



Tartalom

TOVÁBBKÉPZÉS

Az emlők önvizsgálata vagy emlő-tudatosság?

Az egészségnevelők új feladata

Dr. Döbrössy Lajos, Prof. Dr. Simon Tamás

2

Az átlagos, egészséges személyiségprofil meghatározása Szondi-tesztel

Káplár Mátyás, Bernáth László, Kiss Enikő Csilla

7

2014 – A CSALÁD ÉVE

Jól működő nagycsalád gyermekvállalási tervek gyakorolt hatása

Soósné Dr. Kiss Zsuzsanna PhD., Kókai Judit, Kovács Andrea

15

FELMÉRÉSEK

Egészségügyi főiskolai hallgatók

egészségfelfogás-változásának vizsgálata

Dr. Németh Anikó, Lobánov-Budai Éva, Bársonyné Kis Klára

22

AZ EGÉSZSÉG ÜGYE ANNO ÉS MOST

Lételemünk, a víz

Csányi Zsófia

32

SZEMLE

Válogatás nemzetközi folyóiratok cikkeiből

Balku Eszter, Dr. Varsányi Péter

35

Health
Development

EGÉSZSÉG- FEJLESZTÉS

Az Országos Egészségfejlesztési Intézet folyóirata.

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

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

Főszerkesztő: dr. Török Krisztina

Felelős szerkesztő:
prof. dr. Simon Tamás

Vezető szerkesztő:
Balogh-Háromszéki Zsuzsanna

Szerkesztőség: OEFI,
1096 Budapest, Nagyvárad tér 2.
Levelezési cím: 1437 Budapest, Pf. 839/3.
Telefon: (1) 428-8272.
Fax: (1) 428-8273.
E-mail: titkarsag@oeffi.antsz.hu
Honlap: www.oeffi.hu

Kiadja:
az Országos Egészségfejlesztési Intézet.
Terjeszti:
előfizetésben a Magyar Posta Rt.
Hírlap Üzletága,
1080 Budapest, Orczy tér 1.
Előfizethető valamennyi postán,
a 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





Az emlők önvizsgálata vagy emlő-tudatosság?

Az egészségnevelők új feladata

Dr. Döbrössy Lajos¹
Prof. Dr. Simon Tamás²

¹Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Szűrési Koordinációs Osztály

²A Magyar Rákellenes Liga elnöke

Bevezetés

Az emlőrák világszerte az egyik leggyakoribb daganatos megbetegedés, jóllehet hazánkban – a tüdőrák és a vastagbélrák előretörése miatt – a nők daganatos halálakai között harmadik helyre szorult. Az emlőrák súlyos terhet ró az egészségügyi ellátórendszerre (1). A megbetegedettek és hozzátartozóik szenvedése jelentős, az emlőráktól való félelem társadalmi méretű lélektani teher, amellyel szemben az egészségnevelési szakembereknek fel kell venniük a harcot. Az emlőrák megelőzése, mielőbbi felismerése és kezelése a megelőző orvoslás számára mindennél fontosabb feladat. Ezért került előtérbe az emlők önvizsgálata, melyet azzal a feltételezéssel indítottak útjára, hogy javítani fogja az emlőrák korai felismerését, így a túlélést.

Az emlők önvizsgálatát *Haagensen* brit sebész kezdeményezte az 1950-es években, abban a reményben, hogy alkalmazásával mérsékelni lehet a súlyos csontkolással járó, vagy már operálhatatlan esetek előfordulását, melyek abban az időben elárasztották a kórházak sebészeti osztályait. A mammográfiás emlőszűrés még gyermekcipőben járt, így *Haagensen* ajánlása jobb híján valónak, hézagpótlónak ígérkezett az emlőrák mielőbbi felismerésére és kezelésére (2). A kezdeményezést az *Amerikai Ráktársaság* és a *Nemzeti Rákintézet* felkarolta, és szórólapokon, oktatófilmek segítségével igyekezett

népszerűsíteni, annak ellenére, hogy tartottak attól, hogy a nagyközönségben felkorbácsolja a rákfóbiát.

Az ajánlás arra az általános tapasztalatra támaszkodott, hogy az asszonyok mindmáig saját maguk ismerik fel az orvosi figyelmet érdemlő, tisztázást igénylő, akár jó-, akár rosszindulatú csomókat. Ennek gyakoriságát irodalmi adatok 80–90%-ra becsülik. Erre a tényre alapozva igyekeztek népszerűsíteni az önvizsgálatot, mint az emlőrák felkutatásának egyik lehetséges módszerét (3, 4). Az emlők önvizsgálata rövid idő alatt gyorsan, világszerte elterjedt.

Miben áll az emlők önvizsgálata?

Az emlők önvizsgálata (*breast self-examination, BSE*) egy szabályszerűen megismételt, szigorúan szabályozott mozdulatsor, melyet – az ajánlások szerint – havonta egyszer, a hónap meghatározott időszakában kell elvégezni, annak érdekében, hogy az emlőrákot mielőbb, még a panaszok megjelenése előtt felismerjék (5).

Az önvizsgálat „módszertanát” – az egészségnevelés eszközeit felhasználva – tanítják a lányoknak és az asszonyoknak, hangsúlyozva, hogy a tanultakat rendszeresen és módszeresen kell alkalmazni. Fontosnak tartják az ajánlott technika betartását, mely az emlők megtekintéséből, az ujjbeggyel és a három középső ujjal vég-

LEVELEZÉSI CÍM:

Dr. Döbrössy Lajos, Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Szűrési Koordinációs Osztály. Postacím: 1097 Budapest, Albert Flórián u. 2–6.
E-mail: dobrossy.lajos@oth.antsz.hu





zett vizsgálatból áll (6). Tükörrel szemben állva meg kell figyelni az emlők alakját, a bőr esetleges elszíneződését, duzzanatot, a bimbók behúzódását. Az emlőt először két tenyér közé fogva, azután a jobb kéz összezárt ujjjaival, enyhe nyomással, majd hanyatt feküdvé, körkörös mozdulatokkal át kell tapintani az emlők állományát, majd a hónaljakat is. Enyhén meg kell nyomni az emlőbimbókat, vajon ürül-e belőlük váladék.

Az önvizsgálatot a serdülőkorba lépő lányoknak (7), de a húsz évnél idősebb nőknek mindenképpen, hónapról hónapra, a menstruációt követő 5–7. napon (menopauzában a hónap egy szabadon megválasztott napján) javasolt elvégezni. A rendszeresség elősegítésére némelek „kalendárium” használatát is ajánlják.

Az, hogy az önvizsgálat havonta egyszer, a ciklus előtt javasolt, azt a téves benyomást kelti, hogy a betegség veszélye a reprodukív években a legnagyobb, jóllehet ismert, hogy az emlőrások nagy többségét (80%) a menopauza idején fedezik fel.

Minden, a „normálistól” eltérő, rákra utaló jel észlelése esetén (csomó, alak- és nagyságváltozás, szokatlan érzés, fájdalom, a bőr megvastagodása, narancsbőr, torzult bimbó, stb.) indokolt haladéktalanul orvoshoz fordulni!

Az emlők önvizsgálatának kritikája

Az emlők önvizsgálatát számos oldalról éri kritika. Mindenekelőtt rováására írják, hogy ajánlott módszertana bonyolult: az előírás szerint 34 lépésből(!) áll. Tanításának határfoka rossz: ahol a nők 80%-a megtanulja, alig 3%-a gyakorolja rendszeresen, és sok asszony büntudatot érez a „mulasztás” miatt (8).

Hasznos-e az önvizsgálat?

Ha az emlők önvizsgálatának módszerét tudományos szempontok alapján vizsgáljuk, az értékelés elsődleges végpontja a halálozás csökkenése, másodlagos végpontjai az igazolódott daganatok klinikai stádium-megoszlásának kedvező irányban történő eltolódása, a talált csomók természetének tisztázása céljából orvosi rendeltetést felkeresők száma, a talált csomók próbakimetszésének (biopszia) jó- vagy rosszindulatúsága, valamint az önvizsgálat lélektani hasznának és lehetséges kárának aránya. Az eredményeket vizsgálhatjuk random módon kiválogatott és kontrollcsoportok ellenőrzött vizsgálatával (*RCT*), eset-kontroll, illetve ún. kohort-vizsgálatok során (9). A szakirodalomból máig két randomizált, ellenőrzött vizsgálat (*RCT*) ismert.

A *Shanghai-vizsgálat* (10) során 1989 és 1991 között 266 064 fő, 30–64 év közötti asszonyt vizsgáltak. Az asszonyok mintegy felét alapos, ellenőrzött oktatásban részesítették az emlő önvizsgálatának módjáról, a cso-

port másik felét kontrollként alkalmazták; utóbbiak nem részesültek szűrővizsgálatban. 10–11 éves követési idő után megállapították, hogy sem az emlőrások előfordulásának gyakoriságában, sem a talált emlődaganatok nagyságában és klinikai stádiumában, sem az emlőrások miatti halálozásban nem volt különbség a vizsgálat „kezelt” és kontroll-ágában (a kísérleti ágban 6.5/1,000, a kontroll-ágban 6.7/1,000). Ezzel szemben jelentősen gyakoribbak voltak a jóindulatúnak bizonyult elváltozások miatt végzett próbakimetszések (RR 1.84).

A másik vizsgálatot – a *WHO* védnökségével – *Semiglazov* és munkatársai végezték. Nagy mintán (61 211 fő), azonos nagyságú (60 098 fő), mammográfiás szűrésben nem részesült kontrollcsoporton, 40–64 év közötti, az önvizsgálatra egyenként betanított nőket megfigyelve (11), 5 éves követés után az önvizsgálatot végzők között lényegesen magasabb volt a tapintási lelet miatt orvoshoz fordulók száma; gyakoribbak voltak a jóindulatúnak bizonyult elváltozások miatt végzett próbakimetszések (7,5%, szemben a kontrollcsoportban talált 3,5%-kal). Több volt az igazolt jóindulatú elváltozás (1,1%, szemben a kontrollcsoport 0,5%-ával), magasabb a rosszindulatú daganatok száma (0,85% vs. 0,69%), ám a talált emlődaganatok klinikai stádium-megoszlásában nem volt különbség. Az önvizsgálatot végzők 53%-ában volt hosszabb a *látszólagos* túlélési idő („*lead time bias*”), mint a kontrollcsoportban (12), azonban a daganatos betegek halálozásában nem mutattak ki különbséget. A megfigyelést 9–13 évig követve nem találtak jelentős különbséget sem a rákkimutatói rátában, sem a daganat nagyságában, a nyirokcsomók érintettségében, valamint a halálozási rátában (13).

Megállapítható tehát, hogy az emlők önvizsgálata – akár évekig-évtizedekig folytatva – az emlőrások okozta *halálozás mérséklésére alkalmatlan* eljárás. Ugyanakkor számos, megfigyelésen alapuló közlemény utal arra (14), hogy az önvizsgálatot gyakorló asszonyok az átlagosnál gyakrabban fordulnak – feleslegesen – emlőpanaszokkal orvoshoz, és a biopsziás anyagban gyakoribb a jóindulatúnak bizonyult elváltozás (1:2.3), mint az önvizsgálatot nem gyakorlók között (1:1.13) (15).

Az emlők önvizsgálatának nemkívánatos lélektani mellékhatásaival is számolni kell. Ha a nő az önvizsgálat során jóindulatú „csomót” tapint, ha csak átmenetileg is, annak tisztázásáig rákbetegnek vizionálja magát. A nemleges tapintás viszont alaptalan biztonságérzethez vezethet, ami kedvezőtlen következményekkel járhat.

Mindezt összevetve, az emlők önvizsgálata nem mérsékli sem a talált daganatok nagyságát, sem felfedezéskori klinikai stádiumát, legkevésbé pedig az emlőrások miatti halálozást. A sok tévesen pozitív tapintási lelet szükségtelen terhet ró az egészségügyi ellátórendszerre, a tévesen negatív leletek viszont alaptalan biztonságér-



zetet keltenek. A „*keresd a rákot*” üzenettel lélektani terhet ró az önvizsgálóra, mert napirenden tartja a rákkal szembeni veszélyeztetettséget, és „*jutalma*” az, hogy daganatot talál (3). Az emlők önvizsgálata tehát, mint az emlőrák korai felismerésének „*segédeszköze*”, rutineljárásként *nem ajánlható*.

Fordulat az egészségnevelésben: „*Ismerd meg emlőidet!*”

Korábban az emlők önvizsgálatától az emlőrák mielőbbi felismerését, a kezelés utáni túlélés meghosszabbodását és a halálozás mérséklését várták, azonban a remélt haszon elmaradt, sőt, a felmérések az önvizsgálat káros hatását igazolták, nem utolsósorban azért, mert a rák fenyegető képét állítja az önvizsgáló elé. Így új koncepció lépett helyébe: az *emlő-tudatosság* (16). Elfogadhatóbbá lehetne tenni az önvizsgálatot, ha a szigorúan szabályozott, rituális mozdulatokat olyan ajánlás váltaná fel, mely jobban illeszkedik, mintegy belesimul a nők mindennapi életmenetébe. Erre tesz kísérletet az emlő-tudatosság koncepciója, mely arra bátorítja a nőket, hogy ismerjék meg saját emlőjüket, tudják, hogy számukra mi a „normális”, és jelezzék, ha valami attól eltérőt találnak (17).

Nagy-Britanniában már az országos emlőszűrés bevezetésekor a szakterület álláspontját összefoglaló, 1986-ban megjelent *Forrest-report* hangsúlyozta, hogy az emlők önvizsgálata nem tekinthető bizonyítottan hatásos eljárásnak, ezért bizonyítékok szerzésére ösztökélt (18). 1991-ben *Calman K.C.* országos tisztifőorvos feltűnést keltő levelében (19) összegezte az önvizsgálat kedvezőtlen tapasztalatait, és az emlő-tudatosság propagálása mellett érvelt. Ekkor kezdődött az a szemléletváltozás, mely a havonta végzendő rituális önvizsgálat helyett a folyamatos önmegfigyelést hangsúlyozta (20, 21).

Mit jelent az emlő-tudatosság?

„Standard emlő” nem létezik: alakja, nagysága, állománya sokféle. Az emlő-tudatosság (*breast awareness*) arra biztatja a nőket, hogy ki-ki maga „*nézze és érezze*”, azaz ismerje meg saját emlőit, és azt, hogyan változik havonta, a menstruációs ciklus során, valamint az életkorral. Ha így járnak el, biztosan észrevesznek bármi olyan változást, mely orvosi figyelmet érdemel.

Az emlő-tudatosság egyik kulcsszava az *éberség*, a másik a nő saját sorsáért viselt *felelősség* (2). Szemben az önvizsgálattal, melyet havonta egyszer, azonos időben, szigorú előírás szerint kell végezni, az emlő-tudatosság nem igényel formális tanítást vagy naptárt. A nők legyenek „*bensőséges ismeretségben*” saját emlőjükkel, legyenek tudatában annak, hogyan változik egy hónap során, valamint az életkorral. Lássák és érezzék, hogy

számukra mi a „normális”, és azonnal jelentsenek bármi változást. Az éberség arra koncentrál, ami normális, és arra, amit jelenteni kell. Nap, mint nap, zuhanyozás, fürdés, öltözés közben ellenőrizhető, hogy van-e az emlőkben valami, ami eltér a megszokottól. Meg kell figyelni az emlők nagyságát és alakját, a bimbók alakját és helyzetét, a bimbók körüli bőrt, és azt, hogy az emlők állománya hogyan változik meg a menstruációs napokban. Időnként meg kell tapintani a hónaljakat, és a kulcscsont tájékát. Fel kell figyelni mindenre, ami a megszokottól eltérő: alakváltozás, a bimbók behúzódása vagy váladékozása, bőrelváltozások, csomók az emlőkben, esetleg állandósuló fájdalom jelentkezése az emlők egy részén, vagy a hónaljban. Ha a nő a megszokottól bármi eltérőt vesz észre, haladéktalanul forduljon orvoshoz!

Az emlőtudatosság „*5 pontos kódja*” így foglalható össze:

Mit kell keresni és mit jelenteni?

- az emlők alakja és nagysága,
- a bőr elváltozásai az emlőkön,
- önmagában álló csomó vagy csomók az emlőkben,
- szokatlan érzés, fájdalom,
- a bimbó behúzódása, savós vagy véres váladékozása.

Ismered a melleidet? Ismerd meg őket!

Törekedni kell arra, hogy minden nő építse be személyi higiéniés magatartásába időnként mellei áttapintását is. Ez nem egy szabályozott emlő-önvizsgálat „*rákszűrés*”i céllal, hanem egy mindennapos áttapintás, mint a jó közérzet egyik forrása. Reflexként kell kialakítani ezt a tevékenységet úgy, mint a jó közérzethez tartozó fogmosást, fésülködést, testmozgást, stb. A testmozgás egyik eleme lehet a mellek rendszeres áttapintása is.

Mit kellene tanítani: önvizsgálatot, vagy emlőtudatos éberséget?

A nők önmaguktól kevesen lesznek „*emlőtudatosak*”. Ezt is tanítani kell, de kinek, hogyan, mikor és mit? Az emlő-tudatosságnak nincsenek életkori határai.

Amikor az iskolák elkészítik a rendszeres, éves iskolai egészségfejlesztési tervet, akkor válik az iskolai védőnő szerepe jelentőssé. A személyi higiénié alapjait a gyermekek otthon és az óvodában sajátítják el, de a megszerzett ismeretek gyakorlatára iskolás korban is figyelni kell. Az alapvető „*legyél tiszta, ápolj, rendes*” szemléletet fenn kell tartani, és a 8. osztályos leányokat az iskolai védőnő megtaníthatja az emlő-tudatosság alapjaira és gyakorlatára.

Az emlők önvizsgálatát, mint rákszűrő módszert el kell vetnünk, de ne öntsük ki a fürdővízzel a gyereket is! A 40. életév alatt az emlőtudatos magatartás és éberség



jelentősége megnő, ugyanis a mammográfiás szűrővizsgálat 40 év alatt – az emlőszövet sűrűsége miatt – nem ad megbízható eredményt. Ennek következtében az emlőtudatos nők, ha rendszeresen, éberan áttapintják mellüket, időben felhívhatják orvosaik figyelmét bármilyen elváltozásra. A *Nemzeti Rákregiszter* szerint ugyanis az emlőrák 40 éves kor alatt is előfordul (*KSH-ada-tok*) (22, 23, 24).

2011	Mellrák előfordulása	Mellrák miatti halálozás
35 év alatt	143	10
45 év alatt	656	86
Évi összes	6.923	2.096

Emlő-tudatosság és szűrővizsgálat

Bár – helytelenül – „önszűrésnek” is nevezik, tudni kell, hogy az emlő-tudatosság nem pótolja, nem pótolhatja a 45–65 éves nők kétévenkénti mammográfiás szűrővizsgálatát (25), mely képes jelezni az emlők kicsiny, akár 5 mm átmérőjű, még nem tapintható elváltozásait is. Ezért az az egészségnevelési üzenet, hogy „*Ha hívnak, menj, mert késve késő!*”, az emlőtudatos gyakorlat nem veszti hatályát.

