány.” In: *Magyar Tudomány*, 2003;11: 1391–1401.
22. Csabai, M.–Barta, K.: „Az orvosi identitás alakulása. Orvostanhallgatók nézetei az orvosi pályáról, az orvosszerepről.” In: *Lege Artis Medicinæ*, 2000;8: 638–644.
23. Molnár, R.–Molnár, P.: „Az orvosi pályaszocializáció.” In: *Lege Artis Medicinæ*, 2002; 12: 250–254.
24. Aktekin, M.–Karaman, T.–Senol, Y. Y.–Erdem, S.–Hakan, E.–Akaydin, M.: „Anxiety, depression and stressful life events among medical students: a prospective study in Antalya, Turkey.” In: *Medical Education*, 2001;35: 12–17.
25. Saipanish, R.: „Stress among medical students in Thai medical school.” In: *Medical Teacher*, 2003;25(5): 502–506.
26. Crandall, S. J.–Volk, R. J.–Loemker, V.: „Medical students' attitudes toward providing care for the underserved: are we training socially responsible physicians?” In: *Journal of the American Medical Association*, 1993;269: 2519–2523.
27. Yousafzai, A. W.–Ahmer, S.–Syed, E.–Bhutto, N.–Iqbal, S.–

- Siddiqi, M. N.–Zaman, M.: „Well-being of medical students and their awareness on substance misuse: a cross-sectional survey in Pakistan.” In: *Annals of General Psychiatry*, 2009; 8(8): o.n.
28. Raj, S. R.–Simpson, C. S.–Hopman, W. M.–Singer, M. A.: „Health-related quality of life among final-year medical students.” In: *Canadian Medical Association Journal*, 2000;162(4): 509–510.
29. Sorenson, R. D.: „Stress management in education: warning signs and coping mechanisms.” In: *Management in Education*, 2007;21:10–13.
30. Györfy, Zs.–Ádám, Sz.: „Az egészségi állapot, a munkastressz és a kiegész alakulása az orvosi hivatásban.” In: *Szociológiai Szemle*, 2004;3: 107–127.
31. Stewart, S. M.–Lam, T. H.–Betson, C. L.–Wong, C. M.–Wong, A. M.: „A prospective analysis of stress and academic performance in the first two years of medical school.” In: *Medical Education*, 1999;33: 243–150.
32. Tyssen, R.–Vaglum, P.–Gronvold, N. T.–Ekeberg, O.: „Suicidal ideation among medical students and young physicians: a nationwide and prospective study of prevalence and predictors.” In: *Journal of Affective Disorders*, 2001;64: 69–79.
33. Bíró, É.–Balajti, I.–Ádány, R.–Kósa, K.: „Az egészségi állapot és az egészségmagatartás vizsgálata orvostanhallgatók körében.” In: *Orvosi Hetilap*, 2008;149(46): 2165–2171.
34. Ghodse, A. H.–Howes, K.: „Substance use amongst medical students.” In: *Health Trends*, 1994; 26:85–86.
35. Guthrie, E.–Black, D.–Bagalkote, H.–Shaw, C.–Campbell, M.–Creed, F.: „Psychological stress and burnout in medical students: a five-year prospective longitudinal study.” In: *Journal of the Royal Society of Medicine*, 1998; 98(5): 237–243.
36. Ritson, B.: „Alcohol and medical students.” In: *Medical Education*, 2001;35: 622–623.
37. Pickard, M.–Bates, L.–Dorian, M.–Greig, H.–Saint, D.: „Alcohol and drug use in second-year medical students at the University of Leeds.” In: *Medical Education*, 2000;34: 148–150.
38. Richmond, R.: „Teaching medical students about tobacco.” In: *Thorax*, 1999;54: 70–78.
39. Pikó, B.: „Preklinikai orvostanhallgatók dohányzásának és dohányzással kapcsolatos attitűdjeinek vizsgálata.” In: *Orvosi Hetilap*, 2008;149(52): 2471–2478.
40. Bughi, S. A.–Sumcad, J.–Bughi, S.: „Effect of Brief Behavioral Intervention Program in managing stress in medical students from two southern California Universities.” In: *Medical Education Online*, 2006;11(17). Elérhető: <http://www.med-ed-online.org>
41. Supe, A. N.: „A study of stress in medical students at Seth G.S. Medical College.” In: *Journal of Postgraduate Medicine*, 1998;44: 1–6. <http://www.jpjgmonline.com/text.asp?1998/44/1/1/389>
42. Rathbun, J.: „Helping medical students develop lifelong strategies to cope with stress.” In: *Academic Medicine*, 1995;70(11): 955-956.
43. Daly, M. G.–Willcock, S. M.: „Examining stress and responses to stress in medical students and new medical graduates.” In: *Medical Journal of Australia*, 2002;177: 14–15.
44. Wolf, T. M.–Randall, H. M.–Faucett, J. M.: „A survey of health promotion programs in U.S. and Canadian medical schools.” In: *American Journal of Health Promotion*, 1988;3: 33–36.

