

Tartalom

VEZÉRCIKK

Az egészségérték-gazdálkodás kialakítása mint elsődleges egészségfejlesztési feladat 2
Prof. Dr. Simon Tamás

GYAKORLATI KÉRDÉSEK

A korszerű, egészséges iskolai büfé 3
Fekete Krisztina

Dohányzásmegelőzési programok 7
Demjén Tibor

SZAKKÉRDÉSEK

A drogfogyasztás hazai tendenciái a 90-es évektől napjainkig 1. 10
Gábor Edina, Kiss Judit

FELMÉRÉSEK

A dohányzásprevencióhoz való hozzáállás változása a Semmelweis Egyetem hallgatói között 16
Antmann Katalin, Oszlár Julianna, Sima Ágnes, Morava Endre

Ifjúságmagatartás kutatás 2004 Békés megyében 20
*Pikó Bettina, Klembucz Erzsébet,
Sinyiné Nagy Éva, Tarkóné Strifler Anita*

Lakossági gyógyszerismeret és gyógyszereszedési szokások 27
Huszárné Kürti Éva

A mentálhigiéné mint egészségfejlesztési prioritás: Középiskolások lelki egészségének, életmódjának és kockázati magatartásának vizsgálata 33
Dr. Sima Ágnes, Dr. Pikó Bettina, Dr. Horváth Judit Krisztina

TOVÁBBKÉPZÉS

Az egészségmegőrzés és egészségnevelés kiemelt szerepe a hazai korszerűsített védőoltási rendszerben 38
Prof. Dr. habil Schmidt Péter

HÍREK, INFORMÁCIÓK 7, 15, 49, 50, 51

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, prof. dr. Hollán Zsuzsa, dr. Kovács Attila, dr. Makara Péter (a szerkesztőbizottság elnöke), prof. dr. Molnár Péter, prof. dr. Simon Tamás

Főszerkesztő: Gábor Edina

Felelős szerkesztő: prof. dr. Simon Tamás

Szerkesztő: Marton Éva

Angol fordító: Farkas Veronika


Szerkesztőség: OEFI,
1062 Budapest, Andrassy út 82.
Telefon: 428-8200

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: hirlapelofigetes@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

Nyomdai előállítás:
Grafika Press Nyomdaipari Rt.
1101 Budapest, Monori u. 1-3.
Telefon: 261-3633, 262-5747

 Országos
Egészségfejlesztési
Intézet

Az egészségérték-gazdálkodás kialakítása mint elsődleges egészségfejlesztési feladat

Prof. Dr. Simon Tamás

Semmelweis Egyetem ÁOK, Közegészségtani Intézet, Társadalomorvosi Csoport

A lakosság indokolatlanul és néha érthetetlenül rossz egészségi állapotát jelző, nem hízelgő egészségi mutatók, az elkerülhető halálozás magas aránya, a koraszülöttségi ráta emelkedett volta, a dohányzók, a rendszeresen alkoholizálók nagy száma, a környezet tisztéletének elmaradottsága és a vadkapitalista szemlélet a munkaerő kihasználásában mind-mind azt jelzik, hogy a magyar lakosság – csecsszopótól aggastyánig – nincs kellően tisztában azzal, hogy van egy értéke, egy tulajdona, az egészsége. Az sem tudatosul kellően, hogy ezzel a tulajdonnal nem másoknak, nem a munkahelynek, de még az államnak sem, hanem neki magának kell gazdálkodnia, hogy minél tovább, minél emberibb minőségű életet élhessen. Különböző felmérések szerint a magyar emberek kívánságai között az egészség az elsők között van, tehát szeretnék az egészséget, de tenni érte nem nagyon tesznek, mivel a fenti egészségérték-tulajdon szemléletük nincs kellően kialakulva. Ez a helyzet aggasztó és változtatandó.

Az egészséget értéként elfogadni és vele gazdálkodni alapvető műveltségi kritérium. Ha valaki nem ismeri az egészsége értékét, akkor nem fog önfegyelmű, korlátozó életmódbeli szabályokat elfogadni, pláne követni, pedig az egészséges életmód szabályai között nem egy ilyen van.

Minden egészségfejlesztési aktivitás megbukik, ha olyan embereket kíván célba venni, életmód-változtatásba bevonni, akik nem ismerik, nem élnek meg tulajdonosi szemlélettel egészségük értékét. Ezért minden egészségfejlesztési koncepció alapjául kell elfogadnunk az egészség érték voltának következetes propagálását, de ez nem elég. Ha csak ismerem, hogy van egy értékem, az egészségem, még nem biztos, hogy teszek is érte valamit. Olyan attitűdre és magatartásformáló aktivitásokra van igen nagy szükség, amelyek túl az ismeretterjesztésen, az érintettek aktív bevonásával a fentiek kialakítását szolgálják.

A családi egészségérték-megőrző mintát a védőnői szolgálat tagjai alapozhatják meg a terhes- és csecsemőlátogatások során a családoknál. Az egészség értékővő szemléletét az óvodák erősíthetik célzott mesékkel, egészségőrző játékokkal. Az iskolák pedig az egészséges életmódot és annak értékővő voltát legalább olyan aktivitással és buzgalommal kell, hogy közvetítsék, mint ahogy manapság megtanítták és megkövetelik az érettségizőktől például az ellipszis egyenletének ismeretét.

A fentiek következetes megvalósítására *a lehetőségek már ma is adottak, csak élni kell velük*. Nem kipipálandó feladatként kell ezeket a problémákat kezelni, hanem céltudatosan, következetesen tervezni, végrehajtani és értékelni a különböző egészségfejlesztési programok megvalósítása során.

A politika, a közigazgatás változhat, ám az egészségfejlesztés szükségessége állandó, és megbukik az összes aktivitás, ha elsődlegesen nem az egészségérték-gazdálkodás kialakítására törekszünk.

A gyermekkori egészséges táplálkozás hatására az egyén szervezete megfelelő mennyiségű és minőségű tápanyagokhoz – szénhidrátokhoz, zsírokhoz, fehérjékhez, vitaminokhoz, ásványi anyagokhoz és folyadékhoz – jut, ami szükséges a megfelelő testi fejlődéshez, a növekedéshez, a szervezet zavartalan működéséhez, hosszú távon az egészség megőrzéséhez, egyben csökkenti a táplálkozással összefüggő betegségek – elhízás, cukorbetegség – kialakulásának rizikóját.

Fontos tudni, hogy gyermekkorban alakulnak ki és rögzülnek a táplálkozási szokások, amelyek egész életre meghatározóak. A legtöbb modern civilizációs betegség kialakulása a helytelen táplálkozásra is visszavezethető, ezért elgondolkodtató, hogy amíg az életkor, a nem, a genetikai sajátosságok az egyén által nem befolyásolható tényezők, addig vannak egyéb, pl. magatartásbeli (pl. étrend, fizikai aktivitás, dohányzás és alkoholfogyasztás), biológiai (pl. diszlipidémia, hipertónia, hiperinzulinémia) és szociális faktorok (szocioökonómiai, kulturális és egyéb környezeti tényezők), amelyek módosíthatók, sőt módosítandók a hazai és nemzetközi vizsgálatok ismeretében [1].

Nemzetközi kitekintés

Összesített eredmények alapján a túlsúlyos gyermekek aránya Európában kb. 14–22%, az elhízottak aránya pedig 9–13%-ra tehető. Az IOTF¹ definíciója: a prevalencia Európában a 7–11 éves korcsoportban a 2001-es adatok tanúbizonysága szerint túlsúly vonatkozásában 10–15%, elhízásra vonatkozóan kb. 5% [2]. Amerikában végzett felmérések szerint az Egyesült Államokban minden ötödik gyermek túlsúlyos, minden tizedik pedig elhízott. Ezen információk figyelembevételével a 2020-as évre adott prognózis szerint a felnőtt lakosság 20%-a szenved majd obezitisban.

A korszerű, egészséges iskolai büfé

Fekete Krisztina, dietetikus

Országos Egészségfejlesztési Intézet

Hazai helyzetkép a gyermekek körében

Az Egészségügyi Világszervezet által koordinált, az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása (HBSC) című kutatás 2002-es országos reprezentatív felmérése [3], számos kérdésben nyújt lehetőséget a hazai adatok ismertetésén túl nemzetközi összehasonlításra is (35 európai és észak-amerikai ország). A HBSC és egyéb kutatási eredmények betekintést engednek a magyar gyermekek egészségi állapotának és életmódjának egyes kérdéseibe, amelyek szintén rámutatnak a túlsúlyosság és az elhízás gyakoriságára, amelyre az EU-platform is felhívja a figyelmet.

A túlsúly és az elhízás gyakorisága

- Az iskola-egészségügyi ellátás keretében az iskolaorvosok által végzett rendszeres, a gyermekek egészségi állapotára vonatkozó mérések adatai növekvő tendenciát mutatnak az elhízás tekintetében (1. táblázat) [4].
- A testtömeg és a testmagasság alapján számított BMI korcsoportos adataihoz hasonlított értékek alapján az elhízás gyakorisága a 17 éves „kimenő” évfolyamban 7% [5].
- A hazai iskolások között a kövér (erről akkor beszélünk, ha a zsírtartalom fiúkon több mint 25%, lányokon több mint 30%) gyermekek aránya 5–15%. [6]
- Az iskolások 2–6%-a túlsúlyos, arányuk az életkor előrehaladtával fokozatosan nő. Pubertáskorban 15% fölé emelkedik, s csaknem kétharmaduk elhízott felnőtté válik. A lányok között minden életkorban gyakoribb a túlsúly. [7]

Fizikai aktivitás

- A HBSC elemzése alapján a testmozgás, az aktív életmód azt jelentette, ha valaki heti három vagy ennél több alkalommal legalább 60 percet mozog. Ilyen megközelítésben a magyar fiúk 70, míg a lányok 58%-a sorolható az aktív életmódú gyermekek közé [8].
- Az iskolai évek alatt a tanulók több mint 40%-a nem éri el „az egészség megtartásához szükséges szintet”. Ezen diákok edzettsége igen gyenge; a rendszeres testmozgás nem jellemző, még csak nem is nagyon mozognak: a fiúk 34–38%-a, a lányok 38–42%-a semmit, vagy csak heti egy-két órát sportol [9].
- A 15–18 éves korosztályban a testmozgás nem tekinthető kielégítőnek. A fiatalok 52%-a csak a testnevelésórákon mozog. A fiúk 18%-a, míg a lányok 8%-a rendszeresen és aktívan sportol. Átlagosan 30%-ban nem végeznek sporttevékenységet az e korosztályba tartozók [10].

Javaslatok, stratégiák

A gyermekkori elhízás mértéke, a gyermekek inaktivitása és táplálkozási szokásai riasztóak, mind a hazai,

mind a nemzetközi adatok fényében. Számos felmérés, vizsgálat, kutatás végkövetkeztetése bizonyítja, hogy a gyermekkori túlsúly és elhízás komplex megközelítést tükröző kezeléssel, a sokrétű információk felhasználásával, korai prevencióval, egészséges életmódra neveléssel az elhízás eredményesen megelőzhető, kezelhető, ezáltal a jövőben várható egészségügyi kockázat számottevő mértékben csökkenthető.

Az elhízás felnőtt- és gyermekkori formája mindinkább szélesebb rétegeket érint szerte a világon. Felismerve, hogy ez a jövőt tekintve milyen fokozott egészségügyi kockázatot és többletköltséget rejt magában, a világ minden táján számos, a prevenciót és a komplex szemléletmódot közvetítő kezelési stratégia kialakítását célzó törekvés indult meg.

Nemzetközi viszonylatban az egészséges táplálkozás népszerűsítését elősegítő két fontos – hazánkat is érintő – intézkedés született az elmúlt időszakban: 2005 márciusában indította útjára az Európai Bizottság Egészségügyi és Fogyasztóvédelmi Igazgatósága az EU-platformot, hogy közös fórumot teremtsen az egészséges táplálkozás és a testmozgás elterjesztése érdekében. „A fejlett országok, így az unió polgárai is túl sok kalóriát, a szükségesnél több zsírt, sót,

1. táblázat. 1000 megvizsgált gyermekre jutó betegségek, elváltozások száma²

	5. osztály		9. osztály		11. osztály	
	lány	fiú	lány	fiú	lány	fiú
2001/2002-es tanév	70,77	78,75	61,91	60,18	65,39	64,32
2002/2003-es tanév	73,74	83,17	67,73	64,77	68,44	69,96
2003/2004-es tanév	83,60	95,50	70,20	79,90	68,90	73,80

¹ International Obesity Task Force.

² Az iskolákat ellátó orvosok vizsgálatai alapján, a kisegítő iskolák nélkül.

cukrot fogyasztanak, zöldséget, gyümölcsöt azonban az ajánlottnál kevesebbet. Ehhez társul a mozgásszegény élet, így uniószerre növekszik a túlsúlyosak és elhízottak aránya. Különösen aggasztó ez a tendencia a gyermekek és a serdülőkorúak esetében. A gyermekkori elhízás kihat a várható életminőségre, csökken az egészségben megélt évek száma és az élettartam is.”

„Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) A táplálkozás, a testmozgás és az egészség globális stratégiája című dokumentuma számos feladatra hívja fel a kormányok, a gazdasági szereplők és a civil szféra figyelmét. A stratégia kiemeli az iskolai tennivalókat, így az egészséges táplálkozás és a mindennapi testnevelés elősegítését, s hangsúlyozza, hogy az egyes országokban az e célból készített nemzeti stratégiák és cselekvési tervek széles körű támogatást, hatékony jogalkotást igényelnek.” [11]

Mindkét anyag jelzi, hogy minden érintett szereplő összefogására és a probléma komplex kezelésére van szükség ahhoz, hogy valódi előrelépés történjen az elhízás elleni küzdelemben.

Ezek ismeretében kiemelt célcsoportnak kell tekinteni az ifjúságot, mivel a tanulók egészséggel kapcsolatos ismereteinek bővülése, pozitív attitűdök és kedvezőbb egészség-magatartás kialakulása hosszú távon egészségesebb nemzedéket eredményez. Iskolai egészségfejlesztésben ott érhető el a legjelentősebb eredmény, ahol több évig tartó, átfogó programok működnek, és a tanárok, egészségfejlesztők, védőnők egészségfejlesztési képzésére megfelelő figyelmet fordítanak.

Előzmények, kezdeményezések

Mivel a gyermekek hosszú éveket töltenek az iskolában, ezért az iskola az egészség védelme szempontjából kiemelkedő jelentőségű színtér, mindenképpen befolyásolja a gyermekek egészséges testi, lelki, szellemi fejlő-

dését. Az Országos Fogyasztóvédelmi Egyesület 2004-ben, az iskolakezdés előtt, augusztus végén felhívta a figyelmet arra, hogy az iskolai igazgatók, az iskolai közétkeztetést biztosító cégek, valamint az iskolákban működő büfék sokat tehetnek a fiatalok egészséges táplálkozásáért.

A gyermekek érdekeit, egészségükhöz fűződő jogukat figyelembe kell venni, ezért az Oktatási Minisztérium (www.om.hu) rendelete a szülői közösségeknek és az iskola-egészségügyi szolgálatoknak egyetértési jogot ad az iskolákban működő büfé és ételital automaták árukínálatával kapcsolatban. A szülői közösség és az iskola-egészségügyi szolgálat abban a kérdésben foglal majd állást, hogy az árukínálat megfelel-e az egészséges táplálkozásra vonatkozó ajánlásoknak. [12]

Az Ifjúsági, Szociális, Családügyi és Esélyegyenlőségi Minisztérium civil kezdeményezésre indította el a Kölyökbarát Termék programot, azzal a céllal, hogy segítséget nyújtsanak a szülőknek és a gyerekeknek a biztonságos termékek kiválasztásában. A program olyan termékek listájával kívánt segítséget nyújtani, amelyek valóban biztonságosak, továbbá a gyermekek testi és lelki fejlődését szolgálják. A védjegy megteremti a lehetőséget arra, hogy a vásárlók – szülők és gyerekek – ne kizárólag a reklámok alapján, hanem egy objektív, a vásárlók által is ismert kritériumrendszer alapján válasszanak a kínálatból. A Fogyasztóvédelmi Felügyelőség ezzel preventív módon szeretné biztosítani a gyerekfogyasztók védelmét.

A Népegészségügyi Kormány megbízotti Iroda, az Egészségügyi Minisztérium és az Oktatási Minisztérium a Nemzeti Népegészségügyi Program keretében 2005-ben pályázatot hirdetett a Gyermekbarát Büfé cím elnyerésére. A pályázat célja az volt, hogy az iskolai büfék kínálatának összeállításában a gyermekek egészséges fejlődését elősegítő egészséges táplálkozás szemléletének kialakítása és megvalósítása legyen az elsődleges szempont. A jelentkezők közül az

OÉTI és a helyi ÁNTSZ javaslata alapján 37 iskola büféje jogosult a Gyermekbarát Büfé cím viselésére (Melléklet) [13].

Törvényi szabályozás

2006. január 1-jén hatályba lépett – az európai uniós egyeztetéseket követően – az iskolai büfék és áruautomaták kínálatát szabályozó oktatási minisztériumi rendelet – 32/2005. (XII. 22.) OM a nevelési-oktatási intézmények működéséről szóló 11/994. (VI. 8.) MKM rendelet módosításáról –, amelynek alapját az Országos Élelmiszerbiztonsági és Táplálkozástudományi Intézet (OÉTI) munkatársai által kidolgozott szakmai ajánlás képezi (www.oeti.hu.) Az ajánlás kidolgozására azért volt szükség, mert az 1997. évi CLIV. törvény megfogalmazza, hogy a gyermekintézmények közétkeztetésének mit kell biztosítani, de a gyermekintézményekben üzemelő büfékínálatot semmi sem szabályozza. A rendelet hatálybalépésével kezdetét veszi az a folyamat, amelynek során minden iskolákban, kollégiumokban jelenleg működő, élelmiszert árusító üzlet és automata üzemeltetési szerződését felül kellett vizsgálni február végéig. Az iskolai igazgatóknak most az a feladatuk, hogy a rendeletben foglaltaknak megfelelően egyeztessenek a büfék, illetve az automaták működtetőivel, az iskolaszékekkel (a szülők közösségével) és az iskola-egészségügyi szolgálatokkal.

Segítség – konferencia, kiadvány

A „büférendelet” betartása közös munkát, párbeszédet feltételez az iskolán belüli csoportok (iskolaigazgató, büfés, szülői munkaközösség, iskola-egészségügyi szolgálatok) között. Ezt igyekezett elősegíteni az Országos Egészségfejlesztési Intézet (OEFI) által 2005. november 29-én szervezett konferencia.

A program összeállítása során fontos szempont volt a minél átfogóbb információközlés, pl. a büfétermékek minél egészségesebb választékának bemutatása; a büfék higiénés működésének feltételei; a közétkeztetés-gyermekétkeztetés kérdései; a táplálkozás-sport-egészség összefüggéseinek elemzése; a kutatási, vizsgálati eredmények ismertetése; jó gyakorlati példa – működő egészséges büfé – bemutatása.

A rendelet elvárásainak mind az intézményvezetők, mind a büféüzemeltetők egyaránt szeretnének megfelelni. Az aggodalmak, a várható kezdeti veszteség okozta problémák, dilemmák ellenére az iskola és a büfé vezetője között teljes egyetértés mutatkozik abban, hogy közös vállalásról, felelősségről van szó, de megfogalmazódott, hogy szükséges az egészséges táplálkozással kapcsolatos elméleti tudás megerősítése, az egészséges életmódra törekvés elősegítése.

A Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége (MDOSZ) praktikus kiadványt, ajánlást készített *Korszerű és egészséges iskolai büfé* címmel, ajánlást nyújtva a táplálkozás és az életmód elveinek elsajátításához. A kiadvány célja az, hogy – a táplálkozástudomány legfrissebb eredményei alapján – az iskolák számára gyakorlati segítséget adjon a büfék választékának kialakításához. A 32 oldalas színes füzet szabadon letölthető a január 1-jén indult www.egeszsegesbufe.hu-ról, illetve a dietetikusok honlapjáról, www.diet.hu.

A kiadvány az oktatás és a táplálkozás területén jelenleg érvényben lévő legfontosabb nemzetközi és hazai szakmai anyagokra épül, amelyek felhasználhatók az iskolai büfék választékának kialakításához, ezen túlmenően pedig – mivel az iskolai büfék a táplálkozásnak csak egy szeletét képviselik – általános életvezetési, táplálkozási tanácsokkal is szolgálnak. A tartalomról: a jelenlegi helyzet Magyarországon; a táplálkozástudomány korszerű ismeretanyagának rövid áttekintése, indoklása; ajánlások, konkrét tippek, menüsorok kísétkézé-

sek összeállítására, iskolai büféhez kapcsolódó látványelemek kialakítására; tévhitek és tények. A felsorolás utolsó fejezetéből pár példa:

– *Tévhit:* bizonyos élelmiszerek egészségtelenek, mások egészségesek. *Tény:* nincs egészségtelen élelmiszer, csak rosszul összeállított étrend.

– *Tévhit:* nem fogyasztok szénhidrátot, tehát egészségesen táplálkozom. *Tény:* a cukor csak egy a sokfajta szénhidrát közül. Az összetett szénhidrátok kihagyása az étrendből hiba! A cukor sem mérgező, nem kell teljesen száműzni a korszerű étrendből.

– *Tévhit:* a cukros üdítőitalok és a csokoládé fogyasztása mérgezi a szervezetet. *Tény:* a rosszul összeállított étrend és a mozgáshiány több kárt okoz. Két dl szénsavas üdítő energiatartalma például kb. 86 kcal, ami a napi energiafelvétel kb. négy százaléka. Mértékkel tehát beilleszthető az étrendbe.

– *Tévhit:* a csapvíz legalább olyan egészséges, mint az ásványvíz. *Tény:* a csapvíz is kiváló szomjoltó, de az egyes ásványvizek összetétele is lényegesen eltér egymástól. Az ásványvizek összes sótartalmának ismerete fontos. Ha a szervezetre nézve kedvező hatású anyagokból tartalmaz többet (pl. kalciumot, magnéziumot), akkor fogyasztása előnyösebb lehet, mint az ivóvízé. A nagy, 1500–3000 mg/l közötti, illetve a 3000 mg/l feletti mennyiségű ásványi anyagot tartalmazó vizek alkalmi fogyasztásra ajánlottak. A nátrium mennyisége is meghatározó értékelési szempont. Nézzük meg, hogy mit iszunk, válogassunk a vizek között is. Előnyös, ha többféle ásványvizet és csapvizet is fogyasztunk, hogy a szervezet optimális ásványianyag-szükségletét fedezzük.

Az egészséges táplálkozással, ezen belül a büfékínálattal foglalkozó rendeletek, ajánlások, kiadványok legfontosabb célja a gyermekek kiegyensúlyozott táplálkozása, minél optimálisabb étkezése, valamint az egész-

séges életmódra vonatkozó elvek, és az ezekre építő gyakorlati tanácsok rögzítése, ezáltal egy egészségesebb felnövekvő generáció segítése.

Összefoglalás

A gyermek- és serdülőkorban legfontosabb a megfelelő mennyiségű és minőségű táplálkozás az egészségmegőrzés szempontjából, amely szükséges a fiatalnak genetikailag meghatározott biológiai lehetőségei eléréséhez, segíti a pszichológiai és szociális fejlődését is növekedése, testi érése mellett. Ismert tény, minél fiatalabb a gyermek, annál jobban formálható egészségtudatos magatartása, pl. táplálkozása. A helyes étkezési szokások kialakítása, gyakorlati alkalmazása megfelelő információközléssel kezdődik. Az egészséges táplálkozási szokások kialakításában a család kiemelt szerepe mellett az oktatási intézmények is – tanórák keretében, az iskolai büfében, a gyermekétkeztetésben – fontos szerepet vállalnak.

Summary

Nutrition of an appropriate quality and quantity in childhood and in adolescence is essential from health promotion's point of view, it is also needed for young people to achieve their genetically determined biological possibilities, it helps their psychological and social development together with their growth and physical maturity. It is a well-known fact, that the younger the child, the easier it is to shape his/her health conscious behaviour, e.g. nutrition. The development of proper eating habits and their practice starts with appropriate information. Apart from the emphasized role of the family in developing correct eating habits, educational institutes – within the frames of lessons, in school buffets and in boarding for children – also play an important role.

Irodalom

1. Szűcs Zs.: Étrend, táplálkozás és idült betegségek összefüggései (FAO–WHO közös szakértői jelentés alapján, 2003. január 28.–február 1., Genova), Új Diéta 2003/3, 18–22. 2003
2. Nemzetközi Elhízásellenes Munkacsoport, IOTF
3. Aszmann, A. (szerk.): Iskoláskorú gyermekek egészség-magatartása. Országos Gyermekegészségügyi Intézet – Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, Budapest, 2003
4. Egészségügyi statisztikai évkönyvek – 2000, 114–115.; 2002, 118–119.
5. Czinner A.–Pintér A.: Kardiovaszkuláris rizikófaktorok a teljes hazai gyermekpopulációban. Obesitologia Hungarica, Suppl. (5) 1: 14. 2005
6. Szamosi T.: Preventív Pediátria, p: 95–101. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2005
7. Rodé M.: A gyermek- és serdülőkorú kövér(beteg)ség. Golden Book, Budapest, 1998
8. Szabó Á.: A napirend néhány jellemzője: testmozgás, képernyőhasználat, tanulásra fordított idő. In: Aszmann A. (szerk.): Iskoláskorú gyermekek egészség-magatartása. Országos Gyermekegészségügyi Intézet–Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, 35–48. Budapest, 2003
9. Aszmann A.: A test és a lélek egészsége. In: Szekszárdi J. (szerk.): Nevelési kézikönyv nem csak osztályfőnököknek. OKI–Dinasztia. 49–71. Budapest, 2001
10. Antal M., Regöly-Mérei A., Nagy K., Bíró L., Greiner E., Barna M., Balajti A., Domonkos A.: Reprezentatív táplálkozás-egészségügyi szűrővizsgálat fővárosi középiskolákban. Táplálkozás–Anyagcseré–Diéta, 6/6., 15–30.
11. <http://www.eum.hu>
12. Egészségügyi Minisztérium, Népegészségügyi Főosztály: Összefoglaló tájékoztatás szülők számára a gyermekek egészsége érdekében végzendő iskolai tennivalókról, 2005
13. <http://www.nepegeszseg.net>

Melléklet

2. sz. Általános Iskola, Békéscsaba	Kinizsi Pál Általános Iskola, Debrecen
Apáczai Nevelési és ÁMK 2. sz. Általános Iskola, Pécs	Kossuth Lajos Gimnázium és Kollégium, Mosonmagyaróvár
Apor Vilmos Katolikus Iskola-központ, Győr	Lovassy László Gimnázium, Veszprém
Arany János Általános Iskola és Alapfokú Művészetoktatási Intézmény, Budapest	Móra Ferenc ÁMK, Bácsbokod
Baár-Madas Református Gimnázium Általános Iskola és Diákotthon, Budapest	Pázmány Péter Utcai Általános Iskola és Óvoda, Pécs
Bakáts Téri Ének-zenei Általános Iskola, Budapest	Raoul Wallenberg Humán Szakközépiskola és Gimnázium, Budapest
Béke Utcai Általános Iskola, Szeged	Szarvas Város Általános Iskola és Óvoda, Szarvas
Békés Megyei Hunyadi János Középiskola és Kollégium, Mezőkovácsháza	Szász Ferenc Kereskedelmi Szakközépiskola és Szakiskola, Budapest
Bem József Általános Iskola, Budapest	Szent-Györgyi Albert 12 évfolyamos iskola, Budapest
Benka Gyula Evangélikus Általános Iskola és Óvoda, Szarvas	Tinódi Sebestyén Gimnázium és Idegenforgalmi Vendéglátóipari Szakközépiskola, Sárvár
Berecz Antal Általános Iskola, Boldog	Toldi Miklós Református Általános Iskola, Berettyóújfalu
Eötvös József Gimnázium, Budapest	Tüköry Lajos Általános és Alapfokú Művészeti Iskola, Kőrösladány
Fabricsius József Általános Iskola, Veresegyház	Újlak Utcai Általános Iskola, Budapest
Holló László Általános Iskola, Tiszadada	Vajda Péter Ének-zene Testnevelés Tagozatos Általános Iskola, Budapest
Hunyadi János Általános Iskola, Dunaharaszti	Vörösmarty Mihály Általános Iskola, Bonyhád
Kanizsai Dorottya Egészségügyi Szakképző Iskola és Gimnázium, Budapest	Xantus János Idegenforgalmi Gyakorló Középiskola, Budapest
Kapocs Általános és Magyar–angol Két Tannyelvű Iskola, Budapest	XVI. Kerületi Általános Iskola, Budapest
Karacs Ferenc Gimnázium Szakközépiskola, Szakiskola és Kollégium, Püspökladány	Zápor Általános Iskola és Gimnázium, Budapest
	Zwack József Kereskedelmi és Vendéglátó-ipari Szakképző Iskola, Békéscsaba

Dohányzásmegelőzési programok

Demjén Tibor

Országos Egészségfejlesztési Intézet

Helyzetkép a gyerekek, serdülők dohányzásáról

A dohányzás elterjedtségének súlyosak a népegészségügyi következményei. Sajnos igen elterjedt a fiatalok körében, és kipróbálása egyre korábbi életkorokra tolódik. Ez nem csak Magyarországon figyelhető meg, az egész világon hasonló a helyzet. A Nemzetközi Ifjúsági Dohányzásteljesítés 2003-ban közzétett magyar adatai szerint tíz tanulóból hét már kipróbálta a cigarettázást, és 17,7 százalékuk ezt 10 éves kora előtt tette meg. A tanulók egyharmada dohányzik, és közülük majdnem minden ötödiknél kialakult a függőség.