Összefoglalás:

Az emlőráktól való félelem társadalmi méretű lélektani teher, amellyel szemben az egészségnevelési szakembereknek fel kell venniük a harcot. Korábban az emlők önvizsgálatától az emlőrák mielőbbi felismerését, a keze-

lés utáni túlélés meghosszabbodását és a halálozás mérséklését várták, azonban a remélt haszon elmaradt, sőt, a felmérések az önvizsgálat káros hatását igazolták, nem utolsósorban azért, mert a rák fenyegető képét állítja az önvizsgáló elé. Újabban a rendszeres, rituális önvizsgálat helyett a hangsúly az *emlő-tudatosságra* tevődött át, amely a nőket saját emlőjük alaposabb megismerésére ösztönzi úgy, hogy azt ne szabályozottan, „rákszűrési” céllal végezze, hanem építse be személyi higiénés magatartásába. Ebben a tudatformálásban az egészségnevelőknek kitüntetett szerepük van.

Kulcsszavak: az emlők önvizsgálata, az emlőrák korai felismerése, emlő-tudatosság, szűrővizsgálat

Abstract

The fear of breast cancer represents a society-wide psychological burden that health educators need to fight against. Formerly, earlier detection, better survival and mortality reduction from breast cancer were hoped from self-examination, but instead of the expected benefit, the practice proved to be harmful, particularly because of the frightful picture of cancer. Recently, a shift from ritual self-examination to „*breast awareness*” has taken place which encourages women to better know their breasts. It is not perceived as a cancer screening modality, but built in her everyday, personal hygiene. Health educators have an important role to play in shaping this new way of thinking.

Keywords: self-examination, earlier detection of breast cancer, breast awareness, cancer screening

IRODALOM

1. Központi Statisztikai Hivatal: *Demográfiai Évkönyv 2012*.
2. Thorton H.–Pilarisetti R.R.: „Breast awareness’ and ‘breast self-examination’ are not the same. What do these terms mean? Why are they confused? What can we do?” In: *Eur J Cancer* (2118), doi.10.1016./j.ejc.2008.08.015. 2014. december 7.
3. Austoker J.: „Screening and self-examination for breast cancer.” In: *Brit Med J* 309: 168–174. 1994.
4. English J.: „Importance of breast awareness in identification of breast cancer.” In: *Nursing Time* 99(40): 18–19. 2003.
5. Mark K.–Temkin S.M.–Terplasn M.: „Breast self-awareness: the evidence behind the euphemism.” In: *Obstet Gynaecol* 123 (4): 734–738. 2014.
6. Harvey B.J.–Miller A.B.–Baines C.J.–Corey P.N.: „Effect of breast self-examination techniques on the risk of death from breast cancer.” In: *CMAJ* 157(9):1205–1212. 1997.
7. Goldstein D.P.–Miler V.: „Breast masses in adolescent females.” In: *Clin Pediatr* 21: 17–19. 1982.
8. Austoker J.: „Being breast aware.” In: *NHS Breast Screening Programme Review* 1993. p. 11.

9. Baxter N.: „Preventive health care, 2001 update: Should women be routinely taught breast self-examination to screen for breast cancer?” In: *CMAJ* 164 (13): 1837.1846. 2001.
10. Thomas D.–Gao D.–Ray R.–Wang W.–Allison C.–Chen F.–Porter P.L.–Hu Y.W.–Sparks R.–Ulrich C.M.–Bigler J.–Two Roger S.S.–Yasui Y.–Rajan K.B.–Porter P.: „Randomized trial of breast self-examination in Shanghai: Final results.” In: *JNCI* 94:1445–1457. 2002.
11. Semiglazov V.F.–Moiseenko V.M.–Bagli J.L.–Migmanova N.–Selemyov N.K.–Popova R.T.: „The role of BSE in early breast cancer detection (results of the 5 years OSSR/WHO randomized study in Leningrad).” In: *Eur J Epidemiol* 8: 498–502. 1992.
12. Döbrössy L.: *A daganatok szűrése. Minőségbiztosítási kézikönyv és módszertani útmutató*. OTH. 2013. p. 28.
13. Semiglazov V.F.–Manikhas A.G.–Moiseenko V.M. et al.: „Rezultaty prospektivnogo randomizirovannogo isledovaniia [Rossiia (Sankt-Peterburg)/VOZ] znacheniiia samoobsledovaniia v rannem vyivlenii raka molochnoi zhelezy. [Results of a prospective randomized investigation [Russia (St.Petersburg)/WHO] to evaluate the significance of self-examination for the early detection of breast cancer].” In: *Vopr Onkol* 49:434–441.2003.



14. Nelson H.D.–Tyne K.–Naik A.–Bougastos Ch.–Chan B.K.–Humphrey L.: „Screening for breast cancer: systematic evidence review update for US Preventive Services Task Force.” In: *Ann Intern Med* 151: 727–W242. 2009.
15. Hackshaw A.K.–Paul E.A.: „Breast self-examination and death from breast cancer: a metaanalysis.” In: *BJC* 88: 1047–1053. 2003.
16. Mark K.–Temkin S.M.–Terplan M.: „Breast self-awareness: the evidence behind the euphemism.” *Obstet Gynaecol.* 123 (4): 734–738. 2014.
17. SOGC Opinion: „Breast self-examination.” *J. Obstet Gynaecol Can* 28(8): 728–730. 2006.
18. Forrest, Sir Patrick: *Breast Cancer Screening*. Her Majesty's Stationary Office, London, 1986.
19. Calman K.C.–Poole A.A.B. from Chief Medical Officer: *Letter to all doctors in England*. Department of Health, 29 November 1991.
20. Austoker J.: *Be Breast Aware (leaflet)*. DH&NHS; 1991.
21. Austoker J.: „Breast self examination.” In: *BMJ* 326 (1):1–2. 2003.
22. Simon T.: „Korai mellrákhalálozás az Európai Unió országai-ban.” In: *Egészségfejlesztés* 45 (4): 23–24. 2004.
23. Simon T.: „Korai mellrákhalálozás 2001–2005.” In: *Orv Hetil* 148(37): 1767. 2007.
24. Simon T.: *A Magyar Rákellenes Liga lehetőségei a fiatalok em-lőrák felismerésében és a betegek segítésében*. Szent Agáta napi továbbképzés, 2014. január
25. Kearney A.J.–Murray M.: „Breast cancer screening recommen-dations: is mammography the only answer?” In: *J Midwifery Womens Health*. 54(5):393–400. 2009.



Az átlagos, egészséges személyiségprofil meghatározása Szondi-tesztel

Káplár Mátyás, Bernáth László, Kiss Enikő Csilla

Pécsi Tudományegyetem, Bölcsészettudományi Kar, Pszichológia Intézet

Bevezetés

A lelki egészségmegőrzés és egészségfejlesztés személyiséglélektani aspektusának egyik kulcskérdése, hogy olyan személyiségjegyeket tudjunk meghatározni, melyek az egészség megőrzése és fejlesztése szempontjából az egyén számára előnyösek. A másik szempont, hogy – egy adott időszak társadalmában a társadalmi-kulturális folyamatok következtében megjelenő személyiségjellemzőket felmérve – olyan módszereket dolgozzunk ki, melyek az adott társadalmi helyzet kihívásaira válaszolni tudnak.

Jelen vizsgálatunkban a Szondi Lipót magyar származású pszichológus által kifejlesztett személyiségtesztel vizsgáltuk a társadalom tagjaira jellemző átlagos személyiségprofil meghatározásának módszertanát.

Kutatásunk két szempontból is jelentős. Egyfelől a Szondi-teszt – mint projektív személyiségvizsgáló eljárás – stabil működését kívánjuk tesztelni, így vizsgálatunk egy nagyobb – a teszt statisztikai validitását vizsgáló és bizonyító – kutatássorozat része (Káplár, Bernáth, Kiss, 2012). Kutatásunk másik célja, hogy meghatározzuk a napjainkban érvényes átlagos személyiségprofil, melynek korábbi változatát Szondi 60 évvel ezelőtt készítette el, már akkor figyelmeztetve arra, hogy ezek az értékek a társadalmi-kulturális változások következtében módosulhatnak. Az átlagos magyar személyiségprofil meghatározásának módszertani bemutatásával, a személyiségjellemzők leírásának modellezésével az egészségpszichológiai kutatásokhoz kívánunk hozzájárulni.

Az ösztönkörök Szondi Lipót elméletében

Az ösztönkörök Szondi Lipót elméletében

Szondi Lipót (2007) sorsanalitikus elméletében úgy vélte, hogy a személyiséget – és az ennek kapcsán megjelenő viselkedést – a családi öröklés által továbbadott ösztönök és ösztön-szükségletek határozzák meg. Munkássága során négy ösztönkört írt le, melyek mindegyike két ösztön-szükségletet tartalmaz. Személyiségvizsgáló eljárását is ezen ösztön-szükségletek köré építette fel. Tesztjében az egyes ösztönkörtöket vektoroknak, az egyes ösztön-szükségleteket pedig faktoroknak nevezi.

Az első ösztönkör a nemi élet ösztön-szükségleteit reprezentálja. Ezen belül három fő kérdés fogalmazódik meg: a valamely nemhez való tartozás, a nemi élet ösztönellentétpárja, valamint a szexuális tárgyválasztás problematikája. Szondi az ösztönkörön belül két ösztön-szükségletet határoz meg. A *h faktor* jeleníti meg a feminin ösztöntényezőt, melyben a nemi gyöngédségre irányuló igény jelenik meg. Szondi szerint ez egy konkrét emberre irányuló személyszeretben, vagy pedig a teljes emberiségre irányuló kollektív emberszeretben nyilvánulhat meg. Az *s faktor* inkább a maszkulin ösztöntörök-

LEVELEZÉSI CÍM:

Káplár Mátyás, Pécsi Tudományegyetem, Pszichológia Intézet. Postacím: 7624 Pécs, Ifjúság u. 6. Telefon: +36-72-503-600, 24559-es mellék. E-mail: kaplar.matyas@pte.hu



véseket reprezentálja, az aktivitás, az agresszió, a dominancia szükségletének kifejezésén keresztül.

A második ösztönkört Szondi *paroxizmális (P)*, meglepetési ösztönkörnek nevezi, mivel a hozzátartozó ösztöntörékvésekre jellemzőek a rohamszerű csúcspontok, és az azt követő hirtelen kiürülések, melyek a meglepetés erejével hatnak. Az *e faktor* a durva indulati agressziót jeleníti meg, míg a *hy faktor* inkább a finomabb érzelmeket, valamint a környezetre irányuló önérvényesítést, szereplésvágyat mutatja. Szondi szerint bibliai példával élve az *e faktor* Káin (*e-*, *hy+*), a *hy* pedig Ábel (*e+*, *hy-*) személyiségében érhető nyomon.

A harmadik ösztönkör az *énes ösztönkör (Sch)*. Az ehhez tartozó két ösztönösükséglet – az eddig tárgyaltakhoz hasonlóan – polarizáltan jelenik meg. A *p faktor* az *ego-diasztole*, vagyis az éntágítás faktora, ez hozza létre az éntudatot, mint szükségleti tudatot. A *k faktor* *ego-szisztolés*, én-szűkítő törekvést jelenít meg. Más néven ez az állásfoglaló én, mely dönt azokról az ösztönigényekről, melyek a szükségleti tudatba jutottak.

A negyedik, utolsó ösztönkör a *kapcsolati ösztönkör (C)*. Itt is megtalálható a két ellentétes pólus, mely meghatározza a vektor belső dinamikáját, feszültségét. Az egyik oldalon a *d faktor* található, mely a tárgykeresés szükségletét jeleníti meg, a másik pólust az *m faktor* jelenti, mely a megtalált tárgyban való megkapaszkodást reprezentálja.

A Szondi-teszt

Fogyatékos gyermekekkel végzet munkája során Szondi arra a meglátásra jutott, hogy nincsen lehetőség minden esetben, minden egyes személlyel a lehető legrészletesebb családfát és családi anamnézist felvenni, annak érdekében, hogy minél tökéletesebb képet kapjon arról, hogy páciense milyen ösztönkészlettel rendelkezik, milyen családi örökséget hordoz magában. Szükségessé vált egy olyan eljárás kifejlesztése, mely lehetővé teszi az egyén ösztönmintázatának minél egyszerűbb, ám ezzel együtt minél pontosabb feltérképezését.

Szondi 1935-ben kezdte el kidolgozni tesztjét, melyet két év alatt készített el, a teszt teljes dokumentációja és a kiértékelés teljes leírása azonban csak 1952-ben jelent meg. A vizsgálati eljárást Szondi ösztöntani elmélete képezi. Úgy gondolta, hogy a mentális betegségben szenvedő és az egészséges emberek ösztöntörékvései azonosak, azonban a beteg embereknél az egyes törekvések olyannyira túltöltöttek, hogy azok mentális betegség formájában jelennek meg az adott egyénben.

A létrehozott teszt összesen 48 fényképből áll, melyeken mentálisan beteg személyek láthatók. Az egyes mentális betegségeket Szondi az egyes ösztönfaktorok által reprezentált ösztöntörékvésekkel feleltette meg, így

a 8 faktorhoz a következő betegségeket társította: *h*: hermafrodita, *s*: szadista, *e*: epilepsziás, *hy*: hisztériás, *k*: katatón skizofrén, *p*: paranoid skizofrén, *d*: depressziós, *m*: mániás.

Mindegyik ösztönfaktorhoz 8 kép tartozik. Ezeket a képeket 6 sorozatban mutatják be a tesztfelvétel alányának, akinek az a feladata, hogy a bemutatott képek közül előbb kiválassza a két legszimpatikusabbat, majd pedig a két legellenzenesebbet, végül pedig a maradékból a két szimpatikusabbat. Ezek alapján kapható meg egy profilon belül (a 48 kép értékelése 6 sorozatban) a személy ösztönmintázata. Az egyes faktorokban ez négyfajta lehet: pozitív (több szimpátia választás, maximum egy antipátia), negatív (több antipátia választás, maximum egy szimpátia), ambivalens (mind a szimpátia, mind pedig az antipátia választások száma legalább kettő) és nulla (mind a szimpátia, mind pedig az antipátia választások száma kevesebb, mint kettő). Azt, amikor bármelyik irányban a vizsgálati személy több, mint 3 alkalommal választ, telített reakciónak nevezik, és a profilban 1, 2 vagy 3 felkiáltójellel jelölik (4 választás esetén 1, 5 választás esetén 2 és 6 választás esetén 3 felkiáltójel). A teszt teljes kiértékeléséhez összesen 10 profilt kell felvenni, vagyis 10 alkalommal kell mind a 48 képet bemutatni a vizsgálati személynek (*Gy. Kiss, 2011*).

A választások eredményeit ezek után többfajta elemzésnek is alávetik, melyek különböző minőségi és mennyiségi változókat adnak eredményül, melyek alapján a kliens ösztönprofilja értelmezhető.

Habár Szondi elsősorban patológiai szemléletben gondolkozott, az általa létrehozott teszt arra is alkalmas, hogy egészséges emberek személyiségét vizsgáljuk. Szondi úgy vélte, hogy egy adott időben, egy adott kultúrában meghatározható az a tesztprofil, mely az átlagos, mindennapi ember személyiségét jellemzi. Így – elsősorban elméleti alapon – létrehozta az átlagember profilját (*Szondi, 2007*). Ezzel az volt a célja, hogy bemutassa azt a személyiséget, melyet nem fenyegetnek aktuálisan nagyobb ösztönveszélyek, kiegyensúlyozott és stabil. Szondi az átlagprofillal kapcsolatban hangsúlyozta, hogy az általa létrehozott formában csak az adott időszakban és az adott kultúrán belül állja meg a helyét, éppen ezért időről-időre felülvizsgálni és helyesbíteni kell.

Az átlagprofil

Az egyes ösztönkörök vizsgálata kapcsán Szondi meghatározta, hogy az egyes ösztöntörékvések közül társadalmi vonatkozásuk alapján melyek lesznek szociálpozitívak, illetve szociálnegatívak, vagyis melyek mutatják az egyén viselkedését az adott társadalmi közegben pozitívnak, illetve negatívnak. Az ilyen ösztöntörékvések megjelenéséhez Szondi meghatározott tesztológiai



1. táblázat

Az átlagprofil Szondi szerint
(Szondi, 2007; 236. old.)

S		P		Sch		C	
h	s	e	hy	k	p	d	m
+	+	—	+	—	—	+	—

jegyeket társított. Úgy gondolta, amennyiben a szexuális életből indulunk ki, akkor az egészséges átlagember képes arra, hogy a szexualitás két faktorát önmagában egyesítse, vagyis megélje a személyes, intim szerelmet (+h), valamint a szexuális aktivitást is (+s). Ez azt jelenti, hogy nemisége állandó készenlétben van, azonban nem esik túlzásba.

Az egyén kapcsolati életét tekintve (C vektor) úgy véli, hogy ez összhangban van szexualitásával. Ez azt jelenti, hogy kötődésében felszabadult, nem tapad rá szorosan egy meghatározott tárgyra (-m), hanem éppen ellenkezőleg, az új tárgyak irányában nyitott, kereső attitűddel rendelkezik (+d), de nem belső tartás nélküli.

Az átlagember paroxizmális (P) vektorát nem látja ilyen pozitívan. Úgy gondolja, hogy rengeteg feszültség, düh, harag halmozódhat fel az egyénben, mely negatívan befolyásolja etikai-morális tartását (-e, -hy), ebből a szempontból az átlagembert leginkább a bibliai Káin személyiségéhez hasonlítja. Ezek az ösztöntörékvések azonban nem jelennek meg a viselkedésben, mert a társadalomba való beilleszkedés vágya, a konformitás nem teszi lehetővé ezek kiélését, ehelyett belső szorongás, pánik formájában jelentkeznek.

Az énes vektor reakciója azt mutatja, hogy az átlagember a világ számára kinyilvánítja belső vágyait (-p), élete során azonban megtanulja, hogy hogyan mondjon le azokról (-k), így konform, szomorú átlagemberré válik.

Ezeket az ösztöntörékvéseket megfigyelve, valamint a tesztben megmutatózó jegyeket meghatározva jön létre az átlagprofil.

Az átlagprofil vizsgálata különböző népcsoportokban

A Szondi-teszt megjelenése óta több országban, kultúrában is megvizsgálták az átlagprofilt. A teszt születése utáni időszakban Soto-Yarritu (1955) egy 750 fős, spanyol nemzetiségű mintán készítette el az átlagprofilt. Azt találta, hogy a profil nagyrészt megegyezik a Szondi által meghatározottal, azzal a kivétellel, hogy a C vektorban (-+) reakció szerepel, mely erős kötődést, az új tárgyra való nyitást tagadó attitűdöt jelöl, ami nagyfokú hűséget

jelent. A másik eltérés a P vektorban (+-) szerepel, mely az etikus, morális viselkedés képét mutatja és a bibliai, bárányszelíd Ábel személyiségéhez köthető. Az ilyen ösztöntörékvésekkel rendelkező személy toleranciára, igazságosságra törekszik embertársaival szemben, valamint lelkiismeretesség jellemzi. Szondi az átlagprofilnak ezt a módosulását a spanyol nép katolikus egyházhoz való nagyfokú hűségére vezette vissza (Szondi, 2007).