Az egészségfejlesztés és egészségmegőrzés szerepe és fontossága az egészségügyi dolgozók napi munkájában

Jubileumi X. Sümegi Orvosi Napok

2009. augusztus 27–29., Sümeg

Dr. Fí Zsolt,¹ Bódizs Gábor¹, Prof. Dr. Schmidt Péter²

¹Petz Aladár Megyei Oktató Kórház

²Győr-Szigetiek Baráti Köre

2009 augusztusban rendezték meg a jubileumi 10. Sümegi Orvosi Napok szakmai tudományos rendezvénysorozatát, amely annak idején *Fehér János* professzor kezdeményezésére jött létre. A háromnapos rendezvényen az ország minden régiójából rangos hazai kutatók ismertették legújabb eredményeiket. Kiemelt témaként a prevenció, tehát az egészségmegőrzés szerepelt, de jelentős teret kapott az egészségügy határterületi kérdéseinek tárgyalása is.

Ennek keretében az egészségfejlesztés, valamint a magatartástudomány keretén belül végzett munkáról számolt be igen értékes előadásában *Gritz Arnoldné*, aki egy Budapest XVII. kerületében megvalósított programról számolt be: „*Mentális egészségfejlesztés mint az egészségtudatos magatartás kialakításának integráns része*” címmel. Az előadó személyes oktatói tapasztalataival is alátámasztotta értékes előadását, a szakember prevenció munkája országos modellként szolgálhat hazánkban.

Lugasi Andrea az OÉTI munkatársaként az élelmiszerek zsírsav-összetevőinek nemzetközi összehasonlítási eredményeit ismertette egyes európai országok indikátoraival összehasonlítva. Témaként szerepelt egyes májbetegségek diagnosztikája és terápiája, kiemelnénk *Dr. Ábel Tatjana*, *Dr. Gervain Judit* és *Lengyel Gabriella* tanárnő előadásait, míg ebben a témakörben *Pár Alajos* professzor kitűnő összegzést adott a vírushepatitisek terápiájáról.

Pécsi kutatók (*Lelovics Zsuzsanna* és munkatársai) a „*Nagy Fogyas*” című korábbi tévésorozatot értékelték dietetikai aspektusból, számos kritikai észrevétellel és megjegyzéssel együtt.

Schmidt Péter professzor – aki üléelnökként vett részt a sümegi orvosi napokon – *Dr. Muzsai Géza* győri gyermekorvossal közösen a nagyszerű győri „*Szülők Akadémiája*” bemutatásán túlmenően a korszerűsített győri központi ügyeleti ellátási adatokat ismertették, s levetítették *Muzsai dr.* ezzel kapcsolatos egészségnevelési filmjét is. *Váradi Ágnes* győri joghallgató a „*Kockázatkezelés technikái az élet- és egészségbiztosítás tárgykörében*” című előadásával hívta fel a hallgatóság figyelmét. *Dr. Szabó György* enesei háziorvos a testépítők edzés alatti vérnyomásértékeinek változásáról beszélt.

Kellems szint vitt a szakmai előadások sorába *Vissy Károly* meteorológus „*Az időjárás és az ember*” című előadása, amely összefoglaló értékelése volt a szakember *Mindentudás Egyeteme* keretében megtartott korábbi előadásának, s előadásának különös aktualitást adott az idei magyarországi szélsőséges időjárás. Az előadó felhívta a figyelmet az időjárási frontok váratlan hatásaira (pl. gyakoribb autóbalesetek, frontok idején a szülések száma lényegesen megnő, a migrénes fejfájások is gyakoribbak, továbbá a szívbetegség is komolyabb gondozást igényelnek, stb.).