A fiatalabb korosztálynál, az óvodásoknál szerencsére még nem a dohányzási szokásokat kell kutatni, de a dohányfüstös környezet jelentős probléma. A budapesti óvodások passzív dohányzási prevalenciáját az ÁNTSZ Fővárosi Intézete (1999) vizsgálta. Eredményeik szerint a fővárosi óvodások 39,6 százaléka passzív dohányos és a családok 50,5 százalékában található dohányzó személy. A dohányzó családokban kisgyermekük jelenlétében rendszeresen 29,7 száza-

lékban, alkalmanként 47,8 százalékban dohányoznak.

A gyermek jelenlétében dohányzó családokban a gyerekek 49 százaléka naponta 6–10 db cigaretta füstjét kénytelen beszívni, 21,2 százalékuk 11–20 db cigarettát, 11,5 százalékuk pedig 21 db cigarettánál is többet. Szabadnapokon a gyermekek 21,5 százaléka napi 20-nál is több cigaretta füstjét szívja be. A szülők 84,2 százaléka válaszolta azt, hogy örülne, ha megtanítanák gyermekét egy program keretében, hogyan védekezzen a passzív dohányzás ellen.

Mit várhatunk a jogszabályoktól?

Megfigyelhető, hogy a gyermekek, majd később a fiatalok személyiségének fejlődése során ugyanazon jogszabály alkalmazása, betartása vagy megsértése következtében fellépő környezeti hatás eltérő mértékben játszhat szerepet a rászokás megelőzésében, illetve a leszokásra ösztönzésben. Bizonyos kérdések jogi úton történő szabályozása, alapos mérlegelés és az érvek-ellenérvek ütköztetése után sem mindig egyértelműen jó megoldás a szakértők számára,

sokszor nem a maradéktalanul helyes megoldást szolgálja, hanem a kisebbik rossz választásának enged csak teret.

Ilyen például a dohánytermékekhez való hozzáférés életkorhoz kötött engedélyezése¹. A „18 év alattiak részére dohányterméket nem szolgálunk ki!” felirat az elárusítóhelyeken egyfelől úgy értelmezhető, hogy a 18. életévét betöltött, éretten gondolkodó fiatal, a társadalom felhatalmazásával, szabad elhatározásából vásárolhat cigarettát. Másrészt viszont kétségtelen, hogy a cigarettázás révén „fel nőtnek” érettebbnek látszani akaró gyerekek részére gondolatmenetük megerősítése, hiszen ők még ehhez kicsik, ez felnőtt szokás. Mindehhez társul az a több felmérésből ismert tény, hogy a kereskedők a jogszabály betartásában nem következetesek, ami tovább rontja a helyzetet.

Egy másik példa az oktatási intézményekben a nagykorú diákok dohányzásának engedélyezése, illetve számukra dohányzóhely kijelölésének lehetősége². Az Oktatási Minisztérium ide vonatkozó rendelete korábban lehetővé tette az iskolák részére, hogy nagykorú tanulóik számára dohányzóhelyet jelöljenek ki. A statisztikákból ismert, hogy az érintett korú fiatalok egyharmada dohányzik, ami alapján indokoltnak tűnhet részükre a dohányzóhely kijelölése. Az is könnyen belátható viszont, hogy azokat a kiskorú tanulókat, akik nézték az iskola területén dohányzó idősebb társait, akik ráadásul nem ritkán a tanáraikkal együtt dohányoztak, kedvezőtlen hatás érte. Dr. Lenkovics Barnabás ombudsman kezdeményezésére az oktatási miniszter módosította a rendeletet, így napjainkban már nem jelölhető ki tanulóik részére dohányzóhely az iskolákban, csak a felnőttképzésen résztvevők részére.

7. IUHPE Európai Konferencia

A Nemzetközi Egészségfejlesztési és Egészségnevelési Unió (IUHPE) soron következő európai konferenciáját 2006. október 18. és 21. között Budapesten tartja. A konferencia szervezését az Országos Egészségfejlesztési Intézet és a Debreceni Népegészségügyi Főiskola bonyolítja le, az Egészségügyi Minisztérium és a Népegészségügyi Kormány megbízotti Iroda támogatásával.

A konferencia a „Globalizáció és Egyenlőség: Következtetések az egészségfejlesztési szakpolitika és gyakorlat számára” kérdésével foglalkozik.

A részvétellel és a programokkal kapcsolatos további információk a konferencia weblapján található: www.equityinhealth2006.hu

Tájékoztatót kérhet e-mailben is: conference@oefi.hu

¹ 1999. évi XLII. törvény A nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól.

² 11/1994. (VI. 8.) MKM rendelet.

A reklámtörvény³ is jelentős szerepet játszik a megelőzésben, mely szerint „tilos közzétenni dohányáru reklámját”. A közterületeken megszűntek ugyan a cigarettát reklámozó óriásplakátok, sajnos az üzletek bejárait még – egyelőre – beborítják a kivilágított márkareklámok. Igen jelentős eredményként könyvelhető el, hogy 2005. augusztus 1-jétől egész Európában tilos a dohánytermékek reklámja, még a FORMA 1 versenyeken is.

A cigarettás dobozokon kötelezően feltüntetendő egészségvédelmi feliratok⁴ fontos lépést jelentenek a fogyasztó hiteles tájékoztatásának irányában.

További jelentős előrelépést jelent majd az Európai Unió ajánlása alapján⁵ a figyelmeztető képes feliratok elhelyezése a dobozokon.

Tény, hogy a cigaretta ára hatással van a fogyasztásra az adótartalom növelésén keresztül, az adózárjegggyel legális forgalomban eladott cigaretták mennyisége csökkenthető, ugyanakkor tekintettel a fiatalok jelentős árérzékenységére alapos okunk lehet feltételezni, hogy az illegális beszerzések előfordulása viszont emelkedik.

Mindent egybevetve elmondható, hogy a megfelelő jogszabályi háttér, valamint az összehangolt ár- és adópolitika jelentős befolyással bír a fiatalok dohányzási szokásaira, de a megelőzést szolgáló programok széles körű, folyamatos megvalósulása nélkül, önmagában csak a szabályozás nem elégséges.

Magyarországon az Országgyűlés által elfogadott 10 évre szóló Nemzeti Népegészségügyi Program (NNP) Dohányzás Visszaszorítása alprogramjának célkitűzései közül kiemelt jelentőségűek a rászokás megelőzését, és a passzív dohányzás elleni védelmet szolgálók. Ilyen például a sohasem dohányzott lakosság számarányának növelése a gyermekek és a fiatalok

dohányzásra való rászokásának csökkentésével, valamint a dohányzás társadalmi elfogadottságának csökkentése olyan társadalmi környezet kialakításával, melyben a nemdohányzó életmód a társadalmi norma. A célok megvalósításához a helyi, közösségi (színtérorientált/korspecifikus) programok támogatása, valamint az iskolákban átfogó dohányzásellenes politikák kidolgozása szükséges.

Megelőzésre vonatkozó részt az Egészségügyi Világszervezet (EVSZ) Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezményében⁶ is találunk:

„12. cikk

Oktatás, képzés és lakossági tudatosság

a) széles körű hozzáférés a dohányfogyasztás és a dohányfüst-expozíció egészségi kockázataival, köztük az addiktív jellemzőkkel foglalkozó hatásos és átfogó oktatási és lakossági figyelemfelkeltési programokhoz.”

A megelőzés fontosságát a Nemzeti Alaptanterv⁷ is megfogalmazza. A testi és lelki egészség résznél olvasható: „Nyújtsanak támogatást a gyerekeknek – különösen a serdülőknél – a káros függőségekhez vezető szokások (pl. dohányzás, alkohol- és drog fogyasztás, rossz táplálkozás) kialakulásának megelőzésében.” A természet tudományos megismerés résznél 7. évfolyamtól ajánlott: „Az alkohol, a drogok, a gyógyszerek (kábitószerekként történő fogyasztásuk esetén), a dohányzás egészségkárosító hatásainak megismerése.”

Figyelembe véve azonban, hogy 13–14 éves korú tanulóknál jelentősen megnő a dohányzás gyakorisága, mindenképpen indokolt a megelőzési tevékenységet már a 7. évfolyam előtt megkezdeni. Az óvodás korú gyermekek körében a dohányzásra rászokás megelőzésének egyre növekvő szerepet kell kapnia. Az EVSZ Főigazgatója, dr. Lee Jong-wook a következőket

mondta⁸: „Úgy gondolom, a dohányzás visszaszorítása a kultúra és nevelés része kell, hogy legyen már óvodai szinten is. Nagyon fiatal gyermekekkel kell foglalkoznunk. Az egyik legeredményesebb út az emberek meggyőzésére a gyermekeiken keresztül vezet.”

Magyarországon az óvodai nevelés alapelveit rögzítő alprogram⁹ név szerint nem említi a szenvedélybetegség, a dohányzás vagy a cigaretta szavakat, de a feladatok között feltünteteti az egészséges életmód és az egészségmegőrzés szokásainak alakítását.

Néhány hazai óvodai és általános iskolai megelőzési program rövid bemutatása

Az alapvető viselkedésminták már a bölcsődében, az óvodában bevéssznek a dohányzással kapcsolatban. Az Országos Egészségfejlesztési Intézet (OEFI) szerint, attól az életkortól lehet és kell szervezett dohányzásprevenációs tevékenységet végezni, amikor a dohányzásra ösztönző, negatív hatások már érik a befogadó gyermeket, befolyásolják akkori és későbbi magatartását. A dohányzásmegelőzési óvodai program segítségével az óvodában sikerrel lehet információt átadni és attitűdöt formálni a dohányzással kapcsolatban. A gyermekek megtanulják elkerülni a passzív dohányzás helyzetét. Az OEFI Óvodai Dohányzás Megelőzési Programja (ÓDMP) tevékenységeinek megvalósítását segíti egy mese, amely tartalmazza azokat a fogalmakat, amelyek megértése lényeges az aktuális téma szempontjából. Ehhez kapcsolódik a gazdag eszköztár, amely az óvodapedagógusok számára megkönnyíti a célok megvalósítását, a gyerekek számára pedig színessé teszi a játékos tanulás folyamatát.

³ 1997. évi LVIII. törvény a gazdasági reklámtevékenységről.

⁴ 1999. évi XLII. törvény A nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól.

⁵ Commission Decision 2003/641/EC.

⁶ 2005. évi III. törvény az Egészségügyi Világszervezet Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezményének kihirdetéséről.

⁷ 243/2003. (XII. 17.) Korm. Rendelet a Nemzeti Alaptanterv kiadásáról, bevezetéséről és alkalmazásáról.

⁸ Helsinkiben a 12. Dohányzás vagy Egészség Világkonferencia megnyitója.

⁹ 137/1996. VIII. 28. Kormány Rendelet az Óvodai Nevelés Országos Alprogramjának kiadásáról.

1998 óta az ÓDMP részprogramként bekerült az Országos Közoktatási Intézet (OKI) Program és Tantervfejlesztési Központjának Adatbázisába. Az ÓDMP-t megvalósítani kívánó pedagógusoknak segít a programdoboz részét képező programfüzet alapos tanulmányozása, valamint egy 30 pontos továbbképzés, aminek keretén belül bővítik ismereteiket az ÓDMP céljaival, a programdobozban található eszközök használatával kapcsolatban. Emellett évente megrendezésre kerül a részt vevő óvónők számára a szakmai tapasztalatcserét szolgáló országos konferencia.

Egy generáció attitűdjének, eredményes formálása szempontjából az ÓDMP egész országra való kiterjesztése lenne ideális. Az NNP támogatásával napjainkra már több mint 900 oktatási intézményhez jutott el térítésmentesen programdoboz és a gyermekcsomagok. Természetesen, egy ilyen beavatkozás hiteles terjesztéséhez hatásvizsgálati eredmények szükségesek. Az ÓDMP monitorozása évek óta folyamatosan történik. Az óvónői visszajelzések, valamint a hatásvizsgálat eredményei azt mutatják, hogy már az 5–7 éves korosztálynál érdemes a dohányzás témájával foglalkozni.

A hatásvizsgálati tanulmány szerint:

- A gyerekek megismerték és elfogadták a cseresznyés szimbólum jelentését. Értelmezésének színvonala nőtt az ÓDMP hatására és 6 hónappal a bevezetése után sem csökkent.
- A gyerekek életkori sajátosságaiknak megfelelő szintű információkat kaptak az ÓDMP bevezetése után, helyes összefüggéseket tudtak felidézni a dohányzásról és annak hatásairól. A mese története, eszközeinek (füstszívó pumpa) közvetítése kapcsán reálisabb asszociációkat adtak a dohányzással összefüggésben.
- A passzív dohányzás kényszere elleni tudatos, aktív fellépés kezdett kialakulni a gyerekekben, szenzitívebbé váltak a dohányzás tényével kapcsolatban.
- Helyes értékrend, egészség-magatartás és attitűdök alakultak ki

a gyerekekben, nagyobb százalékok utasította el a dohányzást. Ez 100%-ra nőtt 6 hónap elteltével.

Egy másik program, az Egészségesebb Óvodák Nemzeti Hálózata dohányzás elleni programjának célja a dohányzásmentes magatartásra nevelés. Az óvodapedagógus ne külön akcióként kezelje a dohányzásmentes magatartásra nevelést, hanem kapcsolja be a szabad beszélgetési témákba, a mesék sorába, a szabad foglalkozások témái közé. A mindennapos nevelőmunkába ágyazott dohányzást megelőző program a kötetlen egészségnevelési alkalmak témái közé beiktatható. A dohányzás megelőzésére nevelés az egész napos óvodai nevelőmunka szerves részévé váljék, ehhez az óvodapedagógusok nevelésmódszertani javaslatokat kapjanak. Az óvodai mesélés témái között találjon az óvodapedagógus a szabadban való tartózkodásra és a dohányzásmentességre témákat, kapjon az óvónő saját maga által kibontható „mesélési alapokat”. A szülői értekezleteken, találkozási alkalmakon szerepeljenek dohányzásmegelőző témák. Az Egészségesebb Óvodák Nemzeti Hálózata által készített módszertani javaslat az óvodák helyi egészségvédő-egészségfejlesztő programjainak elkészítéséhez nyújt segítséget. A módszertani füzet olyan szervezési-tervezési javaslatokat tartalmaz, amelyeket az óvodapedagógusok, a szülők, és a helyi önkormányzatok a kisgyermek egészségvédelmére, az egészséges környezet biztosítására felvállalhatnak.

Természetesen a leghatékonyabb óvodai program sem képes hosszú távon eredményt elérni a ráépülő iskolai program nélkül. Az óvodai program folytatásaként, a fenntartó impulzus biztosítására, az általános iskolák alsó tagozatosai számára az OEFI munkatársai, iskolapedagógusok bevonásával, kifejlesztettek egy olyan színes, figyelemfelkeltő, interaktív számítógépes játékszoftvert, amely egyszerre képes lekötöni a gyerekek figyelmét az órák közötti szünetekben és a délutáni szabadidőben is, valamint segít nekik véleményt formálni a dohányzással

kapcsolatban. A szoftver segítségével 5 különböző színes, érdekes játékkal lehet játszani: kirakós, kifestő, párkereső, fogócska, interaktív rajzfilm. A programot az OKI szakértője korszerűnek, hatásosnak és hatékonynak ítélte és javasolta elterjesztését az iskolákban. Az NNP támogatásával napjainkra már több mint 1300 oktatási intézménybe jutott el térítésmentesen a játékot tartalmazó CD.

A játék más módon is hozzáférhető a gyermekek számára, ez az eszköz a kioszk. A kioszk egy érintőképernyős számítógépből és egy többfunkciós kioszkházból áll. Az egyes játékok kiválasztása és a játék egyszerűen a képernyő adott pontjának megérintésével történik. A kioszk modellkísérleti jelleggel történő tesztelése során a szerzett tapasztalatok egyértelműen kedvezőek: a gyerekek szívesen játszottak az érdekes, figyelemfelkeltő folyosói újdonsággal, érdeklődéssel fordultak a téma felé, a pedagógusok és a szülők hozzáállása is pozitív volt. A játékok kiválóan alkalmasak arra, hogy 6–10 éves korú gyermekek megismerjék a cseresznyés szimbólumot és megértsék jelentését, pozitív képet alkossanak a nemdohányzó életmódról.

A megelőzési programokkal kapcsolatban ide kívánczik az USA-ban a kilencvenes évek elején megfogalmazott állítás:

„Jelenleg számos részletes és hatékony tananyag létezik, amely a dohányzással foglalkozik, azonban ezeket a tanterveket nem használják az amerikai iskolák többségében. A legtöbb állam rendeletileg megteremtette a lehetőséget, hogy az egészségnevelést oktassák az iskolákban, azonban ennek végrehajtása gyakran nehéz vagy lehetetlen. Az iskolai egészségnevelőknek rá kellett ébredniük, hogy a dohányzásról, mint fontos problémáról vallott közfelfogás, a tananyag és a tanárképzés költségeinek finanszírozása, valamint a szülők és a lakosság bevonása a tananyag végrehajtásába éppen olyan fontosak, mint a tananyag tartalma, hogy e programok eredményesek lehessenek. A dohányzásmegelőzési programok széles körű alkalmazásának gátló tényezői az is-

kolán belül a következők: a tanárok idejének igénybevétele, a speciális program anyagainak és a tanárok képzésének a költségei, valamint az egymással konkuráló egészségügyi és oktatási prioritások.

A magyarországi helyzet nagyon hasonló problémákat vet fel és a közeljövő igazi kihívása ezeknek a több tárcát érintő kérdéseknek a megnyugtató megoldása.

Összefoglalás

Az átfogó dohányzás visszaszorítását célzó stratégia fontos összetevői a dohányzásra rászokást megelőző színtérprogramok. Az OEFI óvodai és általános iskolai megelőzési programjai lehetőséget nyújtanak a pedagógusok számára, hogy a gyermekekkel a té-

mát hatásosan és hatékonyan feldolgozzák. A szerző rövid áttekintést ad a célcsoportra vonatkozó hazai dohányzásprevalencia-adatokról és ismerteti az óvodai és iskolai program lényegét.

Summary

Smoking prevention programs in different settings are essential elements of comprehensive tobacco control strategy. The NIHD's smoking prevention programs in kindergartens and at elementary schools give teachers the possibility to deal with this subject with children efficiently and effectively. The author makes a short review about the target group's prevalence data and outlines the essence of kindergarten and elementary school programs.

Irodalom

- Lee J. (2003) Opening speech, 12th World Conference on Tobacco or Health, Helsinki.
- Losonczy Ágnes: Utak, korlátok az egészségügyben. Budapest, 1998. MTA.
- Nemzetközi Ifjúsági Dohányzástel-mérés, (GYTS): Országos Egészségfejlesztési Központ, Országos Gyermekégeszségügyi Intézet, World Health Organization, Centers for Disease Control and Prevention: 2003. Budapest.
- Somogyi M.: Az óvodai dohányzást-megelőzési program evaluációja .Budapest, 2003. OEFI.
- Végh E., Kiss É., Ferenczi L., Pintér M.: Budapesti óvodások passzív dohányzásti prevalenciája. Budapest, 2000, Egészségnevelés 2000. 4. szám.

SZAKKÉRDÉSEK

A drogfogyasztás hazai tendenciái a 90-es évektől napjainkig 1.

Gábor Edina, Kiss Judit

Országos Egészségfejlesztési Intézet

Bevezetés

Az Egészségügyi Világszervezet elemzése alapján a mentális zavarok és megbetegedések tömeges elterjedése, ezen belül is a depresszió és következményeinek mind gyakoribbá válása az új évezred legsúlyosabb népegészségügyi problémáit jelentik. Jelenleg a 15–44 éves korcsoportban az összes megbetegedés okozta társadalmi és gazdasági veszteség 30%-a a lelki egészség zavaraihoz származik. Ezen túlmenően a mentális zavarok részben a kockázati magatartásformákon keresztül, részben közvetlenül is döntő mértékben befolyásolják az életminőséget, az egészségi állapotot és ezzel együtt az egyes országok gazdasági helyzetét is. Ennek hazai vonatkozásaira az 1986-ban indult magatartás-tudo-

mányi vizsgálatosorozat, a Hungarostudy is rávilágít (Kopp, 2003).

Közismert tény, hogy Magyarország – európai viszonylatban – rendkívül kedvezőtlen pozíciót tölt be a középkorú népesség (a 35 és 70 év közöttiek) morbiditási és mortalitási statisztikáit illetően. A halálozási viszonyok több évtizede tartó, egészen az 1970-es évekre visszanyúló folyamatos rosszabbodásában az életmódbeli tényezőknek, ezen belül is az egyes kockázati magatartásformáknak (alkohol- és drogfogyasztás, dohányzás) kiemelkedő szerepe van. Többek között ezért is lényeges az egyes kockázati magatartásformák különböző aspektusú vizsgálata, hiszen egyfajta társadalom-lélektani diagnózist nyerhetünk ezen keresztül, másrészt ily módon lehetőség nyílik nemzetközi

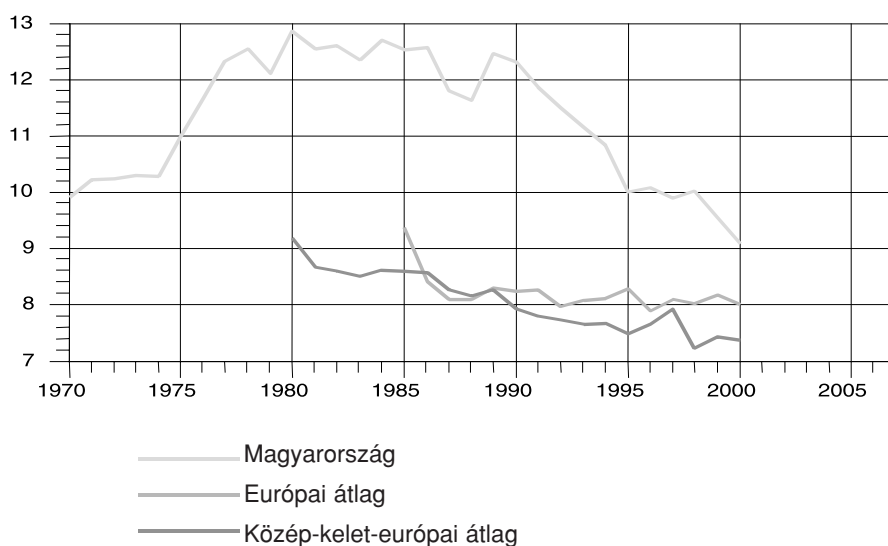
kitekintésre és az egyes trendek összevetésére, kijelölve az aktuális népegészségügyi prioritásokat.

Helyzetértékelés

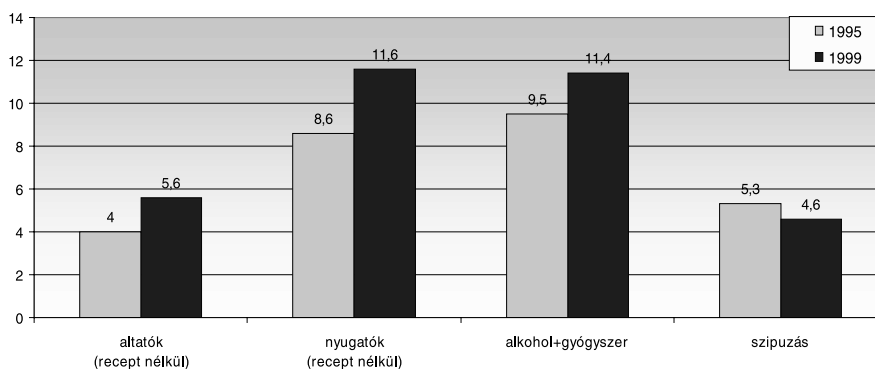
Az alkoholfogyasztási szokások változatos képet mutatnak a világ különböző országaiban. Általánosságban elmondható, hogy a fejlett nyugat-európai országokban a fokozódó jólét már az 1950-es évektől átalakította az ivási szokásokat, ennek hatására emelkedett az alkoholisták száma, megnövekedett a tizenéves fiatalok alkoholfogyasztása és az alkohol miatti erőszakos cselekmények száma, vagyis az alkoholizmus sok európai országban komoly társadalmi problémává vált (Elekes, 2000).

Magyarországon az 1950-es évek végén jelent meg ez a probléma társadalmi szinten, elsősorban a szocialista iparosítás „eredményeként”. A szocialista propaganda hatására a hagyományos nagycsaládok felbomlottak, az egyházak háttérbe szorultak, összességében társadalmi szintű anomia, értékvesztettség jött létre. A háború utáni szegénység, az alacsony iskolázottság és más tényezők sok esetben együtt jártak a kisebb stressztűréssel, a megküzdési készségek hiányával. Az alkohol a problémák elől való menekülés útja lett, így ebben a társadalmi szituációban kifejezetten nonkonformmá váltak az absztinensek (Kopp, 1995). A rendszerváltozás után létrejött demokratikus, piaci típusú, teljesítménycentrikus társadalomban ezzel ellentétes tendenciák kezdtek kirajzolódni, vagyis az alkoholizmus korábbi riasztó trendjei némileg visszaszorultak, amit az is jelezhet, hogy az egy főre jutó alkoholfogyasztás 1989 óta csökkenőbben van (1. ábra), a helyzet azonban sokkal összetettebb annál, minthogy ezekből a számadatokból messze nem következtetéseket tudnánk levonni. Az is bizonyos, hogy az alkoholspecifikus morbiditás és mortalitás még jó ideig magas marad, hiszen az alkoholizmus következményei hosszabb távon nyilvánulnak meg (Szalay, 2003), így azok, akik már a rendszerváltozás előtt ebben a betegségben szenvedtek, többségében napjainkra váltak kezelésre szoruló alkoholbetegé. Ezt jelzi az a mortalitási statisztika is, miszerint 1999-ben a 35–64 év közötti férfiak körében bekövetkezett korai halálozások közül minden negyedik a túlzott alkoholfogyasztással volt összefüggésbe hozható (KSH, 2003). Így ennek a devianciatípusnak az elterjedtsége még mindig társadalmunk legfontosabb problémái közé tartozik, közismerten súlyos egészségügyi és társadalmi következményeivel együtt.

1. ábra. Az abszolútalkohol-fogyasztás (liter/fő) mennyiségének alakulása hazánkban (1970–2000)¹



2. ábra. Az egyes legális drogokat kipróbálók aránya Magyarországon a másodéves középiskolások körében 1995-ben és 1999-ben



További súlyos probléma, hogy a mértéktelen alkoholfogyasztás már serdülőkorban, azaz egyre korábban kezdődik el: 2003-ban minden ötödik középiskolás nyilatkozta azt, hogy rendszeresen, azaz életében több mint negyvenszer fogyasztott már alkoholt², míg 1999-ben még csak 13%-uk válaszolta ezt. Az 1995-ös adatokhoz képest tovább emelkedett a visszaélés-szerű gyógyszerhasználat és a politoxikománia, azaz a különböző szerek együttes alkalmazásának mértéke is, ahogyan azt a 2. ábra³ is jelzi.

A mértéktelen alkoholfogyasztás mellett szintén tömegesen elterjedt életmódbeli kockázati tényező a dohányzás. A WHO becslése szerint önmagában a dohányzás a világban bekövetkező halálozások 8,8%-áért tehető felelőssé. A halálozások számának emelkedése mellett természetesen a betegségterheket is növelő tényező, hiszen meghatározó szerepet játszik számos betegség kialakulásában (daganatos megbetegedések, szív- és érrendszeri betegségek, egyes krónikus légúti megbetegedések, születési

¹ Az ábra a WHO „Health For All” adatbázisának legutolsó elérhető adataiból nyert tendenciát jelzi.

² Itt meg kell jegyezni, hogy a 2003-ban vizsgált 35 ESPAD-ország között ezzel 21. helyeztekként „csak” a középmezőnyben helyezkedünk el (Hibell és tsai, 2003).

³ A 2. ábra forrása: Elekes–Paksi, 2000. A 2003-as részletes ESPAD eredmények még nem kerültek publikálásra, csak bizonyos részeredmények érhetőek el.

rendellenességek) mind az aktív, mind a passzív dohányosok körében (Englander és tsai, 2001; Sorensen és tsai, 2002).

Az Országos Lakossági Egészségfelmérés 2003-as adatfelvétele alapján hazánkban a nők 29%-a, míg a férfiak 42%-a dohányzott, nagy többségük napi rendszerességgel. A nők tizede, míg a férfiak közel egynegyede erős dohányos, azaz naponta legalább 20 szál cigarettát elszívott, hasonlóan a 2000-es adatokhoz. Az egyes korcsoportokat tekintve megfigyelhető, hogy mindkét nemből a fiatalok között a legmagasabb a dohányosok aránya: míg a fiatalok esetében a nők 38%-a és a férfiak 51%-a dohányzott, addig az idősebb korcsoportokban a nők 7%-a, illetve a férfiak 17%-a.

Egyre korábbra tolódik ki az első rágyújtás, illetve a dohányzás rendszeressé válásának életkora: a 2003-as ESPAD⁴ eredményei alapján a 16 éves magyar diákok háromnegyed része legalább egyszer már rágyújtott élete során, míg 31%-uk rendszeresen dohányzik, mindezzel a vizsgált 35 ország közül Magyarország a lista 13. helyén szerepel. Bár az elmúlt évtizedekben a dohányzásspecifikus halandóság nem emelkedett olyan súlyos mértékben, mint az alkoholbetegségek okozta mortalitás (KSH, 2003), de ezzel együtt is komoly népegészségügyi problémát jelent.