Mivel Szondi az átlagprofil meghatározásakor hangsúlyozta, hogy ez a profil csak az adott kultúrán belül, az adott időpontban tekinthető általánosnak, több olyan kutatás is született, mely különböző népcsoportok esetében vizsgálta az átlagprofil alakulását. Az egyik ilyen, tudománytörténeti szempontból is érdekes tanulmány, melyről maga Szondi (2007) számol be, busmanok személyiségét vizsgálta. E népcsoport Szondi-tesztjeit vizsgálva azt tapasztalta, hogy az énes vektorban (Sch) egészséges emberek is olyan reakciókat mutattak, melyek az európai kultúrában mindenképpen patológiásnak számítanak. A 0-! és a +-!! reakciók paranoid és autisztikus kórképekre utalnak. Ebben a népcsoportban azonban, ahol a személyek életének nagyon fontos része a totemikhez való ragaszkodás és az ebben való szellemi feloldódás, ösztönszerűségi késztetésüket a projektív participáció révén tudják legjobban megélni, mely esetükben egészséges reakciónak tekinthető.

A XX. század végén több kutató is vizsgálta az átlagprofil időbeli alakulását, és meghatározta az ösztöntörékvések megjelenésének a társadalomban megmutatózó általános mintázatát. Több tanulmány született ebben az időszakban, melyek értékes eredményekkel gazdagították a témakört (Pochet, bemutatta Stassart, 1999, Takahisha Yamashita, 1999, Káplár, Gyöngyösiné Kiss, Gonçalves, 2008, Gonçalves, Ferreira, Káplár, Gyöngyösiné Kiss, 2010). Az első tanulmány (Stassart, 1999) 200 fős olasz mintán végzett vizsgálatot mutat be, mely egybecseng a Soto-Yarritu által meghatározott átlagprofillal. A második tanulmány Japánban készült (Takahisha Yamashita, 1999). A tanulmány megmutatta a tesztprofilban is megjelenő különbségeket a keleti és a nyugati gondolkodásmód között, és az átlagprofil az európai mintákhoz képest jelentős eltérést mutatott. A széli vektorokat tekintve (S, C) a konkrét személy-



szerepet képe jelenik meg, odaadással és passzivitással ($S + -$), valamint nagyfokú hűséggel ($C 0 +$). A közép vektoraiban a profilok (P , Sch) egyrészt nagyfokú etikai, morális viselkedést mutatnak ($P + -$), másrészt az énes vektorban az én gátoltságára utaló jegyek jelennek meg ($Sch - +$), mely a paroxizmális vektor reakcióival együtt megfelel a keleti kultúrában jelen lévő kollektívizmusnak.

Jelen kutatást megelőzően a *Nemzetközi Szondi Társasággal* megvalósuló együttműködés keretében portugál és magyar mintán *Bruno Gonçalves* portugál kutatóval közösen végeztünk összehasonlító vizsgálatokat (*Káplár et al., 2008, Gonçalves et al., 2010*). A portugál minta eredményei nagyrészt megfeleltek a már korábban bemutatott spanyol és olasz profiloknak, annyi kiegészítéssel, hogy a P vektorban a $0 -$ reakció fordul elő a legnagyobb arányban, azonban közel azonos arányú a $+ -$ reakciók száma is. Ez az eredmény azt jelzi, hogy a kulturális hasonlóság a népcsoportok között a teszteredményekben is megfigyelhető, azonban a portugál mintában a belső szorongás jegyei felerősödnek. Ennek hátterében valószínűleg a 2000-es évektől megfigyelhető, a portugál gazdaságot jellemző bizonytalanság húzódhat meg.

A magyar minta vizsgálata során azt tapasztalhatjuk, hogy a megváltozott társadalmi-gazdasági berendezkedés hatásai az átlagprofil változásában is megfigyelhetőek. A 2008-as vizsgálat mintájában szereplő reakciók szerint a magyarok között – a széli vektorokat vizsgálva – egyrészt megfigyelhető a személyszereket igénye és az odaadás, mely azonban passzivitással párosul ($S + -$); a személyes, már kialakított kapcsolatokat pedig hűség és kitartás jellemzi ($C 0 +$). A közép vektorait vizsgálva a hűség mellett a szorongás képe jelenik meg, mely a leggyakoribb vektorreakció esetén inkább kapcsolati jellegű ($P 0 -$), míg a második, gyakoriságban hasonló reakció esetén a kapcsolati mellett egzisztenciális is ($P - -$). Az énes vektor (Sch) képe hasonló a japán mintán tapasztalt eredményhez, a gátolt én reakcióját mutatja ($- +$).

Hipotézis

A 10 profilos Szondi-tesztek felvételével a csoportra jellemző átlagprofilot kívánjuk meghatározni. Hipotézisünk szerint ez a profil egy adott időszakban viszonylagos állandóságot mutat, azonban a társadalmi, gazdasági és kulturális változások következtében a tesztológiai jegyek idővel módosulnak. Ez alapján azt vártuk, hogy (1) a jelen vizsgálatban kapott átlagprofil nagyfokú megfelelést mutat a korábbi kutatásainkban (*2008, 2010*) kapott átlagprofillal, és ezzel a teszt időbeli validitása erősödik; (2) a két kutatás közötti nagyfokú megfelelés mellett tapasztalható esetleges kisebb változások nem érintik jelentősen a profil személyiségműködésre vonatkozó értel-

mezését, és nem is random módon következnek be, hanem szorosan illeszkednek egymáshoz.

A minta

Jelen mintában összesen 190 fő szerepelt (94 férfi, 96 nő). Átlagéletkoruk 23,04 év (SD 3,74), a legfiatalabb vizsgálati személy 18, a legidősebb 35 éves volt. A minta nagysága már jelzi, hogy a vizsgálat elsősorban a módszertan tesztelését igazolja, és csak valószínűsíti az itt modellezett, a társadalom tagjaira jellemző átlagos személyiségprofillal kapcsolatos következtetéseket. Mindannyian felsőoktatásban tanultak vagy felsőfokú végzettséggel rendelkeztek. A vizsgálati személyek a normál populációhoz tartoztak, egyikük sem rendelkezett pszichiátriai diagnózissal. Arra törekedtünk, hogy mind életkor, mind szocioökonómiai státusz alapján homogén mintát hozzunk létre, hogy az esetlegesen ebből fakadó torzító hatásokat kiküszöbölhessük.

A résztvevők ellenszolgáltatás nélkül, önkéntesen vettek részt a vizsgálatban. Azok számára, akik külön igényelték, a kutatás lezárulta után, személyes beszélgetés keretében visszajelzést adtunk a tesztek eredményeiről.

Módszertan

A kutatást a *Pécsi Tudományegyetem* pszichológia szakos hallgatóinak bevonásával végeztük. A tesztek felvételére 2011 tavaszán és őszén került sor, így a teljes minta összeállítása közel egy évet vett igénybe.

A mintában szereplő minden vizsgálati személlyel 10 profilos Szondi-tesztet vettünk fel. A tesztek a *Pécsi Tudományegyetem Pszichológia Intézetében* R programnyelven, egy általunk kifejlesztett szoftver segítségével értékeltük ki. A szoftverben az adatok elemzéséhez több algoritmus áll rendelkezésre. Ezek közül a vizsgálatban azokat használtuk, melyek a mintán belüli vektorgyakoriságok meghatározására alkalmasak. Ez az algoritmus úgy adja meg a vektorgyakoriságot, hogy egy adott egyén 10 profilos tesztjében rangsorolja az egyes ösztönkörökön belül előforduló lehetséges vektorreakciókat. A vektorreakciók rangsorolása után kiválasztja azt, amely az adott személynél a legtöbbször fordul elő, végül pedig minden tesztalany esetében összesíti az eredményeket, és vektoronként és vektorreakciónként táblázatba rendezve adja meg az előfordulási gyakoriságot, valamint ennek százalékos arányát.

Eredmények

A 10 profilos Szondi-tesztek kiértékelése után kiszámítottuk a minta irányfeszültségi hányadosának átlagát (IF = 2,41; SD = 2,04), valamint a tüneti százalékok



2. táblázat

**A magyar átlagprofil 126 fős mintán
(Káplár et al., 2008)**

	S		P		Sch		C	
	Jel	%	Jel	%	Jel	%	Jel	%
1.	+–	18,81	0–	24,07	–+	39,81	0+	37,5
2.	0+	16,83	– –	22,22	–0	17,59	–+	25
3.	+±	10,89	+–	21,3	±+	12,04	++	13,46

átlagát ($S\% = 35,16$; $SD = 8,42$). Ebből megállapítható, hogy a kapott értékek az irányfeszültség esetében megegyeznek a Szondi által meghatározott, normalitást mutató átlaggal (1–3), míg a tüneti százalék esetében a Szondi által meghatározott átlaghoz képest enyhe emelkedés tapasztalható (20–30%). Összességében megállapítható, hogy a mintában szereplő személyek az egészséges átlag tüneti értékeivel rendelkeznek.

A minta alapján a vektoronként megjelenő vektorreakciók alapján meghatároztuk az átlagprofil.

A két táblázat összevetése alapján elmondható, hogy jelen vizsgálat eredményei és a korábbi kutatás eredményeként létrejövő átlagprofilok jelentős mértékben megegyeznek. A mintában megjelenő három leggyakoribb vektorreakció a korábbi és jelen kutatásban azonos, egyetlen kivételtől eltekintve: a *P* vektor esetében az látható, hogy a 0– reakció, mely a korábbi kutatásban a legjelentősebb vektorreakció volt, mostani vizsgálatunkban a 3. leggyakoribb választás. Ezzel együtt az első három leggyakoribb vektorreakció nem módosult. Ha nem csupán a leggyakoribb vektorreakciók által meghatározott átlagprofil vizsgálatuk, hanem a második és harmadik leggyakoribb reakciót is figyelembe vesszük, akkor két vektor esetében kisebb elmozdulást tapasztalhatunk. Az *S* vektor esetében az ambivalens + ± reakció ++ reakcióra változott, vagyis az ambivalencia csökkent, és megerősödött a pozitív tendencia, míg az *Sch* vektorban a – 0 reakció fordult ambivalens ± 0 reakcióba, a negatív választási tendenciát is megőrizve.

Megvitatás

A 2008-ban felvett minta és a jelen vizsgálatban bemutatott adatok alapján az átlagprofil állandósága jól kimutatható. A táblázatokban látható, hogy a 2008-as adatok alapján számított átlagprofil, valamint a jelen vizsgálatban kapott átlagprofil nagymértékben megegyezik. 3 vektor esetében (*S*, *Sch*, *C*) az új mintán mért vektorreakciók teljes egészében azonosak a 3 évvel korábbi, szintén magyar mintán kapott eredményekkel. Külön

érdemes kiemelni, hogy az egyes vektorokban a leggyakoribb vektorreakciók megjelenési aránya a két vizsgálatban azonos. Különösen jól megfigyelhető ez az *Sch* és *C* vektorok esetében, ahol a leggyakoribb reakció aránya mindkét mintán 40% körüli, és a 2., illetve 3. ranghelyen szereplő reakció 20–30%-kal kisebb arányban jelenik meg. Az *S* és *P* vektorban 3 leggyakoribb reakció aránya a két mintában szintén jól illeszkedik egymáshoz. Ezekben a vektorokban a gyakoriságok egymáshoz képest kisebb eltérést mutatnak, értékük mindhárom ranghelyen 10–25% között mozog.

A leggyakoribb vektorreakció egyedül a *P* vektorban nem egyezik a korábbi vizsgálatban kapott eredményekkel, azonban nem tűnik el teljesen, hanem a 3. leggyakoribb reakcióként jelenik meg. A két mintát összevetve az első 3 helyen ugyanazok a reakciók szerepelnek. Egymáshoz viszonyított gyakoriságuk is hasonló (a leggyakoribb és a 3. vektor között kevesebb, mint 10% a gyakoriság különbsége). A vektorreakciók értelmezését tekintve a *P* vektorban mind a 0–, mind pedig a – – reakció szorongásra utal, a szorongás értéke a második esetben nagyobb. Ebben a vektorban Szondi leírása szerint a 0– reakciónál a szorongás elsősorban kapcsolati jellegű, a – – esetében kapcsolati és egzisztenciális jellegű. A viselkedési tendencia tehát a két mintában megfelel egymásnak.

A szorongás mértékének és területének változása következhet a mintán belüli egyéni eltérésekből, ez azonban nem befolyásolja jelentősen a profil értelmezését.

Az eredményeket elemezve látható, hogy a tesztben az átlagprofil nagyfokú időbeli stabilitást mutat, a megjelenő kisebb változások pedig nem random módon mennek végbe, hanem szorosan illeszkednek egymáshoz. Az *S* vektorban az ambivalens ± állapotból a + tendencia felé, valamint az *Sch* vektorban a – tendenciából az ambivalens ± reakció felé történt elmozdulás. Ezek a változások a profil értelmezését lényegében nem változtatják meg.

A kutatási eredmények alapján elmondható, hogy a korábbi vizsgálat eredményeivel összevetve az átlagprofil, mely a tesztben a leggyakrabban előforduló vek-



3. táblázat

A jelen mintából számított átlagprofil

	S		P		Sch		C	
	Jel	%	Jel	%	Jel	%	Jel	%
1.	+–	23,26	– –	24,72	–+	45,16	0+	39,13
2.	0–	17,44	+–	22,47	±+	15,05	–+	22,83
3.	++	10,47	0–	15,73	±0	11,83	++	17,39

4. táblázat

A 2008-as kutatásból származó átlagprofil
(Káplár et. al., 2008)

	S		P		Sch		C	
	Jel	%	Jel	%	Jel	%	Jel	%
1.	+–	18,81	0 –	24,07	–+	39,81	0+	37,5
2.	0+	16,83	– –	22,22	– 0	17,59	–+	25
3.	+±	10,89	+–	21,3	±+	12,04	–+	13,46

torreakciók alapján létrehozott képlet, a korábbi és jelen mintán lényegében megegyező. A képválasztások, valamint az ebből létrejövő vektorreakciók, és azok egymáshoz viszonyított aránya az egyazon populáció két mintájából nyert adatok alapján azonos eredményeket nyújt. A *P* vektorban történt sorrendváltozás az egyes vektorreakciók gyakoriságát figyelembe véve (az 1. és 3. leggyakoribb vektor közti különbség kevesebb, mint 3%), nem jelentős, a két minta egyéni eltéréseiből adódik.

Az adatok elemzése után érdemes megvizsgálni a jelen vizsgálatban megjelenő átlagprofil, és összevetni a Szondi által, főként teoretikus alapon meghatározott profillal.

Jelen állapot szerint a mai átlagemberben a konkrét személyszeretet iránti igény és odaadás figyelhető meg, mely azonban passzivitással párosul (*S* + –); a személyes, már kialakított kapcsolatokat pedig hűség és kitarítás jellemzi (*C* 0 +). A Szondi által felállított profilban ugyanígy megjelenik a személyszeretetre való igény, azonban ő úgy látja, hogy ez az egyénben aktivitással párosul, nem csak a szexuális késztetéseken (*S* + +), hanem a kapcsolati ösztönkörön belül is (*C* + –). Úgy tűnik, a mai kor embere sokkal jobban ragaszkodik meglévő intim kapcsolataihoz, és jóval nagyobb odaadással igyekszik azokat megőrizni. A közép vektoraiiban a hűség mellett a szorongás képe jelenik meg, mely mind egzisztenciális (*P* – –) mind kapcsolati területen megfigyelhető (*P* 0 –). Az egzisztenciális szorongás

kapcsán ez a reakció megegyezik a Szondi által leírt profillal. A teljes profilt tekintve a kapcsolati szorongás felerősödése állhat az intim kapcsolatokban megjelenő hűség és alárendelődés háttérében. Az énes vektor (*Sch* – +) a gátolt én reakcióját mutatja, mely jól érthető a *P* vektorban megjelenő egzisztenciális szorongás tükrében, ami az ember viselkedését arra irányítja, hogy vágyait feladja. A Szondi által megalkotott átlagprofilban a vektor második faktorában még –*p* reakciót találunk, mely arra utal, hogy az egyén kinyilvánítja a világ felé belső vágyait, de élete során megtanulja, hogy ezekről lemondjon (–*k*).

Jelen vizsgálatunk eredményeit Szondi átlagprofiljával összevetve megállapíthatjuk, hogy a személyiség legjellemzőbb belső mozgatórugói az elmúlt 60 év során nem változtak jelentősen, ugyanakkor – a kor körülményeihez igazodva – megnyilvánulási formájuk és megjelenési intenzitásuk módosult.

A kutatás eredményeit összegezve elmondható, hogy az átlagprofil vizsgálata során sikerült kimutatni a teszt időbeli konzisztenciáját, mely megerősíti a Szondi-teszt, mint projektív személyiségvizsgáló eljárás megbízhatóságát. A kutatás másik eredménye, hogy az egészség fejlesztése szempontjából előnyös személyiségjegyek detektálása megtörtént. Ennek alapján meghatározhatóak azon jegyek, melyek az egészségfejlesztési munka szempontjából erőforrásnak tekinthetők: a személyszeretetre, az intimitásra való igény, az odaadás és a hűség. Ezekre



alapozva, ezeket megerősítve biztosítható az egyén belső egyensúlya, mely az egészség egyik kulcsfontosságú tényezője. A kutatás eredményeiben jól láthatóak azon személyiségjegyek is, melyek a mai ember személyiségét negatívan befolyásolják. A tesztadatok alapján egyrészt a szorongás, másrészt az én gátoltsága jelentkezik veszélyforrásként.

A szorongás csökkentésének különböző módszerei, valamint az egyének személyes kiteljesedésének elősegítésére irányuló fejlesztő programok nagyban hozzájárulhatnak az egészség megőrzéséhez és a személyiség egészséges fejlődéséhez.

Kutatásunk eredményeként az átlagprofil leírása és a személyiségműködés dinamikus magyarázata az egészségfejlesztési munkát egy újabb dimenzióval gazdagíthatja. A tanácsadás, mentálhigiénés tevékenység során lehetőség nyílik arra, hogy az egyes belső késztetések, törekvések levezetésére olyan szociálpozitív megoldásokat dolgozzunk ki, melyek mind az egyén, mind a társadalom számára hasznosak.