A magas színvonalon szervezett konferencia üzenete volt: egészségünk nagy érték, s az egészségfejlesztés területén kiemelten fontos az egészségügyi dolgozók képzése és továbbképzése. Ezzel kapcsolatban zárószavában *Fehér János* professzor nagy elismeréssel szólt a *Schmidt Péter* professzor által szervezett győri *Alapellátási Szabadegyetem* országos rangú rendezvénysorozatáról, amelyen ő maga is számos alkalommal üléelnökként és előadással vett részt.

HÍREK

Az Országos Egészségfejlesztési Intézet általános iskolai dohányzásmegelőzési programja

A dohányzás az első számú halálozási ok az egész világon. A dohányzás felelős a tüdőrák okozta halálozás 90–95%-áért, illetve az összes rákhalálozás 30–35%-áért, az idült gyulladós légúti betegségek 80–85%-áért, valamint a szív- és érrendszeri betegségek 25–30%-áért.

Magyarországon a lakosság egyharmada rendszeresen dohányzik. Ez az arány az elmúlt három évben jelentősen nem változott. Különösen veszélyeztetettek a gyermekek. A fiatalok dohányzási szokásait feltáró kutatások eredményei szerint nemcsak a dohányzás kipróbálása, de a rendszeres cigarettázás is egyre fiatalabb korban alakul ki: 10-ből csaknem 6 tanuló (57,9%) kipróbálta már a cigarettát élete során.

Az Országos Egészségfejlesztési Intézet „Ciki a Cigi” általános iskolai dohányzásmegelőzési programjának talán legfontosabb célja, hogy olyan véleményformáló élmények érhessék a gyermekeket, amelyek hatására minél kevesebben próbálják ki a cigarettázást, illetve szoknak rá a dohányzásra.

A 3.–5., illetve 6.–8. osztályos tanulóknak szóló komplex program része egy pedagógusoknak szóló tanmenet, az ahhoz tartozó szöveges segédlet, illetve flash-alapú előadás, valamint egy élethű nagyságú, a dohányzás által okozott betegségeket bemutató demonstrációs bábu. A program anyaga december elejétől az OEFI honlapjáról – regisztrációt követően – térítésmentesen letölthető és felhasználható.

A mérsékelt alkoholfogyasztás kockázatai

A naponta, mérsékelt mennyiségben megivott alkohol – leggyakrabban bor – csökkenti a szív- és érrendszeri megbetegedések kockázatát, segíthet több időskori betegség, így az elbutulás, a csontritkulás és a mozgáskorlátozottság megelőzésében, sőt az élettartam meghosszabbításában is szerepe lehet – derítették ki többek között a témában folytatott korábbi tudományos kutatások.

Az Amerikai Rákkutatási Társaság és az Amerikai Szívtársaság (AHA) azonban most közzétett tanulmányában arra figyelmeztetett, hogy az alkoholfogyasztásból eredő potenciális hasznot messze túlszárnyalja mindaz az egészségügyi kockázat, amelyet kiválthat.

Az alkoholfogyasztás kedvez egy sor rákos megbetegedés kialakulásának: többek között növeli a száj-, a torok-, a gége-, a nyelőcső-, a máj-, a vastagbél- és a tüdődaganat kialakulásának kockázatát. A mérsékelt alkoholfogyasztás egyéb bajokhoz is vezethet: májkárosodást okoz és szerepet játszik a lelassult reflexek miatt bekövetkezett balesetekben.

Miközben a vörösbort és a barnasört elsősorban antioxidáns és gyulladásgátló hatásuk miatt javallják, ezek a hatóanyagok más természetes forrásokban is megtalálhatók: például a grépfrút-dzúsóban. Aki tehát eddig nem ivott alkoholt, ezután se tegye, inkább őrizze egészségét más módon. Aki viszont a mérsékelt alkoholfogyasztás híve, az legyen tisztában vele, hogy ez tulajdonképpen mit is jelent.