Az ezekhez képest viszonylag új keletű, nemzethatárokon átívelő kábí-

tószer-probléma mind nemzetközi, mind európai szinten – az uniós tagországok és az unióon kívüli országok összességét tekintve – számos társadalom polgárainak biztonságára és egészségére nézve jelentős veszélyt jelent. Az illegális kábítószeres rendszeres használata – hosszú távon – egyszerre okoz jelentős károkat individuális, közösségi és társadalmi szinten, hiszen a szerhasználat a fogyasztóra gyakorolt egészségkárosító hatása mellett fenyegető veszélyt jelent a közösségi kapcsolatokra és a társadalmi kohézióra nézve is. A drogzás esetében tehát nem elszigetelt jelenséggel állunk szembe, mivel a szerhasználat összekapcsolódik egyéni és közösségi, lelki és szociális problémákkal. A probléma súlyát jelzi, hogy az Európai Unió tagállamaiban jelenleg mintegy 2 millió problémás drogfogyasztó él, különösen magasak az arányok a fiatalok körében (EMCDDA, 2004). Ezzel összefüggésben folyamatosan emelkedik a HIV-vírussal fertőzöttek, illetve az AIDS-ben szenvedők prevalenciája az intravénás kábítószerhasználók körében, azaz egyre fokozottabban jelennek meg a probléma járulékos népegészségügyi következményei is.

A drogfogyasztás⁵ növekvő tendenciája és annak társadalmi-gazdasági következményei a kilencvenes évek elejétől kezdve Magyarországon is növekvő aggodalomra adtak okot, hasonlóan sok más európai nemzethez. A hivatalos drogepidemiológiai sta-

tisztikák⁶ és a különböző célcsoportok rizikó-magatartását vizsgáló országos kutatássorozatok⁷ évről évre emelkedést jeleztek a kábítószeres kápró-báló középiskolás fiatalok és felnőttek, a kábítószeres rendszeres jelleggel fogyasztók, a drogfüggők, a droghasználattal összefüggésben lévő fertőző megbetegedések számával kapcsolatban. A kábítószeres kínálati oldalán a drogokkal való visszaélések, a szervezett bűnözés aktivitásának fokozódása jelennek növekvő társadalmi veszélyt.

Néhány releváns statisztika az 1990 utáni időszakot tekintve a drogzás ma keresleti oldaláról a fentiek illusztrálására:

- 1994 és 2003 között több mint 5,3-szeresére nőtt a nyilvántartott (kezelésbe vett) drogfogyasztók száma, ahogyan azt a 3. ábra⁸ is jelzi. A Központi Statisztikai Hivatal 2000-es területi adatai⁹ alapján 60%-ukat a fővárosban regisztrálták, így – hivatalos statisztikák alapján – a 10 ezer főre jutó kábítószer-fogyasztók száma is Budapesten volt a legmagasabb (43,1 fő), ezt követte Csongrád megye (22,8 fő/10 000 lakos) és Baranya megye (16,6 fő/10 000 lakos). Ebből is látható, hogy nem lokalizálódott jelenséggel kerültünk szembe, hanem egy országosan elterjedt népegészségügyi jelentőséggel bíró problémakörrel, amely komplex jellegű, nemzeti szintű beavatkozást igényelt.
- A hivatalosan regisztrált kábítószer-fogyasztók 53,2%-a napi rendszeres-

⁴ Az 1995-ben elindult „Európai vizsgálat a középiskolások alkohol- és egyéb drogfogyasztásáról, valamint dohányzásáról” című kutatássorozat, Elekes Zsuzsanna és Paksi Borbála vezetésével.

⁵ Az „illegális szerhasználat”, valamint a „kábítószer- illetve drogfogyasztás” kifejezések dolgozatunk keretei között a tiltott szerek (marihuána, hasis, inhalánsok, ecstasy, amfetaminok, crack, kokain, heroin, egyéb ópiátok, LSD, mágikus gomba, egyéb fel nem sorolt drogok az 1961. évi Egységes Kábítószer Egyezmény IV. Jegyzéke és az 1971. évi Pszichotrop Egyezmény I. Jegyzéke alapján) fogyasztását, valamint a visszaélészerű gyógyszerhasználatot (nyugtatók orvosi rendelvény nélküli használata, valamint gyógyszer és alkoholkombinációk fogyasztása) jelenti.

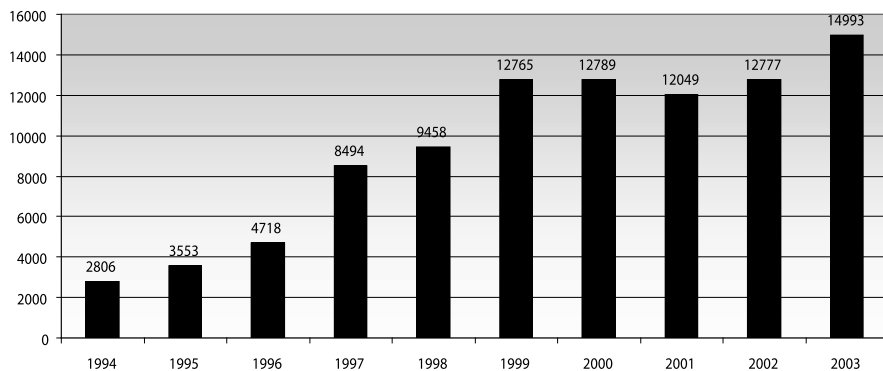
⁶ Ezalatt mindenekelőtt a KSH-nak az egészségi állapottal és a rehabilitációs ellátórendszer igénybevételével kapcsolatos adatait, a kriminálstatisztikákat, valamint a Nemzeti Drozfókuszpont által gyűjtött hivatalos adatokat értjük.

⁷ A számos rizikómagatartást is vizsgáló hazai kutatás közül az általunk elsősorban figyelembe vettek: az 1995 óta zajló, négyévenként felvett ESPAD („Európai iskolavizsgálat az alkohol- és egyéb drogfogyasztásról”) – kutatássorozat hazai eredményei, az 1986 óta rendszeresen ismételt HBSC (Iskoláskorú gyermekek egészség-magatartása) – kutatások magyar vonatkozású adatai, valamint a Mobilitás 2004-es Ifjúságkutatása. A felnőtt lakosság tekintetében az OLEF (Országos Lakossági Egészségfelmérés) 2000-es és 2003-as eredményeit, valamint az ADE (Országos Lakossági Alkohol és Drogepidemiológiai Vizsgálat) 2001-es és 2003-as adatait vettük alapul.

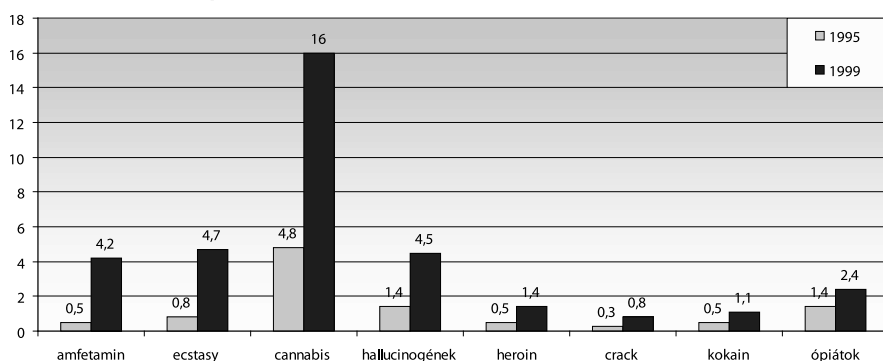
⁸ Az ábra számadatait a Ritter I. (szerk.): Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről. Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium, Budapest, 2002., valamint Gábor E. (szerk.): Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről. Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium, Budapest, 2004. kiadványokból származnak.

⁹ A Szociális Statisztikai Évkönyv 2000-es adatai alapján (KSH, 2001.)

3. ábra. A kezelt (nyilvántartott) drogfogyasztók száma Magyarországon 1994 és 2003 között



4. ábra. Az egyes illegális drogokat kipróbálók aránya Magyarországon a másodéves középiskolások körében 1995-ben és 1999-ben



séggel használ valamilyen illegális szert, 19,2%-uk hetente drogozik, míg 27,6%-uk alkalmoszerűen használ kábítószeret, vagyis a többségük rendszeres szerhasználó¹⁰.

- A droghasználat növekvő tendenciája mellett lényeges probléma, hogy rendkívül előretolódott a drogokkal való első találkozás időpontja: a kipróbálás életkora egyre inkább a középiskolás évek kezdeti szakaszára (14–16 éves korra) tehető. A hazai ESPAD-kutatások adatai szerint jelentős mértékben emelkedett az illegális szerek életprevalencia-értéke a másodéves középiskolások (10. évfolyamosok)

körében a kilencvenes években, ahogyan ezt a 4. ábra adatai¹¹ is mutatják. Az egyes kábítószerfajták kipróbálási arányának emelkedése különösen szembetűnő az amfetamin- és cannabiszármazékok tekintetében: többszörösére emelkedett ezeknek a drogoknak a kipróbálási aránya a fiatalok körében (az 1999-es adatok hozzávetőlegesen négyszeres emelkedést mutatnak az említett szerek tekintetében). A 2003-as ESPAD-adatok alapján a középiskolások 16%-a vallotta azt, hogy már kipróbált valamilyen illegális kábítószerét életében.¹²

Mindezekből jól látható, hogy a legális és illegális szerhasználat problémáinak kezelése multidiszciplináris megközelítést igényel: egyszerre szükséges a szerhasználói magatartás-minták kialakulásának megelőzésére irányuló lépések megtétele mellett az egészségi állapottal, szociális helyzetrel és bűnözéssel összefüggő ártalmak csökkentése, valamint a szenvedélybeteg rehabilitációja. Másrészt, ami az illegális szerhasználatot illeti, a kereslet csökkentésére alapozó, mindhárom prevenció szintet megcélzó lépések mellett szükséges feladat a kínálat csökkentésére irányuló kriminológiai intézkedések (a drogokkal való visszaéléssel, a drogkereskedelemmel összefüggő büntetőjogi intézkedések, valamint a drogokhoz való hozzáférés lehetőségének csökkentésére irányuló lépések) meghozatala.

Társadalmi válaszok a probléma kezelésére

A fenti tényeket tartották szem előtt a Nemzeti Stratégia a Kábítószer-probléma Visszaszorítására című stratégiai program kidolgozó is, amikor 2000-ben létrehozták és országgyűlési határozat¹³ rangjára emelték azt a hosszú távú koncepciót, amely nemzetközi ajánlások figyelembevételével, társadalmi konszenzussal jött létre, központi gondolatává emelve a magyar társadalom érzékenyítését a kérdéskör hatékony kezelése iránt, valamint a helyi közösségek problémamegoldó képességének növelését. A nemzeti stratégia céljai és megvalósítási elvei paritásban vannak az Európai Unió 2005–2012 közötti időszakra kidolgozott drogstratégiájának¹⁴ cselekvési tervével mind a kereslet-, mind a kínálatcsökkentés iránt.

¹⁰ A Szociális Statisztikai Évkönyv 2000-es adatai alapján (KSH, 2001.).

¹¹ A 4. ábra forrása: Elekes, Zs.–Paksi, B.: Drogok és fiatalok. Középiskolások droghasználata, alkoholfogyasztása és dohányzása az évezred végén Magyarországon. ISMertető sorozat 8. Ifjúsági és Sportminisztérium, Budapest, 2000.

¹² Az egyes szerek kipróbálására vonatkozó 2003-as ESPAD-adatokat még nem publikáltak a szerzők.

¹³ A magyar kormány által 2000 júliusában elfogadott, majd társadalmi vitára bocsátott stratégiát 2000 decemberében a 96/2000. (XII. 11.) számú OGY Határozat formájában hagyták jóvá.

¹⁴ Az Európai Unió 2004. november 22-én elfogadott drogstratégiája a 2000–2004 közötti EU-drogstratégiára épül, az unió, a közösség és az egyes tagállamok vonatkozó hatáskörén alapul, a szubszidiaritás és az arányosság megfelelő figyelembevétele mellett, tekintetbe véve az EU jövőbeni alkotmányát is.

nyában megfogalmazott lépéseket illetően. Az új európai stratégia 2005–2008 közötti időszakra vonatkozó cselekvési tervének egyes elemei konkrét intézkedéseket jelölnek meg a keresletcsökkentés, illetve a primer prevenciók tevékenységek területére vonatkozóan, így ez részben kijelöli a hazai megvalósítási irányokat is.

A Nemzeti Stratégia elfogadását követően a probléma kezelésében érintett társmisztériumok is létrehozták a szükséges intézkedések végrehajtására irányuló cselekvési terveket, illetve stratégiai programjukat (az Oktatási Minisztérium 2000–2001. évi cselekvési programja, valamint 2003. évi drogprevenciók stratégiája, a korábbi Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium Nemzeti Népegészségügyi Programjának a dohányzás visszaszorítására, illetve az alkohol- és drogmegelőzésre vonatkozó alprogramjai). Mindezek megfelelő összehangolása, koordinálása, finanszírozása és megvalósított tevékenységeinek értékelése-monitorozása további feladatokat és hatékonyabb ágazatközi együttműködést tett szükségessé, kijelölve a jövőbeli fejlesztési irányokat is.

Mindezt indokoltá teszi az a tény, hogy a drogfogyasztás mértéke az elmúlt két évtizedben drasztikus módon emelkedett hazánkban, különösen a középiskolások szerfogyasztásának vonatkozásában riasztó a helyzet: mind a tiltott, mind a legális szerek életprevalencia-értékeit illetően. Ez a társadalom részéről különböző védekezési mechanizmusokat indított el a kilencvenes évektől, így fokozottabb igény jelentkezett a keresletcsökkentést szolgáló, prevenciók intézkedésekre, ezen belül is – a megelőzés egyik legfontosabb módszereként – a közoktatás keretein belüli primer prevencióra. Mindezek alapján indokoltá vált az iskolai egészségfejlesztési-drogprevenciók programok széles körben való elterjesztése, amelyek a bevett nemzetközi gyakorlatoknak megfelelően komplexen kezelik az alkoholfogyasztással, a dohányzással, a kábítószer-használattal és a gyógyszerekkel való visszaéléssel kapcsolatos problémákat, mindezt a mentálhigiéné eszközrendszerével, több szocializá-

ciós színtér bevonásával. Az iskolai drogprevenció törekvése az a Nemzeti Stratégiában is megjelölt célkitűzés, miszerint a „*fiatalok képessé váljanak egy produktív életstílus kialakítására és a drogok visszaszorítására*”, vagyis közvetett módon a legális és illegális szerhasználat visszaszorítását kell, hogy szolgálja.

A problémaadekvát társadalmi válaszok kidolgozása érdekében lényeges feladat az egyes rizikó-magatartásformák – legális és illegális szerhasználati típusok –, mint konfliktuskezelési mechanizmusok kialakulásának és megszilárdulásának folyamatos és kiterjedt vizsgálata, a kérdéskör szocioökonómiai beágyazottságának figyelembevételével, azaz a szerhasználat tényének, tendenciáinak vizsgálata mellett a jelenség háttérében álló kontextusok feltárásával. Napjainkra a témaspecifikus kutatások, nemzetközi és országos felmérések széles és átfogó helyzetképet tárnak elénk mind nemzetközi, mind hazai viszonylatban, jó alapot adva a döntéshozói szintű gyakorlati beavatkozások tervezéséhez és lebonyolításához, valamint az eredmények értékeléséhez. A nemzeti stratégiának is egyik alappillére a tényszerű drogepidemiológiai adatok prioritása. Ezek hiányában mind a prevenciók programok elszámoltathatósága, mind az eredmények monitorozhatósága hiányt szenvedhet. Mindezt indokoltá teszi, országos és helyi szinten egyaránt, a stratégia egyes célcsoportjaira vonatkozó drogepidemiológiai vizsgálatok lefolytatását és rendszeres megismétlését. Cikksorozatunk következő része az elmúlt másfél évtized hazai drog- és alkoholepidemiológiai kutatásaiból nyert legjelentősebb következtetések bemutatásával kíván foglalkozni, különös tekintettel a problémás szerhasználat prevalenciaértékeinek bemutatására az egyes kutatások tükrében.

Összefoglalás

Közismert, hogy a hazai halálozási viszonyok több évtizede tartó, egészen az 1970-es évekre visszanyúló folyamatos

rosszabbodásában az életmódi tényezőknek, ezen belül is az egyes kockázati magatartásformáknak (alkohol- és drogfogyasztás, dohányzás) kiemelkedő szerepe van. Ezért is lényeges az egyes kockázati magatartásformák különböző aspektusú vizsgálata, különös tekintettel az egészségkárosító szerek elterjedtségére és fogyasztási körülményeinek vizsgálatára, de emellett lényeges a problémára kialakított társadalmi megoldási kísérletek bemutatása, törekvések szintetizálása.

Kulcsszavak

Egészségkárosító magatartásformák elterjedtsége, hazai prevalenciaértékek alakulása, problémaadekvát társadalmi válaszok.

Summary

It is well-known that life-style related factors, with special regard to certain risk taking behaviour (alcohol consumption, drug abuse, smoking), have played an outstanding role in the worsening tendency of Hungarian mortality figures for several decades back to the 1970-ies. That is why it is important to deal with the different forms of risk taking behaviour from different aspects, paying special attention to the prevalence of harmful substances and the circumstances of consumption, not forgetting about the tentative attempts of the society to solve this problem, and about synthesizing different attempts.

Keywords

Prevalence of behaviour harmful to health; changes in domestic prevalence rates; problem-adequate social responses.

Irodalom

1. Az alkohol hatása a halandóságra Magyarországon, 1970–1999. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest 2003. (CD-adattár)

Idegenvezetők Világnapja 2006

Azt mondják, „a téma az utcán hever” – és lám, olykor a lehetőség is, csak meg kell ragadni. Valami ilyesmi történt idén is, február utolsó vasárnapján, amikor az 1985 óta évenként Magyarországon is megrendezésre kerülő Idegenvezetők Világnapja alkalmából sikerült kétoldalú megközelítéssel, egyetlen akció során újra beláthatóvá tenni, hogy bizony a testkultúra is a kultúra része. Az Idegenvezetők Világnapja lényege abban áll, hogy az adott város vagy település műemlékeit, turisztikai szempontból jelentős látnivalóit az idegenvezetők az idegenforgalmi szezon kezdete előtt saját honfitársaiknak mutatják be ellenszolgáltatás nélkül, azzal a nem titkolt céllal, hogy a lakosság saját városának érdekességeit és értékeit jobban megismerje, megszeresse.

Köztudott, hogy a nevezetességeket felfedezni, egy város hangulatát megérezni csakis gyalogosan lehet. Ha ez ráadásul egy-másfél órás séta, akkor még az egészségért is tettünk valamit, némileg ellensúlyozva a mozgásszegény mindennapokat. Nos, ennek a felismerésnek köszönhetjük, hogy az Országos Egészségfejlesztési Intézet csatlakozott a Budapesti Kereskedelmi és Iparkamara Idegenvezető Szakmai Osztály és Továbbképző Központ hagyományos rendezvényéhez, a maga eszközeivel támogatva az akciót.

„Idegenvezetővel és gyalogosan a főváros értékei között” – így hangzott a szlogen. Az OEFI honlapján időben meghirdettük, valamint az MTV Napi Mozaik című adásában főigazgatói részvétellel népszerűsítettük – az egészséges életmód oldaláról – a főváros hét különböző útvonalán óránként, hét alkalommal induló, összesen közel 50 idegenvezetői sétát. Az eredmény nem maradt el! Ez alkalommal ezernél is többen vállalkoztak az esős, szeles időjárás ellenére a főváros nevezetességeinek gyalogosan történő megismerésére, az összesen mintegy ötezer – autóbusszal is körbeutazó – résztvevőből.

A kiváló kezdeményezést folytatni kell: „Jövőre veled ugyanitt!” Terveink szerint újabb útvonalakkal kiegészítve fedezzük majd fel mindannyian saját városunkat. Addig is gyalogoljunk gyakran, akár útikönyvvel a kezünkben!

Monspart Sarolta – OEFI Életmód Osztály

Gámán-Morvay Katalin – az OEFI – egyben idegenvezető is – munkatársa

2. A kábítószer-probléma az Európai Unióban és Norvégiában. Éves Jelentés 2004. EMCDDA, Lisszabon, 2004. (forrás: www.emcdda.eu.int)
3. Az EU drogstratégiája (2005–2012). Az Európai Unió Tanácsa, Brüsszel, 2004. (forrás: www.icsszem.hu)
4. Az Oktatási Minisztérium drogprevenációs stratégiája. Oktatási Minisztérium, Budapest, 2003. (forrás: www.om.hu)
5. Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programja. Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium, Budapest, 2003.
6. Elekes, Zs.–Paksi, B.: Drogok és Fiatalok. Középiskolások droghasználata, alkoholfogyasztása és dohányzása az évezred végén Magyarországon. ISMertető sorozat 8. Ifjúsági és Sportminisztérium, Budapest, 2000.
7. Elekes Zs.–Paksi B.: A felnőtt népesség droghasználata és alkoholfogyasztása Magyarországon. Kutatási beszámoló ADE 2001, Budapest, 2001.
8. Englander, L. J.–Kendrick, J. S.–Gargiullo, P. M.–Zahniser, S. C.–Hannon W. H.: Measure of maternal tobacco exposure and infant birth weight at term. *American Journal Epidemiology*, 153. 954–960. 2001.
9. Grézló O.–Porkoláb L.: Kezelési igények alakulása. Egészségügyi statisztikai adatok a kábítószer-fogyasztásról a 2002. évben. In: Ritter I.–Felvinczi K. (szerk.): Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről. Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium, Budapest, 2003.
10. Hibell, B.–Andersson, B.–Bjarnasson, T.–Ahlström, S.–Balkireva, O.–Kokkevi, A.–Morgan, M.: The ESPAD Report 2003. (forrás: www.espad.org)
11. Kopp M.: Magatartás-tudomány és orvoslás a XXI. században. *Magyar Tudomány*, 11. 1352–1355. 2003.
12. Nemzeti Stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében. Ifjúsági és Sportminisztérium, Budapest, 2000.
13. Országos Lakossági Egészségfelmérés 2000. Egészségfejlesztési Kutató Intézet, Budapest, 2001.
14. Országos Lakossági Egészségfelmérés 2003. Gyorsjelentés. Johan Béla Országos Epidemiológiai Központ, Budapest, 2003.
15. Paksi B.: A drogfogyasztás prevalenciaértékei. In: Felvinczi K.–Ritter I. (szerk.): Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről. Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium, Budapest, 2003.
16. Sorensen, H. T.–Norgard, B.–Pedersen L.–Larsen, H.–Johnsen S. P.: Maternal smoking and risk of hypertrophic infantile pyloric stenosis: 10 year population based cohort study. *British Medical Journal*, 325. 1011–1012. 2002.
17. Szalay F.: Alkohol okozta betegségek. *Orvostovábbképző Szemle*, 5. 2003.
18. Szociális Statisztikai Évkönyv. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2001.

A dohányzásprevencióhoz való hozzáállás változása a Semmelweis Egyetem hallgatói között

Antmann Katalin, Oszlár Julianna, Sima Ágnes, Morava Endre

Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Közegészségtani Intézet, Budapest

Bevezetés

A dohányzás jelenleg évente egy finnországi ember haláláért felelős világszerte, és ez a szám az előrejelzések szerint növekedni fog a 21. század első felében. Ha a dohányzási szokások változatlanok maradnak, 450 millióan halnak meg dohányzással összefüggő betegség következtében [1]. Ez a trend vezette rá az Egészségügyi Világszervezetet arra, hogy koordinálja egy nemzetközi Dohányzásellenes Keretegyezmény [2] létrehozását, amely negyven aláíró ország ratifikálásával életbe is lépett 2005 tavaszán. A keretegyezmény fő célkitűzései közé tartozik a dohányzásra való rászokás csökkentése és a már dohányzók leszokásának segítése. E két cél eléréséhez sokféle eszköz áll rendelkezésre, de mindegyik hatását negatívan befolyásolja, ha a mintaadó személyek (pedagógusok és egészségügyi dolgozók) nem azonosulnak a céllal. Többen leírták, kimutatták, hogy a betegek életmódbeli tanácsot legszívesebben orvosuktól fogadnak el [3], de ehhez az kell, hogy az orvosok megfelelő tudással rendelkezzenek a dohányzás ártalmairól, ne dohányozzanak és rendelkezzenek olyan ismeretekkel elméleti és gyakorlati szinten, amelyekkel segíteni képesek leszokni szándékozó betegeiknek [4].

A keretegyezménnyel párhuzamosan a magyarországi Egészség Évtizedének Nemzeti Népegészségügyi Programja Dohányzás visszaszorítása alprogramja célul tűzi ki a rendszeresen dohányzók prevalenciájának 6% ponttal (férfiaknál 35% körülire) való csökkentését 2010-ig. E célkitűzésnek egyik sarokköve az, hogy vajon az egészségügyben dolgozók mennyire teszik magukévá a dohányzás elleni küzdelem fontosságát, mennyire ér-

zik, hogy ők is fontos szereplői ennek a nemzeti programnak. Kiemelten fontos, hogy az orvosi képzésben részesülő egyetemisták, a frissen végzett orvosok milyen tudásanyaggal hagyják el az egyetemet.

A „dohányzás kurrikulum” az orvosi-gyógyszerészi-fogorvosi-ápolói fakultásokon világszerte foglalkoztatja a szakembereket. Az Egyesült Államokban is, ahol ismereteink szerint jóval előttünk járnak a dohányzásprevenció terén, elégtelennek találták a dohányzásprevenció oktatását az egészségügyi fakultásokon [5], ezért a National Cancer Institute megszervezett egy komplex dohányzásprevenció és leszokást segítő oktatási programot, 12 orvosi fakultás bevonásával [6].

A keretegyezmény megvalósulását szigorú monitorrendszer felügyeli nemcsak nemzeti, de globális szinten is. Ez a rendszer jelenleg a GTSS, azaz a Global Tobacco Surveillance System, amely négy pilléren támaszkodik:

1. GYTS – Global Youth Tobacco Survey,
2. GSPS – Global Scholl Personnel Survey,
3. GHPS – Global Health Professionals Survey,
4. GISTOC – Global Information System on Tobacco Control [1].

A GHPS egy intézményalapú adatgyűjtés általános orvosi, fogorvosi, egészségügyi főiskolai és gyógyszerészi karokon. A vizsgálat adatokat gyűjt a hallgatók dohányzási szokásairól, aktív és passzív dohányzással kapcsolatos tudásanyagot és attitűdöt vizsgál, és elemzi, hogy a hallgatók kapnak-e és milyen mélységű oktatást a dohányzásról való leszokás segítésére.

Hasonló tartalmú kérdőívet töltöttünk ki a Semmelweis Egyetem hallgatóival két alkalommal.

Feltételeztük, hogy a hallgatók dohányzással kapcsolatos ismeretei is gyarapodtak és prevencióhoz hozzáállásuk javult, mivel az elmúlt évek során folyamatosan jelen volt a téma az írott és elektronikus médiában.

Módszer

A vizsgált népesség: a Semmelweis Egyetem negyedéves és frissen végzett, a rezidensi rendszerbe lépett központi gyakornokai.

Mintavétel ideje: 2002–2003-as és a 2004–2005-ös tanév. A preklinikai képzést befejezett hallgatókat negyedév elején a közegészségtan-oktatás során (gyakorlat) kérdeztük meg, a klinikai képzés után pedig a kötelező rezidenskurzusok során értük el őket.

A kérdőív tematikája:

- demográfiai jellemzők és dohányzási szokások;
- a dohányzás egészségkárosító hatásának ismerete;
- prevenció magatartás és attitűd;
- egyetemi oktatás a dohányzásprevenció terén.

Az aktív és passzív dohányzás egészségkárosító hatásának ismeretét tízfokozatú skálán mértük, ahol a tízes értékkel lehetett jelezni a legsúlyosabb egészségkárosító hatást.

A prevencióhoz hozzáállás vizsgálatánál a prevenció tevékenység gyakoriságára kérdeztünk rá egy ötfokozatú skálán, ahol a két szélső érték a soha és a mindig volt.

Az attitűdöt és az oktatással kapcsolatos tényeket, illetve véleményeket a felsorolt állításokra adható válaszokkal mértük (az ötfokozatú skála két szélső értéke az „egyáltalán nem értek egyet”, illetve a „teljesen egyetértek” volt).

Az adatok feldolgozása és elemzése EPINFO- és SPSS-programmal történt.

Eredmények

A kérdőívet a megkérdezett rezidensek 100%-a kitöltötte, a medikusoknak viszont csak 67%-át érték el, de a megkérdezettek mind kitöltötték a kérdőívet (1. táblázat).

A dohányzási prevalencia mindkét alkalommal az országos átlag alatt volt a napi rendszeres dohányzók tekintetében (férfiak 13,6%, illetve 15,1%; nők 9,5%, illetve 9,1%); az alkalmi dohányzók viszont nagyobb arányban voltak jelen a medikusok és rezidensek közt. A 2. táblázat mutatja a hallgatók közt mért dohányzási prevalenciát az azonos korú országos mintához képest [7].