Összefoglalás

A lelki egészségmegőrzés és egészségfejlesztés személyiséglélektani aspektusának egyik kulcskérdése, hogy olyan személyiségjegyeket tudjunk meghatározni, melyek az egészség megőrzése és fejlesztése szempontjából az egyén számára előnyösek. Vizsgálatunkban a Szondi Lipót által kidolgozott személyiségteszt, a Szondi-teszt eredményeit vettük alapul, ennek segítségével modelleztük a napjainkban Magyarországon jellemző átlagos személyiségprofil meghatározását. A vizsgálatban 190 fő 10 profilos Szondi-tesztjét készítettük el. Eredményeink alapján elmondható, hogy a modellezett módszer alkalmas nagymintás vizsgálatok lefolytatására. A tájékoztató jellegű teszteredmények – várakozásunknak megfelelően – nagyfokú stabilitást mutatnak, mely igazolhatja a Szondi-teszt, mint személyiségvizsgáló eljárás hatékonyságát és használhatóságát. A személyiség jellemzői között az egyik legkiemelkedőbb jelenség a szorongás nagyfokú megjelenése mind egyéni, mind kapcsolati, mind pedig egzisztenciális szinten. Ehhez kapcsolódik az én gátoltságának jelensége, mely szerint az egyén – bár rendelkezik célokkal –, ezek megvalósításáról, az önmegvalósításról lemond. Ezzel

IRODALOM

- Gonçalves, B.–Ferreira A.–Káplár, M.–Gyöngyösiné Kiss, E. (2010): „Comparing Szondi test results from Hungarian and Portuguese community samples.” In: *Empirical text and culture research* 4, 81–89.
- Gy. Kiss Enikő (2011): „A kísérleti ösztöndiagnosztikai teszt, a Szondi-teszt.” In: Császár-Nagy Noémi–Demetrovics Zsolt–

szemben megfigyelhető, hogy az egyéneknél megnövekedett az intimitásra és a személyszeretetre való igény. Erőforrásként jelentkezik, hogy a kialakult kapcsolatokat odaadás és hűség jellemzi. Ezekre alapozva, megerősítve biztosítható az egyén belső egyensúlya, mely az egészség egyik kulcsfontosságú tényezője. Célként fogalmazható meg a szorongás szintjének csökkentése, valamint az önbecsülés növelése, és ezen keresztül az önmegvalósítás elősegítése.

Kulcsszavak: Szondi-teszt, lelki egészségmegőrzés és egészségfejlesztés, személyiségjegyek, szorongás, önbecsülés

Abstract

One of the core questions of the personality-psychological aspect of protecting mental health is to be able to determine the beneficial personality traits. In our study we used the results of the Szondi Test, the personality test developed by Lipót Szondi, and modeled the average personality profile of the current Hungarian population. In the research we used 10 profile Szondi Tests of 190 healthy individuals. As we expected, the results of the test showed that the modeled method is suitable for surveys based on large samples. It is also showed great stability which may supports the efficiency and utility of the Szondi Test. Among the determined personality traits, anxiety was found as one of the most important traits. Anxiety appeared not only on personal level but on the level of relationships and existence as well. Related to this phenomenon the retardation of the self appeared in the personality profiles. This means that the individuals have their wishes and goals but they renounce to fulfil them giving up self-actualization. On the other hand, it is observable that the need for intimate and personal relationships and love is increasing among the individuals. The resources related to these needs are devotion and fidelity. Based on these traits and with increasing their effect it is possible to reach the inner balance of the individual which is one of the core aspects of mental and physical health. Targeting the reduction of the level of anxiety and increasing self-esteem will lead to the facilitation of self-actualization.

Keywords: Szondi Test, protecting and developing mental health, personality traits, anxiety, self-esteem

Vargha András (szerk.): *A klinikai pszichológia horizontja*. Budapest, L'Harmattan, 244–257.

Káplár Máttyás–Bernáth László–Kiss Enikő (2012): „On the track of the validity of the Szondi Test.” In: *Szondiana*, 32, 41–47.

Káplár, M.–Gyöngyösiné Kiss, E.–Gonçalves, B. (2008): *Az átlagprofil vizsgálata hazai és kultúrközi elemzésben*. XVII. Országos Pszichológiai Nagygyűlés, Nyíregyháza, Hungary, 2008. május 22–24. Absztrakt kötet, 232.





TOVÁBBKÉPZÉS

Soto Yarritu (1953): „Validierung des Szondi-Testes durch eine Gruppenuntersuchung von 2352 Fällen.” In: *Szondiana*, 2, 65–75.

Stassart, M. (1999): *L'épilepsie essentielle aux tests de Szondi et de Rorschach*. Nemzetközi Szondi Társaság 15. Kongresszusa, Leuven, Belgium, 1999. július 14–16. Absztrakt kötet.

Szondi Lipót (2007): *A kísérleti ösztöndiagnosztika tankönyve. A Szondi-teszt*. Budapest, Új Mandátum Könyvkiadó. Második Kiadás.

Takahisha Yamashita (1999): *Szondi test responses in Japanese juvenile delinquents*. Nemzetközi Szondi Társaság 15. Kongresszusa, Leuven, Belgium, 1999. július 14–16. Absztrakt kötet.

Tisztelt Szerzőink!

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

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

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

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

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

A kézirat formája

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

Fáradozásukat köszöni és eredményes munkát kíván

a Szerkesztőbizottság





Jól működő nagycsalád gyermekvállalási tervekre gyakorolt hatása

Soósné Dr. Kiss Zsuzsanna PhD., főiskolai docens,¹ vezetőségi tag³
Kókai Judit védőnő²
Kovács Andrea védőnő-hallgató¹

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

²Egyesített Egészségügyi és Szociális Intézmény, Győr

³Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság

ENSZ: 2014 a család nemzetközi éve

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

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

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

Folyóiratunk az évforduló kapcsán felmerülő kérdéseknek szenteli új sorozatát. Elsőként a terápiás munka családi krízisek megelőzésében játszott szerepét, lehetőségeit, majd az első gyermeküket váró fiatalok szülői szerepre való felkészültségét, valamint középiskolás tanulók szexuális magatartását vizsgáltuk. Ismertettük a „*Családok krízishelyzetben – a magánélet és a munka közötti egyensúly biztosítása nehéz gazdasági körülmények között*” címmel idén áprilisban, Athénban rendezett konferencia célkitűzéseit és eredményeit, jelen lapszámunkban pedig a nagycsaládos életforma gyermekvállalási tervekre gyakorolt hatását elemizzük.

Tervezett témaköreink között szerepel – többek között – a családalapítás útvesztőinek, valamint a szülésznők várandósgondozás során játszott, megváltozott preventív szerepének bemutatása, a fiatalok fogamzásgátlással kapcsolatos ismereteinek vizsgálata, továbbá beszámolunk egy németországi tanulmányút tapasztalatairól is.

(A szerk.)



Bevezetés, a szakirodalom áttekintése

Már régóta foglalkoztat bennünket a kérdés: mi motiválja azokat a szülőket, akik három vagy akár több gyermeket vállalnak, vagy éppen ellenkezőleg, miért döntenek a harmadik gyermek megfogánása után az abortusz mellett?

Társadalmunkra jellemző a gyermekszám folyamatos csökkenése (bár az utóbbi időszak gyermekszületési adatai kedvezőbbek). A termékenység visszaesése és a családalapítási szokások átalakulása miatt a háztartások és családok összetétele megváltozott. Egyre kevesebb családban található három vagy több gyermek, egyre kevesebben nőnek fel nagycsaládban.

Kutatások által bizonyított, hogy a gyermekvállalási kedv folyamatosan csökken (*Cseh-Szombathy, 1990; Központi Statisztikai Hivatal, 2011*). A gyermekvállalást nagyon sok tényező befolyásolja, többek között a társadalmi, gazdasági háttér (anyagi, munkahelyi és lakhatási problémák), valamint a nők szüléskor várható életkorának kitolódása (*Központi Statisztikai Hivatal, 2012; Végh, 2012*). Az egészséges népesség-gyarapodás feltétele, hogy a családok legalább két gyermeket vállaljanak, társadalmi szinten tehát fontos feladat a gyermekek születésének elősegítése (*Végh, 2012*). Bár az abortuszok száma 1980-tól kezdődően egyre csökken, a harmadik, negyedik és ötödik terhesség megszakításának aránya még mindig magas (*1. ábra*).

Szakmailag különbséget kell tennünk a *kiterjesztett család* (ebben a családi életközösségben több generáció él közös fedél alatt) és a *nagycsalád* között. Korábban az előbbieket nevezték nagycsaládnak, napjainkban akkor beszélünk erről, ha egy családban három vagy ennél több gyermek nevelkedik (*Hegedűs, 2006*).

A gyermeknek jól működő nagycsaládban történő nevelkedése során sokkal több esélye van a tolerancia és az együttműködés fontosságának felismerésére. A nagycsalád komoly kompromisszumra való törekvést is feltételezhet, például sokszor előfordul, hogy nem jut minden gyermeknek saját szoba, privát élettér. Azonban – mivel a családtagok több személytől kapnak visszajelzést és támogatást –, a közöttük lévő kölcsönhatás is jóval összetettebb lehet.

A sokgyermekes családokra inkább jellemzőek az anyagi nehézségek. Fontos megkülönböztetni azon családokat, melyek saját akaratukból, gyermekszeretükből fakadóan vállalnak több gyermeket, és azokat, melyek anyagi erőforrásaik növelésében bízva teszik ezt (*Hegedűs, 2006*).

Bizonyított tény az is, hogy a nagycsaládon belül is számít a születési sorrend. A nagyobb gyermekeknek sokszor már egészen fiatalon vigyázniuk kell testvéreikre, esetleg be kell segíteniük a házimunkába, hiszen az elvégzendő feladatok száma is nagyobb (*„Die Organisation einer Großfamilie,” 2010*).

Kutatások szerint a család öt fő funkcióját különböztethetjük meg: *1. termelési, 2. fogyasztási, 3. reprodukciós, 4. a felnőttek pszichés védelmét, illetve 5. a gyermekek szocializációját szolgáló funkció.* Az utóbbi időben a két utolsó funkció szerepe felértékelődött. *Ch. Lasch (1997)* szerint a család *„menedék egy szívtelen világban”*. Mivel az emberi kapcsolatok egyre felszínesebbé válnak, a család az az elsődleges csoport, közösség, ahol az érzelmgazdagság az egyes tagok kapcsolataiban fennmarad. *Giddens* szerint az embereknek szükségük van az intimitásra, és ezt a párkapcsolatokban, a családban találhatják meg (*Andorka, Spéder, 2006; Komlósi & Komlósi, 1995*).

Az erős családi összetartozás élménye összefügg az életminőséggel, és – mint az *Kopp* és *Skrabski* vizsgálatából kiderül – a családi támogatás hiánya kapcsolatban áll az önkárosító magatartásformákkal, a dohányzással, az alkoholfogyasztással és az öngyilkossági kísérletekkel (*Kopp & Skrabski, 2006*).

Egyre több vizsgálat jelenik meg arra vonatkozóan, hogy milyen motívumok szólnak a gyermekvállalás ellen vagy mellett (*S. Molnár, 2001*).

A családtervek és a valódi gyermekvállalási szám közötti különbség nagymértékben nőtt (*Kapitány & Spéder, 2012*). A családtervet befolyásoló tényezők továbbá a házasságkötési életkor kitolódása, az élettársi kapcsolatok terjedése és a válások számának növekedése is.

A családtervezésre az egészségügyi ellátás minősége és a pár tagjainak egészségi állapota is hatással van, emellett az előző szülés élménye is meghatározó lehet. Kutatások támasztják alá, hogy a családtervezést a házasságkötési szokások megváltozása is befolyásolhatja (*Tóth, 2006*). Bizonyított, hogy azoknak, akik több testvér mellett nőttek fel, nem az egygyermekes családdal szemben a céljuk (*Bonin, 2013*).

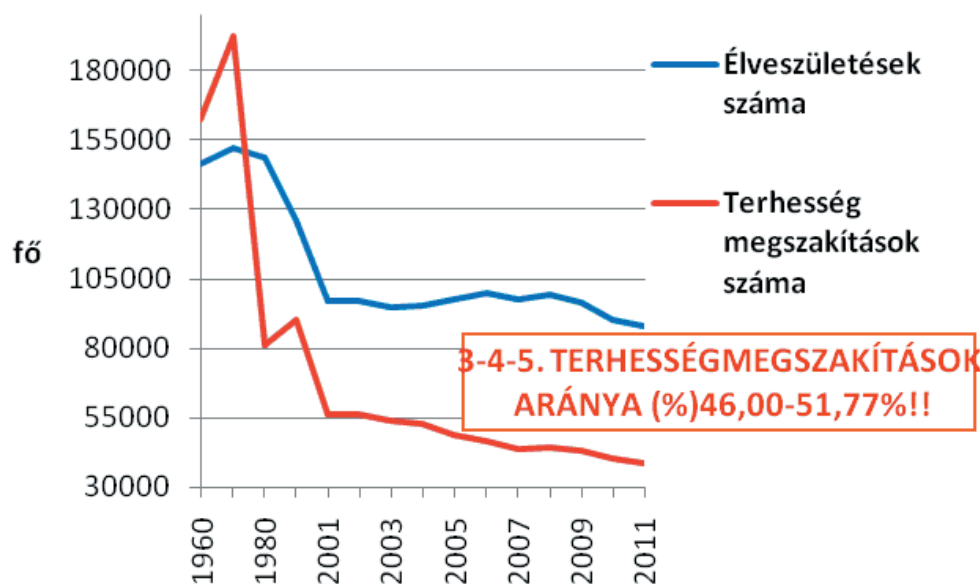
Kutatások bizonyítják, hogy az ideálisnak vélt gyermekszám, mely eléri, sőt, meghaladja a reprodukciós szintet, egyre magasabb (*Lakner, 2006*). Az 1970-es évek közepén az ideálisnak vélt gyermekszám még sokkal inkább a háromhoz, mint a kettőhöz közelített. Az ezt követő évtizedekben a kétgyermekes családdal vált általánossá. A 2009-es kutatások szerint a megkérdezettek által ideálisnak vélt gyermekszám nem érte el

LEVELEZÉSI CÍM:

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

1. ábra

**Az élveszületések és terhességmegszakítások alakulása Magyarországon
(KSH, 2012)**



a kettőt sem, és az egy gyermeket optimálisnak tartók aránya meghaladta azok számát, akik három gyermeket terveztek. Ezen adatok arra utalnak, hogy Magyarország népességének természetes utánpótlása már a tervezett gyermekek számát tekintve sem megoldott (Vukovich & Központi Statisztikai, 2013).

Kapitány és Spéder leírja, hogy a gyermekvállalás harmincas évekre történő kitolódása csökkenteni fogja az egyébként tervezett gyermekvállalások számát. Közismert tény, hogy a gyermekvállalási tervek és a tényleges gyermekvállalás között jelentős a különbség (Kapitány & Spéder, 2012).

A kutatás célkitűzései

Kutatásunk során arra keressük a választ, hogy a nagycsaládban felnövő, kutatásunkban részt vett fiatalok hogyan vélekednek az alábbi kérdésekről:

1. Milyen családalapítási, gyermekvállalási tervei vannak, hogyan képzei el családjával kapcsolatos jövőjét?
2. Befolyásolja-e családalapítási, gyermekvállalási terveit, hogy milyen típusú, illetve gyermekszámú családból érkezik?
3. Saját családdal kapcsolatos terveit tekintve van-e jelentősége annak, hogy nagycsaládból származik?

4. Milyen tényezők befolyásolják leginkább gyermekvállalását?

5. Mit gondol, szüleit mi motiválta abban, hogy több gyermeket vállaljanak?

Minta és módszer

2012 tavaszán kvantitatív, önkitöltős kérdőív segítségével felmérést végeztünk a *Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karának* másod-, harmad- és negyedéves ápoló-, védőnő- és szülésznő-hallgatói között (N = 257), majd a kérdőívek eredménye alapján kiválasztottuk azt a szakot és évfolyamot, melyen a nagycsaládból érkező hallgatók legmagasabb aránya volt jellemző. Esetünkben ez a védőnő-hallgatók II. évfolyama volt (N = 11).

Strukturált interjú alkalmaztunk. „Ez a kutatási módszer alkalmas arra, hogy az egyedül, a konkrét folyamatokat feltárjuk, a sajátos nézeteket megismerjük, a különleges élményvilághoz közelebb kerüljünk.” (Falus, 2000, 172. p.) Az interjú ezen fajtája lehetőséget ad arra, hogy a kikérdezési szituációt szabályozzuk, mivel pontosan tudtuk, hogy mire szeretnénk rákérdezni, illetve, hogy választott témáknak melyek a főbb kérdései. A szóbeli kikérdezés a vélemények, ismeretek feltárása szempontjából nagyon jó mód-

szer (Molnár, 2010). Az interjúkat diktafonnal rögzítettük (önkéntes alapon, anonim módon, 2013. május 14. és június 30. közötti időintervallumban, ekkor a védőnő-hallgatók már a III. évfolyamra jártak, N = 8), majd a rögzített hanganyag alapján szó szerinti jegyzőkönyvet készítettünk. Az interjúban 70 kérdéssel 5 témakört vizsgáltunk.

Az interjú alanyainak átlagéletkora 21,75 év. Közülük négyen a fővárosban, ketten olyan vidéki városban, mely nem megyeszékhely, ketten községben nevelkednek. Két fő érkezett 3 gyermekes, 3 fő 4 gyermekes, 1 fő 5 gyermekes, 1 fő 7 gyermekes és 1 fő 11 gyermekes családból. Az átlagos gyermekszám a származási családban 5,125. A szülők egyik családban sem váltak el. A hallgatók közül hárman már férjheztek, férjükkel külön, saját háztartásban élnek, a többiek még szüleikkel és testvéreikkel laknak. Mindannyian úgy ítélték meg, hogy származási családjuk jól működik.

Eredmények

Az eredmények bemutatása során ismertetjük az interjúalanyoknak feltett kérdéseket, összefoglaljuk az eredményeket, és idézünk a hallgatói véleményekből.

1. MILYEN CSALÁDALAPÍTÁSI, GYERMEK-VÁLLALÁSI TERVEI VANNAK, HOGYAN KÉPZELI EL CSALÁDJÁVAL KAPCSOLATOS JÖVŐJÉT?

A megkérdezett, nagycsaládban felnőtt nyolc hallgató közül mindannyian minimum három, vagy annál több gyermeket szeretnének. Egy hallgató akár 14 gyermeket is vállalna, 1 fő 6, 2 fő 5, 1 fő 4 és 3 fő 3 gyermeket tervez. Terveik között átlagosan 5,45 gyermek szerepel, és mindannyian házasságban szeretnének élni.

„Mindenképp nagycsaládot szeretnék, szóval legalább három gyermek, de inkább több.”

„Hát mivel előttem nagycsalád van, és ezt tekintem mintának, ezért én nagycsaládot szeretnék.”

„Nyilván én is sok gyermeket szeretnék, vagyis hát nem nyilván, mert nem biztos, hogy mindenkinek nyilván, de én ebben nőttem fel, szeretem, meg jónak látom.”

2. BEFOLYÁSOLJA-E CSALÁDALAPÍTÁSI, GYERMEK-VÁLLALÁSI TERVEIT, HOGY MILYEN TÍPUSÚ, ILLETVE GYERMEKSZÁMÚ CSALÁDBÓL ÉRKEZIK?

Erre a kérdésre egyöntetűen azt a választ kaptuk, hogy a származási családnak van jelentősége, ennek ellenére nem gondolják azt, hogy mindig azt a példát viszik tovább, amit otthon láttak, amiben felnőttek. Lehetséges, hogy valaki azért szeretne több gyermeket, mert nem voltak testvérei. Ennek ellenkezője is előfordulhat, ami-

kor valaki nagycsaládban nőtt fel, és nem érezte benne jól magát. Ő azért szeretne kevesebb gyermeket, hogy annak mindent meg tudjon adni.