A kutatók meghatározása szerint napi egy ital 4 dl normál sört, illetve alkoholos üdítőt, vagy 2,5 dl malátasört, vagy másfél dl bort, vagy 45 ml 80 százalékos tömény szeszt jelent. Aki ennél többet iszik meg naponta, az egy csomó olyan betegségnek teszi ki magát, ami csökkentheti az életkilátásait.

Rangos elismerés az Osztrák Gyermek- és Ifjúsági Orvosok 47. Kongresszusán

2009. október, Graz

2009 októberében Grazban tartották az *Osztrák Gyermek- és Ifjúsági Orvosok (ÖGKJ) 47. kongresszusát* mintegy 800 résztvevővel, 15 speciális gyermekorvosi témakörben. A háromnapos nemzetközi konferencián Magyarországot – a Társaság felkérésére – *Dr. Schmidt Péter* győri gyermekorvos képviselte, aki poszterbemutatóhoz kapcsolódó előadásával a legjobb külföldinek járó elismerést kapta szociális pediátria témakörben tartott prezentációjáért. A szülői egészségneveléssel és egészségfejlesztésével kapcsolatos győri rendezvénysorozat, a „*Szülők Akadémiája*”, illetve a győri központi gyermekorvosi ügyelet korszerűsítésével foglalkozó beszámoló komoly elismerést kapott, s több hozzászóló jelezte: fenti rendszer megvalósítása Ausztriában is fontos lenne. A kongresszuson levetítették a szerző *Dr. Muzsay Gézával* közösen készített egészségnevelési felvilágosító filmjeit is.

Dr. Schmidt Pétert köszöntötték abból az alkalomból is, hogy 20 éve tagja az Osztrák Gyermekorvosok Társaságának.



Az egészségben megnyilvánuló egyenlőtlenségek

2009. december 3.

Magyar Tudományos Akadémia, Budapest

Az Országos Egészségfejlesztési Intézet és a Friedrich Ebert Alapítvány
2009. december 3-án konferenciát szervezett a Magyar Tudományos Akadémián

*Az egészségben megnyilvánuló egyenlőtlenségek.
Mit tehetnek a szakpolitikák? Mit tehetnek a politikusok?*
címmel.

A konferencián – többek között – Charles Price (Európai Unió, Egészségügyi és Fogyasztó-
védelmi Főigazgatóság) *Az egészség meghatározói és az Európai Unió*, Simonyi Ágnes főigazgató
(Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet) *Egyenlőtlenségek Magyarországon*, Dorothee Heinen tudományos
munkatárs (Federal Centre for Health Education – BZgA) *Mit tehetnek a politikusok
az egészség társadalmi és gazdasági meghatározóinak alakítása érdekében?*,
valamint Gábor Edina, az Országos Egészségfejlesztési Intézet főigazgatója *Az egészség helye
a szakpolitikákban, politikában* címmel tartott nagy érdeklődéssel fogadott előadást.

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

Tisztelt Szerzőink!

Kérjük, hogy az *Egészségfejlesztés* beszámoló 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. *Honlap:* www.oefi.hu.

A kézirat formája

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

Fáradozásukat köszöni és eredményes munkát kíván

a Szerkesztőbizottság

CONTENTS

SALUTATION

Message of the President of the Hungarian Republic and His Wife 2

TRAININGS

Workplace Health Promotion in a Spirit of Quality II. 3

Edina Gábor, Judit Kiss

SURVEYS

Plans of Health Visitor Students Regarding Family Formation and Childbirth
Based on the Results of National Research 12

Zsuzsanna Kiss Soósné PhD., Dr. Judit Helga Feith PhD.

The Role of Health Development Studies in Changing the Model Behaviour of Health
and in Becoming Authentic Professional in Case of Health Visitor Students 19

Mónika Balogh, Dr. habil. Katalin Barabás

Attitude of Pregnant Women to Their Health and Their Openness
toward Health Improving Interventions 33

Tamás Bődecs M.D., Boldizsár Horváth M.D., PhD., Lajos Kovács M.D.,

Marietta Németh Diffellné, János Sándor M.D., PhD.

Sources of Stress, Consequences and Coping Mechanisms among Medical Students 41

Virág Sárközy, Dr. habil. Katalin Barabás

NEWS, INFORMATION 48

CONFERENCE 51

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