A dohányzással kapcsolatos ismeretek mérése során először azt vizsgáltuk,

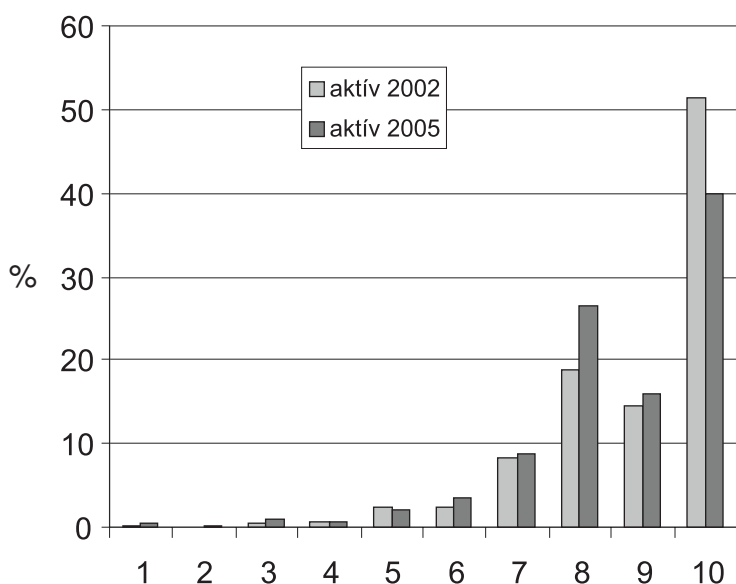
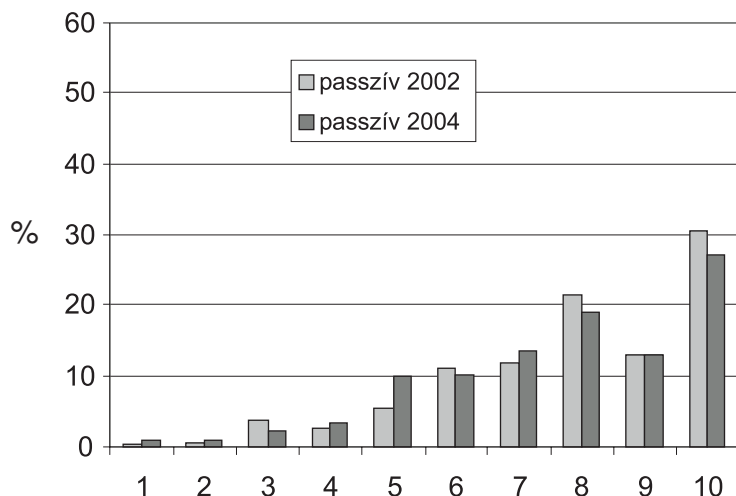
I. táblázat. A vizsgált hallgatók év, évfolyam és nem szerinti megoszlása

Mintavétel éve	Preklinikai képzés után		Klinikai képzés után		Összesen
	férfiak	nők	férfiak	nők	
2002	73	134	81	139	427
2004	59	109	156	250	574
összesen	132	243	237	389	1001

2. táblázat. A hallgatók dohányzási prevalenciája összehasonlítva az országos gyakorisággal a 20–24 évesek korosztályában

Mintavétel éve	Dohányzás jellege	férfiak		nők	
		Egyetemi minta	Országos minta	Egyetemi minta	Országos minta
2002 (7)	Napi dohányos	13,6%	37,8%	9,5%	23,3%
2004	Napi dohányos	15,1%	31,0%	9,1%	16,4%

1. ábra. Az aktív és passzív dohányzás egészségkárosító hatásának megítélése



hogy milyen arányban értettek egyet az állítással, miszerint „A dohányzás az egyik legfontosabb népegészségügyi probléma világszerte”. A 2002-ben kapott 40%-os tökéletes egyetértés aránya 2004-re 51,4%-ra nőtt. A teljes mintán megnéztük, hogy miképp alakul az állítással tökéletesen egyet értők aránya a dohányzó–alkalmi dohányzó–nemdohányzó válaszadók között. A nemdohányzók fele, 51,2% azonosult ezzel az állítással; az alkalmi dohányzók 38,4%-a; míg a rendszeres dohányzóknak csak 27,2%-a.

Az aktív dohányzás egészségkárosító voltát 2002-ben a válaszolók 51,5%-a értékelte 10 ponttal (pontátlag: 8,9); 2004-ben 40,0% (pontátlag: 8,6). Ugyanezek az értékek a passzív dohányzás esetében 2002-ben 30,7% (pontátlag: 7,92), 2004-ben 27,1% (pontátlag: 7,68).

Megnéztük, miképp változik az aktív és passzív dohányzás egészségkárosító hatásának megítélése a dohányzók és nemdohányzók körében: az aktív dohányzást a nemdohányzók 51,0%-a, míg a dohányzóknak csak 27,8%-a értékelte 10 ponttal; a passzív dohányzás egészségkárosító voltát a nemdohányzók 33,2%-a, míg a dohányosok 15,8%-a tartotta a legsúlyosabb egészségkárosító hatásúnak (1. ábra).

A prevenció magatartás vizsgálata során a válaszolók több mint 80%-a

állította mindkét vizsgálatban, hogy rendszeresen rákérdez a páciens dohányzási státuszára. A dohányzó és dohányzással összefüggő betegségben szenvedő betegeknek szintén azonos arányban, 30%-ban adtak rendszeresen leszokási tanácsot. A dohányzó, de dohányzással összefüggő betegségben nem szenvedő betegeknek 2002-ben a válaszolók 15,4%-a, míg 2004-ben 22,7%-a adott leszokási tanácsot. Ez azt jelenti, hogy 2004-ben 7,7-szer nagyobb eséllyel választák a hallgatók, hogy minden alkalommal adnak leszokási tanácsot a dohányzó, de nem beteg páciensnek, mint 2002-ben, összehasonlítva azokkal, akik sosem teszik ezt (OR = 7,68 {4,38 < OR < 13,59, p < 0,05}). Az adatokat a 3. táblázat mutatja.

Az összes választ elemezve azt az eredményt kaptuk, hogy a dohányzó és dohányzással összefüggő betegségben szenvedő betegeknek 2,7-szer nagyobb az esélye arra, hogy leszokási tanácsot kapjanak, mint a még betegségi tüneteket nem produkáló dohányosoknak (OR = 2,68, p < 0,05 {1,84 < OR < 3,9}).

A leszokni akaró betegek 2004-ben majd négyszeres eséllyel számíthatnak arra, hogy gyógyszeres támogatást ajánlanak nekik, 2002-höz képest (OR = 3,79 {2,66 < OR < 5,39}).

A negyedik kérdéscsoport azt vizsgálta, hogy a hallgatók miképp vélekednek az egyetemi képzés alatti dohányzásprevencióval kapcsolatos oktatásról. Azzal az állítással, miszerint „az orvosnak elől kell járnia jó példá-

val, azaz nem dohányozni”, mindkét felmérésben azonos mértékben értettek egyet a válaszadók, azaz 79,4%, illetve 76,9%-ban. Hasonlóan a Global Health Professional Survey eredményeihez a hallgatók 90%-a mindkét vizsgálatban egyetértett azzal, hogy „az orvosoknak sokkal aktívabban kellene a dohányzás hatásairól beszélni a laikusoknak” (GHPS 86,6–99,8%), de az aktív tevékenységet, a betegek meggyőzését a dohányzás egészségkárosító hatásáról csak 55,4%, illetve 61,7% támogatta egyetértésével.

Megnéztük, hogy miképp módosítja a véleményt, ha egyetértettek, illetve nem értettek egyet azzal, hogy a dohányzás az egyik legfontosabb népegészségügyi probléma. Az egyetértők több mint hétszeres eséllyel állították, hogy az orvosnak aktívan részt kell venni a dohányzás elleni harcban (OR = 7,13 {3,16 < OR < 14,95, p < 0,05}), és az aktív tevékenység vállalása esetén is háromszoros az esélyhányados (OR = 3,35, {1,98 < OR < 5,67, p < 0,05}).

Az egyetemi oktatás során a hallgatók 73,4%-a, illetve 74,9%-a szerint nem kapnak elégséges oktatást arról, hogy miképp tudják segíteni a leszokni szándékozó beteget.

Megbeszélés

Hallgatóink közt a dohányzás prevalenciája mind az országos átlaghoz képest, mind a nemzetközi GHPS-ben

eddig szereplő 10 ország egészségügyi felsőoktatásában részt vevő hallgatók prevalenciájához képest kedvezően alakul, de nem elégedhetünk meg ezzel az eredménnyel két okból sem: egyrészt nagyon magas az alkalmi dohányzók aránya, és közülük a későbbi fokozódó stressz hatására rendszeres dohányzó válhat; másrészt a dohányzó hallgatók sokkal kevésbé fogadják el a dohányzás egészségkárosító voltát.

A dohányzást mint világméretben az egyik vezető egészségügyi problémaforrást ismerik és elfogadják a hallgatók, és a vizsgálatból úgy tűnik, ez az egyik pozitív változás a három évvel ezelőtti helyzethez képest. Gondot okoz viszont a dohányzó hallgatók helyzetértékelése, mert a nemdohányzókhoz képest jóval kisebb arányban fogadják el a fenti állítást. Hasonló eredményt kaptak egy litván felmérés során is [8].

Az aktív és passzív dohányzás egészségkárosító hatásának megítélését értékelve nem lehetünk elégedettek. Már a preklinikai kurzusok után lévő hallgatóknak tisztában kell lenniük azzal a ténnyel, hogy a cigarettafüst 4000 különböző vegyi anyagot és ezek között mintegy hatvanféle rákkeltő anyagot tartalmaz, illetve, hogy a rákkeltő anyagoknak nincs biztonságos határértékük.

A prevenció tanácsadás gyakorisága is javuló tendenciát mutat, azaz a még betegségi tüneteket nem produkáló dohányzó is nagyobb gyakorisággal számíthat arra, hogy orvosa javasolni fogja, hagyja abba a dohányzást.

3. táblázat. Prevenció magatartás

Milyen gyakran ...	soha %		néha %		is-is %		rendszeresen %		mindig %		nem válaszolt %	
	2002	2004	2002	2004	2002	2004	2002	2004	2002	2004	2002	2004
...kérdesz rá a dohányzási szokásaira	1,8	1,9	9,9	6,2	5,3	7,0	24,5	27,5	58,4	56,9	0,0	0,5
...adsz leszokási tanácsot, ha a betegnek már diagnosztizált, dohányzás okozta betegsége van?	34,4	24,4	29,1	30,4	6,7	13,1	16,9	18,7	12,2	11,7	0,7	1,7
...adsz leszokási tanácsot a dohányos betegnek, akinek még nincsenek dohányzás okozta tünetei?	45,3	25,9	31,4	32,6	7,4	16,0	13,6	14,8	1,8	7,9	0,5	2,7
...írsz fel (tanácsolsz) leszokást segítő gyógyszert a leszokni akaró betegnek?	74,8	60,3	15,0	14,3	4,6	6,7	3,2	7,4	1,6	7,7	0,7	3,6

Célunk, hogy ennek a tevékenységnek a fontosságát sikerüljön minden hallgatóval elfogadtatni, hiszen ez az ún. minimális intervenciós tevékenység az egyik sarokköve az orvosok szerepének a dohányzás elleni küzdelemben [9, 10, 11].

Szintén biztató változásnak tekinthető az, hogy a hallgatók a leszokás érdekében a gyógyszeres támogatást is nagyobb számban ajánlották fel. Ez pozitív eredmény annak ellenére, hogy a leszokást segítő nikotinpótló készítmények nem kapnak OEP-támogatást, illetve a Zybant érdeklődés hiányában ki is vonták a magyar piacról. Valószínűnek tartjuk, hogy ebben a változásban a média által vetített nikotinpótló terápiás reklámoknak nagy szerepük van.

A hallgatók a Global Health Professional Survey eredményeivel azonos arányban, értettek egyet azzal, hogy az orvosnak sokkal aktívabban kell a dohányzás káros hatásairól beszélni, de amikor a személyes szerepvállalásra kerül a sor, akkor már visszakoznak.

A GHPS-hez hasonlóan a hallgatók mindkét vizsgálatunkban magas arányban állították, hogy az egyetemi képzés alatt szükséges a dohányzás-prevenációs módszerekkel megismerniük és szintén a nemzetközi felmérés eredményeivel közel azonos arányban állították, hogy kapnak megfelelő oktatást.

Javasoljuk, hogy az egyetemi kurrikulumba az egészségügyi felsőoktatás alapszakjainak képesítési követelményeiről szóló hatályos 36/1996 kormányrendeletnek, illetve az Egészségügyi Világszervezet Dohányzásellenőrzési Keretegyezménye előírásainak megfelelően kerüljön kiépítésre egy komplex program, amely magában foglalja a dohányzásaddikció kialakulását, a dohányzás patológiáját, klinikai vonatkozásait, a rászokás megelőzésével és a leszokás segítségével kapcsolatos ismereteket. Emellett javasoljuk, hogy a keretegyezmény magyarországi megvalósítását részletező Dohányzásellenes Nemzeti Akciótervben szerepeljen az oktatás minden szintjén a dohányzással kapcsolatos ismeretanyag.

Összefoglalás

Szerzők a Semmelweis Egyetemen második alkalommal végeztek felmérést a hallgatók között a dohányzásprevenációval kapcsolatban. A négy kérdéscsoportot tartalmazó kérdőívet a 2002–2003-as és a 2004–2005-ös tanévben is kitöltették a hallgatók két csoportjával: egyrészt a preklinikai képzést befejezett hallgatókkal (harmadév végén, negyedév elején), másrészt a klinikai képzés után (a friss rezidensekkel).

Eredményeik:

- A dohányzási prevalencia mindkét alkalommal az országos átlag alatt volt a napi rendszeres dohányzók tekintetében (férfiak 13,6%, illetve 15,1%; nők 9,5%, illetve 9,1%); az alkalmi dohányzók viszont nagyobb arányban voltak jelen a medikusok és rezidensek közt.
- Azzal az állítással, miszerint „világszerte a dohányzás az egyik leg súlyosabb népegészségügyi probléma” 2004-ben teljesen egyetértett a válaszadók 51,4%-a, szemben a 2002-es 40%-kal.
- Az aktív dohányzás egészségkárosító hatásának súlyosságát 1-től 10-ig terjedő skálán 2002-ben 51,5%, míg 2004-ben 40,0% értékelte a maximális 10 ponttal.
- A passzív dohányzás esetében ezek az arányok: 30,7% és 27,1%.
- Az elmúlt két év során nőtt a dohányzó betegeknek leszokási tanácsot rendszeresen adók és a leszokás támogatására gyógyszer ajánlók aránya.
- 74%-ban továbbra is elégtelennek tartják az egyetemi oktatás keretében kapott prevenációs ismereteket.

A szerzők javasolják, hogy a Nemzeti Népegészségügyi Programba tervezzék be az oktatás minden szintjére a dohányzással kapcsolatos ismeretanyagot (általános iskola, középiskola: egészségtan), és a felsőoktatásban mindenki, aki egészségüggyel kapcsolatos képzésben vesz részt, kapjon a törvényi előírásoknak megfelelően egy jól felépített, a kurrikulumon átívelő dohányzásprevenációs oktatási „csomagot”.

Kulcsszavak

Dohányzás, prevenció, oktatás.

Summary

Authors carried out a survey second times among the students of Semmelweis University on the field of smoking-prevention. The questionnaire with four groups of questions was filled by students after the preclinical and clinical courses in the 2002–2003 and 2004–2005 academic years.

Results:

- Smoking prevalence of daily smokers was under the country average in both surveys (2002: male 13,6%, female 9,5%; 2004: male 15,1%, females 9,1%). Prevalence of non-regular smoker was higher than the country average.
- 51,4% of respondents in 2004 agreed the statement, that „Tobacco use is one of the most serious public health problem in the world”. The same rate was 40,0% in 2002.
- On a scale of 1 to 10 the harmful effect of active smoking was marked by 40% of respondents with grade 10 in 2004, and 51,5% in 2002.
- In case of passive smoking this rates were 30,7% and 27,1%.
- During the two years increased the number of students both who advise the patient to quit and advise medication to help quit.
- Only 26% of the all respondents is satisfied with the education of smoking prevention skills.

Authors advise to build up a teaching program which is able to reach all levels of the education into the National Public Health Program. They also advise to teach all students to help smoking cessation at medical-, dental-, pharmaceutical- and nursing faculties.

Keywords

Smoking, prevention, education.

Irodalom

1. F. Musoke, NA. Labib, H. Vrazic, R. Shuperka, A. Lena, A. Ramic-Catak, D. Stojiljkovic, R. Pitarque, Z. Ali, M. Shah, M. Miguel-Baquilod, N. Schneider, H. Richter-Airijoki, C. Audera-Lopez, T. Musa, J-P. Baptiste, T. Butua, F. El-Awa, H. Nikogosian, K. Schotte, A. Peruga, K. Rahman, B. Fishburn, J. Santos: Tobacco use and cessation counseling – global health professionals survey pilot study, 10 countries, 2005 MMWR, 2005. 54. 5005–509.
2. Framework Convention on Tobacco Control: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data ISBN 92 4 159101 3
3. Sima Ágnes, Pikó Bettina, Simon Tamás: Orvosegyetemi hallgatók pszichés egészségének és egészségkárosító magatartásának epidemiológiai vizsgálata. Orvosi Hetilap, 2004. 145.123–129.
4. Simon Tamás: Az orvosok és az egészségügyben dolgozók lehetőségei és felelőssége a dohányzás visszaszorításában. Hippocrates, 2004. VI. 81–84.
5. Spangler JG., George G., Foley KL. At all: Tobacco intervention training: current efforts and gaps in US medical schools. JAMA, 2002. 288. 1102–9.
6. Geller AC., Zapka J., Brooks KR. At all: Tobacco control competencies for US medical students. Am J Public Health, 2005. 95. 950–5.
7. Antmann K., Oroszi B., Oszlár J. et al.: Reprezentatív egészségfelmérés 2001–2002 – Jelentés a dohányzásról. Med Univ 2005. XXXVIII. 29–36.
8. Veryga A., Stanika T.: Smoking habits, attitudes and smoking cessation among sixth-year medical students of Kaunas University of Medicine. Medicina, 2005. 41. 607–13.
9. Vadász I., Antmann K.: A dohányzás abbahagyását segítő, bizonyított módszerek. KM 2004. VIII. 10–13.
10. Vadász I.: Foglalkozzon-e a háziorvos betegei dohányzásával? Medicus Anonymus 2001. 9. 31–34.
11. Gyenes M., Balázs P.: Alapellátó orvosok, egészségügyi szakdolgozók szerepe a dohányzásról való leszoktatásban. Med Univ 2003. XXXVI. 155–161.

Ifjúságmagatartás-kutatás Békés megyében – 2004

Pikó Bettina*, Klembucz Erzsébet**,
Sinyiné Nagy Éva **, Tarkóné Strifler Anita**

* Szegedi Tudományegyetem, Pszichiátriai Klinika, Magatartástudományi Csoportja, Szeged

** ÁNTSZ Békés Megyei Intézete, Békéscsaba

Bevezetés

Az ifjúság egészségi állapota kiemelt népegészségügyi prioritás [1, 2]. A legfontosabb, egészségi állapotot meghatározó magatartási és életmódbeli elemek gyermek- és serdülőkori mintákhoz kötődnek. Az egészségfejlesztésre ebben az életkorban sokkal inkább fogékonyak az egyének, mint később. A legfőbb cél az egészségtudatosság erősítése, amely hozzájárulhat a káros egészség-magatartási minták rögzüléséhez [3]. A dohányzás, az alkoholfogyasztás és a drogkipróbálás leggyakrabban a középiskolás populációban fordul elő, s ez a tendencia sajnálatos módon egybeesik a prevencióban szerepet játszó magatartásformák, így például a sportolás gyakoriságának csökkenésével [3, 4].

Ahhoz, hogy az egészségfejlesztési programokat hatékonyan tudjuk tervezni, szükség van az egészség-magatartási formák folyamatos monitorozására [5, 6, 7]. Ezekből a felmérésekből megtudhatjuk, milyen időbeli trendek és helyspecifikus sajátosságok fordulnak elő, illetve hogy bizonyos szociodemográfiai változók szerint milyen megoszlási variánsok jellemzőek [8]. A nemek szerinti különbségek rámutatnak a fogyasztási szokásokra, ugyanakkor a trendek felhívják a figyelmet a lányok növekvő részvételére az egészségkárosító magatartásformákban [9]. A másik változó, amely az egészség-magatartást jelentősen befolyásolja, a középiskola típusa. Korábbi vizsgálatainkban a szakmunkástanulók fokozott veszélyeztetettségét

találtuk [10]. Ez összefügg gyengébb tanulmányi eredményükkel, de a nagyobb önállóságukkal és az intenzívebb kortárshatással is.

Vizsgálatunk célja, hogy a 2004-es dél-alföldi ifjúságmagatartás kutatás részeként a Békés megyei adatbázis felhasználásával elemezzük a fiatalok legfontosabb egészség-magatartási spektrumát, azaz az egészségkockázati és a preventív egészség-magatartási formák elterjedtségét. A régió kutatási céljain túl a feldolgozás során vizsgáltuk az iskolai környezet (iskolátípus), a nem és a társadalmi helyzet hatását is.

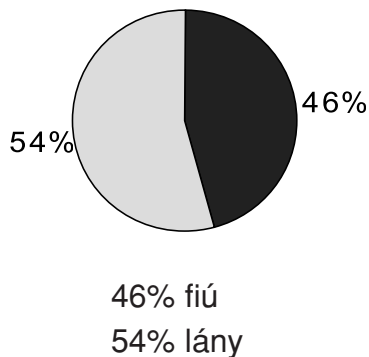
Minta és módszer

Felmérésünket 2004-ben végeztük Bács-Kiskun, Békés és Csongrád megyei középiskolások körében (14–21 év), egy dél-alföldi régióra reprezentatív mintán. Az 1200 kérdőívből 1114 volt értékelhető, így a válaszadási arány 92%-os volt. A tanulók átlagéletkora 16,5 év (szórás: 1,3) volt. A válaszadók 39,9%-a fiú (444 fő), 60,1%-a pedig lány (670 fő) volt. Az adatgyűjtéshez önkéntes kérdőíves módszert alkalmaztunk, amelynek legfontosabb célja volt feltérképezni a dél-alföldi régió ifjúságának mentális egészségét, egészségtudatosságát, egészség-magatartását és az ezeket befolyásoló pszichoszociális tényezők rendszerét. A kérdőív a szociodemográfiai tényezőkön túl kiterjedt a fiatalok egészségi állapotára, pszichoszociális státuszára, életcéljaira, értékorientációira, káros-

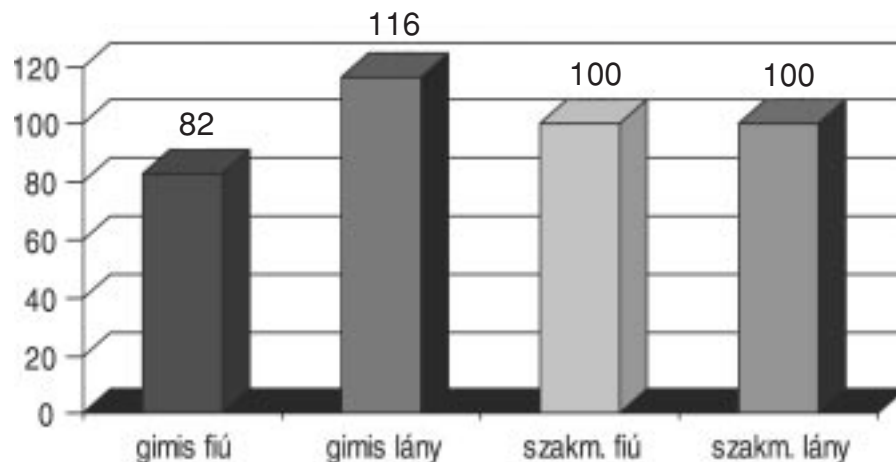
és preventív egészség-magatartására, szabadidős tevékenységeire, depresszív tüneteire, illetve az étellel való elégedettségére is.

Az egészség-magatartási formák előfordulási gyakoriságát az elmúlt 3 hónapra vonatkoztatva vizsgáltuk a következő kérdésekkel [3, 11]: „Az elmúlt 3 hónapban mennyit dohányoztál?”. A megkérdezetteknek egy 6 fokú skálán kellett értékelniük egészség-magatartásukat. A válaszlehetőségek a következők voltak: 0 = Még soha nem dohányoztam; 1 = Már kipróbáltam, de az elmúlt 3 hónapban nem; 2 = Csak néhányszor; 3 = Rendszeresen, 1–2 szálát naponta; 4 = Rendszeresen, 3–10 szálát naponta; 5 = Rendszeresen, 10–20 szálát naponta; 6 = Rendszeresen, > 20 szálát naponta. „Az elmúlt 3 hónapban milyen gyakran fogyasztottál alkoholt?”. Ennél a kérdésnél egy 5 fokú skála állt a megkérdezettek rendelkezésére: 0 = Még soha nem ittam; 1 = Már kipróbáltam, de az elmúlt 3 hónapban nem; 2 = Párszor; 3 = Néhányszor; 4 = Gyakran (kb. minden héten); 5 = Rendszeresen (legalább kétszer hetente). „Az elmúlt 3 hónapban milyen gyakran fogyasztottál valamilyen drogot?”. A válaszlehetőségek a következők voltak: 0 = Még soha nem próbáltam; 1 = Már kipróbáltam, de az elmúlt 3 hónapban nem; 2 = Egyszer-kétszer; 3 = Néhányszor; 4 = Gyakran, 5 = Rendszeresen (kb. minden héten). „Az elmúlt 3 hónapban milyen gyakran vettél részt erős, legalább fél óráig tartó fizikai aktivitásban?”. Ennél a kérdésnél is 5 fokozatú skálát alkalmaztunk:

1. ábra. A nemek szerinti megoszlás a mintában



2. ábra. Nemek szerinti megoszlás iskolatípusonként



0 = Soha; 1 = Egyszer-kétszer; 3 = Havonta kétszer-háromszor; 4 = Hetente egyszer-kétszer; 5 = Hetente háromszor-négyszer. „Az elmúlt 3 hónapban milyen mértékben figyeltél oda az étkezésedre, azaz próbáltál egészségesen táplálkozni?”. 1 = Egyáltalán nem; 2 = Egy kissé; 3 = Időnként, 4 = Legtöbbször; 5 = Mindig.

Békés megyéből 400 fő töltött ki kérdőívet. Összesen 399 kérdőívet (99,75%) tudtuk az elemzésbe bevinni. Nemi hovatartozás szerint 216 lány (54%) és 183 fiú (46%) adott választ (1. ábra).

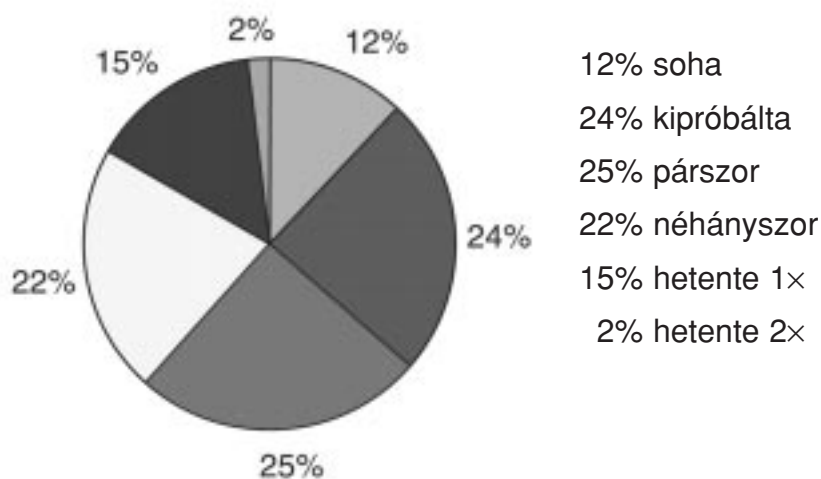
Az iskolatípus szerint a gimnáziumban tanulók száma: 199 fő (49,9%), szakmunkásképzőbe járók száma: 200 fő (50,1%) volt (2. ábra). A gimnázis-

ták vidéki kisváros középiskoláiban (Békés, Gyula) tanultak, míg a szakmunkástanulók valamennyien megyeszékhelyi iskolák diákjai voltak (Békéscsaba három tanintézete).

Eredmények

Az alkoholfogyasztás gyakorisága
Soha nem fogyasztott még alkoholt 48 fő, azaz a minta 12%-a. Kipróbálta már 97 fő (24%), párszor fogyasztott 100 fő (25%), néhányszor fogyasztott alkoholt az elmúlt három hónapban 87 fő (22%). A gyakori fogyasztás aránya, amely azt jelentette, hogy kb. minden héten fogyasztott alkoholt, a megkérdezettek közül 58 fő (15%).

3. ábra. Alkoholfogyasztás gyakorisága a mintában

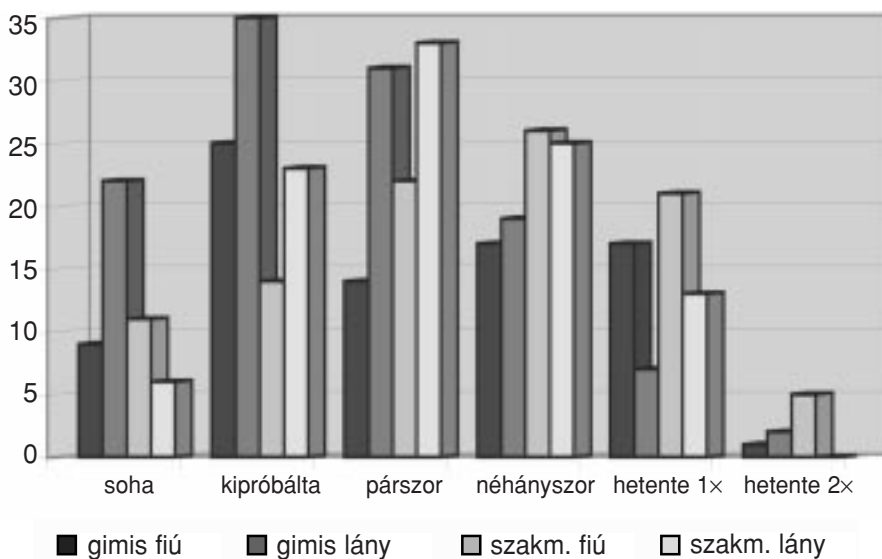


Rendszeresen, hetente legalább kétszer fogyasztott alkoholt 8 fő (2%). Összefoglalóan megállapíthatjuk, hogy a legtöbben a „párszor” kategóriába estek (100 fő = 25%). A legkevesebben azok voltak, akik rendszeresen, hetente legalább kétszer fogyasztottak alkoholt (3. ábra).