Az interjúban résztvevő hallgatók a következő véleményeket fogalmazták meg:

„Szerintem van jelentősége, bár lehet, hogy más pont azért nem akar nagycsaládot, mert ő neki az volt, de biztos, hogy befolyásolja.”

„Én úgy gondolom, hogy van, mert aki egyke, az nem hiszem, hogy érzi és tudja, hogy milyen jó testvérnek, és lehet, hogy ő úgy gondolkodik, hogy egy gyermeket, maximum kettőt vállalna.”

„Szerintem mindenféleképpen meghatározza, de ez a két egyéneken múlik, például hogyha egy gyermekes, akkor tudja, hogy milyen egy gyermekesnek lenni. Lehet, hogyha negatív élményei vannak, akkor már csak azért is több gyermeket akar, hogyha meg teljesen jól érzi magát, akkor igazából egy vagy kettő, szerintem neki mindegy. A többgyermekes családból származóknál a helyzet ugyanez, hogy pozitív vagy negatív élményekkel gazdagodott, és szerintem ez befolyásolja, de szerintem azért egy többgyermekes családból nem biztos, hogy egy gyermeket szeretne, tehát én nagyon kevés ilyen emberrel találkoztam, aki azt mondja, hogy hát én már csak azért is egy gyereket fogok szülni, mert én így voltam.”

„Szerintem általánosságban is egyértelműen van hatása annak, hogy ki milyen családból jött. Hogy saját szülei nevelik-e, vagy állami gondoskodásban van-e, nevelőszülőknél, illetve van-e testvére. Azért szerintem jó eséllyel, akinek testvére van, az elégedett ezzel a helyzettel, és ő is szeretne testvért. Akinek nincsen, szerintem az is könnyen olyan helyzetbe kerülhet, hogy látja, hogy milyen jó, hogy másnak van testvére, és ő is szeretné...”

„Szerintem biztos, hogy van, mert válthat ki pontosan ellenkező hatást, szóval hogy valaki nagycsaládból jött, és nagyon rosszul érezte magát, és kis családot szeretne vagy akár fordítva, de az is lehet, hogy pont amiatt, hogy ő nagycsaládban vagy kiscsaládban nőtt fel, amiatt ez neki egy olyan minta volt, amit szeretne továbbvinni.”

3. SAJÁT CSALÁDDAL KAPCSOLATOS TERVEIT TEKINTVE VAN-E JELENTŐSÉGE ANNAK, HOGY NAGYCSALÁDBÓL SZÁRMAZIK?

A válaszok alapján látható, hogy a származási család mintája abszolút mértékben és pozitív irányban határozza meg a családalapítási terveket.

„Mindenféléképpen van, tehát én ezt az egy gyermeket projektet, vagy családot semmiképpen nem szeretném...”

Egy válaszadó szerint ha nem nagycsaládban nő fel, nem biztos, hogy tisztában lenne vele, milyen jó dolgokat kaphat tőle a benne élő családtag, és így lehet, hogy



nem választaná ezt a családformát: „*Ha nem láttam volna, akkor lehet, hogy nem tudnám, hogy milyen, és nem biztos, hogy ennyire vonzó lenne.*”

4. MILYEN TÉNYEZŐK BEFOLYÁSOLJÁK LEGINKÁBB GYERMEKVÁLLALÁSÁT?

A hallgatók az anyagiakat alapvetően fontos tényezőnek tartják – bár egy-két hallgató szerint ez nem alapvetően lényeges –, de emellett más, nagyon fontos szempontok is vannak.

Részletek az anyagiakat nem olyan fontosnak tartó véleményekből:

„*Hát valamennyire az anyagi helyzet is, de az nem annyira meghatározó.*”

„*Biztos, hogy az anyagiak is fogják befolyásolni... meglátjuk, ha nagyon nehéz helyzetbe kerülünk, akkor valószínűleg nem focicsapatunk lesz, hanem kevesebb.*”

„*...persze, van anyagi része is, bár talán ezt tartom a legkevésbé jelentősnek...*”

Többségük – az anyagiakon túl – férjével való kapcsolatának minőségét, valamint párja gyermekvállalási attitűdjét is fontosnak tartja. Ők úgy gondolják, nemcsak azon múlik, hogy ők maguk mit szeretnének:

„*...a férjem mennyire lesz családbarát vagy mennyire akar sok gyermeket, bár szeretnék olyat választani, aki sokat akar.*”

„*...hogy a férjemmel való erős kapcsolat az egy alap...*”

„*...ez attól is függ, hogy a jövőbelim mit szeretne, tehát ez azért egy közös megállapodás...*”

Befolyásoló tényezőként említették még tanulmányaik befejezésének időpontját, egészségi állapotuk minőségét, családi értékeiket és azt is, hogy mennyire sikerül majd beilleszkedniük az anyai szerepkörbe.

5. MIT GONDOL, SZÜLEIT MI MOTIVÁLTA ABBAN, HOGY TÖBB GYERMEKET VÁLLALJANAK?

A kérdés hallatán az interjúalanyok többnyire azzal szembesültek, hogy nem is tudják pontosan. Legnagyobb arányban azt tartották fontosnak, hogy szüleik azért vállaltak háromnál több gyermeket, mert nagyon szeretik a gyermekeket, és vágytak rá, hogy minél többet nevelhessenek fel. Két válaszadó említette azt, hogy a vallási meggyőződés erősítette szüleiket a több gyermek felnevelésében. Egy hallgató volt, akinek családjában az utolsó, harmadik gyermek nem tervezetten fogant meg, de szülei nem bánták meg, örömmel nevelték fel mindhárom gyermeküket: „*Azt tudom, hogy öcsém nem volt tervezett, tehát ő egy véletlen gyermek, de nem bánták meg anyuék, mert hát miért is bánták volna meg.*”

Megbeszélés, javaslatok

Kutatásunk eredményei azt mutatják, hogy a jól működő nagycsaládban való nevelkedés direkt és pozitív hatást gyakorol a kutatásban részt vett hallgatók családterveire, hiszen mindannyian három vagy annál több gyermeket szeretnének. Ezt az eredményt valószínűleg befolyásolja a családi mintán kívül az is, hogy leendő hivatásukban, segítő szakemberként családokkal, gyermekekkel szeretnének foglalkozni, mely mögött az is meghúzódhat, hogy a családjuk által nyújtott értékek ezt sugallták.

Eredményeink összecsengenek a mások által tapasztaltakkal. Egy németországi kutatás során 30 háromgyermekes anyát vizsgáltak, többek között kitértek arra, hogy mi motiválta őket a harmadik gyermek vállalásakor. A nagycsaládból érkező anyák közül csak ketten voltak, akik úgy gondolták, hogy nem volt jelentős tényező az, hogy nagycsaládban nőttek fel (Bruchholz, Fügemann & Minsel, 2002).

A hallgatók gyermekvállalási tervei – bár úgy gondolják, hogy a nagycsalád a gyermekszám-tervek vonatkozásában negatív befolyásoló tényező is lehet –, a származási család pozitív működésmódja, a családi életben őket ért hatások, kellemes emlékek miatt egyértelműen a nagycsalád irányába mutatnak.

Az anyagiakat fontos, de többen nem a legfontosabb, sőt egyes vélemények szerint a legkevésbé fontos befolyásoló tényezőnek tartják. Jelentős tényező a férj családbarát szemlélete, gyermekvállalási tervei, a közös döntés, a kapcsolat erőssége, az egészségi állapot minősége, a családi értékek, valamint az is, hogy mennyire sikerül majd beilleszkedniük az anyai szerepkörbe.

Szüleik nagycsaládos gyermekvállalási motivációjának indokaival igazán nincsenek tisztában, valójában nem is gondolkodtak el még erről. Mindannyian alapvetően a gyermekszeretetet és a gyermeknevelésből fakadó örömeiket, két fő a vallási meggyőződést, mint a gyermekszeretet melletti erősítő hatást tartotta fő motiváló tényezőnek. Egy hallgató szerint a nem tervezett harmadik gyermek megtartása utáni örömeik pozitív visszacsatolást jelentettek a szülőknek.

A kutatásban részt vett hallgatók gyermekvállaláshoz való hozzáállása kivétel nélkül nagyon pozitív, példaértékű. Tekintettel azonban arra, hogy mindannyian jó háttérű nagycsaládból érkeztek, speciális mintát képviselnek, így a kapott eredményeket a nagycsaládokra vonatkozóan általánosítani nem lehet.

Ugyanakkor e speciális mintával végzett kutatást, az interjúk tapasztalatait, eredményeit, a hallgatói véleményeket érdemesnek tartjuk arra, hogy megosszuk az egészségfejlesztéssel, a gyermekek és a fiatalok erkölcsi nevelésével, fejlesztésével, családi életre történő felkészítésével foglalkozó szakemberekkel.



Meglátásunk szerint még mindig nagyon kevés hangsúlyt helyezünk arra, hogy a nagycsalád pozitív hatásait, a nagycsaládban való nevelkedés előnyeit a gyermekek, a fiatalok, a családot alapító, gyermeket nevelő párok megismerjék. A tanulmányban leírt elméleti háttérrel, a bemutatott kutatási eredményekkel, az interjúalanyok véleményét, és szó szerinti gondolataikat jól felhasználhatónak tartjuk az egészségfejlesztéssel foglalkozó szakemberek számára, a nagycsalád működését, pozitív hatásait bemutató tanórákon, egészségfejlesztő foglalkozásokon, programokon.

Összefoglalás

Bevezetés: Magyarországon egyre kevesebb gyermek születik, a nagycsaládban felnövekvő gyermekek száma csökken. A gyermekvállalás támogatása hangsúlyos szerepet kap, de a nagycsalád, mint a gyermekvállalás ösztönzésére ható erőforrás szerepe kevésbé vizsgált.

Célkitűzés: A kérdőív és az interjúk segítségével nagycsaládban felnövekvő védőnő-hallgatók gyermekvállalási attitűdjeit, az azokat befolyásoló tényezőket vizsgálva szeretnénk kideríteni, hogy a nagycsalád, mint származási család mennyire befolyásolja családalapítási terveiket, valamint kutatjuk a nagycsalád mintát nyújtó szerepét is.

Minta és módszer: A 2007-ben indult „Hallgatók családalapítási tervei” című kutatás keretében 2012 tavaszán a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karának másod-, harmad-, és negyedéves ápoló-, szülésznő- és védőnő-hallgatói (N = 257) körében kvantitatív, önkitöltős kérdőív kitöltésére került sor. A kutatáshoz kapcsolódva a gyermekvállalás elősegítésére vonatkozó kérdéseket kategorizáltuk, majd adatbevitel után elemeztük. Ezt követően kiválasztottuk a védőnő-hallgatók III. évfolyamát, ahol a nagycsaládban felnövekvő hallgatók száma a legnagyobb volt, s 2013. május 14. és június 30. között nyolc hallgatóval interjút készítettünk. Az interjú témakörei kitértek a származási családra, a nagycsaládos életformára, illetve a saját – és általánoságban a fiatalok – gyermekvállalási terveire.

Eredmény: Az interjúk alapján kiderült, hogy a jó szülői minta és a származási család pozitív hatással van a gyermekvállalási tervekre. A nyolc hallgatónő mindegyike három vagy több gyermeket szeretne felnevelni. A gyermekvállalást befolyásoló tényezők tekintetében az anyagi erőforrások nem elhanyagolhatóak, de kiemelkedő a házastársi kapcsolat minősége is.

Következtetés, javaslat: Kutatásunk eredményei tájékoztató jellegűek, így a kapott eredményeket a nagycsaládokra vonatkozóan általánosítani nem lehet. A nagycsaládos életforma elősegítésére – az anyagi erőforrások kiemelt szerepe mellett – pozitív családi minta kialakítá-

sa is szükséges. Az időben, már az iskolákban elkezdett családi életre történő nevelés kiemelt jelentőségű, pozitív hatással bírhat.

Kulcsszavak: származási család, nagycsalád, családalapítási tervek, a gyermekvállalás befolyásolhatósága, védőnő-hallgatók

Abstract

Introduction: In Hungary fewer and fewer children are born and the number of children growing up in big families has been on the decrease. Childbirth is given significant support, however, the big family as a resource of enhancing childbirth is less examined.

Aim: With the help of the questionnaire and the interviews we have tried to investigate the childbearing attitudes of district nurse students growing up in big families and their influencing factors and how much the big family as a stem family influences their family-starting plans as well as how much the big family gave them a role model.

Sample and Method: The second, third and fourth-year nurse, midwife and health visitor students of Semmelweis University Faculty of Health Sciences filled in a quantitative questionnaire in spring 2012 in wake of the 2007 research „Family-Starting Plans of Students”. Relating to the research we categorized the questions about enhancing childbirth and we analyzed them after the necessary data input. Then we selected third-year health visitor students among whom the number of students brought up in a big family was the highest. Eight students were interviewed between 14 May and 30 June, 2013. The topics of the interviews were the stem family, the big family lifestyle, childbearing plans of their own and generally among young people.

Result: We have learnt from the interviews that good parental patterns and the stem family exerts a positive influence on childbearing plans. Each of the eight students interviewed is planning to bring up three or more children. Priority was given to material resources as well as to the quality of their relationship with their spouses.

Consequence, suggestion: The results of our research serve the purpose of reference only. They are not suitable and realistic to draw general consequences about big families. In order to promote the lifestyle of big families it is necessary to give top priority to material resources and to establish a positive family role model. It is of paramount importance to start children's education about family life at schools in time. It may have positive effects.

Keywords: stem family, family with three or more children, plans to start a family, influencing childbearing, healths visitor students



KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Szeretnénk köszönetet mondani a *Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karán* 2007-ben indult, „*Hallgatók családalapítási tervei*” című kutatás oktatóinak, a kutatócsoport minden hallgatójának. Köszönettel tartozunk a kérdőívet kitöltő hallgatóknak, valamint interjúalanyainknak, akik nyitottak voltak az interjúban történő részvételre és időt szántak kérdéseink megválaszolására. Köszönet illeti mindazokat, akik bármi módon támogatták, segítették munkánkat.

IRODALOM

1. Andorka, R.–Spéder, Z. (2006): *Bevezetés a szociológiába* (2. jav. és bővített kiadás). Budapest: Osiris Kiadó.
2. Bonin, H. (2013): *Geburten und Kinderwünsche in Deutschland: Bestandsaufnahme, Einflussfaktoren und Datenquellen* (pp. 61). 2014.03.15. <http://ftp.zew.de/pub/zew-docs/gutachten/TeilstudieFertilitaet2013.pdf>
3. Bruchholz, R.–Fügemann, C.–Minsel, W.-R. (2002): *Der Übergang zur Drei-Kind-Familie. Originalbeiträge* 16(1), 42–49. 2014.03.13. http://ifw-mitgliederverein.de/tl_files/mitgliederverein/systema/2002/1_2002/Sys_1_2002_Bruchholz_et_al.pdf
4. Cseh-Szombathy, L. (1990): *Családi viszonyok. Társadalmi riport* 1(1), 487–500. 2014.03.11. http://www.tarsadalomkutas.hu/kkk.php?TPUBL-A-302/publikaciok/tpubl_a_302.pdf
5. *Die Organisation einer Großfamilie.* (2010): http://www.paradisi.de/Freizeit_und_Erholung/Familie/Grossfamilie/Artikel/8123.php
6. Falus, I. (szerk.) (2000): *Bevezetés a pedagógiai kutatás módszereibe*, (pp. 172). Budapest: Műszaki Könyvkiadó
7. Hegedűs, J. (2006): *Család, gyermek, társadalom*. Budapest: Bölcsész Konzorcium.
8. Kapitány, B.–Spéder, Z. (2012): „Gyermekvállalás.” In: P. Óri–Z. Spéder (eds.): *Demográfiai Portré Jelentés* (pp. 31–44). Budapest: KSH Népeségtudományi Kutató Intézet 2014.03.05. http://www.demografia.hu/letoltes/kiadvanyok/DemPort2012/Demografiai_Portre_2012.pdf
9. Komlósi, P.–Komlósi, S. (1995): *Családi életre nevelés*. (pp. 19–66.) Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó.
10. Kopp, M.–Skrabski, Á. (2006): A támogató család, mint a pozitív életminőség alapja.” In: M. Kopp–M. E. Kovács (eds.): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón* (pp. 220–232). Budapest: Semmelweis Kiadó.
11. Központi Statisztikai Hivatal (2012): *Demográfiai évkönyv 2011*. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal.
12. Központi Statisztikai Hivatal (2011): „Születések és termékenység az Európai Unióban.” In: *Statisztikai Tükör*, 5(38),1–5. 2014.03.09. <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/statukor/szultermeu.pdf>
13. Lakner, Z. (2006): „A családpolitika rendszere.” In: *Esély*, 17(3), 85–109. 2014.03.11. <http://www.vjk.ppke.hu/tamop/OktatasiSegedletek/Lakner/LAKNER.pdf>
14. Molnár, D. (2010): „Empirikus kutatási módszerek a szervezetfejlesztésben.” In: *Humán innovációs szemle*, 1(1–2), 69. 2014.03.05 http://humanexchange.hu/site/uploads/file/61-72_md.pdf
15. S. Molnár, E. (2001): „A közvélemény gyermekszám-preferenciái.” In: *Demográfia*, 44(3–4), 259–279.
16. Tóth, O. (2006): „Családformák és együttélési minták a mai magyar társadalomban.” In: Pongrácz Tiborné-Tóth István György: *Szerepváltozások. TÁRKI–Szociális és Családügyi Minisztérium*. 2014.03.09. <http://www.tarki.hu/adatbank-h/kutjel/pdf/a676.pdf>
17. Végh, Z. (szerk.) (2012): *A gyermekvállalás társadalmi-gazdasági hátterének területi jellemzői*. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal. 2014.03.17. <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/regiok/szegedgyermekvallalas.pdf>
18. Vukovich, G.–Központi Statisztikai Hivatal (2013): *Magyarország, 2012*. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal. 2014.03.12. <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/mo/mo2012.pdf>





Egészségügyi főiskolai hallgatók egészségfelfogás-változásának vizsgálata

Dr. Németh Anikó adjunktus
Lobánov-Budai Éva tanársegéd
Bársonyné Kis Klára mestertanár, szakcsoportvezető

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

Bevezetés

A lakosság egészségi állapota, kedvezőtlen egészségmagatartása, az egészségbeli egyenlőtlenségek növekedése indokoltá teszi, hogy az egészségtudományi képzési területen végzettséget szerzők (pl. ápolók, gyógytornászok és védőnők) megfelelő szintű tudással rendelkezzenek az egészségről, annak összetevőiről és jellemzőiről, az egészségnevelésről, valamint az egészségfejlesztésről. Ezen szakemberek szakmájuk gyakorlása során a lakosság egészségi állapotát erőteljesen befolyásoló, a lakossággal közvetlen kapcsolatot igénylő munkakörökben fognak dolgozni, ahol az egészségnevelő és egészségfejlesztő tevékenység hangsúlyosan jelenik meg. Az egészség fogalmának értelmezése az egészségügyi szakemberek munkájának keretétől szolgáló egészség- és betegség-, valamint ápolási és gondozási modellek fontos elméleti alapja. Az egészségügyi szakemberek munkájának eredményessége szempontjából kulcsfontosságú, hogy a képzés – többek között – hozzájáruljon a hallgatók korábbi képzési szakaszokból hozott, az egyes dimenziókat nélkülöző vagy éppen túlhangsúlyozó egészségfelfogásának alakításához.