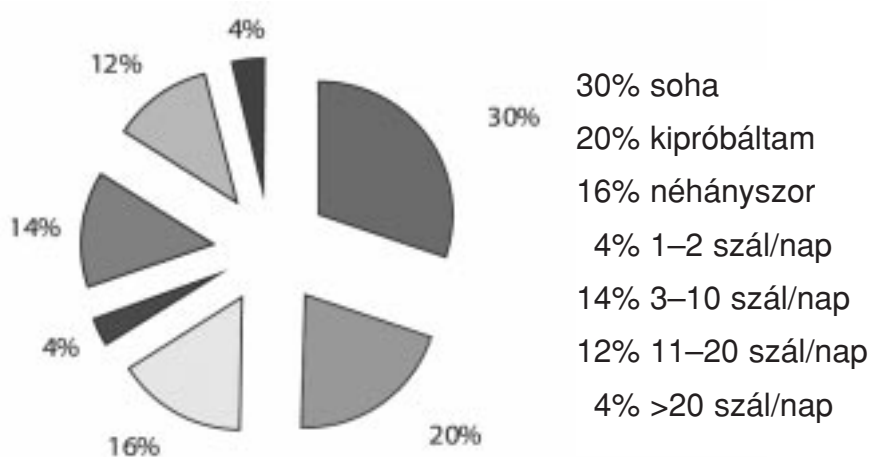
Az alkoholfogyasztás előfordulását nemenkénti és iskolatípusonkénti bontásban a 4. ábra szemlélteti. A gimnazista lányok között voltak a legtöbben

(22 fő = 5,5%), akik még soha nem fogyasztottak alkoholt, de közöttük voltak a legtöbben azok is, akik (35 fő = 8,8%) már kipróbálták azt. A legtöbben a szakmunkástanuló lányok között voltak, akik (33 fő = 8,3%) párszor éltek ezen szer fogyasztásával. Néhányszor (26 fő = 6,5%), ill. kb. minden héten (21 fő = 5,3%) a szakmunkástanuló fiúk italoztak. Szintén közöttük találhatóak azok is, akik (5 fő = 1,2%) rendszeresen, legalább kétszer isznak alkoholt hetente.

4. ábra. Alkoholfogyasztás nemenként és iskolatípusonként



5. ábra. Dohányzás előfordulása a mintában



A dohányzás gyakorisága

A dohányzás előfordulását a mintában az 5. ábra mutatja be. Még soha nem gyújtott rá 119 fő (30%). Már kipróbálta, de az elmúlt három hónapban nem dohányzott 81 fő (20%). Csak néhányszor gyújtott rá 63 fő (16%). A rendszeres dohányzók aránya a következőképpen alakult: rendszeresen, 1-2 szálát szívott el naponta 15 fő (4%), 3-10 szálát szívott el naponta 56 fő (14%), 11-20 szálát szívott el naponta 49 fő (12%), és végül több mint 20 szálát szívott el naponta 15 fő (4%). E statisztikai adatok birtokában elmondhatjuk, hogy a megkérdezettek fele nem dohányzik, és rendszeres dohányosnak mondható 120 fő (34%). Alkalmi dohányosnak minősül 63 fő (16%).

A dohányzás nemenkénti és iskolatípusonkénti megoszlását a 6. ábra szemlélteti. A gimnazista lányok között voltak a legtöbben, akik soha nem gyújtottak rá (43 fő = 10,8%), de közöttük voltak azok is, akik már kipróbálták a dohányzást (25 fő = 6,3%), ill. akik naponta 1-2 szál cigarettát szívtak el (6 fő = 1,5%). A legtöbb rendszeresen dohányzó a szakmunkástanuló fiúk között volt (49 fő = 12%). A rendszeresen dohányzóknak az utolsó három kategóriába esőket tekintettük.

A drogfogyasztás gyakorisága

Az illegális drogfogyasztásra jellemző adatokat a 7. ábra tartalmazza. A mintából 322 fő, azaz 80% még soha nem fogyasztott drogot, 46 fő (12%) azonban már kipróbálta, egyszer-kétszer már kipróbálta 13 fő (3%), néhányszor kipróbálta már 6 fő (2%), gyakran nyúl droghoz 3 fő (1%). Rendszeres drogfogyasztónak vallja magát a megkérdezettek közül 8 fő (2%).

A nemenkénti és iskolatípusonkénti megoszlást a 8. ábra mutatja be. A gimnazista lányok között voltak a legtöbben, akik még soha nem próbálták ki a drogot (110 fő = 27,6%). A szakmunkástanuló fiúk között voltak a leg-

többen, akik már kipróbálták a drogot, de az elmúlt három hónapban nem fogyasztották azt (21 fő = 5,3%). Ugyancsak a szakmunkástanuló fiúk között található az a 6 fő (1,5%), aki rendszeres drogfogyasztónak vallotta magát. Sajnos szintén közöttük vannak azok is, akik néhányszor (5 fő = 1,3%), valamint gyakran (2 fő = 0,5%) fogyasztottak valamilyen drogot. Sajnálatos az is, hogy 2 szakmunkástanuló lány (0,5%) is rendszeres kábítószer-fogyasztónak vallotta magát.

Fizikai aktivitás

A fizikai aktivitással kapcsolatos gyakorisági megoszlásokat a 9. ábra szemlélteti. Örvedetes módon a diákok 41%-a (168 fő) vett részt hetente 3 vagy több alkalommal legalább fél óráig tartó fizikai aktivitásban. Sajnos 4%-uk (16 fő) egyáltalán nem végzett ezen időszak alatt semmiféle fizikai tevékenységet.

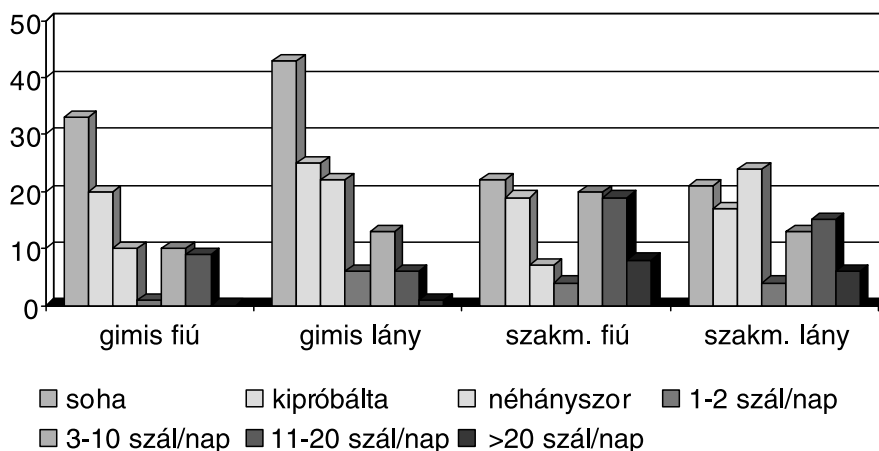
Nemenként és iskolatípusonként vizsgálva a fizikai aktivitást (10. ábra), a következő tendenciák figyelhetők meg. Minden csoportban található olyanok, akik fizikai aktivitást, nemtől és iskolatípustól függetlenül, soha nem végeztek a kérdéses időszakban. Megállapítható, hogy a fiúk többet mozognak, mint a lányok. A gimnazista fiúk közül 47 fő (11,81%), a szakmunkástanuló fiúk közül 52 fő (13%) mozgott hetente 3 vagy több alkalommal, több mint fél órát.

Táplálkozáskontroll

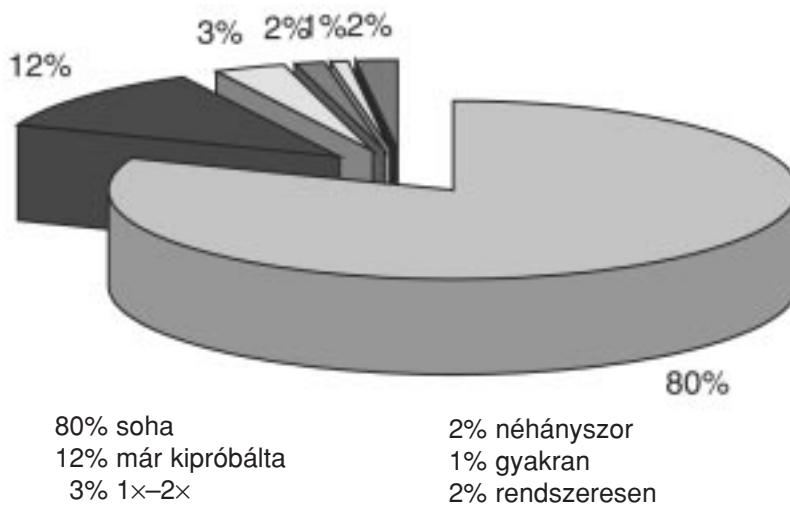
A táplálkozásra való tudatos odafigyelés megalapozza az egészséges táplálkozást. A mintából 90 fő (23%) egyáltalán nem táplálkozik egészségesen saját bevallása szerint, 34 fő (9%) viszont mindig odafigyel az egészséges táplálkozásra. Alkalmanként 270 fő (68%) figyel oda arra, hogy mit eszik (11. ábra).

Nemenként és iskolatípusok szerint elemezve az adatbázist, jelentős eltérések figyelhetők meg (12. ábra).

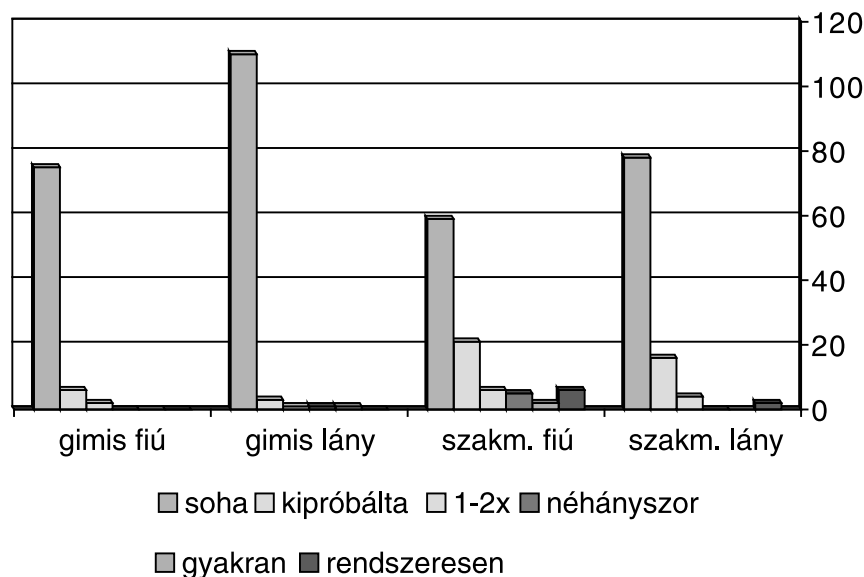
6. ábra. Dohányzás gyakorisága nemenként és iskolatípusonként



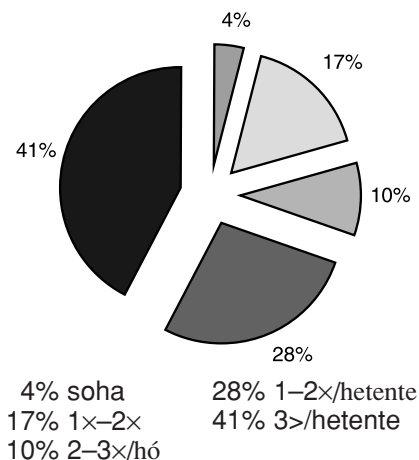
7. ábra. Drogfogyasztás előfordulása a mintában



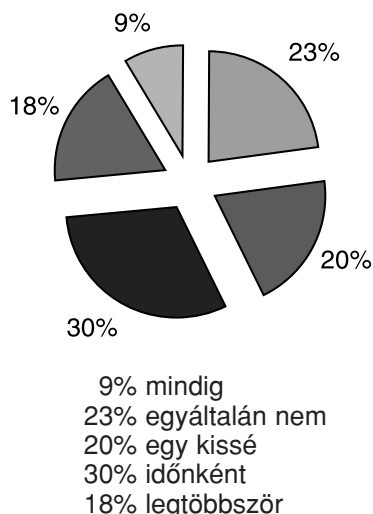
8. ábra. Drogfogyasztás nemenként és iskolatípusonként



9. ábra. Fizikai aktivitás a mintában



11. ábra. Táplálkozáskontroll a mintában

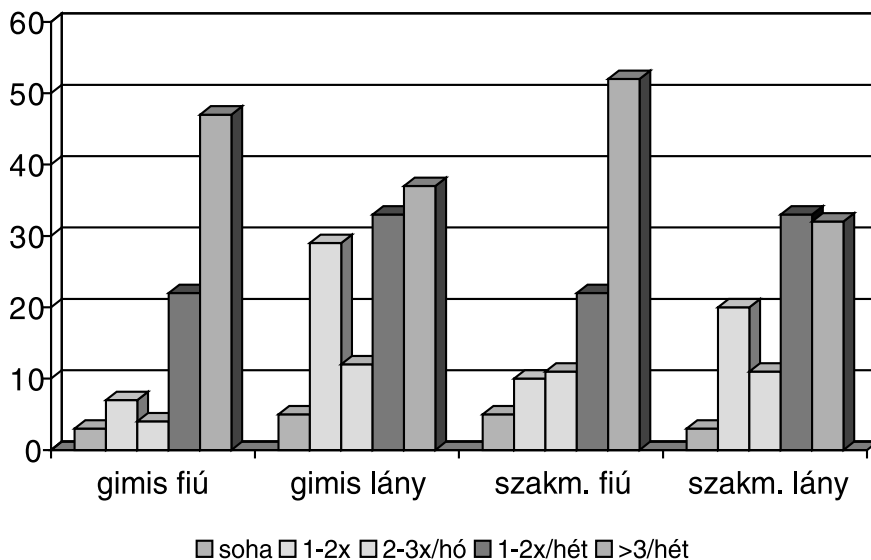


Akik egyáltalán nem foglalkoznak az egészséges táplálkozással, azok a szakmunkástanuló fiúk (27 fő = 6,8%). Akik viszont mindig odafigyelnek az egészséges táplálkozásra, azok a gimnazista lányok (11 fő = 2,8%). Ugyancsak a gimnazista lányok között voltak azok is, akik időnként odafigyeltek a táplálkozásukra (83 fő = 21%).

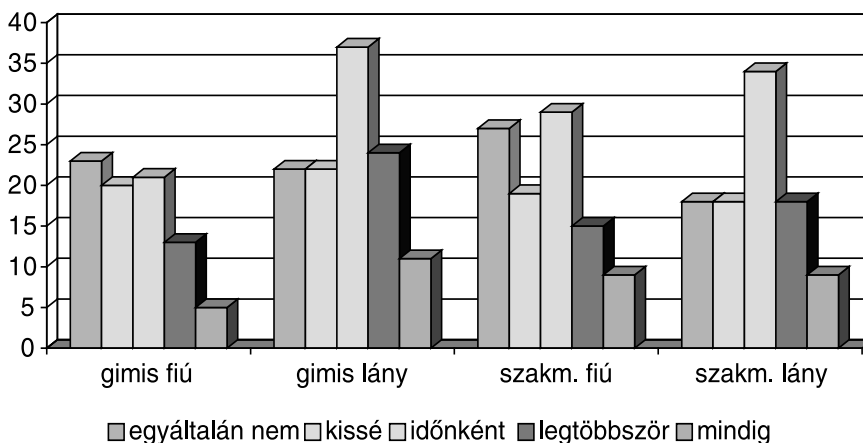
Káros szenvedélyek és a társadalmi rétegződés

Vizsgáltuk azt is, hogy lehet-e szerepe a „káros szenvedéllyel való élés” és az anyagi helyzetet jellemző társadalmi rétegződés között (13–19. ábra). Szig-

10. ábra. Fizikai aktivitás nemenként és iskolatípusonként



12. ábra. Táplálkozáskontroll nemenként és iskolatípusonként



nifikáns összefüggést, ill. magyarázatot a Békés megyei szélsőséges viselkedésre nem találtunk. Jelen vizsgálat nem támasztja alá azon feltételezésünket, hogy a rendszeresen káros szenvedélyhez nyúlók gazdagabb vagy szegényebb társadalmi rétegbe tartoznának.

Következtetések

Jelen felmérés célja az volt, hogy a dél-alföldi ifjúságkutatás részeként elemezzük a Békés megyei fiatalok egészség-magatartását. A szakirodalom kiemelt prioritásként kezeli a fiatalok egészséggel kapcsolatos magatartásának monitorozását [6, 7, 8],

illetve a megelőzés lehetőségeinek alkalmazását [1, 2, 5]. Korábbi vizsgálatok felhívják a figyelmet a nem és az iskolatípus szerinti elemzések fontosságára, mivel ezek a szociodemográfiai változók jelentős hatással vannak a magatartásformák gyakoriságára [6, 7, 9, 10].

Az adatok alapján az állapítható meg, hogy Békés megyében valamennyi káros szenvedély előfordulására jellemző a szélsőség. Ez a gyakorlatban azt jelenti, hogy jelentős azoknak a száma, akik nem élnek egyetlen káros szenvedéllyel sem, ugyanakkor számottevő azok száma is, akik hetenkénti gyakorisággal hódolnak valamilyen káros szenvedé-

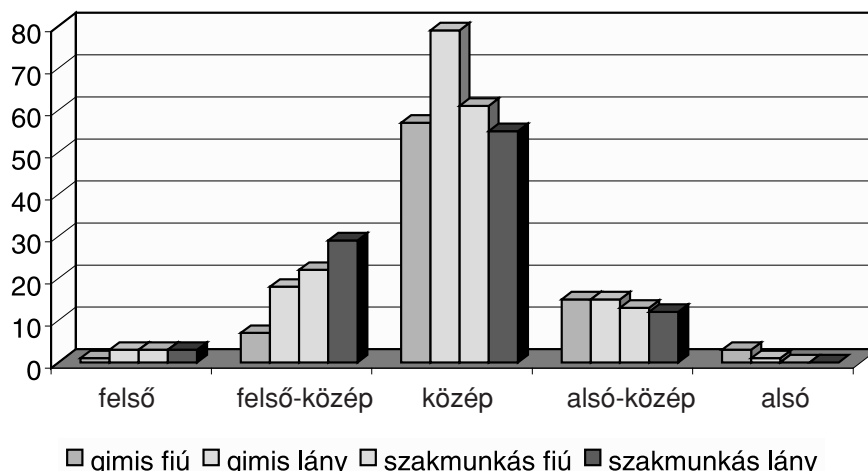
lyüknek. Az iskolatípus szerinti veszélyeztetettség ebben az esetben is igazolható: a szakmunkástanulóknál magasabb a kockázati magatartás előfordulása és a kockázatkeresés iránti igény. Hozzá kell tenni azonban, hogy amennyiben településtípusonként is megvizsgáltuk a gyakorisági megoszlásokat, a kisebb városokban kevésbé fordul elő a drogfogyasztás, tehát tipikusan nagyvárosi jelenségnek tekinthető. A prevenciót szolgáló egészség-magatartás vonatkozásában ki kell emelni a sportolás jelentőségét, annál is inkább, mert a középiskolásokban a fizikai aktivitás mennyisége csökkenő tendenciát mutat [4]. A megyei adatokat elemezve az állapítható meg, hogy a mozgásszegény életmód még ezt a korcsoportot nem veszélyezteti; a fiatalok szeretnek mozogni. Ebben az is szerepet játszik, hogy Békés megyében sok füves pálya van, valamint többféle sportnak van hagyománya; felkészült, szinte fanatikus edzők és szülők vannak, akiknek fontos a fiatalok egészsége (például Hungarotel TC Női Tornaklub, NB I-es Női Futball Klub, atléták, hosszútávfutók, salakmotorosok, úszók, küzdősportok, táncklubok stb.). Az egészséges táplálkozásra viszont aránylag kevesen és rendszertelenül figyelnek oda, s e tekintetben az iskolatípus és a nem sem meghatározó.

Eredményeink fontos adatbázist képeznek a regionális egészségfejlesztési programok kialakításához. Igen fontosnak tartjuk az egészség-magatartási formák komplex kezelését, azaz komplex egészségtudatosságfejlesztő tréning tervezését, amely egyszerre koncentrálna a káros magatartási formák megelőzésére, valamint az egészségtudatos elemek (sportolás, táplálkozáskontroll) erősítésére. Ez utóbbi különösen kiemelt figyelmet érdemel Békés megyében.

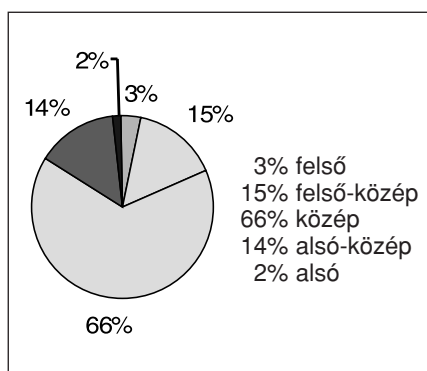
Összefoglalás

Jelen tanulmány célja, hogy a 2004-es Dél-alföldi Ifjúságkutatás részeként a Békés megyei adatbázis felhasználá-

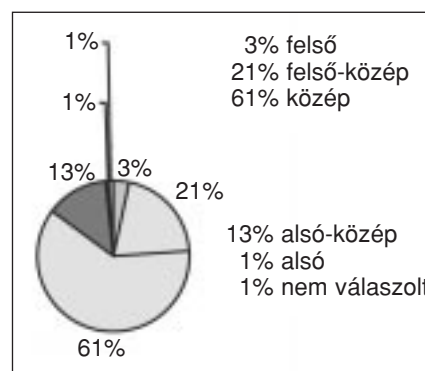
13. ábra. Társadalmi rétegbe sorolás



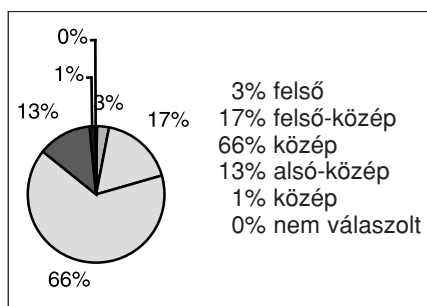
14. ábra. Nemdohányzók társadalmi rétegződése



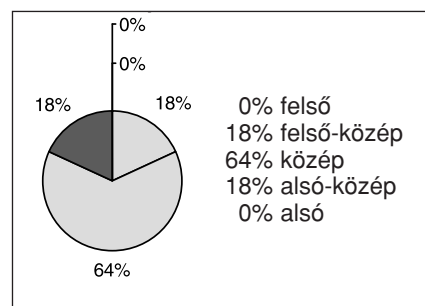
15. ábra. Rendszeresen dohányzók társadalmi rétegződése



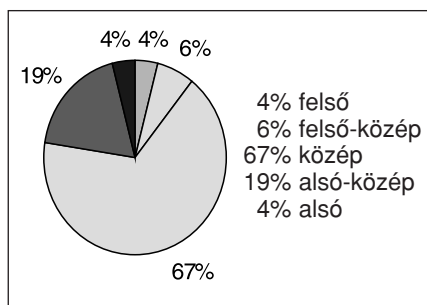
16. ábra. A soha nem drogozók társadalmi rétegződése



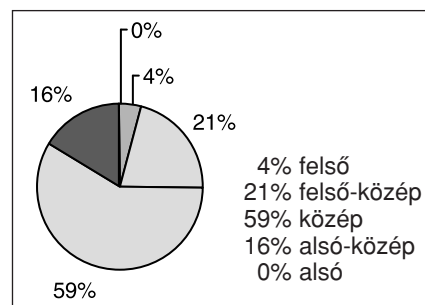
17. ábra. A gyakran, rendszeresen drogozók társadalmi rétegződése



18. ábra. A soha nem ivók társadalmi rétegződése



19. ábra. A gyakran, rendszeresen ivók társadalmi rétegződése



sával elemezzük a fiatalok legfontosabb egészségmagatartási spektrumát, azaz egészségkockázati és a preventív egészség-magatartási formák elterjedtségét. A régió kutatási céljain túl a feldolgozás során vizsgáltuk az iskolai környezet (iskolatípus), a nem és a társadalmi háttér hatását is. A mintát 400 középiskolás fiatal alkotta, összesen 399 kérdőívet (99,75%) tudtunk az elemzésbe bevonni. Nemi hovatartozás szerint 216 lány (54%) és 183 fiú (46%) adott választ. Az adatok alapján megállapíthatjuk, hogy Békés megyében valamennyi káros szenvedély előfordulására jellemző a szélsőség, azaz jelentős azoknak a száma, akik nem élnek egyetlen káros szenvedéllyel sem, ugyanakkor számottevő azok száma is, akik hetenkénti gyakorisággal hódolnak valamilyen káros szenvedélyüknek, függetlenül attól, hogy anyagi szempontból milyen társadalmi rétegbe tartozónak sorolták magukat. Az iskolatípus szerint a szakmunkásképzős fiatalok veszélyeztetettebbek. A fizikai aktivitás tekintetében a fiatalok magatartása kedvező, ugyanakkor táplálkozásukra nem kellő mértékben figyelnek oda.

Kulcsszavak

Egészség-magatartás, nemek, iskolatípus, régió.

Summary

The main goal of the present study has been to analyze the spectrum of health compromising and health enhancing behaviors of youth living in Békés County, in the frame of the Southern Plain Youth Study. Beyond analyzing the region, we also aimed at detecting the role of school environment (the

type of schooling), gender and socioeconomic status background. The sample consisted of 400 questionnaires, among which 399 (99.75%) were suitable for the analysis. In the sample there were 216 (54%) females and 183 (46%) males. Based on the analyses it can be concluded that a great range of occurrence is characteristic of Békés County, namely, a great number of students abstain from harmful habits but also a great number of them regularly use some type of harmful substances on a weekly basis regardless their social status background. According to the type of schooling, those attending apprenticeship showed the greatest level of risk. In terms of physical activity, youth reported rather favorable behaviors, however, their diet control is inadequate.

Keywords

Health behavior, gender, the type of schooling, region.

Irodalom

1. Stewart-Brown, S.: Promoting health in children and young people: Identifying priorities. *Journal of Royal Society of Health*, 125, 61–62. 2005
2. Licence, K.: Promoting and protecting the health of children and young people. *Child: Care, Health and Development*, 30, 623–635. 2004
3. Pikó, B.: Egészségtudatosság serdülőkorban. Akadémiai Kiadó, Budapest, 2002
4. Kimm, S.Y.S., Glynn, N.W., Kriska, A.M., Fitzgerald, S.L., Aaron, D.J., Similo, S.L., McMahon, R.P., Barton, B.A.: Longitudinal changes

in physical activity in a biracial cohort during adolescence. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 32, 1445–1454. 2000

5. Simon T.: Az egészség-magatartás befolyásolása az egészségneveléstől az egészségmegőrzésig. In: Aszmann A. (szerk.): Serdülők egészségi állapota, egészség-magatartása. Új-Aranyhíd Kft., 1995
6. Aszmann A. (szerk.): Iskolás korú gyermekek egészség-magatartása. Országos Gyermekesetegységügyi Intézet, Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, Budapest, 2003.
7. Jovic-Vranes, A.S., Vranes, B., Marinkovic, J., Cucic, V.: Adolescent substance abuse, the importance of family, school and peers: data from the health behaviour in school children. *Sozial- und Präventivmedizin*, 50, 119–224.
8. Pikó B., Burg K.-né: A felmérési eredmények jelentősége egy középiskola egészségfejlesztési stratégiájának kialakításában. *Egészségnevelés*, 42, 101–105. 2001
9. Malatestinic, D., Micovic, V., Kendel, G., Baricev-Novakovic, Z.: Assessment of psychological and social factors in adolescents' risk behavior: Questionnaire study. *Croatian Medical Journal*, 46, 81–87. 2005
10. Pikó B.: Középiskolások veszélyeztetettsége iskolatípus szerint: A korai önállósodás csapdája? *Egészségnevelés*, 44, 57–64. 2003
11. Luszczynska, A., Gibbons, F.X., Pikó, B.F., Teközel, M.: Self-regulatory cognitions, social comparison, and perceived peers' behaviors as predictors of nutrition and physical activity: A comparison among adolescents in Hungary, Poland, Turkey, and USA. *Psychology and Health*, 19, 577–593. 2004

Lakossági gyógyszerismeret és gyógyszerzedési szokások

Huszárné Kürti Éva

ABBOTT Laboratories Kft.

A lakosság öngyógyítási stratégiájában egyre nagyobb szerepet kap az öngyógyszerezés gyakorlata, amely elsősorban a láz- és fájdalomcsillapítás terén lehet indokolt. Vitatkozhatunk róla, hogy mennyire helyes vagy helytelen ez a gyakorlat, a folyamatot nem tudjuk megállítani, megfelelő ismeretekkel azonban minimálisra csökkenthető a kockázat. A lakosság gyógyszerzedési szokásairól átfogó képet kapunk, ha megvizsgáljuk a házipatikák összetételét és változását. A házipatikák változásáról az 1967 és 1999 közötti időszakban találtam közleményeket. A publikációk, amelyek összetételében is elemzik az otthon tartott gyógyszereket, prof. dr. Simon Tamás és munkatársai vizsgálatait tartalmazzák. A házipatikákban található készítmények száma folyamatosan nő, egyre többféle gyógyszert, valamint egyre több OTC-szert tartalmaznak.

Az alábbi vizsgálat arra irányult, hogy elsősorban a láz- és fájdalomcsillapítás esetén az emberek milyen gyógyszereket használnak, ismerik-e a mellékhatásaikat, valamint rendelkeznek-e néhány alapvető ismerettel, amely biztonságosabbá teheti a gyógyszerhasználatot.