Az egészségfogalom értelmezésének változása mind a szakértők, mind a laikusok körében számos állomáson ment keresztül. Ezen állomások – többek között – az egészség tartalmi területeinek bővülését mutatják.

A legősibb egészségfelfogások fő jellemzője a holisztikus szemléletmód, mely a hangsúlyt az egyéni belüli, az emberek közötti és a környezettel kapcsolatos egyensúlyi állapotra helyezi. Ez az álláspont tükröződik többek között *Hippokratész* egészségelméletében, aki az egészséget a testi és lelki folyamatok egységeként említette, összhangban környezetével. (1) A naturalista egészségfelfogás azt a szervezetet tekinti egészségesnek, mely környezetéhez jól alkalmazkodik. (2) A *WHO* 1946-ban született meghatározása szerint „Az egészség a teljes testi, szellemi-lelki és szociális jóllét állapota, s nem pusztán a betegség vagy nyomorékság hiánya”. (2) Ez az egészségdefiníció rámutat az egészségi állapot komplexitására. Pozitívuma, hogy magában hordozza az egészség holisztikus megfogalmazásának „csiráját”, ugyanis a *biológiai* mellett elismeri a *szociális* és a *lelki* faktorok szerepét is. A holisztikus megközelítés több egyenrangú terület, a *testi*, a *lelki*, a *szociális* és a *spirituális* dimen-

LEVELEZÉSI CÍM:

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

Lobánov-Budai Éva, Szegedi Tudományegyetem, Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Egészségmagatartás és -fejlesztés szakcsoport. *Postacím:* 6726 Szeged, Temesvári krt. 31. *Telefon:* +36-62-341-815. *E-mail:* budai@etszk.u-szeged.hu

Dr. Németh Anikó, Szegedi Tudományegyetem, Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Egészségmagatartás és -fejlesztés szakcsoport. *Postacím:* 6726 Szeged, Temesvári krt. 31. *Telefon:* +36-62-546-889. *E-mail:* barsony@etszk.u-szeged.hu





ziók környezettel való kapcsolatát hangsúlyozza. (3) A mai szakértői egészségértelmezések az egészség fogalmában tehát négy faktor szerepét különítik el: a *fizikait (szomatikust)*, a *szociálist*, a *pszichést* és a *spirituálist*, ezek egymástól nem elválaszthatóak, még akkor sem, ha súlypontozásaik alkalmanként különbözőek is. A laikus meghatározások (4) alapján az egészség hat dimenzióból épül fel, e dimenziók kapcsolatban állnak egymással, közöttük éles határ nem húzható. A *fizikai dimenzió* a szervezet mechanikus működését, a *mentális dimenzió* a tiszta és következetes gondolkodást, az *emocionális dimenzió* az érzések felismerését és azok megfelelő kifejezését, a *szociális dimenzió* a más emberekkel való kapcsolatok kialakítását és fenntartását jelenti. Az előbbi dimenziókhoz kapcsolódik a *spirituális dimenzió* (mely a személyes világnézetet, a vallásos meggyőződést, az önmagunkkal való békét jelenti) és a *társadalmi dimenzió* (melyet a körülöttünk lévő társadalom nyújt). A laikus meghatározások elkülönítik a *mentális* és az *emocionális* dimenziót (a szakértői meghatározásban a *pszichés* dimenziót), illetve a *szociális* és a *társadalmi* dimenziót (a szakértői meghatározásban a *szociális* dimenziót).

Karunkon az egészségtudományi képzések hallgatóinak egészség-releváns szakmai kompetenciái fejlesztéséhez a képzés második évében tanított *Egészségpedagógia* és *Egészségfejlesztés* tantárgyak jelentős mértékben járulnak hozzá. A két tantárgy rendszerszemléletű, aktív tananyag-feldolgozási módszereket alkalmazva segíti a hallgatók korszerű egészség szemléletének, egészségismereteinek, valamint – reflektív módon, egészségtudatos magatartásuk erősítésén keresztül – a szakmájukban végzendő egészségfejlesztési feladatok ellátásához szükséges cselekvőképes tudás elsajátítását. A hallgatók elméleti és gyakorlati ismereteik birtokában képesek lesznek különböző életkorú, társadalmi helyzetű és egészségi állapotú célcsoportok meghatározott egészségügyi szükségleteinek kielégítését célzó egészségfejlesztő, -megőrző és betegségmegelőző szolgáltatások kivitelezésére a primer, a szekunder és a terciér prevenció területén, a holisztikus egészségfogalomnak megfelelően.

A fentiek alapján vizsgálatunk célja volt feltárni, hogy hogyan változik a *Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Karának* egészségtudományi képzéseiben tanuló ápoló-, gyógytornász- és védőnő-hallgatók az egészség dimenzióira vonatkozó egészségértelmezése az *Egészségpedagógia* és *Egészségfejlesztés* kurzusok elvégzése után.

Feltételeztük, hogy az első felméréshez képest a hallgatók – az elvégzett kurzusok hatására – képesek lesz-

nek az egészség fogalmát komplex módon értelmezni, több egészségdimenziót, és azokon belül több részletemet megjeleníteni rajzaikon.

Minta és módszer

Vizsgálati mintánkat a *Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Karának* másodéves ápoló-, gyógytornász- és védőnő-hallgatói képezték. Az első felmérésre 2013 szeptemberének első egészségpedagógia-gyakorlat óráján, a második felmérésre 2014 májusában, az utolsó egészségfejlesztés-gyakorlat óráján került sor. Mindkét alkalommal maximum 30 perc állt a hallgatók rendelkezésére, hogy rajzban jelenítsék meg egészségfelfogásukat. A hallgatók az „*Önök számára mit jelent az egészség?*” kérdés elhangzását követően, 2–3 fős kis csoportokban készítették el rajzaikat. Ezek után a hallgatók szóban is ismertették az általuk rajzolt motívumokat (melyeket írásban lejegyeztünk), így a kutatási technikát *Pridmore és Bendelow (1995)* „*draw and write*” kutatási technikája alapján „*draw and say*” technikának neveztük el. (5)

A rajzok és az elhangzott értelmezések elemzése során a laikus egészségfelfogásban megjelenő differenciáltabb, hat dimenziót vettük alapul. Az egyes dimenziókban az alábbi rajzelemek, illetve azok szimbólumokon keresztül való megjelenését vizsgáltuk: *fizikális dimenzió* (mozgás, táplálkozás, pihenés-alvás, szórakozás, a személyi és a környezet/közvetlen környezet tisztasága), *mentális dimenzió* (tudás, műveltség, iskola, könyv szimbólumok), *szociális dimenzió* (családi, baráti kapcsolatok, párkapcsolat), *érzelmi dimenzió* (az arcokon megjelenő érzelmek), *spirituális dimenzió* [jin-jang, béke, templom, Buddha, mérleg, arany középút, jóga (belső béke), szárnyas szív és galamb szimbólumok (béke és boldogság)], *társadalmi dimenzió* (tolerancia a társadalomban, település, egészségügyi ellátás, pénz). Vizsgáltuk továbbá a természetábrázolást, a környezettisztaság fontosságát (pl. szemégyűjtés, légszennyezés) és a tiltás megjelenését.

A második felmérés idején igyekeztünk ugyanazokat a párokat, illetve kiscsoportokat összeállítani, akik szeptemberben is együtt rajzoltak, de ez – a csoportösszetétel változása és a hiányzások miatt – nem minden esetben valósult meg. Az adatelemzést SPSS 19.0 for Windows statisztikai programmal, χ^2 -próbbával, variancia-analízissel (ANOVA) és független kétmintás T-tesztel végeztük. Vizsgálatunkban 5%-os szignifikanciaszinttel számoltunk.

*Dr. Németh Anikó–Lobánov-Budai Éva–Bársonyné Kis Klára *Egészségügyi főiskolai hallgatók egészségfelfogásának vizsgálata* című tanulmányát, jelen tanulmány párdarabját, mely az egészségtudományi képzésekben tanuló hallgatók egészségértelmezésének az *Egészségpedagógia, Egészségfejlesztés* szemináriumok elvégzése előtti eredményeit mutatja be, 2014/1–2. lapszámunkban olvashatták.



1. táblázat

A megjelenített dimenziók számának változása az egyes szakirányok esetében

Ábrázolt dimenziók száma	Ápoló		Gyógytornász		Védőnő	
	2013. szept.	2014. május	2013. szept.	2014. május	2013. szept.	2014. május
1	0 (0%)	0 (0%)	1 (3,4%)	0 (0%)	3 (15,8%)	0 (0%)
2	0 (0%)	0 (0%)	1 (3,4%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
3	4 (14,8%)	0 (0%)	9 (31%)	9 (31%)	10 (52,6%)	3 (14,2%)
4	14 (51,9%)	0 (0%)	9 (31%)	5 (17,2%)	3 (15,8%)	11 (52,3%)
5	7 (25,9%)	11 (44%)	6 (20,7%)	10 (34,4%)	3 (15,8%)	6 (28,5%)
6	2 (7,4%)	14 (56%)	3 (10,3%)	5 (17,2%)	0 (0%)	1 (4,7%)

Eredmények

A 2013 szeptemberében készült és szóban értelmezett 75 rajzból (N1 = 75) 27 rajzot ápolók, 29 rajzot gyógytornászok, 19 rajzot védőnők készítettek. A 2014 májusában készített és szóban értelmezett 75 rajzból (N2 = 75) 25 rajzot ápolók, 29 rajzot gyógytornászok, 21 rajzot védőnők rajzoltak.

Az elemzés során először a dimenziók megjelenési gyakoriságának változását vizsgáltuk. Az 1. ábrán látható, hogy a laikus egészségfelfogást (4) tükröző hat dimenzió mindegyike gyakrabban jelent meg a második felmérés idején a rajzokon. Az ábrázolt dimenziók közül a *mentális* dimenzió az, mely kifejezetten nagy emelke-

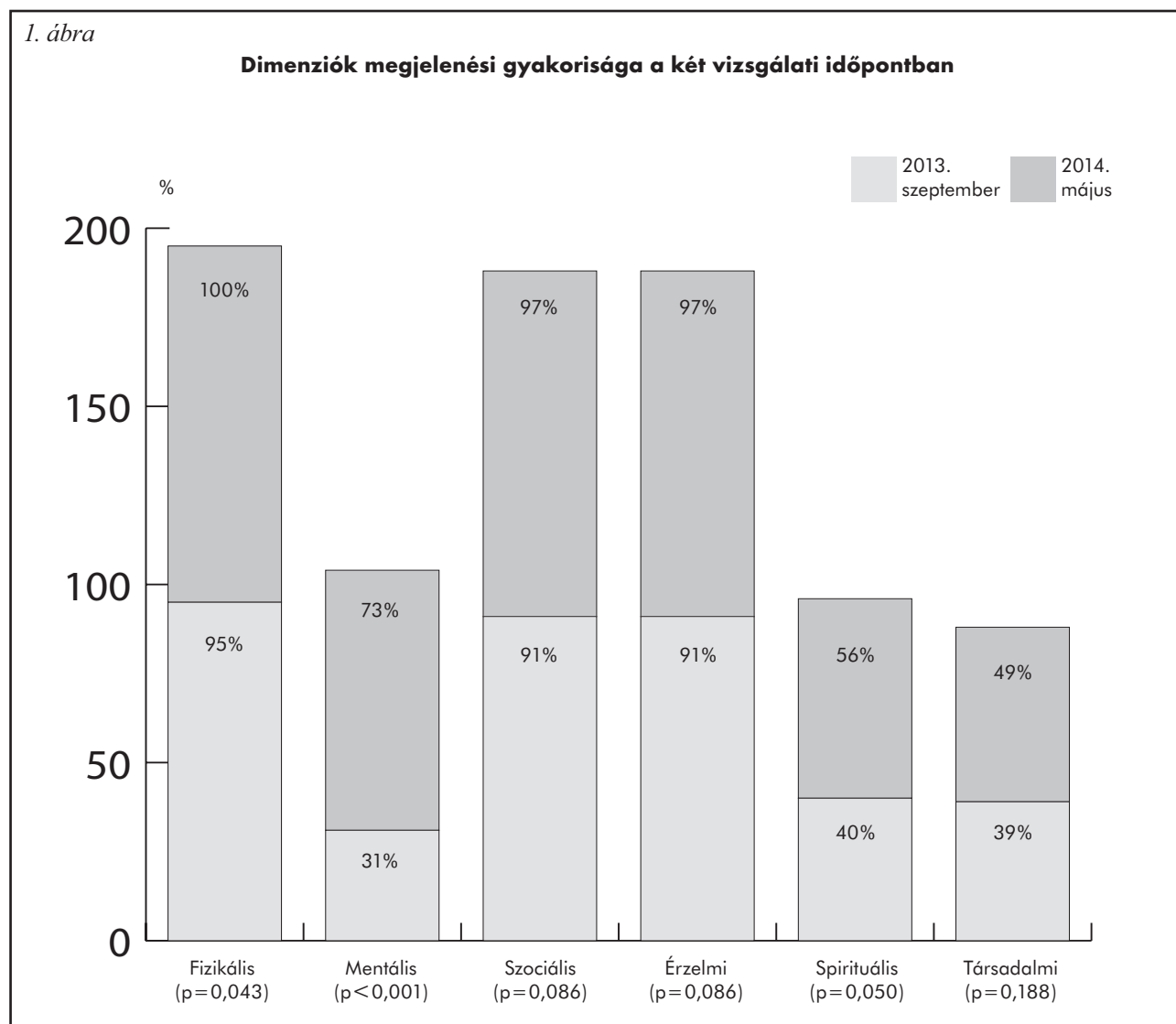
dést mutatott, ugyanis 23-ról 55-re emelkedett az ezen dimenziót ábrázoló rajzok száma ($p < 0,001$). A *fizikális* ($p = 0,043$) és a *spirituális* ($p = 0,050$) dimenzió megjelenési gyakoriságának emelkedése kevésbé volt szignifikáns. A többi dimenzió megjelenési gyakoriságának növekedése nem volt jelentős.

A második felmérés idején jelentősen több ($p < 0,001$; $t = -4,941$) dimenziót jelenítettek meg a hallgatók (2013: átlag 3,85; 2014: átlag 4,73 dimenzió). Az egyes szakirányokon belül a megjelenített dimenziók számának változását is vizsgáltuk. Az 1. táblázatban látható, hogy a második felmérésben már nem készült olyan rajz, mely csupán 1–2 dimenziót tartalmazna. A legszembetűnőbb változás az ápoló-hallgatók rajzainál figyelhető meg,

2. táblázat

Az egyes dimenziók megjelenési gyakoriságának változása a szakirányoknál

Ábrázolt dimenziók száma	Ápoló		Gyógytornász		Védőnő		p		
	2013. szept.	2014. május	2013. szept.	2014. május	2013. szept.	2014. május	2013. szept.	2014. május	Össz.
Fizikális	26 (96,3%)	25 (100%)	29 (100%)	29 (100%)	6 (84,2%)	21 (100%)	0,053	1,000	0,071
Mentális	10 (37%)	23 (92%)	9 (31%)	18 (62,1%)	4 (21,1%)	14 (66,7%)	0,511	0,033	0,122
Szociális	27 (100%)	25 (100%)	24 (82,8%)	28 (96,6%)	17 (89,5%)	20 (95,2%)	0,084	0,575	0,067
Érzelmi	27 (100%)	24 (96%)	25 (86,2%)	29 (100%)	16 (84,2%)	20 (95,2%)	0,111	0,517	0,253
Spirituális	12 (44,4%)	19 (76%)	13 (44,8%)	12 (41,4%)	5 (26,3%)	11 (52,4%)	0,370	0,035	0,111
Társadalmi	13 (48,1%)	23 (92%)	14 (48,3%)	11 (37,9%)	2 (10,5%)	3 (14,3%)	0,014	<0,001	<0,001



mivel ott a rajzok 5–6 dimenziót ábrázolnak (átlag 5,56). Ők jelentősen több dimenziót ($p<0,001$) jelenítettek meg rajzaikon a második felmérés idején, mint a másik két szakirány hallgatói (gyógytornász átlag 4,38; védőnő átlag 4,24 dimenzió).

Összehasonlítottuk, hogy az egyes szakirányoknál a hat dimenzió milyen gyakran jelent meg a két felmérés idején. A *fizikális* ($p=0,071$), a *mentális* ($p=0,122$), a *szociális* ($p=0,067$) *dimenziók* megjelenési gyakorisága mindhárom szakirányban nem jelentős mértékben emelkedett az utolsó felmérésben készült rajzokon. Az *érzelmi dimenzió* megjelenési gyakorisága az ápoló-hallgatóknál nem jelentős mértékben csökkent, a másik két szakirányban emelkedett, de az eltérés nem jelentős ($p=0,253$). A *spirituális dimenzió* jelentősége az ápoló- és védőnő-hallgatóknál nőtt, és a különbség a szakirányok között szignifikáns ($p=0,035$). A *társadalmi dimenzió* megjelenési gyakoriságában következett be

a legnagyobb változás. Az első felméréshez képest az ápoló- és védőnő-hallgatóknál nőtt, a gyógytornász-hallgatóknál csökkent a megjelenési gyakoriság, de a változás az ápoló-hallgatóknál a legszembetűnőbb. A szakirányok közötti különbség mindkét felmérés idején jelentős. (2. táblázat)

Jelentős mértékben ($p<0,001$; $t=-5,472$) emelkedett továbbá a rajzokon belül megjelenített kategóriák száma is (átlag 7,37-ről 9,8 rajzelemre). A két vizsgálati időpontban összehasonlítottuk az egyes dimenziókban belül megjelent rajzelemek számát is. Elmondható, hogy a laikus egészségfelfogás mind a hat dimenziójában emelkedett a megjelenített rajzelemek száma, de a növekmény csak a *fizikális*, a *mentális*, az *érzelmi* és a *spirituális* dimenziókban volt jelentős. (3. táblázat)

Összehasonlítottuk a két időpontban készült rajzokon feltüntetett kategóriák/rajzelemek számát is. A leggyakrabban most is a *fizikai* dimenzióba tartozó *táplálkozás*

3. táblázat

A dimenziókon belül megjelenített rajzelemek számában bekövetkezett változások

Dimenzió	Átlag rajzelem szám (2013)	Átlag rajzelem szám (2014)	F-próba	p	t
Fizikális	2,75	3,64	p=0,437	<0,001	-4,413
Mentális	0,31	0,76	p=0,595	<0,001	-5,824
Szociális	1,75	1,95	p=0,003	0,142	-1,475
Érzelmi	0,91	1,03	p=0,113	0,012	-2,550
Spirituális	0,51	0,79	p=0,162	0,029	-2,207
Társadalmi	0,47	0,72	p=0,038	0,056	-1,928

és *testmozgás*, az *érzelmek*, a *párkapcsolat* és a *természetábrázolás* jelent meg. Jelentős emelkedés volt megfigyelhető a *szórakozás*, a *tudás/műveltség*, a *pénz* és a *vallás* rajzelemek estében. Viszont az *önértékelés* eltűnt a rajzokról. Nem jelentős mértékben ugyan, de emelkedett a *családi kapcsolatok*, a *barátság*, a *béke*, a *Jin-jang* és a *mérleg* motívumok száma. Több, az első felmérésben kevésbé használatos szimbólum már nem jelent meg a második felmérés rajzain (*arany középút*, *Buddha*). (4. táblázat)

A tanulmány elején látható dimenziótartalmak a második felmérés idejére bővültek. A *fizikális* dimenzióban megjelent a fentiekén túl az *egészséges lakókörnyezet* (16 rajzon; p<0,001), a *szűrővizsgálatok* (3 rajzon), az *utazás* (8 rajzon; p = 0,004), a *szexualitás közbeni védekezés* (5 rajzon; p = 0,023), a *prevenció* (2 rajzon), a *rehabilitáció* (2 rajzon), a *megfelelő öltözködés*. A *mentális* dimenzióhoz adódott még a *pozitív gondolkodás* (3 rajzon) és az *egészséges testkép* (2 rajzon). Az *érzelmi* dimenzióban megjelent a *boldogság* (4 rajzon; p = 0,043) és az *öröm* (3 rajzon) is. A *spirituális* dimenzióban a *harmónia* volt az új elem (2 rajzon), a *társadalmi* dimenzióban pedig a *munka* (12 rajzon; p<0,001) és az *úthálózat* (1 rajzon).

Dimenziókba nem besoroltan, de megjelent még 1–2 rajzon motívumként a *gondoskodás*, a *siker*, a *vicc*, a *szabadság* (p = 0,012), az *ünnepek*, a *szerecsse*, melyek közül több jelentős eredménynek számít. Három rajzon megjelent a *betegség hiánya* is.

A hallgatók a második felmérés idején átlagosan 9,8 rajzelemet tüntettek fel a rajzokon, míg az első felméréskor átlagosan 7,37-et (p<0,001; t = -5,472). Az egyes szakirányokra lebontva: az ápolók rajzelemeinek száma 8,85-ről 12,2-re (p<0,001; t = -6,756), a gyógytornászok rajzelemeinek száma átlagosan 7,21-ről 8,69-re (p = 0,037; t = -2,131), a védőnők rajzelemeinek száma pedig az átlagosan 5,53-ről 8,48-ra emelkedett (p<0,001; t = -4,082).

Az egyes szakirányok közötti különbség mindkét felmérés idején jelentősnek (p<0,001) bizonyult.

Megvizsgáltuk az egyes dimenziókba tartozó rajzelemek számában bekövetkezett változásokat, illetve a szakirányok közötti esetleges különbséget is. A *fizikális dimenzió* tartalmazza a *mozgást*, a *táplálkozást*, a *pihenés- Alvást*, a *szórakozást*, a *higiéniét*, a *környezettisztaságot*, az *egészséges lakókörnyezetet*, a *szűrővizsgálatokat*, az *utazást*, a *szexualitás közbeni védekezést*, a *prevenációt*, a *rehabilitációt* és a *megfelelő öltözködést*. Az ápolók fizikális dimenzióon belül megjelenített rajzelemeinek száma az átlagosan 3,26-ről 4,24-re emelkedett (p = 0,005; t = -2,910). A gyógytornászok esetében nem jelentős (p = 0,072; t = -1,836) emelkedés történt, átlagosan 2,79-ről 3,34-re, a védőnők esetében pedig 1,95-ről 3,33-ra (p<0,001; t = -3,911). Az összes rajzelem átlaga a fizikális dimenzióban 2,75-ről 3,64-re emelkedett (p<0,001; t = -4,413). Az egyes szakirányok közötti különbség jelentősnek bizonyult (p = 0,013) a fizikális dimenzióban megjelenített rajzelemek számát tekintve.

A *mentális dimenziót* az *iskola*, a *könyv*, a *pozitív gondolkodás*, valamint az *egészséges testkép* megjelenése szimbolizálta. Az ápoló-hallgatók esetében nem jelentős mértékben, átlagosan 0,37-ről 0,96-ra emelkedett a megjelenített kategóriák száma, a gyógytornász-hallgatóknál átlagosan 0,31-ről 0,66-ra (p = 0,013; t = -2,558), a védőnő-hallgatóknál pedig átlagosan 0,21-ről 0,67-re (p = 0,003; t = -3,175). Az összes rajzelem átlaga a mentális dimenzióban 0,031-ről 0,76-ra emelkedett (p<0,001; t = -5,824). Az egyes szakirányok közötti különbség jelentősnek bizonyult (p = 0,041) a mentális dimenzióban ábrázolt rajzelemek számát tekintve.

A *szociális dimenziót* a *családi*, *baráti kapcsolatok*, *párkapcsolat* megjelenése szimbolizálta. Az ápolók esetében csökkenés volt megfigyelhető az átlagosan 2,26-ről 2,2-re (p = 0,732; t = 0,345). A gyógytornászok esetében

4. táblázat

A rajzokon megjelenített rajzelemek száma a két vizsgálatban

Kategória	N (2013)	N (2014)	p
Táplálkozás (ételek)	69	74	0,053
Testmozgás	66	71	0,147
Érzelmek	68	72	0,190
Párkapcsolat	60	66	0,181
Természetábrázolás	53	53	1,000
Családi kapcsolatok	40	45	0,410
Barátság	31	35	0,511
Pihenés, alvás	28	27	0,865
Szórakozás	24	43	0,002
Tudás, műveltség (iskola, könyv)	23	53	<0,001
Kórház, egészségügyi ellátás	22	22	1,000
Higiéné	14	14	1,000
Béke	10	13	0,497
Stresszkezelés	4	2	0,405
Település	6	6	1,000
Jin-jang	6	10	0,290
Környezet tisztaság (szemétgyűjtés)	5	3	0,467
Önértékelés	5	0	0,023
Pénz	5	13	0,044
Vallás, templom	4	22	<0,001
Mérleg	3	7	0,190
Jóga	1	3	0,311
Környezetszennyezés, gyár	2	1	0,560
Arany középút	1	0	0,316
Buddha	1	0	0,316

átlagosan 1,45-ről 1,79-re ($p = 0,135$; $t = -1,517$), a védőnők esetében pedig 1,47-ről 1,86-ra emelkedett ($p = 0,161$; $t = -1,429$) a szociális dimenzióban megjelenített elemek száma. Az összes rajzelem átlaga ebben a dimenzióban 1,75-ről 1,95-re nőtt ($p = 0,142$; $t = -1,475$). Az egyes szakirányok közötti különbség nem szignifikáns ($p = 0,101$).

Az érzelmi dimenziót az arcokra rajzolt mosoly, a madarak (boldogság), a csiga és a pillangó (apró örömek) jelképezte. Az ápoló-hallgatók esetében átlagosan

1-ről 1,04-re ($p = 0,556$; $t = -,592$), a gyógytornász-hallgatók esetében 0,86-ről 1,07-re ($p = 0,013$; $t = -2,558$), a védőnő-hallgatók esetében pedig 0,84-ről 0,95-re ($p = 0,257$; $t = -1,151$) emelkedett az ábrázolt elemek száma. Az összes rajzelem átlaga ebben a dimenzióban 0,91-ről 1,03-ra emelkedett ($p = 0,012$; $t = -2,550$). Az egyes szakirányok közötti különbség nem volt jelentős ($p = 0,347$).

A spirituális dimenziót a Jin-jang, a béke, a temp-

1. rajz

Ápoló által készített, hat dimenziót ábrázoló rajz



lom, Buddha, a mérleg, az arany középút, a jóga (belső béke), a szárnyas szív, a galamb, az önértékelés (tükörben nézi magát), a harmónia (szivárvány, madár), a szem (lélek tükre) szimbólumok jelentették. A megjelenített rajzelemek száma az ápolók által készített rajzokon átlagosan 0,56-ról 1,28-ra emelkedett, a növekmény azonban nem jelentős, mivel az F-próba szignifikanciája 0,032 volt. A gyógytornászok rajzain mindkét vizsgálati időpontban átlagosan 0,55 rajzelem jelent meg ebben a dimenzióban, a védőnők esetében pedig 0,37-ről 0,52-re emelkedett a rajzelemek száma ($p = 0,418$; $t = -0,819$). Az összes rajzelem átlaga ebben a dimenzióban 0,51-ről 0,79-re emelkedett, mely jelentősnek bizonyult ($p = 0,029$; $t = -2,207$), ahogyan az egyes szakirányok közötti különbség is ($p = 0,001$) a spirituális dimenzióban megjelenített rajzelemek számát tekintve.

A társadalmi dimenziót a tolókcocsis lány (tolerancia a társadalomban), a település, a gyár, az egészségügyi ellátás, a pénz, a munka, az út szimbólumok jelentették. Az ápoló-hallgatók esetében az átlagosan 0,56-ról 1,44-re emelkedett ($p < 0,001$; $t = -3,933$), a gyógytornász-hallgatók esetében 0,62-ről 0,48-ra csökkent ($p = 0,491$; $t = 0,694$), a védőnő-hallgatók esetében pedig 0,11-ről 0,19-re emelkedett ($p = 0,535$; $t = -0,626$). Az összes rajzelem átlaga ebben a dimenzióban 0,47-ről 0,72-re

emelkedett ($p = 0,056$; $t = -1,928$). Az egyes szakirányok közötti különbség jelentős ($p < 0,001$) a társadalmi dimenzióban ábrázolt rajzelemek számát tekintve.

Megvizsgáltuk az egyes rajzelemek megjelenése közötti különbséget is a szakirányok hallgatói között. Az első felmérés idején a pihenés, az alvás ($p = 0,025$) és a család ($p = 0,026$) motívumokat az ápoló-hallgatók jelentősen gyakrabban jelenítették meg, a testmozgást ($p = 0,001$) és a barátságot ($p = 0,026$) pedig jelentősen kevesebbszer ábrázolták a védőnő-hallgatók. A kórház/egészségügyi ellátás az ápoló- és a gyógytornász-hallgatók esetében bírt nagyobb jelentőséggel ($p = 0,027$). A második felmérés idején a pihenés és az alvás a védőnő-hallgatóknál kevésbé jelent meg ($p = 0,041$), de csak náluk jelent meg a betegség hiánya ($p = 0,018$). Az ápoló-hallgatók esetében több rajzelem is jelentősen gyakrabban fordult elő, mint a másik két szakiránynál: a tudás/műveltség ($p = 0,015$), a párkapcsolat ($p = 0,043$), a vallás ($p < 0,001$; utóbbit a védőnő-hallgatók egyáltalán nem ábrázolták), a béke ($p = 0,048$), a pénz ($p = 0,042$), az egészségügyi ellátás ($p < 0,001$) és a munka ($p = 0,027$).

Mivel több egészségfogalomban is megjelenik a környezet fontossága, vizsgáltuk a rajzokon megjelenő természet-ábrázolást is. Mindkét felmérés idején a rajzok 70,7%-án (53–53 rajzon) megjelent a természetábrázolás.



Az 1. rajzot egy ápoló-hallgató készítette (párja hiányzott az óráról, így egyedül vállalta a rajzolást). Egy természeti képből jeleníti meg az *egészség* dimenzióit. A *fizikális* dimenziót a sportszerek, a gyümölcsök, a hangjegyek (szórakozás), a *mentális* dimenziót a könyvek és a bagoly, a *szociális* dimenziót a család jelentik. Mosoly látható az arcokon, illetve a szív a fa törzsén (*érzelmi* dimenzió), a kígyó és a vöröskereszt az egészségügyi ellátást szimbolizálja, mely a *társadalmi* dimenzió eleme, a fa törzsén lévő szárnyak pedig a *spirituális* dimenziót ábrázolják. A rajz nem ábrázol tiltást.

Utolsó lépésként összehasonlítottuk a tiltás megjelenését a rajzokon. Az egészségfejlesztésben fontos szempont, hogy nem alkalmazunk tiltást, csak a lehetőségeket, következményeket vázoljuk fel, felkínálva ezzel a választási lehetőséget. Hallgatóinknak is ezt a szemléletet próbáltuk átadni a tanév során. Az első felméréskor 23 esetben, a második alkalommal 18 esetben jelent meg tiltás a rajzokon (alkohol, dohányzás, kábítószer, szénhidrátok, piercing, tetoválás).

A 2. ábrán látható, hogy az első felmérésben a védőnő-hallgatók egyáltalán nem alkalmaztak tiltást rajzaikon, a második felméréskor készült rajzokon viszont négy esetben is megjelenik ez a motívum ($p = 0,045$). A félév folyamán elmélyültek az egészségre káros hatásokkal kapcsolatos ismereteik, ennek tudható be a tiltás alkalmazása rajzaikon. Nem jelentős csökkenés figyelhető meg a tiltások számában az ápolóknál ($p = 0,918$) és a gyógytornászoknál ($p = 0,240$). Mindösszesen egy rajzzal kevesebb tartalmaz tiltást a második felmérés idején (19:18), mely nem jelentős csökkenés ($p = 0,850$).

Következtetések

Az egészség fogalmának laikus értelmezését vizsgálva elmondható, hogy mind a hat dimenzió gyakrabban jelent meg a második felmérés idején a hallgatók által készített rajzokon. Kifejezetten nagy emelkedést mutatott a *mentális* dimenzió megjelenési gyakorisága. Mindkét felmérésben a *fizikális*, a *szociális* és az *érzelmi* dimenzió szerepelt legtöbbször a rajzokon. Más, az egészségügyi felsőoktatásban tanulók egészségfelfogását vizsgáló tanulmányok a testi és a lelki egészség dominanciáját kapták eredményül. (6) Egy másik felmérésben, ahol nem egészségügyi szakokon tanuló főiskolai hallgatók alkották a vizsgálati mintát, a *lelki-érzelmi-szellemi* hármas egység megelőzte a *fizikális* dimenziót. (7) Az *érzelmi* dimenzió megjelenési gyakorisága az ápoló-hallgatóknál, a *társadalmi* dimenzióé a gyógytornász-hallgatóknál csökkent. A többi dimenzió megjelenési gyakorisága a második vizsgálat idejére mindhárom szakiránynál növekedett. Az ápoló-hallgatók eredményei több vizsgált területen is kiemelkedő változást mutatnak. Jelentősen

több dimenziót jelenítettek meg, mint az első felmérés idején (amikor csupán 5–6 dimenziót ábrázoltak), a *mentális*, a *spirituális* és a *társadalmi* dimenziók ugrásszerűen megszorodtak rajzaikon, melyek részletgazdagabbá is váltak (az egyes dimenziókon belül is, illetve összesen is több rajzelemet jelenítettek meg). Az *egészségügyi ellátás* ábrázolása mindkét felmérésben nagy hangsúlyt kapott. A másik két szakirány hallgatóinál nem volt ilyen szembevetendő a változás.

Mindkét felmérés idején a *táplálkozás*, a *testmozgás*, az *érzelmek*, a *párkapcsolat* és a *természetábrázolás* jelent meg a leggyakrabban a rajzelemek közül, de a második felmérésben jelentős emelkedést mutatott a *pénz*, a *szórakozás*, a *tudás* és a *vallás* rajzelemek megjelenése is. Az *önértékelés* teljesen eltűnt a rajzokról. Az egyes dimenziókon belül megjelentek új tartalmak is, melyek az első felmérés idején még nem szerepeltek (*egészséges lakókörnyezet*, *utazás*, *szűrővizsgálatok*, *szexualitás közbeni védekezés*, *boldogság*, *munka*, stb.). Három védőnői rajzon megjelent a *betegség hiánya* is, ezzel utalva a WHO 1946-os egészségfogalmára. (2)

A *természetábrázolás* mindkét felmérésben nagy hangsúlyt kapott, a rajzok több mint 70%-án szerepel, mely alátámasztja a környezet jelentőségét az egészség szempontjából.

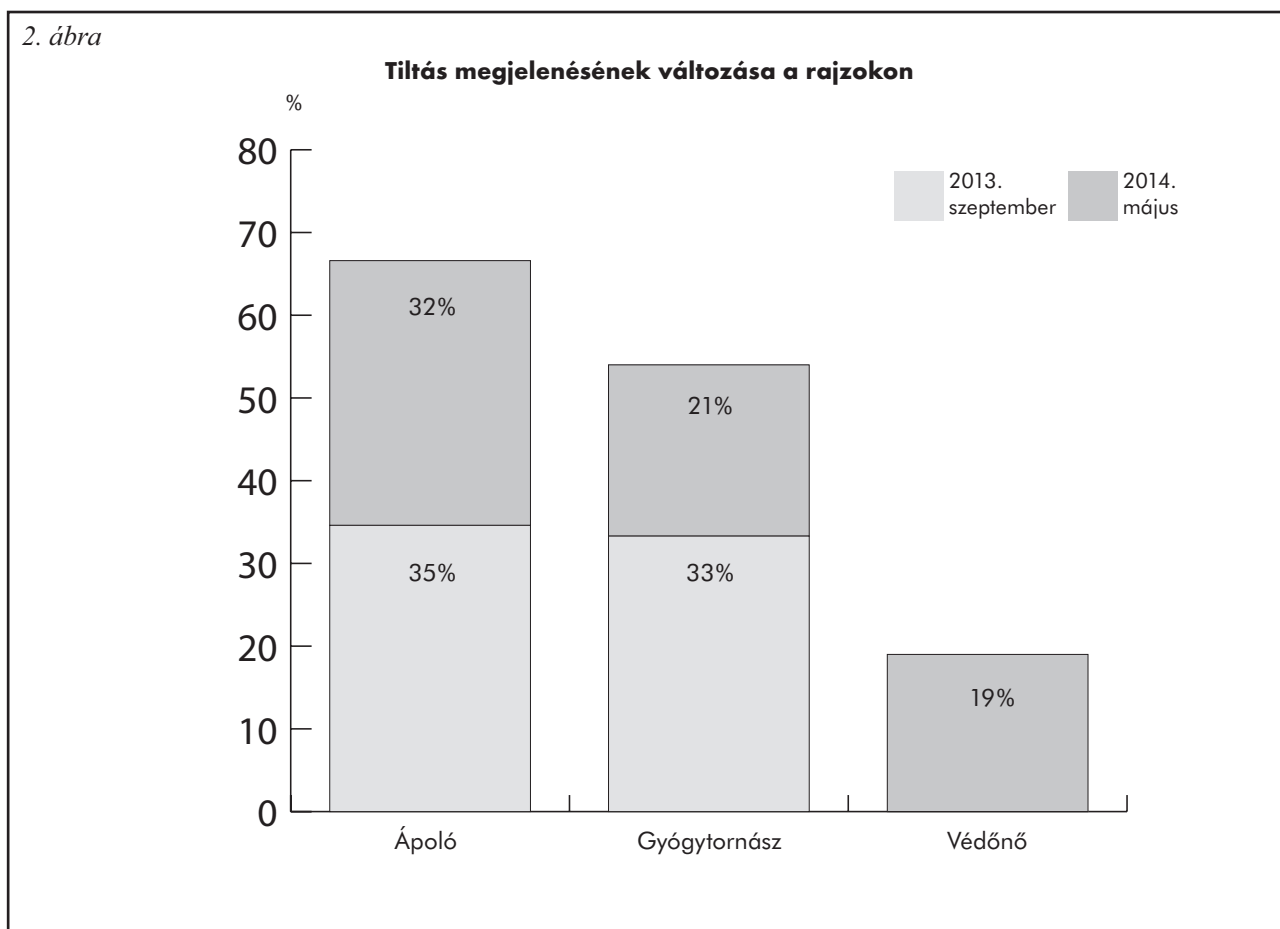
A tiltás megjelenése a rajzokon alig változott. Az első felmérés idején nem tiltó védőnő-hallgatók a második felméréskor készült rajzaikon megjelenítették a tiltást. A másik két szakirány hallgatóinál nem jelentős csökkenés mutatkozott.