A vizsgálat kérdőív segítségével történt, amelyet a kérdeztettek önállóan töltöttek ki. 187 fő adott értékelhető választ. A vizsgált minta az ország különböző pontjairól származik, nagyrészt azonban Budapest, Esztergom és Dorog környékéről. Átfogó képet adhat a lakosság ismereteiről, reprezentatívnak azonban nem tekinthető.

Miután a vizsgálatban résztvevők kitöltötték a kérdőívet, kaptak egy tájékoztatót, amelyben választ kaptak a feltett kérdésekre is (Melléklet).

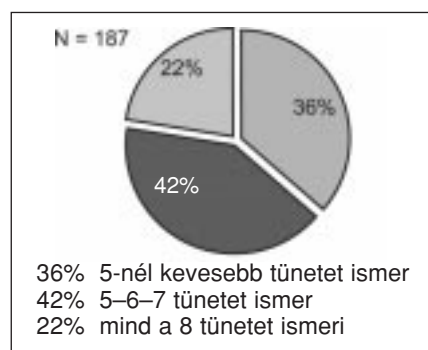
Az első kérdés arra keresi a választ, hogy *milyen mértékben ismerik az emberek azokat a tüneteket, amelyek jelentkezése esetén feltétlenül orvoshoz*

kell fordulni. Az öngyógyszerezés kapcsán azért tartom fontosnak ezt a kérdést, mert vannak olyan tünetek, amelyek súlyos betegség jelei és otthoni kúrával csak ártunk és késleltetjük a kezelést. Az alábbi tünetek leggyakrabban daganatos betegségekhez társulnak, amelyek tekintetében élen járunk a nemzetközi mezőnyben. *A gyógyulás esélye annál nagyobb, minél korábbi stádiumban fedezik fel a betegséget.* 8 tünetet soroltam fel, és megkértem a vizsgálatban résztvevőket, válasszák ki azokat, amelyek észlelésekor azonnal orvoshoz kell fordulni. A megkérdezett 187 főből 68-an (36,4%) kevesebb mint 5 tünetet tartottak fontosnak. 7 és 5 közötti tünetet 77 fő (41,2%) választott, csupán 42 fő (22,5%) jelölte meg mind a 8 tünetet. (1. sz. ábra)

A kapott eredmény igen fontos az egészségnevelés szempontjából, mivel a daganatos betegségek prevenciójában a szűrővizsgálatok mellett nagy jelentősége van az emberek tájékozottságának, amely segíti, hogy időben szakember segítségét kérjék. A fenti számok azt mutatják, hogy a lakosság *nem rendelkezik megfelelő ismeretekkel.*

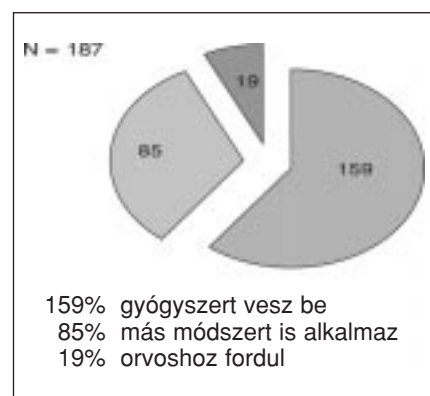
A második kérdésben arra kerestem a választ, mit tesznek az emberek láz esetén. Mivel a lázcsillapítás az egyik

1. ábra. Súlyos betegségre utaló 8 tünet ismertsége a vizsgált populációban



indokolt területe az *öngyógyszerezésnek,* kíváncsi voltam, milyen mértékben élnek ezzel az emberek, illetve milyen gyakran keresik fel a szakembert. A nyitott kérdésre kapott válaszokat 3 csoportba soroltam. A válaszok száma több mint a megkérdezetteké, mivel volt, aki több lehetőséget is felsorolt. A csoportok a következők: 1. gyógyszert vesz be; 2. orvoshoz megy; 3. egyéb módszert alkalmaz (ide soroltam a borogatást, pihe-nést, gyógyteát, hűtőfürdőt).

2. ábra. Orvoshihoz fordulás és egyéb módszerek alkalmazása a vizsgált populációban



A 2. ábra az összesített adatokat szemlélteti, amely *egyértelműen cáfolja azt a feltételezést,* hogy láz esetén az emberek azonnal orvoshoz fordulnak.

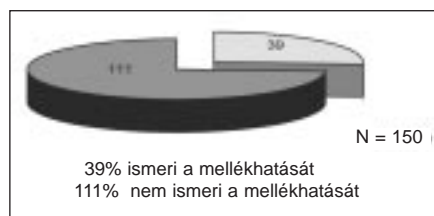
Mint az ábrán is látható, az emberek 85%-a (159 fő) gyógyszert vesz be, 41%-uk (85 fő) más módszert (vagy más módszert is) alkalmaz, csupán 10,2% (19 fő) fordul azonnal orvoshoz, tehát a lázcsillapítók használata valóban jelentős az öngyógyszerezés kapcsán.

A harmadik, szintén nyitott kérdés arra irányult, *milyen lázcsillapítót használnak az emberek, tartanak-e otthon belőle és ha igen, milyen mellékhatásait ismerik.*

Erre a kérdésre 163 fő adott választ, közülük 13 fő nem tart otthon lázcsillapítót.

A többiek – 150 fő – tartanak otthon, de közülük mindössze 39 fő (26%) ismeri az adott gyógyszer mellékhatásait.

3. ábra. A használt lázcsillapítók mellékhatásainak ismerete



A válaszokban szereplő gyógyszerek 3 gyógyszeres csoportba tartoznak:

1. Pirazonok; 2. Paracetamol tartalmú gyógyszerek; 3. Egyéb nonsteroidok

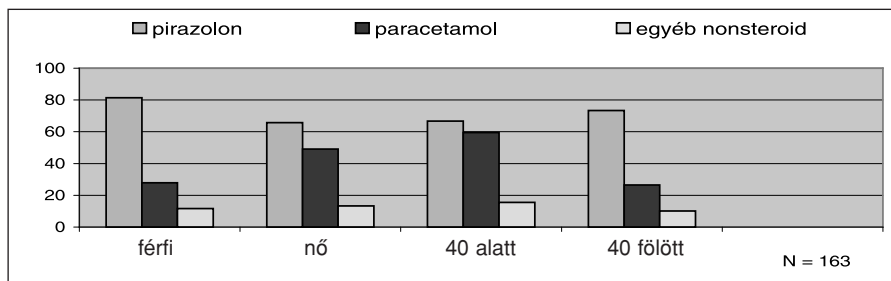
Az első csoportból legnagyobb számban az Algopyrint, elvéve a már nem kapható Amidazophent említették. Az egyéb nonsteroid csoportba a nagyrészt vény nélkül kapható ibuprofen tartalmú gyógyszerek tartoznak, illetve néhányan említették a Kalmopyrint. Az 1. táblázatban nem és kor szerinti bontásban ábrázoltam, hogy milyen gyakorisággal használják az emberek a különböző lázcsillapítókat.

Jelentős (15%) eltérés látható a férfiak és nők válaszában. Míg a férfiak 81,4%-a a pirazonokat használja lázcsillapításra, és csak 27,9% a paracetamol készítményeket, addig a nők

1. táblázat. Lázcsillapítók használata nem és kor szerinti bontásban, jelenlétük a házipatikában és mellékhatások ismerete

	Férfi n = 43	Nő n = 120	40 alatt n = 84	40 fölött n = 79	Összesen N = 163
Pirazon	35 81,4%	79 65,8%	56 66,7%	58 56,5%	228 34,2%
Paracetamol	12 27,8%	59 49,1%	50 59,5%	21 73,4%	142 87,1%
Nonsteroid	5 11,6%	16 13,3%	13 15,5%	8 10,1%	42 25,8%
Tart otthon és ismeri a mellékhatást	8	31	18	21	39
Tart otthon és nem ismeri a mellékhatást	28	83	56	55	111
Nem tart otthon	7	6	10	3	13

4. ábra. A lázcsillapítók használata nem és életkor szerint



csak 65,8%-a használ pirazonot, viszont 49,1%-uk paracetamol tartalmú gyógyszert.

Szintén jelentős eltérést mutat a kor szerinti csoportosítás is. Itt a legnagyobb különbség a paracetamol készítmények használatában nyilvánul meg. A fiatalabbak 59,5%-a használja ezeket a gyógyszereket, míg a 40 fölötti korosztálynak csupán 26,5%-a. A pirazonok használatában nincs ilyen jelentős különbség. Az idősebbek 73,4%-a említette, a fiatalabbak pedig 66,7%-ban használják (4. ábra).

Az egyéb nonsteroidok használata jelentősen kevesebb mint a másik két nagy csoporté, és használatukban sincs jelentős eltérés a különböző csoportok között.

A házipatikákat felmérő tanulmányok alapján az Algopyrin az első helyen említett, legismertebb láz- és fájdalomcsillapító. Mióta megnőtt az OTC-termékek száma, gyakoribbá váltak a gyógyszerreklámok a médiában. A már említett vizsgálatok alapján hatásuk egyértelműen érezhető a házipatikák összetételének változásában, számuk jelentősen növekszik. Ennek

ellenére nem tudták megtörni az Algopyrin monopóliumát. Ebből is látszik, milyen erős hatása van a megszokásnak és az otthonról hozott, tapasztalatokon alapuló ismereteknek. A táblázat alapján úgy tűnik, hogy a fiatal nők körében nőtt meg a paracetamol származékok használata.

Többször talákoztam olyan válasszal is, ahol mindhárom csoportból említettek gyógyszereket. Mivel azonban a második kérdést úgy tettem föl, tart-e belőle otthon, elképzelhető, hogy az is igennel válaszolt, aki csak az egyiket tartja a házipatikában. Ezenkívül a megkérdezettek nem egyedül élő emberek, tehát előfordulhat, hogy a választ adó egy lázcsillapítót használ, de a család házipatikájában másik készítmény is található. Mindezt a fenti adatok a házipatika összetételéről csupán megközelítő képet adnak.

Nagyon fontos a biztonságos gyógyszerhasználat szempontjából, hogy a betegek tisztában legyenek vele, különböző márkanéven forgalmazott gyógyszerek tartalmazhatnak azonos hatóanyagot, a nem vényköteles gyógyszerek sem veszélytelenebbek mint a vénykötelesek, valamint az, hogy a háziorvosuknak feltétlenül említsék meg, ha az általa felírt gyógyszer mellett még mást is használnak, a lehetséges gyógyszer-interakciók kivédése miatt.

Zárt kérdésként tettem fel, hogy tartalmazhatnak-e azonos hatóanyagot különböző nevű gyógyszerek. Feltételezem, hogy az elmúlt időszak generikus kampányának köszönhető a lakosság tájékozottsága, ugyanis 187 főből 12 fő nem válaszolt, csupán 3 férfi adott nemleges választ, a többiek igennel válaszoltak.

Arra a kérdésre, miszerint veszélytelenebbek-e a vény nélkül kapott

gyógyszerek, három lehetséges választ adtam meg: 1. igen; 2. nem; 3. gyógyszertől függ.

Jó eredménynek tartom, hogy csupán az emberek 11,8%-a tartja a vény nélküli termékeket veszélytelenebbnek.

A lázcsillapításban két gyógyszer-csoportnak van nagy szerepe, a pirazonoknak illetve a paracetamol tartalmú készítményeknek. Ez utóbbit azért emelném ki, mert jelentős mellékhatása a hepatotoxicitás, mivel a májon keresztül metabolizálódik. Túladagolás következtében bekövetkezhet, hogy a máj glutation készlete kimerül és ekkor a paracetamolból egy rendkívül májkárosító metabolit keletkezik. Túlzott fogyasztása vesekárosító lehet. Több meghűlés elleni készítményben – pl. Neo-citran, Coldrex – szintén található paracetamol. A lázcsillapítóként ismert Rubophen, Efferalgan és Panadol nevű gyógyszereken kívül paracetamolt tartalmaznak a Saridon, a Neo-Citran és a Coldrex is, amelyeket az emberek leginkább a reklámokból ismernek és fejfájás, illetve meghűlés esetén alkalmaznak.

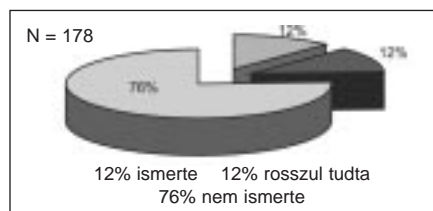
Arra a kérdésre, hogy ismerik-e az emberek a paracetamol mellékhatását, 9-en nem válaszoltak. A 178 választ 3 csoportba soroltam:

1. tudta
2. nem tudta
3. rosszul tudta

Mindössze 22 fő ismerte, 135 fő nem ismerte, 21 fő pedig rosszul tudta a mellékhatást. (5. ábra)

A fájdalomcsillapításban – az öngyógyozás másik leggyakoribb indikációs területe – jelentős szerepe van a különféle nonsteroid vegyületeknek, amelyek gastorointestinális mellékhatásai fatális kimenetelűek is lehetnek és a leggyakoribb gyógyszer-mellékhatások.

5. ábra. A paracetamol májkárosító hatásának ismerete a vizsgált populációban



Hét gyakran használt nonsteroid készítménnyel kapcsolatban tettem fel kérdéseket. Arra a kérdésre, hogy mire való, a legtöbben a fájdalomcsillapítást, utána az ízületi panaszokat és a reumát, majd a gyulladáscsökkentést említették. Az Advil és az Algoflex esetén sokan megemlítették a fejfájást.

Az alábbiakban azokat a válaszokat emelem ki, amelyek a fent említettek-től eltérnek. A köhögéscsillapítástól eltekintve ezek sem helytelen válaszok.

- 4 nő írta az Algoflexre, hogy *torokfájásra* való, 2 fő írt *köhögéscsillapítást* (Advil és Nurofen esetében).
- 2 fő *görcsoldóként* ismeri a Cataflamot, 1 pedig a Voltarent.
- *Fogfájásra* 5 fő Cataflamot használt, 3-an írták, hogy a Voltaren *visszérre* való.
- 4 fő a Cataflamot *fejfájás-csillapítóként* is használta.

Ezek ugyan kisszámú adatok, de érdekesnek találom, hogy a két gyakran reklámozott gyógyszer esetén említik legtöbben a fejfájást (az Algoflexet

kimondottan így reklámozzák, ráadásul a neve is félrevezető, mert mindenki azt hiszi, az Algopyrinnek valamilyen változata). Feltételezem, szintén *reklám hatására utal*, hogy az Algoflexet kimondottan torokfájás elleni szerként (nem pedig általános fájdalomcsillapítóként), másik két készítményt pedig – feltehetően az előbbi félreértése kapcsán – köhögéscsillapítóként említene.

A Cataflam *széles körű használatára utal*, hogy fogfájásra és görcsoldóként is használják. Mivel vényköteles szer, feltételezem, hogy első esetben a fogorvosok, utóbbiban a nőgyógyászok is – pl. fájdalmas menses esetén – gyakran használják.

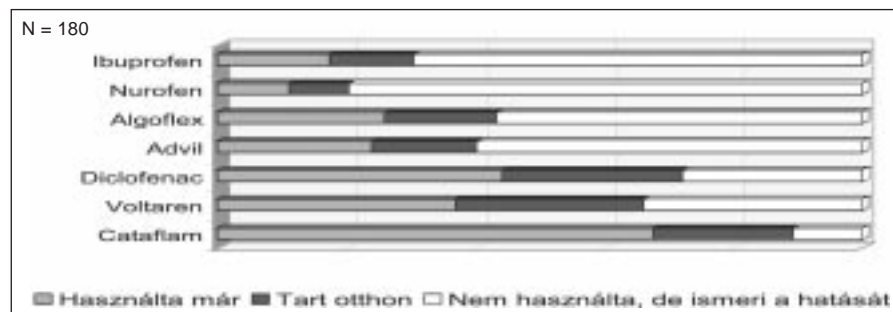
A további kérdések arra irányultak, a felsorolt gyógyszerek közül melyiket használták már, tartanak-e otthon, illetve ismerik-e a hatását. A kapott válaszokat a 2. táblázatban foglaltam össze.

A táblázat érdekes összefüggése, hogy míg a vényköteles diclofenac-származékokat nem sokkal többen ismerik, mint akik tartanak otthon, és

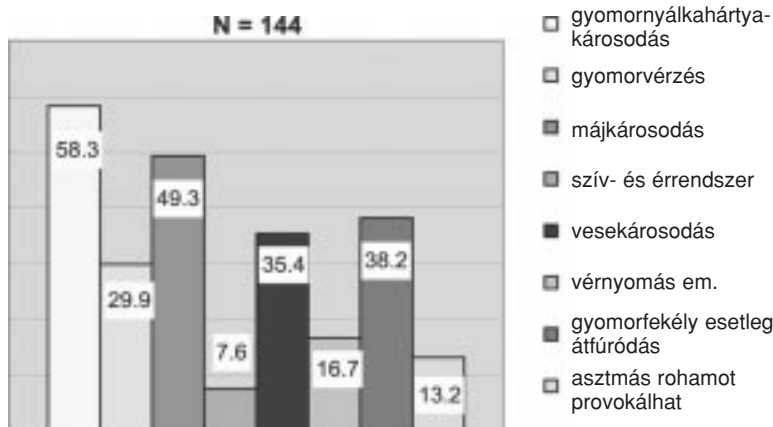
2. táblázat. NSAID-ek használata, ismertsége és előfordulási aránya a házipatikákban

N = 180	Használta már	Tart otthon	Nem használta, de ismeri a hatását	Nem tart otthon
Cataflam	196	63	31	72
Voltaren	61	48	56	
Diclofenac	57	36	36	
Advil	28	19	70	
Algoflex	27	18	59	
Nurofen	6	5	43	
Ibuprofen	4	3	16	

6. ábra. Különböző NSAID-ok összehasonlítása használatuk gyakorisága, és ismertségük alapján, a vizsgált populációban



7. ábra. NSAID-ek mellékhatásai, ismertségük százalékos megoszlásában a vizsgált populációban (a feltüntetett értékek százalékban értendők)



akik használták már, addig az ibuprofen-tartalmú készítményeknél ez az arány jelentősen megváltozik. Sokkal többen ismerik, mint amennyien használták, illetve tartanak otthon (6. ábra). Mivel ezek a készítmények vény nélkül kaphatóak, feltételezem, hogy jelentős hatása van a reklámoknak abban, hogy ilyen sokan ismerik.

A nonsteroid vegyületek lehetséges mellékhatásait 8 pontban soroltam fel, ezek közül kellett kiválasztani, melyiket tartják helyesnek. A 7. ábra azt mutatja, a különböző mellékhatásokat milyen mértékben ismerik az emberek.

A gastrointestinális tractust érintő mellékhatások közül a *legenyhébbet ismerik a legtöbben*, de ez is csak a vizsgálatban résztvevők 58,3%-a. A gyomorfekélyt és gyomorvérzést, esetleges perforatit kevesebb mint 40% jelölte meg. A májkárosodást – amely a paracetamol-készítmények legveszélyesebb mellékhatása – a *válaszadók fele ismerte*.

Összefoglalva a kérdésekre adott válaszokat, az emberek a láz- és fájdalomcsillapítás kapcsán használnak OTC-, illetve a házipatikákban készletként tartott vényköteles szereket egyaránt. A gyógyszerek indikációs területével nagyrészt tisztában vannak, megfelelő esetben használják a gyógyszereket. A mellékhatások tekintetében azonban vannak hiányosságok, amelyek „könnyelmű” gyógyszerhasználathoz vezethetnek. Mind a túladagolás, mind az esetleges gyógy-

szer-interakciók nem kívánatos mellékhatást okozhatnak. Ki kell emelnünk a *reklámok és az ezzel kapcsolatos tájékoztatás szerepét*. Erre a kérdésre a dolgozatban nem tértem ki, de az otthon tartott, valamint a fájdalom- és lázcsillapításban használt gyógyszerekkel kapcsolatban feltett kérdésekre több olyan választ kaptam, mely a reklámok hatására utal. A vény nélküli gyógyszerekről kapott ismereteink elsősorban nem szakembertől, hanem a reklámokból vagy ismerősöktől származnak. *A biztonságos használat szempontjából érdemes lenne felmérni, milyen mértékben félreérthetőek a reklámanyagok*. Egy másik felmérés, illetve a kapott válaszok alapján felmerült bennem a gyanú, hogy az OTC-termékekkel kapcsolatban több a félreértés vagy a félinformáció, mint a vényköteles szerek esetében. Mindent egybevetve úgy gondolom, *az emberek ismereteiben vannak olyan hiányosságok, amelyek pótlásával biztonságosabbá tehetjük a gyógyszerek használatát*. A témát azért tartom *kiemelten fontosnak*, mert az *öngyógyoszerzés gyakorlata hazánkban is egyre inkább terjed*, és a használt készítmények közül *egyre nagyobb számban vannak jelen OTC-készítmények*, amelyekről az információt *nem szakembertől*, hanem elsősorban reklámok útján kapjuk. Az egészségnevelőknek tehát kiemelt szerepük van abban, hogy az embereket megtanítsák rá, a gyógyszerekkel *„éljenek, de ne visszaéljenek.”*

Összefoglaló

A lakosság öngyógyoszerzési hajlandósága növekszik, ami megmutatkozik a házipatikák változásában is. Egyre több az otthon tartott gyógyszer, nő az OTC-készítmények száma. A biztonságos gyógyszerhasználat szempontjából fontos, hogy a lakosság megfelelő ismeretekkel rendelkezzen. Az öngyógyoszerzés elsődleges területe a láz- és fájdalomcsillapítás. Az alábbi vizsgálat elemzése során kiderült, hogy a vizsgált populáció nem rendelkezik megfelelő ismeretekkel a mellékhatások tekintetében, gyógyszerhasználati szokásaira hatást gyakorolnak a reklámok, amelyek félreérthetőek lehetnek, valamint nincsenek tisztában azzal, mely tünetek észlelése esetén szükséges feltétlenül orvoshoz fordulni.

Summary

The intension of self medication is increasing, which can be seen from the changes of home-drughold. The number of medications in our household is growing and the number of OTC products is rising. It is important for the inhabitants to have the appropriate information because of safety reasons. The preliminary area of self medication is pain-killing and fever reduction. According to the following survey we have come to the conclusion that the population does not have the necessary information, relating side effects. Advertisements have an influence on the use of medication, which may many times be misunderstandable, and so people are not aware of the fact, with which symptoms should they turn to a doctor.

Irodalom

1. Szántó Zsuzsa, Susánszky Éva: Lakossági öngyógyítási stratégiák; LAM 2000; 10 (1) 74–81
2. Simon Tamás dr. prof., Vágó Lászlóné, Molnár Mihályné: Keresztmetsze-

- ti elemzés a házipatikák alakulásáról 1967, 1973, 1978 és 1988 években egy egészségügyi szakközépiskolába járó diákok családjainál; Népegészségügy 1989; 70. 336–339
3. Simon Tamás dr. prof., Sima Ágnes, Molnár Mihályné: Házipatikák változása 200–200 budapesti egészségügyi szakközépiskolás családjában 1988–1993 között; LAM 1995; 5(1) 80–84.
 4. Simon Tamás dr. prof., Takács Zsuzsa, Horváthné Fülöp Márta: Információk a házi patikákban található gyógyszerekről és azok használatáról 1990 első negyedévében, főleg értelmiségi és szellemi foglalkozású családok körében; Egészségnevelés 34. 48–51. 1993.
 5. Simon Tamás dr. prof., Molnárné Garbacz Anna, Jagasicsné Petres Veronika: Kispesti, 65 évnél idősebbek házipatikája 1997 novembere és 1998 januárja között; Egészségnevelés 40. 133–135. 1999.
 6. Simon Tamás dr. prof.: A családknál lévő házipatikák összetétele kilenc városban 1996-ban Gyógyszerpiac; 1997. március; 32–36.
 7. Az öngyógyszerezés jelentősége; 2005. 04. 21. www.datanet.hu/pharma/pharmanet/14h/144.ongyogy.htm
 8. OTC-helyzetkép Magyarországon; 2005. 09. 15. www.datanet.hu/pharma/phorient/145/145otc.htm.
 9. Simon Tamás dr. prof.: Gyógyszer-szedési szokások; Gyógyszerpiac 6. évf. 6. szám; 1998. szept.
 10. Simon Tamás dr. prof.: Gyógyszerek az ócskapiacon; Patika Magazin; IX. évf. 2. szám; 2004. 02.
 11. Simon Tamás dr. prof.: A családorvos szerepe az otthon felhalmozott gyógy-szerkészletek csökkentésében; Csáládorvosi fórum; 2000. 12. 34–37.
 12. Simon Tamás dr. prof., Oroszi Beatrix dr.: Fiatalok gyógyszerismerete; Egészségnevelés 38. 217–219. 1997.
 13. Simon Tamás dr. prof.: A tévéreklámok hatása a házipatikákra; Gyógyszerészi Hírlap; XI. évf. 9. szám; 2000. szeptember.
 14. Simon Tamás dr. prof.: Az egészségnevelés feladatai a vény nélkül kapható gyógyszerek használatával kapcsolatban; Egészségnevelés 40. 6–9. 1999.
 15. Öngyógyítás: veszély, vagy lehetőség? Patika Magazin; 2003. március 4.
 16. Süsdy György dr.–Pegán Zsolt: Gyógyszerreklámok, gyógyszerek, gyógyszerészek: www.life.p-i-n.com./hu/40966 text.html; 2005. 07. 12.
 17. Szántó Zsuzsa, Susánszky Éva, Rózsa Sándor: LAM; 2002. 12(9) 584–8.

Melléklet

Tisztelt Hölgyem/Uram!

Köszönöm, hogy segítségemre volt a kérdőív kitöltésével. Szeretném Önnek átnyújtani az alábbi tájékoztatót, melyben választ kap a kérdőívben feltett kérdésekre. Remélem ezen ismeretek átadásával, ha csak kis részben is, de segítséget nyújthatok Önnek és családjának egészsége megőrzésében.

Az **egészségünk érték** és meglepően sokat tehetünk megőrzése érdekében. Erre utal, hogy az alábbi tényezők milyen százalékban játszanak szerepet egészségünk alakulásában (sokakban él az a téves elképzelés, hogy korlátlanul visszaélhetünk szervezetünkkel, ha megbetegszünk, akkor majd meggyógyítanak).

Örökletes tényezők: **20%**

Környezet: **30%**

Életmód: **35%**

(táplálkozás, étkezés, testmozgás, személyi higiéné, stresszkezelés és -oldás)

Eü. ellátás: **15%**

Magyarországon a daganatos megbetegedések száma nő, a vezető halálokok közé tartozik. A rák elleni küzdelem **egyik alapvető eleme**, hogy időben forduljunk orvoshoz, sokszor apróságoknak tűnő panaszokkal is. Nagyon fontos tudni, hogy **a korai stádiumban felismert megbetegedések jelentős része gyógyítható**, illetve javíthatóak az életkilátások. Az alábbi esetekben feltétlenül orvoshoz kell fordulni:

- nem javuló, **tartós köhögés**
- nem szűnő **rekedtség**
- **vérzés** bármely szokatlan helyről, vagy testüregből (ha elmúlik, akkor is utána kell nézni)
- **széklet** rendszerességének, minőségének, mennyiségének **megváltozása**
- **csomó** tapintása
- **anyajegy megváltozása** ill. bármely szokatlan bőrelváltozás
- indokolatlan **fogyás**

A másik fontos dolog, hogy rendszeresen jelenjünk meg a **szűrővizsgálatokon**.

Ha nincs semmi betegségünk, akkor is érdemes évente legalább egyszer megjelenni házi orvosunknál, akár csak egy vérnyomásmérésre is. A magas vérnyomás nagyon alattomos betegség. Nagyon gyakran semmi tünetet nem okoz, véletlenül derül ki, esetleg már maradandó szövődményeket okozva. Időben megkezdett kezeléssel ezen szövődmények nagy része elkerülhető.

A **legtöbb heveny megbetegedés lázzal jár**, mely gyakran megelőzi az egyéb tüneteket. Amíg ezek nem alakulnak ki, addig az orvos sem tud egyértelmű diagnózist felállítani és gyógyszert adni, **ő is a lázcsillapítást javasolja**. Fontos tehát, hogy tisztában legyünk a teendőinkkel láz esetén.

- **A lázas beteg pihenjen**. Az ágyban fekvés csökkenti az energiaigényt, csökkenti a hőtermelést és javítja az immunrendszer működését.
- **38,3 Celsius-fok felett beszélünk lázról, mely fölött javasolt mindenkinél a láz csillapítása.**
- **Szív, keringési és légzési** elégtelenségben szenvedőknél már kisebb fokú **hőemelkedés esetén (37,4–38,3) is** célszerű a láz csillapítani.
- Feltétlenül oda kell figyelni a **folyadékpótlásra** (felnőtteknek napi 2–2,5 l/nap a minimum, gyerekeknek 70 ml/kg). **A kiszáradás súlyos állapothoz vezet, mely otthon már nem kezelhető.** Jobb megelőzni!!!

- A lázcsillapítás **egyik módja a gyógyszeres kezelés**. A legtöbb lázcsillapítót 6–8 óránként lehet bevenni (pontos leírás a gyógyszer-tájékoztatóban). Ennél sűrűbben nem szabad. Végző esetben – ha a gyógyszer és borogatások mellett is nagyon magasra szokik a láz – a köztes időben be lehet venni másik lázcsillapítót, **de feltétlenül meg kell nézni, nehogy azonos hatóanyagot tartalmazzon!**

A lázcsillapítás nem gyógyszeres módjairól nem beszélnek részletesen, ezek nyilvánvalóan ismertek, de ha kérdés van, védőnők, körzeti nővérek, különböző gyermekgondozási könyvek információt nyújtanak. Annyit azért megemlítenék, hogy nagyon fontosak, nem szabad kizárólag a gyógyszeres lázcsillapításra törekednünk.

Egy kis gyógyszerismeret – „kérdezze meg orvosát, gyógyszerészét.”

A különböző reklámok végén mindig elhangzik a fent idézett mondat. Érdemes ezt a tanácsot megszívlelnünk, hiszen a gyógyszerekre főleg igaz, hogy kis adagban gyógyítanak, de nagy adagban mérgek.

Részletesebben a **fájdalom-, láz- és gyulladáscsökkentő** szerekről beszélnek, hiszen ezeket használjuk a **leggyakrabban**, sok közülük **vény nélkül is kapható**.

Három csoportot emelnék ki közülük:

1. Pirazonok

Ebbe a vegyületcsoportba tartozik az **Algopyrin**, illetve a szintén ide sorolható, de más vegyületet tartalmazó **Demalgon, Dolor, Meristin, Germicid C** és a **Kefalgin** is.

Erős fájdalom és lázcsillapítók. Enyhébb mellékhatások, melyek időnként előfordulhatnak: émelygés, hányás, étvágytalanság, csalánkiütés, herpesz stb.

Több országban betiltották használatukat, **mert tartós (rendszeres és hosszan tartó) szedése károsíthatja a fehérvérsejtképző rendszert**, mely súlyos esetekben, erre érzékeny egyéneknél halálos is lehet. Ezen mellékhatások előfordulási gyakorisága igen csekély, kevesebb mint 0,01%.

2. Paracetamol

Paracetamol tartalmú, leggyakrabban használt gyógyszereink: **Rubophen, Panadol, Saridon, Efferalgan, Neo-Citran, Coldrex**.

Az előbbi csoportnál enyhébb lázcsillapító hatással rendelkeznek, de széles körben alkalmazható láz- és fájdalomcsillapító. A terhesség 2. és 3. trimeszterében (természetesen csakis orvos utasítására) valamint kisgyermeknek is adható.

Jelentős mellékhatása a **májkárosító hatás, mely túladagolás következtében jön létre**. Nagyon fontos tehát a pontos adagolás betartása, illetve **májbeteg** és **kisgyerekek** esetén az adag csökkentése.

Tartósan és nagy adagban alkalmazva a vese károsodását is okozhatja.

3. Egyéb, nem szteroid gyulladáscsökkentők

Elsősorban az **ízületi fájdalmak** kezelésében játszanak szerepet, bár gyakran használjuk egyéb fájdalmakra és **gyulladáscsökkentésre** is. Leggyakoribb mellékhatásuk a **gyomor és kezdeti vékonybél nyálkahártyát károsító hatásuk (kb. a betegek 10%-ánál fordul elő)**. Ez a mellékhatás lehet enyhe felmaródás, de súlyos esetben akár a gyomor átfürödése is, mely életveszélyes állapot. **Ezek a mellékhatások különösebb előzmény nélkül is kialakulhatnak**. Jóval ritkább szövődményként okozhatnak veseelégtelenséget, enyhe vérnyomás-emelkedést (a szedés ideje alatt), asztmás betegeknél rohamot provokálhatnak, illetve újabban beszélnek egyéb szív- és érrendszeri megbetegedésre hajlamosító hatásokról is.

A. Diclofenac – leggyakrabban használt nem szteroid

Diclofenac tartalmú gyógyszerek: **Cataflam, Voltaren, Diclofenac**

B. Ibuprofen

Mellékhatás tekintetében kedvezőbb vegyületek a diclofenacnál. A legtöbb vény nélkül kapható nem szteroid gyulladáscsökkentő ibuprofen tartalmú.

Ibuprofen tartalmú készítmények: **Advil, Algoflex, Nurofen, Ibuprofen, Humaprofen, Ibufexal, Rhinatiol Cold, Spedifen**.

C. Egyéb, nem szteroid vegyületet tartalmazó gyógyszerek

Aleve, Mesulid, Aflamin, Movalis, Nidol, Apranax stb. (Általában vényköteles szerek.)

Összefoglalásként: A fenti ismertetővel az volt a szándékom, hogy felhívjam a figyelmet a **gyógyszerhasználat veszélyeire**. Természetesen a gyógyszerekre szükség van, a **kellő ismeret azonban segítséget nyújt, hogy nagyobb biztonsággal használjuk őket**. Ezen ismeretekre nagyon nagy szükségünk van, hiszen **növekszik a vény nélkül kapható gyógyszerek száma**.

- Fontos tudnunk, hogy **azonos hatástani csoportba tartozó, sőt azonos hatóanyag-tartalmú készítmények között is lehet jelentős különbség**. Az orvosok jól ismerik ezeket a tulajdonságokat és az adott betegség illetve beteg ismeretében ki tudják választani a leghatékonyabbat. **Ezért tartom fontosnak, hogy szakember tanácsát kérjük**. Nem biztos, hogy ami a szomszéd-asszonynak „bevált”, az nekünk is hatásos.
- Fontos tudni, hogy **azonos néven forgalomban lévő gyógyszerek is tartalmaznak azonos hatóanyagot**. (Ez nem jelenti azt, hogy teljesen egyformák, hiszen lehetnek kombinált készítmények, tartalmazhatnak különböző adalékanyagokat, melyek módosítják a hatását.)
- **A vény nélkül kapható szerek nem feltétlenül veszélytelenebbek**, mint a vénykötelesek, azonban a használati utasítás betartásával illetve az ellenjavallatok figyelembevételével biztonsággal használhatóak.
- A különböző gyógyszerek **kölcsönhatásba léphetnek egymással** (kiolthatják, felerősíthetik egymás hatását, a két vegyület együtt egészen másképp viselkedhet, mint külön-külön, akár súlyos mellékhatásokat okozva), **ezért az orvos vagy gyógyszerész véleménye nélkül nem szabad több gyógyszert egyszerre szedni**.

Köszönöm a figyelmét, remélem, a fenti tájékoztató az Ön számára is szolgál hasznos információval. Jó egészséget kívánok Önnek és családjának!

A mentálhigiéné mint egészségfejlesztési prioritás: középiskolások lelki egészségének, életmódjának és kockázati magatartásának vizsgálata

Dr. Sima Ágnes¹, Dr. Pikó Bettina², Dr. Horváth Judit Krisztina¹

¹ Semmelweis Egyetem, Közegészségtani Intézet, Budapest

² Szegedi Tudományegyetem, Magatartástudományi Csoport, Szeged

Bevezetés

A középiskolások kiemelt célcsoportot jelentenek az egészségfejlesztés szempontjából [1]. Ennek oka, hogy bár ez az életperiódus a morbiditási és mortalitási adatokat nézve viszonylag kedvező [2], a legnagyobb népegészségügyi problémát jelentő nem fertőző, krónikus megbetegedések (szív- és érrendszeri károsodások, daganatok, emésztőszervi megbetegedések, depresszió és egyéb magatartászavarok) kialakulásában döntő szerepet játszanak a már ebben az életkorban gyakran jelen lévő pszichés problémák [3, 4]. A serdülőkornak ez a szakasza a dohányzás, az alkohol-, gyógyszer- és drogfogyasztás kipróbálásának az időszaka [5], s ezek az egészségkárosító magatartásformák szorosan összefüggnek a túlzott stresszel, illetve a stresszfeldolgozási képességek hiányával [6].

A stressz nem megfelelő feldolgozása, a nem kellően hatékony konfliktuskezelés a lelki egyensúly felbomlásához vezet, amelyet gyakran egészségkárosító magatartásformákkal próbálnak a serdülők oldani [7]. Így egy önmagát fenntartó ok-okozati láncolat alakul ki, amely az időben történő beavatkozás hiányában előbb-utóbb a fizikai egészséget és a pszichoszociális jóllétet is fenyegeti [8]. Az egészséggel kapcsolatos életminőséget ugyanis nemcsak a regisztrált betegségek határozzák meg, hanem az olyan, sokszor latens pszichés és magatartási zavarok is, amelyekkel az egyének nem fordulnak orvoshoz [9]. Számos szomatikus tünet, mint például az alvászavarok, az emésztési problémák vagy a fejfájás a lelki egészségi állapot egyensúlybeli zavaraira utal [10]. Ezek a tünetek – csakúgy, mint a pszichés problémák – befolyásolják az életminőséget, ami már fiatal populációkban is megfigyelhető [11].

Korábbi vizsgálatok igazolták, hogy már serdülő- és ifjúkorban is kapcsolatba hozható az egészségkárosító magatartás-

formák gyakorisága a szorongással és más hangulati zavarokkal [12]. Számos vizsgálatban megerősítést nyert az is, hogy az egészségkárosító magatartásformák halmozódása és rendszeressé válása megelőzi a felnőttkori pszichés és szomatikus betegségek kialakulását [13]. Ugyanakkor több védőfaktor, mint például az önbizalom, a kompetens viselkedés képessége vagy a stresszmenedzselési technikák ismerete, nemcsak jobb lelki egészségi állapottal jár együtt, hanem a káros szenvedélyek megelőzésében is szerepet játszik [14, 15]. A stresszfeldolgozás, a káros szenvedélyek szorosan összefüggnek az életmód más elemeivel is, így például a szabadidő eltöltésével [16]. A szabadidő hatékony felhasználása, különösen a kreatív tevékenységek, ezért szintén jelentős védőfaktort jelentenek [17].

Mindezek alapján nem véletlen, hogy napjaink népegészségügyi kihívásainak középpontjában a pszichoszociális és magatartási rizikótényezők minél korábbi felismerése és megelőzése áll [18]. A Nemzeti Népegészségügyi Program „Az elkerülhető halálozások, megbetegedések, fogyatékoság megelőzése” című alfejezetében már helyet kap a mentális betegségek megelőzése is. Ebben célkitűzésként említik a lakosság lelki egészségi állapotának és életminőségének javítását, az egészségtudat fejlesztését, a lelki egészségnek, mint értéknek a felmutatását. A probléma felismerése és a lelki egészség-védelemre irányuló kezdeményezések várható eredménye, hogy az ifjúság is mindinkább képes lesz a tanulás-sal kapcsolatos egyre fokozódó stressz és a társas kapcsolatokból adódó nehézségekkel mind jobban megküzdeni.

Célkitűzés

Vizsgálatunk alapcélja a gimnazisták lelki egészségének, egészségkárosító magatartási formáinak elemzése volt. Korábbi vizsgálataink azt mutatták, hogy a kocká-

zati magatartások hátterében gyakoriak a pszichés problémák, a tartós stressz, a kognitív teljesítményre is kiható szorongás [19]. Az elemzés során nem törekedtünk normatív pszichometriai adatok azonosítására, hanem epidemiológiai adatelemzéssel a lelkileg instabilak, azaz fokozottan szorongók prevalenciáját kívántuk felmérni 11. osztályosok körében. Kutattuk továbbá a lelki instabilitás lehetséges okait is, feltételezve, hogy a háttérben több kockázati tényező szerepelhet. Ezért felmérésünket kiegészítettük a diákok életmódjára és családi hátterére vonatkozó kérdésekkel. Jelen adatokkal a mentálhigiéné megelőzéshez kívánunk útmutatással szolgálni.

Anyag és módszer

Felmérésünket a 2001/2002-es tanévben végeztük két fővárosi és három vidéki város gimnáziumában (n = 257), 11. osztályos tanulók körében. A vizsgált populáció nemek szerinti megoszlása: 167 leány (65%) és 90 fiú (35%) volt.

Adatgyűjtésre önkéntes, anonim, önkitöltéses kérdőívet használtunk, amelyet Anderson oxfordi professzor munkája [19, 20] alapján adaptáltunk magyarra. A válaszadási ráta 93%-os volt. A lelki egészség állapotát az életminőség mutatóival vizsgáltuk, ennek megfelelően kérdőívünk három részből állt. Az elsőben 13 lelki, a másodikban 13 fizikai panaszt soroltunk fel, amelyek mellett egy négyfokozatú skála szerepelt a „sohasem”, „ritkán”, „néha” és „gyakran igaz” válaszokkal, amelyek közül a tanulók választhattak. Értékeléskor azokat a diákokat soroltuk a lelki egyensúly labilitása szempontjából magas kockázatú csoportba, akik legalább három lelki vagy fizikai tünetet jelöltek meg a „gyakran igaz”, azaz heti többszöri előfordulással. A kérdőív harmadik része a munka- és alkotóképességet vizsgálta. A 16 tanulási nehézségre vonatkozó állítás mellett egy ötös skála szerepelt, amely

a következő válaszlehetőségeket tartalmazta: „sohasem”, „ritkán”, „néha”, „gyakran”, „mindig igaz”. Ezeket 1-től 5-ig pontoztuk, a pontszámokat összeadtuk, és azokat tekintettük magas kockázatúaknak, akik az elérhető maximális 80 pont felét meghaladó pontértéket jeleztek. Őket tehát úgy tekintettük, mint akik az átlagosnál több nehézséggel küzdenek tanulmányaik során.

Munkánkat kiegészítettük néhány szociológiai kérdéssel (családi háttér, válás, szülők kapcsolata, gyermek-szülő kapcsolat, testvérek száma) és az egyes egészségkárosító magatartásformák (alkohol-, cigaretta-, drog- és gyógyszerfogyasztás) előfordulási gyakoriságának vizsgálatával. Dohányosnak tekintettük azokat, akik naponta minimum egyszer rágyújtanak, alkoholfogyasztónak, akik heti rendszerességgel isznak szeszes italt egészségkárosító mértékben. Gyógyszerfogyasztónak tekintettük azokat, akik havi több alkalommal igénylik valamilyen központi idegrendszerre ható szer bevitelét. A drogprobléma tekintetében a kipróbálást és a drogfüggést is vizsgáltuk. Összefüggést kerestünk az esetleges családi problémák, a lelki labilitás és a rizikó-magatartásformák fennállása között.

Kutatásunkat az analitikus epidemiológiai vizsgálatok keresztmetszeti módszerével végeztük, ezért esélyhányadost (EH) számoltunk, amelyet χ^2 -próbával (Mantel-Haensel szerint) ellenőriztünk. A 95%-os szignifikanciaszintet ($p < 0,05$) fogadtuk el az értékelhetőség minimumának.

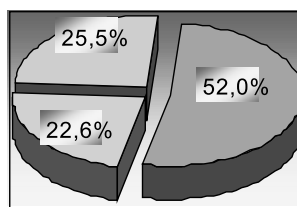
Eredmények

A magas kockázatú csoport prevalenciája lányok esetében 41,92% (70 fő), a fiúknál 25,56% (23 fő), összesen 36,19% (93 fő), nemek alapján szignifikáns az eltérés ($p < 0,01$). A 11. osztályosok körében kapott magasabb szorongási gyakoriság ellentmond eredeti hipotézisünknek, amely szerint az érettségi éve különösen nehéz a diákoknak. Az eredményeket látva és a tanulókat utólag megkérdezve arra a feltételezésre jutottunk, hogy a gimnázium utolsó évében a tanárok nagyobb toleranciája és a többi tárgyban is észlelhető nagyobb engedékenység miatt a tanulók már elsősorban az érettségi tárgyakra koncentrálnak, ezért kisebb rajtuk a teher.

A magas kockázatú csoportban 66,67% (62 fő) egy, 24,73% (23 fő) kettő, és 8,60% (8 fő) mindhárom kér-

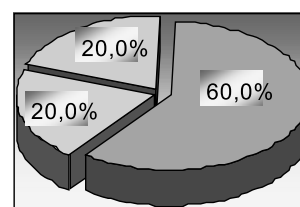
1. ábra. A lelki instabilitásra utaló kérdőívek tünetek szerinti megoszlása

lányok: (100% = 102 db)



52,0% Munkavégzési panaszok
22,6% Lelki panaszok
25,5% Testi panaszok

fiúk: (100% = 30 db)



60,0% Munkavégzési panaszok
20,0% Lelki panaszok
20,0% Testi panaszok

déscsoportban érintve volt. A kérdőívek megoszlása szerint 53,79% (71 db) az átlagosnál több munkavégzési problémát, 24,24% (32 db) minimum három szomatikus, és 21,97% (29 db) minimum három pszichés tünetet tartalmazott nagy gyakorisággal.

A panaszok nemek szerinti eloszlása alapján a következő megállapításokat tehetjük. A pszichés panaszok mindkét nemnél azonos arányban (ff/nő: 20,00–22,55%) szerepelnek. A testi panaszok a lányoknál (ff/nő: 20,00–25,49%), míg a munkavégzésre vonatkozó problémák a fiúknál (ff/nő: 60,00–51,96%) fordulnak elő magasabb arányban. Az utóbbiak mindkét nem közel kétharmadánál jelen vannak (1. ábra).

A stressz lelki hatásaitól szenvedők között szignifikánsan nagyobb a testi és munkavégzési panaszokkal rendelkezők aránya (mindkét esetben $p < 0,001$), illetve a munkavégzési problémákkal küzdők között szignifikánsan többen szenvednek a stressz lelki ($p < 0,001$) és testi ($p < 0,05$) hatásaitól. Ez is azt bizonyítja, hogy a pszichés túlterhelés előbb-utóbb funkcionális zavarhoz, fizikai tünetekhez, valamint organikus elváltozásokhoz vezethet. Eredményeink megerősítik, hogy a tartós stressz erőteljes befolyást gyakorol a munkavégzésre, és az iskolai problémák visszahatnak az élet egyéb területére.

A panaszok értékelésekor egy indexértéket (gyakorisággal súlyozott középértéket) vezetünk be. Ez alapján a leggyakoribb panaszok a következők voltak. A munkavégzéssel kapcsolatban: „Túlterheltek érzem magam”; „Nem tudom beosztani az időmet”; „Hétvégén is tanulok, hogy utolérjem magam”. A testi tünetek közül: „Fáradtnak érzem magam”; „Fáj a fejem”; „Akkor is eszem, ha nem vagyok éhes”. A lelki panaszokból: „Elégedetlen vagyok magammal”; „Nehezen koncentrálok kintartóan”; „Félek a jövőtől”. A lányok közül többen gondolják, hogy „Nincs szabadidőm,

mert állandóan tanulnom kell”; „Hétvégén is tanulok, hogy utolérjem magam”; „Váratlan konfliktusokba keveredek”, és többen érzik, hogy „Dohányzom, hogy megnyugodjak”; „Váratlanul megszédülök”; „Fáj a fejem”.

A panaszai háttérben lévő okokat leíró diákok 41%-a a magas iskolai elvárásokra, 15%-a időhiányra, nagyfokú fáradtságra, kimerültségre, és szintén 15%-a a szülővel való konfliktusokra, a szülői szeretet hiányára vezette vissza panaszait. Az egyéb indokok közt szerepeltek még: maximalizmus, pesszimizmus, önbizalomhiány, önértékelési problémák, magány, a partnerkapcsolat hiánya vagy annak problematikus volta, valamint pénzhány.

A szociológiai adatok és a magas kockázatú csoport között összefüggést csak a család-gyermek viszony tanuló általi minősítése tekintetében találtunk. A nem jó (közepes vagy rossz) szülő-gyermek kapcsolat egyértelműen rizikófaktora a magas kockázatú csoportba kerülésnek ($p < 0,01$). A tanulóknak a kérdőív kitöltésekor módjukban állt megindokolni, miért tartják kapcsolatukat családjukkal jónak, közepesnek, illetve rossznak. A családjukkal jó viszonyban lévő serdülők 49%-a szüleiket türelmesnek, nyitottnak, segítőkésznek, megértőnek írta le. 26%-uk szerint az ok, hogy mindent őszintén megbeszélnek, 25% a szeretetteljes légkört tartotta fontosnak. A családjával rossz kapcsolatban lévő tanulók közül a nyitott kérdésre választ adók 53%-a abban látja az okokat, hogy sokat vitatkoznak otthon, az anya ideges és veszekszik, a szülők nem megértők, feloldhatatlanok a generációs ellentétek. 28% szerint keveset vannak együtt, keveset beszélgetnek, 19% véleménye, hogy nem tudnak mindent megbeszélni, nincs őszinteség.

Szignifikáns összefüggést találtunk a problémás családi háttér és a fennálló rizikó-magatartási forma között. Ezek a következők:

- a dohányzás terén: a szülők felbomlott vagy nem jó házassága ($p < 0,01$), és a közepes vagy rossz gyermek-szülő kapcsolat ($p < 0,05$),
- az alkoholfogyasztás szempontjából: a diák nem jó kapcsolata a családjával ($p < 0,01$),
- a drogkipróbálásra nézve: az együtt élő szülők ($p < 0,01$), és a gyermek családjához fűződő ($p < 0,05$) közepes vagy rossz viszonya.

A rizikó-magatartási formákat illetően az alábbi prevalenciaértékeket kaptuk. A megkérdezettek 22,18%-a (57 fő) naponta rágyújt, 19,48% (51 fő) már kipróbált valamilyen kábítószer, 13,62% (35 fő) szed gyógyszert, és 11,28% (29 fő) fogyaszt rendszeresen alkoholt. A drogkipróbáló tanulók a kipróbálás gyakoriságát 1 és 10 alkalom közé tették. Közülük négyen (két leány és két fiú) vallotta magát drogfüggőnek. A kipróbált kábítószer fajtáját beírók kb. háromnegyede (77%-a: 41 fő) cannabinoidot próbált ki (ebből 35 fő marihuánát és 6 fő hasist), 13%-a (7 fő) hallucinogéneket, és 10%-a (5 fő)

amfetamin típusút. A lányok és a fiúk többsége is a marihuánát próbálta már ki a kábítószeres választékából. A cannabinoidok a lányok, az amfetaminok a fiúk körében népszerűbbek.

A magas kockázatú csoportban minden rizikó-magatartási forma gyakoribb, tehát szorongásoldó szerepet tölt be a diákok életében. A lelki vagy testi panaszokkal küzdők közt szignifikánsan több a dohányzó ($p < 0,05$), az alkoholfogyasztó ($p < 0,05$) és a drogkipróbáló ($p < 0,01$) (2. ábra).

A ff/nő arány az alkoholfogyasztás terén 12,2–10,8%, a drogkipróbálás kapcsán 21,2–19,2% volt. Az önpusztító magatartásformák közül az alkoholfogyasztás és a drogkipróbálás tekintetében a férfiak a veszélyeztetettebbek. A nemek aránya a dohányzással kapcsolatban fordított: ff/nő: 16,7–25,1%, ilyen a gyógyszereszedés tekintetében is: ff/nő: 7,8–16,8%. Szignifikáns eltérést a nemek közt csak az utóbbinál találtunk ($p < 0,05$). A gyógyszereszedés okaként a tanulók fele pszichoszomatikus tünete-

ket jelölt meg: hasfájás, fejfájás, gyomorégés, allergia.

Vizsgálatunkban a dohányzás és az alkoholfogyasztás ($p < 0,05$), a dohányzás és a drogkipróbálás ($p < 0,001$), illetve az alkoholfogyasztás és a drogkipróbálás ($p < 0,05$) között talált szignifikáns összefüggések a rizikó-magatartási formák korrelációját bizonyítják. Azaz a háttérben egy sajátos életmód körvonalai rajzolódhatnak ki.

Vizsgáltuk azt is, hogy hány 11. osztályos gimnazistának van rendszeres elfoglaltsága (munka vagy plusztanulás) az iskolai tanulás mellett, illetve hányan sportolnak rendszeresen. Elemeztük azt is, hogy ezen elfoglaltságok hogyan befolyásolják a diákok lelki egyensúlyát.

A tanulók 59,10%-a (152 fő) végez az iskolai testnevelésórákon kívül, minimum két alkalommal hetente sporttevékenységet. Közöttük több az alacsony kockázatú csoportba tartozó (64,50%), mint a nem sportolók körében (62,90%). A lányokkal összehasonlítva a fiúk nagyobb hányada vesz részt rendszeres fizikai aktivitásban: ff/nő: 64,40–56,30%.

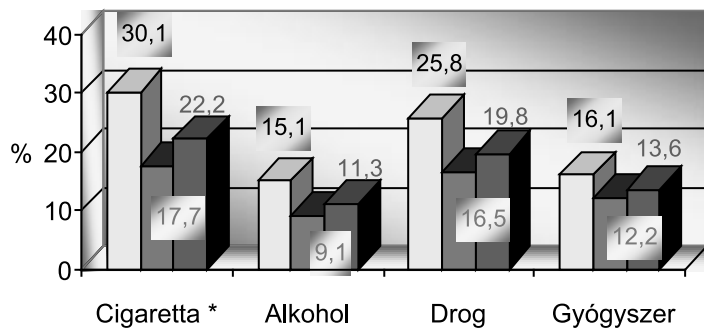
A sport és a munkavégzési problémák közti összefüggéseket vizsgálva azt tapasztaltuk, hogy a nem sportoló lányok közül szignifikánsabban többen küzdenek tanulási problémával (sportol/nem sportol: 24,50–44,1%, $p < 0,05$). A sportolás tehát védőfaktor a lelki egyensúly szempontjából.

Az iskolai tanulás mellett rendszeres elfoglaltsága a diákok 56,40%-ának van, 96 lánynak és 49 fiúnak. Ebből 122-en tanulnak, 12-en dolgoznak, és 11-en tanulnak és dolgoznak is. Összesen tehát a diákok 51,80%-a (133 fő) szabadidejében az iskolai tananyag elsajátítása mellett egyéb készségek, ismeretek elsajátítására törekszik. Iskolán kívüli lekööttsége a lányok 57,50%-ának, (96 fő), a fiúk 54,4%-ának (49 fő) van. A plusz időtöltéssel rendelkezők közt nagyobb arányban találunk lelkileg instabil tanulót.

A különórára járók 41%-a nyelvet tanul, 28%-a felvételi előkészítő tanfolyamon vagy korrepetálóórákon vesz részt, 21% énekkari tag, táncolni tanul, vagy valamilyen hangszeren játszani (3. ábra).

Figyelemre méltó, hogy a lányok több mint egyharmada (39%), és a fiúk több mint negyede (26%) kénytelen a továbbtanulás érdekében különórákra járni. Érdemes ezt az eredményt összevetni azzal, miszerint a tanulók több mint fele magas iskolai elvárásra, és időhiányra panaszkodik, ami tartós stresszként veszélyeztetheti a lelki egyensúly stabilitását.

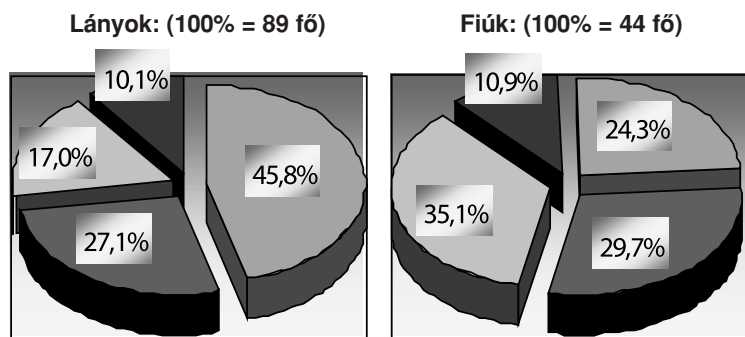
2. ábra. A rizikó-magatartási formák gyakorisága és összefüggése a lelki érintettséggel



□ Magas kockázatúak ■ Alacsony kockázatúak ■ Összesen

* $p < 0,05$, EH = 2,01, $\chi^2 = 5,29$

3. ábra. Az iskolán kívüli elfoglaltságok megoszlása nemek szerint



45,8% Nyelvtanulás
10,1% Felvételi előkészítő, korrepetálás
17,0% Hangszer, énekkar, tánc
27,1% Egyéb: pl. színjátszás, számítástechnika

24,3% Nyelvtanulás
10,9% Felvételi előkészítő, korrepetálás
35,1% Hangszer, énekkar, tánc
29,7% Egyéb: pl. színjátszás, számítástechnika

Megbeszélés

A serdülőkor az egyik legnehezebb életszakasz, hiszen a személyiségfejlődés egyik legfontosabb időszaka, mivel ebben az életkorban két igen nehéz feladatot kell megoldanunk: kialakítanunk saját személyiségünket és megtalálni helyünket a társadalomban [21, 22]. Mindez önmagában is magyarázhatja az átmenetileg magas szorongásprevalenciát, valamint a depresszió megemelkedését [23, 24]. Ehhez társulhat még a magas iskolai követelményrendszer, az egyénileg eltérő genetikai hajlamosító tényezők, valamint a napjainkban egyre gyakoribbá váló családi konfliktushelyzet is, amely részben közvetlenül, részben a kiegyensúlyozatlan szülők, nem ritkán tanárok által közvetett módon hat a serdülők lelki egészségi állapotára.

Eredményeink hasonló képet mutatnak, mint korábbi, diákok körében végzett hazai felméréseink adatai. A módszertani azonosság következtében lehetőségeink nyílik a 2000-ben egyetemistákkal (n = 410) és a 2001-ben 12. osztályos gimnazistákkal (n = 172) végzett munkánk epidemiológiai adataival történő összehasonlításra [19, 25].

A magas kockázatú csoportba tartozó 11. osztályos diákok 36%-os aránya meghaladja az egyetemistáknál talált 31%-os, és a 12. osztályosok 29%-os értékét is. Mindhárom esetben a lányok körében találtunk magasabb prevalenciaértéket a lelki instabilitás szempontjából. Várakozásunkkal ellentétben nem az érettségi éve terheli jobban a tanulókat, hanem az azt megelőző év. Ennek valószínű oka, hogy az érettségi évében a tanárok már toleránsabbak, és elsősorban a vizsgatárgyakban magas az elvárásuk. Másrészt a diák ekkorra már túl van élete egyik legfelelősebb döntésén, a pályaválasztáson, és ez tovább már nem nyomasztja.