Eredményeink bizonyítják, hogy hallgatóink az *Egészségpedagógia* és *Egészségfejlesztés* kurzusok elvégzését követően képesek az egészség fogalmát sokkal részletesebben értelmezni, dimenzióit felismerni, és részletgazdagabban ábrázolni.

Összefoglalás

Az egészség fogalma az évszázadok folyamán sok változáson ment keresztül, így számtalan megfogalmazása létezik. Az egészségügyben dolgozók számára kiemelt jelentőségű az egészség fogalmának legszéleskörűbb ismerete. Vizsgálatunk célja ezért az volt, hogy feltérképezzük a leendő ápolók, gyógytornászok és védőnők egészségről alkotott felfogását az *Egészségpedagógia* és *Egészségfejlesztés* tantárgyak hallgatásának megkezdése előtt, majd a kurzusok befejezése után. A vizsgálat módszere a rajzoltatás, majd az azt követő megbeszélés volt. 193 fő másodéves, nappali tagozatos hallgató 75–75 darab rajzot készített 2013 szeptemberében és 2014 májusában. Az eredmények birtokában elmondható, hogy mindkét felmérés idején az ápoló-hallgatók egészségfelfogása a legrészletgazdagabb, ugyanis ők ábrázolták





a laikus egészségfelfogás legtöbb dimenzióját, valamint a legtöbb rajzelemet is.

Mindkét időpontban a *testi*, a *szociális* és az *érzelmi* dimenziók a leghangsúlyosabbak, de a második felmérés idején a *mentális* dimenzió megjelenési gyakorisága több, mint kétszeresére nőtt. Ezen dimenziók mellett a *környezetábrázolás* továbbra is nagy jelentőséggel bír. Összességében megállapíthatjuk, hogy a vizsgált hallgatók egészségfelfogása túlnyomórészt a bio-pszicho-szociális szemléletet tükrözi, viszont a kurzusokon való részvétel után rajzaik részletgazdagabbá váltak, több dimenziót és rajzelemet jelenítettek meg, mely bizonyítja a tantárgyak hatékonyságát. Az egészség fogalmának tágabb értelmezése által a hallgatók nagy valószínűséggel képesek lesznek munkájuk során a holisztikus szemléletű betegellátásra is.

Kulcsszavak: egészségügy, hallgatók, egészségfelfogás változása

Summary

The concept of health has changed in many ways during the last centuries, which resulted in countless health definitions. The deep knowledge about health is particularly

important for people working in the health care system. The aim of the present study was therefore to assess the health concept of future nurses, physiotherapists and district nurses before and after attending courses in health pedagogy and health development. The applied methods were drawing and discussing. The students involved in the study (N = 193) prepared 75–75 drawings in September 2013 and in May 2014. According to our results nursing students had the most sophisticated health perception at the time of both samplings. They depicted the most aspects of lay health concept and the most picture elements. Somatic, social and emotional dimensions were the most emphasized at both time points, whereas the frequency of mental dimensions was duplicated. The representation of the environment also had great important. Summing up, the health concept of the studied population reflects mainly the biopsychosocial approach and attending specific courses enhanced the depiction with more dimensions and elements. The courses focusing on health improved the health concept of the students. The more comprehensive health perception might enable the holistic approach in their future work.

Keywords: health care, students, change of health perception



IRODALOM

1. Csabai M.–Molnár P.: *Egészség, betegség, gyógyítás*. Budapest, Springer; 1999.
2. Kovács J.: „Bioetika, orvosi etika.” In: Buda B.–Kopp M. (szerk.): *Magatartástudományok*. Budapest, Medicina Könyvkiadó; 2001. p. 293–311.
3. Csabai M.: „Az egészségpszichológia mint diszciplína.” In: Buda B.–Kopp M. (szerk.): *Magatartástudományok*. Budapest, Medicina Könyvkiadó; 2001. p. 159–175.
4. Ewles L.–Simnett I.: *Egészségfejlesztés – Gyakorlati útmutató*. Medicina Könyvkiadó; 2013. p. 30.
5. Pridmore P.–Bendelow G. (1995): „Images of health: exploring belief of children using the 'draw and write' technique.” In: *Health Education Journal*, 54: 473–488.
6. Paulik E.–Molnár R.–Müller A. (2003): „Az egészségügyi felsőoktatásban tanulók véleménye az egészségről és a betegségről.” In: *Lege Artis Medicinae*, 13 (3): 246–249.
7. Szarvasné Mátó V.–Benkő Zs. (2006): „Főiskolai hallgatók egészségképe. Összehasonlító vizsgálat.” In: *Magyar Pedagógia*, 106 (2): 107–127.





AZ EGÉSZSÉG ÜGYE ANNO ÉS MOST

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



Lételemünk, a víz

Csányi Zsófia

Országos Egészségfejlesztési Intézet,
Teljeskörű Iskolai Egészségfejlesztési Kiemelt Projekt

A budapesti vízmű ellen általános az ingerültség a lakosság között. Egyrészt azért, mert vízmű a külvárosok nagy részének megint szüretlen, iszapos vizet szolgáltat, másrészt pedig azért, mert ugyanama városrészeket igen súlyosan sújtja a tifusz.

A főváros az általános izgalom csillapítására ideiglenes, rendkívüli intézkedésekre szánta el magát. A hiányzó tiszta vizet mesterségesen filtrált folyóvízzel kívánja pótolni. – A higiénikus szakértők voltaképpen már évek előtt ajánlották ezt a kiegészítő eljárást, azon célból, hogy az égető szükségén segítve, a főváros nyugot lélekkel és alapos körültekintéssel intézhesse el végleg vízművének olyannyira fontos és nehéz ügyét.

Ennél fogva, habár későn jön, még mindig elfogadjuk és szívesen látjuk a szüretlen víznek kiküszöbölését, habár ideiglenesen csupán mesterséges filtrálással.

Nem hagyhatjuk azonban megemlítés nélkül, hogy némely szűk látású fővárosi szóvivő azon reménykedik, hogy a szükségből elfogadott ideiglenes mesterséges szűrés majd a trójai ló lesz, melylyel a mesterséges vízsűrűst az egész fővárosra nézve s a jövőre is be lehet csempészni, és hogy ezen ideiglenes filtrálással a végleges vízmű ügye ad acta tehető.

Ezen felfogás és reménykedés ellen előre is tiltakozunk. A végleges vízmű elkerülhetetlen a fővárosra nézve, mint-hogy a mai dunaparti víz, valamint a szükségből ideiglenes kiegészítőül tervezett mesterségesen filtrált víz, habár tisztának látszik is, mégis tényleg tisztátalan s azért egészségtelen ivóvíz s emellett az előbbi évről-évre fogy és romlik.

Ez irányban nézeteinket más alkalommal részletesebben is elő fogjuk adni és indokolni fogjuk.

*Egészség, 1889. augusztus. Rövid Közlések, 31–32. old.
Az „Egészség” című folyóiratból eredeti helyesírással digitalizálva.*

A 126 évvel ezelőtti cikk a mára vonatkozóan is hordoz tanulságokat. Hazánk vízkészlete jelenleg is bőséges, de továbbra is fennállnak olyan tényezők, melyek kellemetlenségeket okozhatnak. Napjainkban a nyersvíz előteremtése négyféle vízbázisból lehetséges: a felszín alatti védett rétegekből 35% (mélységi vízbázis), a folyamparti kavicságy-



1. táblázat

**Olvasd el az állításokat! Döntsd el, hogy az egész mondat igaz vagy hamis!
Karikázz választásodnak megfelelően! Mindegyik feladatot oldd meg!**

	Állítások		
1.	Ha a csapból kiengedett víz fehér, akkor túl sok benne a klór, amivel tisztították.	IGAZ	HAMIS
2.	Gyógyvizeket csak korlátozott mértékben és ideig szabad fogyasztani kifejezetten magas ásványianyag-tartalmuk miatt.	IGAZ	HAMIS
3.	A vízlábnyom mértéke megmutatja egy személy vízfogyasztását, azaz hogy mennyi vizet használ el a mindennapjaiban pl.: a háztartásban, iváshoz, tisztálkodáshoz, főzéshez, takarításhoz.	IGAZ	HAMIS
4.	A szennyvíztisztító telepeken a szerves anyagok lebontása és a szennyvízből való eltávolítása parányi élőlények, mikroorganizmusok közreműködésével történik.	IGAZ	HAMIS
5.	A testtömegindex megmutatja a testben aktuálisan megtalálható vízmennyiség tömegét.	IGAZ	HAMIS
6.	Az energiatartalma a test folyadékszükségletének pótlására alkalmas.	IGAZ	HAMIS
7.	Hazánkban az ország teljes vízfelhasználásának 30%-át a mezőgazdaság, míg 70%-át az ipar és a háztartásokban közvetlenül felhasznált, csapból kifolyó víz teszi ki.	IGAZ	HAMIS
8.	A hazánkban termelt villamosenergia jelentős részét a Tiszán és nagy vízhozamú mellékfolyóin működő vízierőművekből nyerjük.	IGAZ	HAMIS
9.	A víz a legszigorúbban ellenőrzött élelmiszer.	IGAZ	HAMIS
10.	A víz tisztasága befolyásolja a fagyáspontot.	IGAZ	HAMIS
11.	A Víz Világnapjának megünneplését az ENSZ az 1992. évi Rió de Janeirói Kémiai Biztonságról szóló konferencián kezdeményezte.	IGAZ	HAMIS
12.	Egy alkalommal történő zuhanyzáshoz körülbelül annyi vizet használunk fel, amennyi egy teli mosogatógéppel való edénytisztításhoz szükséges.	IGAZ	HAMIS

ból 35% (parti szűrésű vízbázis), a mészkő- és dolomit-hegyek karsztjából 25% (karsztvíz), valamint a felszíni vizekből 5%.

Az 1889-es cikkellentétben a jelenlegi vízművek nem szolgáltatnak szűretlen, iszapos, kórokozóktól hemzseggő ivóvizet. A nyersvíz többféle folyamaton megy keresztül, amíg ivóvíz minőségű vizet nem kapunk. Az ivóvíz minősége a fővárosban ugyan kiváló, de az országban akadnak olyan területek, ahol – a jelenleg hatályos szabványok szerint – nem felel meg az előírásoknak. Ennek hátterében leggyakrabban nitrit-, nitrát-, ammónium-, bór- és arzénszennyezés áll. Ezen esetek túlnyomórészt geológiai eredetűek, a szennyező anyagok a mélyebb víztartó rétegekben fordulnak elő, onnan kerül(het)nek az ivóvízbe. Ezenkívül az emberi tevékenység is okozhat háztartási, mezőgazdasági vagy ipari szennyezést (pl. a tiszai ciánszennyezés 2000-ben).

A mesterségesen nyert víz tisztítási folyamaton megy keresztül, hogy ne tartalmazzon az emberi egészség-

re káros baktériumokat. A víz tisztítása és fertőtlenítése – különféle szintetikus kémiai anyagok mellett – hozzáadott klórral történik, melynek mennyisége ugyan az egészségügyi határérték alatt marad, de a tisztítást követő klórszag megjelenése zavaró lehet. A csapvíz így veszít élvezeti értékéből, ugyanakkor a klór biztosítja, hogy emberi fogyasztásra alkalmas legyen. (1)

A vezetékes vizekben előfordulhat még ólom, mely az 1970-es években épült házak vízcsöveiből kioldódva kerülhet a csapvízbe. Ez a probléma a csövek lecserélésével kiküszöbölhető. Manapság ez már alig okoz gondot, hiszen az ólomkoncentráció jóval az előírt 10 µg/l határérték alatt marad, jelenleg 0,58 µg/l. (2)

A csapvízben található gyógyszer-, illetve hormonmaradványok is, melyek a vizelettel együtt távoznak az emberi szervezetből. Ugyan a szennyvizet megtisztítják, de a feldolgozás után a vízben továbbra is előfordulhatnak gyógyszermaradványok, melynek nagyságát jelenleg nem mérik.



AZ EGÉSZSÉG ÜGYE ANNO ÉS MOST

Az Országos Egészségfejlesztési Intézet (OEFI) és a Klebelsberg Intézményfenntartó Központ (KLIK) szoros együttműködéssel valósítja meg a *Teljeskörű Iskolai Egészségfejlesztési (TIE)* kiemelt projektet. A projekt 288 iskola bevonásával – az iskolai koordinátor pedagógusok közreműködésével – közel 30 000 diákot ér el, és a tanításon kívüli iskolai időben szervezendő klubszerű tevékenységek tervezéséhez, megvalósításához és értékeléséhez nyújt módszertani javaslatokat. Az *Egészségfejlesztési Programelemek Szakmai Ajánlások (EPSZA „füzetek”)* című kiadványsorozatban 10 témát dolgoztunk fel, közöttük a vízzel kapcsolatos témakört is. A füzetben az egészségfejlesztési programelemet megvalósító pedagógusok bővebb információkat kaphatnak az ivóvíz egészségünk megőrzésében játszott szerepéről, és hogy mit tehetünk vizeink védelméért. Minden

módszertani füzet ismeretfelmérő és attitűdmérésre is alkalmas kérdéseket egyaránt tartalmaz. Példaként egy felsősöknek szánt kérdéssort mutatunk be. Ön hány kérdésre tudja biztosan a helyes választ? (1. táblázat)

Összefoglalva elmondhatjuk – ahogyan az 1889-ben megjelent cikk is mutatja –, hogy akkoriban a fertőzések, illetve a nem teljeskörűen kiépített víztisztító rendszer miatt romlott a víz minősége, míg napjainkban a geológiai eredetű, valamint a feldolgozást követően a csapvízbe került kémiai eredetű anyagok okozhatnak minőségromlást.

126 évvel ezelőtt a vezetékes víz fogyasztásra alkalmatlannak bizonyult, jelenleg – tisztítás után – emberi fogyasztásra alkalmas. Az ivóvíz – a magyar szabványokat és az Európai Unió előírásait követve – egészségre ártalmas anyagokat nem tartalmaz.

IRODALOM

1. http://www.maviz.org/fogyasztói_informaciok/hazai_techologiai_tudas_innovacio
2. http://vizmuvek.hu/hu/fovarosi-vizmuvek/tarsasagi-informaciok/a_vizrol/vizminoseg_vizkemenyseg
3. Sally C. Davies–Eleanor Winpenney–Sarah Ball–Tom Fowler–Jennifer Rubin–Ellen Nolte: „For debate: a new wave in public health improvement.” In: *www.thelancet.com* Published online April 3, 2014. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62341-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62341-7)



Válogatás nemzetközi folyóiratok cikkeiből

Balku Eszter, Dr. Varsányi Péter

Országos Egészségfejlesztési Intézet

Minsoo Jung, Cabral A. Bigman-Galimore, K. Viswanath: Contextual effects of community mobilization and communication capacity as a positive factor for self-rated health status: a multi-level analysis.

Int J Public Health (2014) 59:289–299

Összefoglaló: A tanulmány a környezeti hatás, pontosabban az egészségkommunikáció és a közösségi mozgósítás vélt egészségi állapotra gyakorolt hatását vizsgálta. A szerzők az egyéni tényezőket is figyelembe véve arra a következtetésre jutottak, hogy ott, ahol jól működnek a vizsgált környezeti tényezők, ott a vélt egészségi állapot is jobb. Az eredmények alapján arra következtethetünk, hogy nem csak a vélt, hanem a valós egészségi állapot is javulhat jó egészségkommunikációs kampányok hatására.

Ismertette: Balku Eszter

Flaura K Winston and Lela Jacobsohn: Injury prevention and risk communication: a mental models approach. Inj. Prev., Apr 2012; 18: 124–129.

Összefoglaló: A tanulmány kiindulási alapja, hogy az egyéni döntéshozatal folyamatának pontos megismerése nagyban hozzájárulhat a sérülések súlyosságának és számának csökkentéséhez. Ennek érdekében a cikk szerzői a viselkedést és a döntéshozatalt befolyásoló elméletek gyakorlati alkalmazásának módjait és hatásait vizsgálták. Megpróbálták azonosítani az elméleti modellek és azok gyakorlati megvalósulása közötti eltéréseket egyéni, majd populációs szinten, és javaslatokat dolgoztak ki a detektált problémákra megoldására. A tanulmány célja, hogy az elméleti háttér és módszertan bemutatásán keresztül segítséget nyújtson a kockázatokat előtérbe helyező kommunikáció alapuló beavatkozások megtervezéséhez.

Ismertette: Dr. Varsányi Péter

Dorota Weziak-Bialowolska: Health conditions in regions of Eastern and Western Europe.

Int J Public Health (2014) 59:529–539.

Összefoglaló: A tanulmányban leírt kutatásban az európai régiókat vizsgálták szubjektív és objektív egészségi állapot alapján. A vizsgált paraméterek:

- azoknak a százalékos aránya, akik jónak gondolják az egészségi állapotukat
- azoknak a százalékos aránya, akiknek nincs hosszan tartó betegségük
- azoknak a százalékos aránya, akiknek nincs aktivitásukban korlátozó betegségük
- a születéskor várható élettartam
- a csecsemőhalandóság
- a potenciális életév-vesztés 70 éves kor előtt,
- annak az esélye, hogy nem éri meg a 65 éves kort

A vizsgálat eredményei szerint az egészségi állapot lényegesen jobb a nyugati régióban, az objektív és szubjektív egészségi állapot nem mindig egyezik meg, illetve – a vizsgált paramétereket tekintve – az egyes országokon belül is nagymértékű különbségek lehetnek.

Ismertette: Balku Eszter



CONTENTS

TRAININGS

Breast Self-examination or Breast Awareness – a New Task for Health Educators **2**
Dr. Lajos Döbrössy, Prof. Dr. Tamás Simon

Determination of the Average, Healthy Personality Profile with Szondi Test **7**
Mátyás Kaplár, László Bernáth, Csilla Enikő Kiss

2014 — INTERNATIONAL YEAR OF THE FAMILY

The Impact of Big Family Lifestyle to Childbearing Plans **15**
Dr. Zsuzsanna Kiss Soósné PhD., Judit Kókai, Andrea Kovács

SURVEYS

Changing of Health Perception of Students at the College of Health Sciences **22**
Anikó Németh Dr., Klára Kis Bársonyné, Éva Lobánov-Budai

THE MATTER OF HEALTH — PAST AND PRESENT

Our Essential Water **32**
Zsófia Csányi

REVIEW JOURNAL

Selection of Articles for International Journals **35**
Eszter Balku, Dr. Péter Varsányi

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