A munkavégzésre vonatkozó panaszok a végzős gimnazistáknál, a testi tünetek a 11. osztályosoknál, és a lelki panaszok az orvostanhallgatóknál fordulnak elő a legnagyobb arányban. A pszichoszomatikus tünetek gyakoriságát összehasonlítva azt találtuk, hogy a középiskolások jóval gyakrabban számoltak be fáradtságról, és többen dohányoznak azért, hogy megnyugodjanak. Az egyetemisták körében nagyobb előfordulást mutatott a nyaki-, háti-, derékizomfájdalom, az emésztési zavarok, a szapora, szabálytalan szívverés és az alvászavar. A gerincoszlopot érintő tünetek azért

lehetnek magasabb gyakoriságúak az egyetemistáknál, mert ők már csak alkalmatosan sportolnak. Ez a tendencia egyébként nemzetközi vonatkozásban is megfigyelhető [26]. Mindkét gimnáziumi évfolyamban a lányok szenvednek több fizikai tünettől, míg az egyetemistáknál a férfiak hajlamosabbak szomatizációra. A kapott eredményeinkkel összhangban vannak az irodalmi adatok, amelyek ugyancsak a nők magasabb panaszgyakoriságáról számolnak be.

Az alábbiakban a rizikó-magatartási formák prevalenciaértékeit hasonlítjuk össze a 11. a 12. osztályosok, valamint az egyetemisták körében kapott adatokkal. Mindhárom populációban közel azonos arányban dohányoznak (22%, 22%, 19%), és próbáltak ki már valamilyen kábítószerrel (20%, 19%, 25%). Az alkoholfogyasztók aránya: 11%, 12%, 30%; a gyógyszert rendszeresen szedőké: 14%, 13%, 25%. Megállapíthatjuk, hogy az egyetemisták közt több mint kétszer annyian fogyasztanak alkoholt, és szednek gyógyszert, mint a gimnazisták.

Elgondolkodtató, hogy a tanulók több mint fele panaszokká magas iskolai követelményekre és időhiányra. Vajon a magasnak érzett elvárások valóban teljesíthetetlen követelmények, vagy e jelenség hátterében valami más ok is szerepelhet? Feltételezzük, például, hogy kommunikációs zavar okozhatja a tanár-diák személyes kapcsolat inkongruenciáját. Ez egy nagyon fontos problémára hívja fel a figyelmünket. Az iskolai interakciókban jelzett zavarok, a támogató környezet hiányának érzése a fiatal izolálódásához vezethet, valamint a tartós stressz által károsíthatja a lelki egészséget. Fontosnak tartjuk kiemelni, hogy erre a nyitott kérdésre választ adó diákok egyharmada jelöli a beszélgetés jelentőségét, és az ösztönös igényét válaszában. A tanárok ez irányú szerepére korábbi vizsgálatok is felhívták a figyelmet [27].

Tehát a szülők különélése a dohányzás, a közepes vagy rossz házassága a dohányzás és a drogkipróbálás, míg a közepes vagy rossz gyermek-szülő kapcsolat a dohányzás, az alkoholfogyasztás és a drogfogyasztás szempontjából is rizikótényező.

Közismert, hogy az egészséget károsan befolyásoló szokások együtt járnak, gyakoriságuk egymással korrelációt mutat [28]. Kimutatták, hogy a dohányzás és az alkoholabúzus átfedése szinte teljes körű. Az illegális drogfogyasztás a fiatalkori dohányzás után kezdődik, először

„enyhe” drogok használatával, majd ilyen bevezetés után folytatódik az ún. kemény drogokkal. Ezt hívják addikciós cseppkő vagy stádium elméletnek.

Különösen fontosnak találjuk az ifjúságra való nagyobb odafigyelést részben azért, mert minden megelőző tevékenység annál eredményesebb, minél korábban kezdjük, s mert ők a jövő letéteményesei. Meggyőződésünk, hogy egészséges nemzet nélkül nincs eredményes, gazdaságilag fejlődő társadalom sem.

Összefoglalás

A középiskolások kiemelt célcsoportot jelentenek az egészségfejlesztés szempontjából, hiszen bár ez az életperiódus a morbiditási és mortalitási adatok szempontjából viszonylag kedvező, a leggyakoribb megbetegedések kialakulásában döntő szerepet játszanak a már ebben az életkorban gyakran jelen levő pszichés problémák. A serdülőkorban ez a szakasza a dohányzás-, alkohol-, gyógyszer- és drogfogyasztás kipróbálásának az időszak is egyben. Ezek az egészségkárosító magatartásformák szorosan összefüggnek a túlzott stresszrel, illetve a stresszfeldolgozási képességek hiányával. Jelen vizsgálat célja, hogy harmadéves gimnazisták lelki egészségi, egészségkárosító magatartási formáit elemezzük, továbbá meghatározzuk lelki instabilitásuk lehetséges okait is. Az eredmények azt mutatják, hogy a magas kockázatú csoportba tartozó 11. osztályos diákok 36%-os aránya meghaladja az egyetemistáknál talált 31%-os, és a 12. osztályosok 29%-os értékét is. A 11. osztályosok körében az egészségkárosító magatartásformák aránya a következő: 22% dohányzás, 20% kábítószer, 11% alkoholfogyasztás és 14% gyógyszerfogyasztás. Elgondolkodtató, hogy a tanulók több mint fele panaszokká magas iskolai követelményekre és időhiányra. Szoros kapcsolat igazolható a fiatalok lelki egészsége, egészségkárosító magatartása és stresszterheltsége között. Az ifjúság problémáira való nagyobb odafigyelést ezért kiemelt egészségfejlesztési feladatnak tartjuk.

Kulcsszavak

Lelki egészség, egészségkárosító magatartás, stressz, életmód.

Summary

High school students form a highlighted target population in terms of health promotion since despite the fact that this life period is rather favorable based on morbidity and mortality data, the psychological problems in this age group play an important role in the development of the most frequent diseases. This part of adolescence is also the time of trying smoking, alcohol, medication and drug use. These health risk behaviors are in close connection with an elevated level of stress, and more precisely, with the lack of effective coping with stress. The main goal of the present study has been to analyze the psychological health and health risk behaviors among 11th year high school students. In addition, we also aim at detect the background of their psychological instability. The results show that 36% of them belong to the high risk group which is higher than that of university students (31%) and that of 12th year high school students (29%). The prevalence of health risk behaviors are the following among the 11th year high school students: smoking 22%; drug use 20%; alcohol use 11%; medication use 14%. It is worth arguing that more than half of the students complain of the high levels of school requirements and the time pressure. As it has been justified, there is a close connection between youth's psychological health, their health risk behaviors and stress burden. Therefore, we argue that a better consideration of youth's problems should be a highlighted task in health promotion.

Keywords

Psychological health, health risk behaviors, stress, lifestyle.

Irodalom

1. Eccles, J.S., Midgley C., Wigfield, A., Miller Buchanan, C., Reuman, D., Flanagan, C., Iver, D.M.: Development during adolescence. *American Psychologist*, 48, 90–101. 1993.
2. Piko, B.F.: Health behavior and psychosocial health as a health policy issue for youth and adolescence. In: Smyth, M.N. (ed.): *Health care in transition*. Vol. 1. Nova Science Publishers, New York, 15–28. 2002.
3. Ben-Shlomo, Y., Kuh, D.: A life course approach to chronic disease epidemiol-

- ogy: Conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *International Journal of Epidemiology*, 31, 285–293. 2002.
4. Pittman, K.P., Hayman, L.L.: Determinants of risk for cardiovascular disease during school-age/adolescent transition. *Prevention*, 12, 12–22. 1997.
 5. Gilvarry, E.: Substance abuse in young people. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 55–80. 2000.
 6. Wills, T.A., Sandy, J.M., Shinar, O., Yaeger, A.: Contributions of positive and negative affect to adolescent substance use: Test of bidimensional model in a longitudinal study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 13, 327–338. 1999.
 7. Piko B.: Gender differences and similarities in adolescents' ways of coping. *Psychological Record*, 51, 223–235. 2001.
 8. McMahon, S.D., Grant, K.E., Compas, B.E., Thurn, A.E., Ez, S.: Stress and psychopathology in children and adolescents: Is there evidence of specificity? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 107–133. 2003.
 9. Hunt, S.M.: The problem of quality of life. *Quality of Life Research*, 6, 205–212. 1997.
 10. Piko B., Barabás K., Boda K.: Pszichoszomatikus tünetek epidemiológiája és hatása az egészségi állapot önértékelésére egyetemi hallgatók körében. *Orvosi Hetilap*, 136, 1667–1671. 1995.
 11. Vetró Á., Kiss E., Kállay L., Dombóvári E.: Az életminőség vizsgálata gyermek- és serdülőkorban. *Psychiatria Hungarica*, 18, 408–417. 2003.
 12. Dierker, L.C., Albano, A.M., Clarke, G.N., Heimberg, R.G., Kendall, P.C., Merikangas, K.R., Lewinsohn, P.M., Offord, D.R., Kessler, R., Kupfer, D.J.: Screening for anxiety and depression in early adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 929–936. 2001.
 13. Ferdinand, R.F., Blüm, M., Verhulst, F.C.: Psychopathology in adolescence predicts substance use in young adulthood. *Addiction*, 96, 861–870. 2001.
 14. Siqueira, L., Diab, M., Bodian, C. et al.: The relationship of stress and coping methods to adolescent marijuana use. *Substance Use and Misuse*, 22, 157–166. 2001.
 15. Kawabata, T., Cross, D., Nishioka, N. et al.: Relationship between self-esteem and smoking behavior among Japanese early adolescents: Initial results from a three-year study. *Journal of School Health*, 69, 280–284. 1999.
 16. Piko, B.F., Vazsonyi, A.T.: Leisure activities and problem behaviors among Hungarian youth. *Journal of Adolescence*, 27, 717–730. 2004.
 17. Larson, R.W., Verma, S.: How children and adolescents spend their time across the world: Work, play, and developmental opportunities. *Psychological Bulletin*, 125, 701–736. 1999.
 18. Kopp M.: Mentálhigiéné: Helyzetkép és intervenció javaslatok. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 1, 5–23. 1999.
 19. Sima Á., Piko B., Simon T.: Orvosegyetemi hallgatók pszichés egészségének és egészségkárosító magatartásának epidemiológiai vizsgálata. *Orvosi Hetilap*, 145, 123–129. 2004.
 20. Anderson, P.: *Prevention in general practice*. Oxford General Practice, Series 23, Oxford University Press, 149–169. 1993.
 21. Erikson, E.H.: *Identity: youth and crisis*. W.W. Norton, New York, 1968
 22. Eccles, J.S., Midgley C., Wigfield, A., Miller Buchanan, C., Reuman, D., Flanagan, C., Iver, D.M.: Development during adolescence. *American Psychologist*, 48, 90–101. 1993.
 23. Greenberger, E., Chen, C., Tally, S.R., Dong, Q.: Family, peer, and individual correlates of depressive symptomatology among U.S. and Chinese adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 209–219. 2000.
 24. Johnson, J.G., Cohen, P., Pine, D.S., Klein, D.F., Kasen, S., Brook, J.S.: Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood. *Journal of the American Medical Association*, 284, 2348–2351. 2000.
 25. Sima Á.: Középiskolások lelki egészségének és rizikó-magatartásformáinak epidemiológiai vizsgálata. *Kézirat* 2001.
 26. Leslie, E., Owen, N., Salmon, J., Bauman, A., Sallis, J.F., Lo, S.K.: Insufficiently active Australian college students: perceived personal, social, and environmental influences. *Preventive Medicine*, 28, 20–27. 1999.
 27. Piko B.: A rizikó- és protektív elméleti megközelítés alkalmazása a serdülő lányok kockázati magatartásának vizsgálatában. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 11, 24–30. 2000.
 28. Hawkins, J.D., Catalano, R.F., Miller, J.Y.: Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 12, 64–105. 1992.

Az egészségmegőrzés és egészségnevelés kiemelt szerepe a hazai korszerűsített védőoltási rendszerben

Prof. Dr. habil Schmidt Péter

Gyermekegészségügyi Szolgálat, Győr; Nyugat-magyarországi Egyetem KTK, Doktori Iskola, Sopron

I. Bevezetés

Az elmúlt évtizedekben mind hazánkban, mind a világ számos országában kiemelt szerepet kapott a védőoltások egészségmegőrzés és egészségnevelés szempontjából történő megítélése.

Ennek kiemelt példája volt, hogy az Egészségügyi Világszervezet az 1987. évi felhívásában „Az oltás: oltalom” címmel a világ valamennyi országában felhívták a figyelmet a kihívást jelentő célok sikeres megvalósítására, s a korszerűsített védőoltási rendszert a '90-es évek végére, illetve az ezredforduló első éveire tervezték.

A medicina történetének talán legfényesebb sikersorozata a védőoltások karrierje. Alig több mint 100 év alatt lehetővé vált számos, az emberiséget súlyosan nyomorító fertőző betegség megelőzése, sőt a legpusztítóbbak egyikének, a himlőnek a bolygónkról való eradikálása is.

Napjainkban a modern országokban – így hazánkban is – a gyermekeket diftéria, pertussis, tetanusz (DPT), poliomyelitis (Salk, illetve Sabin), morbilli, rubeola, mumpsz (MMR), tuberkulózis (BCG), H influenzae b., valamint hepatitis B ellen oltják.

Hazánkban a védőoltásoknak tradicionálisan kiemelt jelentősége van, aminek következtében az életkorhoz kötött kötelező oltások átoltottsága egyedülállóan magas Európában. Az eddigi eredmények megtartását célozzák a védőoltási rendszer – nemzetközi ajánlások figyelembevételével történő – módosításai az utóbbi években. Ennek keretében folyamatosan módosultak bizonyos oltóanyagok, új, korszerű oltóanyagok általános használata kezdődött meg, oltási sémák változ-

tak, továbbá a védőoltások alkalmazása az oltási indikációk, kontraindikációk, illetve az oltási intervallumok felülvizsgálatával változott.

A kötelező védőoltás nemcsak az oltott személy érdekét szolgálja, hanem a társadalomét is. Az oltások a gyermek immunológiai fejlődését, de járványügyi szempontokat is figyelembe véve, a legoptimálisabb időben történnek meg.

A 18/1998. (VI. 3.) NM rendelet felváltó 33/2005. (VIII. 24.) EÜM rendelet révén megvalósuló, a jelenleg kialakított védőoltási rendszer – nemzetközi összehasonlításban is – rendkívül korszerű. Eddig a diftéria-pertussis-tetanusz vakcinában teljes sejt pertussis komponens volt, amely igen jó immunogenitású, többnyire csak lokális reakciót kiváltó oltóanyag volt. Ezzel egy időben, de külön szúrásként kapták a csecsemők az IPV és a H. influenzae b elleni oltásokat.

A védőoltások hatékonysága, valamint pontos menetrendjének tartása *megkívánja az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ), illetve az elsőfokú egészségügyi hatóság, a gyermekorvosok és a védőnők együttes munkáját. Az egészségnevelést illetően a tennivalók zöme területi, ami megkívánja a házi gyermekorvosok és a védőnők munkájának szoros összhangját.*

Az egészségnevelés a gyógyító-megelőző ellátás alapvető módszerét jelenti, de annak következetes végrehajtása függ mind az egészségügyi dolgozótól (orvos, védőnő és egyéb egészségügyi szakdolgozó), mind pedig a gyógyításra váró betegről (gondozottól).

Fontos a betegek együttműködési készségének elnyerése: a védőoltások

példájánál maradvány fontos megértetni a szülőkkel, hogy ezen beavatkozások a gyermek érdekében történnek. A védőoltások célja a szervezet immunizálása a fertőző betegségekkel szemben.

Megkülönböztetünk:

1. életkorhoz kötött, ún. folyamatos oltásokat;
2. idényoltásokat, amikor bizonyos korosztály gyermekeit kampányszerűen részesítjük védőoltásban;
3. egyéni oltásokat;
4. a beteg környezetében végzendő, alkalmi védőoltásokat (pl.: hastífuszos beteggel és a kórokozó-hordozókkal kapcsolatban levők védőoltásai);
5. veszélyeztetett környezetben dolgozók védőoltását (fertőző kórházi dolgozók védőoltását stb.);
6. tömegoltásokat, amikor különleges járványhelyzetben, járványveszély idején oltjuk a lakosságot.

A védőoltások két alapvető módszere az *aktív* és a *passzív* immunizálás.

A kétféle eljárással létesített immunitás között – az időbeli jellemzőket tekintve – jelentős különbség figyelhető meg. Az *első aktív védőoltás* hatása csak 2–6 hét között alakul ki, viszont az immunitás hónapokig vagy évekig eltarthat. Újraoltásra gyorsabb az immunválasz, az immunitás erősebb és tartósabb. A *passzív védőoltás* hatására viszont az immunitás néhány órán belül kialakul, de hatása csak néhány hétig tart, mivel a bevitt ellenanyagok lebomlanak.

Az oltóanyagok minőségét laboratóriumi vizsgálatokkal, hatékonyságát területi vizsgálatokkal is ellenőrzik. A védőoltások százalékos védőhatását

az oltottak és a nem oltottak adataiból számítják ki a következő képlet segítségével:

$$\frac{\text{oltatlanok morbiditása} - \text{oltottak morbiditása}}{\text{oltatlanok morbiditása}} \times 100$$

II. Az elmúlt negyedszázad változásai (1982–2006)

Magyarországon több betegség megelőzésére és kiküszöbölésére a lakosság zömének immunitását biztosító védőoltások bizonyos korosztályoknak *kötelezőek*. Az életkorhoz kötött kötelező védőoltások rendjét az oltási naptár szabályozta. Magyarországon 1982-es oltási naptárát az 1. táblázat mutatja.

A kórházból hazabocsátott újszülött már részesült oltásban, ezért mind a gyermekorvos, mind a védőnő feladata az újszülött első látogatásakor a szülőnek elmagyarázni, hogy az újszülött bal vállán levő kis pont a BCG-oltás, amelynek helye a későbbiekben pirossá válhat, váladékhozhat, elgennyedhet, ezek sorsát a továbbiakban a gyermekorvos és a védőnő ellenőrzi a heg-, illetve a tuberculinkontroll során.

A csecsemő az első diphtheria–pertussis–tétanus oltást (Di-per-te I/a, I/b és I/c – a továbbiakban DPT-oltás) betöltött 3, 4 majd 5 hónapos korában kaphatja. A szülőket a védőnők időben értesítik az oltás idejéről. Köztudott, hogy *Magyarországon a védőoltások ingyenesek*. Vizsgáltuk,

mely rétegek azok, amelyek rendszeresen, pontosan, és melyek azok, amelyek hanyag módon, rendszertelenül hozzák gyermekeiket az oltásra.

Az oltásra behívottak 0,5–1%-ánál azt tapasztaltuk, hogy van egy „vagabund” réteg, akiknek ismételten is hiába küldünk oltási értesítést, ezek a családok körzetünkben nem találhatók meg, vándorló életet folytatva az ország különböző részeire mennek tovább. Meglepő módon azt találtuk, hogy a rossz szociális környezetben élők – függetlenül attól, hogy a csecsemő beteg-e vagy egészséges – *pontosan hozták csecsemőjüket oltásra*. A jobb körülmények között élők már az oltás előtti napokban hozzák gyermeküket, megvizsgálattják, nem beteg-e, a vizsgálat alapján megkaphatja-e az oltást, s ha kell 3-szor is – legtöbbször fölöslegesen – megvizsgálattják a csecsemőt. Az oltás utáni borogatást, lázcsillapítást is ez a réteg veszi komolyabban, s majd minden esetben az oltást követő 2–3 napon belül ismét elhozzák gyermeküket az orvoshoz. Ez a *túlzott féltés* véleményem szerint *indokolatlan! A DPT-oltás helyi és általános reakcióiról szintén tájékoztatjuk a szülőket*. Csaknem minden oltás után jelentkezhet különböző mérvű fájdalom az oltás helyén, amely azután 1–2 nap alatt elmúlik. Néha csak mozgáskor érzi a gyermek, ezért oltott végtagját nem szívesen mozgatja. Az oltás helyén az izomzatban sokszor lehet hónapokig cseresznye-, vagy szilvamágnyi tömött, fájdalomtalan csomót tapintani. Évente 1–2 esetben észlel-

tünk gennyes tályogot, amelyet aztán gyermekebeszéknek kellett ellátni. Általános reakciót az oltottak közel 50%-ánál észleltünk: 38 °C körüli láz az oltást követő 24–48 órán belül, étvágytalanság, kedélytelenség, enyhe emésztési zavar. Fontos tudni, hogy az oltási reakció a lázgörcsre hajlamos gyermeknél lázas rángásokat válthat ki, ezért nyomatékosan felhívjuk a szülők figyelmét a lázcsillapításra.

A gyakorlat az, hogy a DPT-oltás után azonnal kap a csecsemő lázcsillapító kúpot, amelyet otthon a szülő aznap még egyszer megismétel, illetve szükség esetén másnap reggel is. Legjobb a tapasztalatunk a Sevenalamidazophen kúp (Supp. Germicid-C) adásával kapcsolatban.

Az egészségnevelés szempontjából érdekes, de nagyon is fontos jelenségre szeretnénk felhívni a figyelmet. *A szülőknél valahogy nehezen tudatosul, hogy a járványos gyermekbénulás elleni cseppek adása során is oltást végzünk*. Tudatosítanunk kell azt is, hogy évente többször adott „cseppek” nem egymást helyettesítik, hanem kiegészítik egymás hatását. Az oltást (1–3–2 típus sorrendben) hat-hat hetes időközzel adjuk, mindig kampányszerűen, az Egészségügyi Minisztérium rendelkezése alapján. Csakis a megadott időszakon belül szabad oltani! Oltási betegséget általában nem észleltünk.

Ugyancsak meghatározott időszakban, a 14. hónapot betöltött gyermekeknek adjuk a kanyaró elleni védőoltást. A szülőknél fel kell hívni a figyelmét arra, hogy *ha az oltás bármely ok miatt elmarad, úgy az később bármely életkorban pótolható*. Bármely okból immunglobulint kapott gyermekek esetében a kanyaróoltást 6 hét–3 hónap közti időre felfüggesztjük.

Egészségnevelési szempontból nagyon fontos tudatni a szülőknél, hogy az esetleges mellékhatások általában nem közvetlenül az oltás után, hanem kb. 6–7 nappal később jelentkeznek: lázas állapot, kötőhártya-gyulladás, ritkábban kanyarószerű kiütések. A lázcsillapítás ekkor is elengedhetetlen, s mivel idősebb csecsemőkről van már szó, legcélszerűbb Supp. analg. pro parv (FoNo) adása.

1. táblázat. Magyarország 1982-es oltási naptára

Életkor	Oltás
0–6 hét	BCG
6. hónap, 7., 14., 18. év	heg-, illetve tuberculinkontroll és szükség szerint revakcináció
3–4–5. hónap	diphtheria – pertussis – tetanus I. a–b–c
2–38. hónap, évenként	poliomyelitis (Sabin) 1, 3, 2 típus
14. hónap	morbilli
3. év	diphtheria–pertussis–tétanus II.
6. év (ált. isk. I. oszt.)	diphtheria–pertussis–tétanus III.
11. év (ált. isk. VI. oszt.)	diphtheria–tétanus

A 3 éves kori DPT II. adása még a gyermekkorveti orvosi munkánkhoz tartozott, a régi rendszer szerint a következő oltások már az iskolában történtek.

Házi gyermekorvosi munkánkhoz csatlakozik az általános iskolák iskolatorvosi ellátása is. Fontos az együttműködés az iskola főállású védőnőjével és a nevelőkkel. *Jól szervezett munkával az iskolai kötelező oltások gyorsan, hatékonyan lebonyolíthatók.*

Az általános iskolák I. osztályosainak adott DPT III., illetve az általános iskolák VI. osztályosainak adott DT-oltással kapcsolatosan az volt a megfigyelésünk, hogy egy alkalommal nem érdemes két osztálynál többet behívni oltásra. Fontos a védőnő munkája, a pontos születési idő feljegyzése és az esetleges oltási ellenjavallat megemlítése érdekében, fel kell mérni, van-e évismétlő tanuló az osztályban, kapott-e már valaki trauma vagy egyéb sérülés miatt tetanus-oltást az iskolai oltást megelőző időkből.

Mivel tömegoltásról van szó, mindig találunk néhány nagyon aggódó, remegő, igen sápadt gyermeket az oltás előtti percekben. Tapasztalatunk az, hogy ezeknél a tanulóknál még a „tömeg” oltása előtt, a gyermeket egyénileg megnyugtatva végezzük el az oltást külön, és általában ezeket a gyermekeket – még ha nincs is panaszuk – néhány percig a fektetőben tartjuk, s csak utána engedjük ki őket a levegőre, felügyelet mellett. Nagyon fontos egészségnevelési feladat mind a szülők, mind a tanulók értesítése az oltás idejéről, az oltás módjáról, valamint az esetlegesen várható mellékhatásokról. Ajánlatos tájékoztatni a gyermekeket az oltás utáni órákban esetleg fellépő lázas állapotról – sok helyen a szülők csak késő délután érnek haza –, így a gyermekekkel délután foglalkozó nevelő egészségnevelési felkészültsége is fontos! Megoszlanak a vélemények az oltás iskolai ellenőrző füzetben történő bejegyzéséről: több gyermekorvos tapasztalata ugyanis az, hogy lelkiismeretes értesítés után az adott oltási napon hirtelen jelentősen megnőtt az iskolából hiányzók száma.

III. Az új védőoltási rendszer (a 2006-ban bevezetett új rendszer)

A magyarországi védőoltási rendszerben jelentős változások léptek életbe. Ennek egyik oka a hazai oltóanyaggyártás megszűnése, illetve új, korszerűbb oltóanyagok alkalmazása. A változások csak az életkorhoz kötött, folyamatos oltások keretében végzett kötelező védőoltásokat érintik: jogszabályban rögzített módon változik az oltások esedékessége és az alkalmazandó oltóanyagok. 2006-tól egy szakmailag minden reális igényt kielégítő, ugyanakkor kivitelezésében is egyszerűbb, „felhasználóbarát”, kevesebb „szűrővel” járó rendszer kerül bevezetésre.

A 2006-tól bevezetésre kerülő kombinált oltóanyag (Infanrix-IPV/Hib) egyszerre 5 betegség ellen alakít ki immunválaszt, és a teljes sejt per-

tussis komponens helyett acelluláris pertussist tartalmaz. Két hónapos kortól 3 alkalommal, majd 18 hónapos korban kell immunizálni a csecsemőket.

A sejtmentes pertussis tartalmú kombinált/többkomponensű vakcina alkalmazásával várhatóan tovább erősödik az életkorhoz kötött kötelező oltások lakossági elfogadottsága, egyszerűbb, könnyebb lesz az oltó orvos munkája, hiszen csak egy-egy konkrét, rendkívüli esetben kell más, alternatív oltóanyagot felajánlani.

A védőoltásokkal megelőzhető fertőző betegségek hazai, igen kedvező járványügyi helyzetét csak úgy őrizhetjük meg, ha az életkorhoz kötött kötelező védőoltások teljesítése, az átoltottság 98% felett marad, amelynek alapvető feltétele a megfelelő mennyiségű és minőségű oltóanyag biztosítása mellett az orvos szakmai és lakossági támogatottság.

2. táblázat. 2006. évi védőoltási naptár

Oltás	Életkor	Oltóanyag	Megjegyzés
BCG	0–6 hét		
DTPa+Hib+IPV	2 hónap	Infanrix-IPV+HIB-vakcina	2005. okt. 31. után születettekre vonatkozik
DTPa+Hib+IPV	3 hónap		
DTPa+Hib+IPV	4 hónap		
MMR (1)	15 hónap	Priorix-vakcina	2004. szept. 30. után születettekre vonatkozik
DTPa+Hib+IPV	18 hónap	Infanrix-IPV+HIB HI-vakcina ???	2004. jún. 30. után születettekre vonatkozik
DTPa+IPV	3 év	Infanrix-IPV-vakcina	2003. jan. 1. és dec. 31. között születettekre vonatkozik
DTPa+IPV	6 év	Infanrix-IPV-vakcina	2000. jan. 1. és dec. 31. között születettekre vonatkozik
MMR (2)	11 év	Priorix-vakcina	október hónapban az általános iskolák 6. osztályában
Revakcináció			
Td (Di-Te)	11 év	Di-Te-oltóanyag	szeptember hónapban az általános iskolák 6. osztályában
Hepatitis B	14 év	Engerix B-vakcina felnőtteknek	az 1. oltás szeptember hónapban az általános iskolák 8. osztályában

IV. Jelentősebb változások a 2006. évi oltások rendjében az előző évhez képest

A járványos gyermekbénulás elleni immunizálás az orális élőpoliovírus-tartalmú vakcina helyett inaktivált-poliovírus-tartalmú kombinált vakcinával történik azon csecsemők kivételével, akik 2005. november 1. előtt születtek. 2006. április 1-jétől az orálispoliovírus-tartalmú vakcina használata megszűnik.

A diphtheria–pertussis–tetanus elleni alapimmunizáláshoz (a 2005. november 1. előtt született csecsemők kivételével), valamint az újraoltásokhoz (18. hó, 3. év, 6. év) a hazai gyártású DPT-oltóanyagok helyett

*diphtheria–tetanus–sejtmentes pertussis komponens*t tartalmazó kombinált oltóanyag kerül bevezetésre.

V. Életkorhoz kötött kötelező védőoltások

A *diphtheria–pertussis–tetanus*, valamint a poliomyelitis elleni immunizálás *három hónapos kor helyett két hónapos korban* kezdődik a Hib elleni oltások első részletének beadásával egyidejűleg, kombinált oltóanyag alkalmazásával.

A Hib elleni immunizálás a korábbi 2, 4, 5, 15 hónapos kor helyett 2, 3, 4, 18 hónapos korban történik.

A 2006. évben, a korábbi években használthoz viszonyítva az alábbi két új oltóanyag kerül bevezetésre:

– Infanrix IPV + Hib-vakcina

Kombinált, diphtheria, tetanus, acelluláris pertussis, inaktivált poliovírust tartalmazó és b-típusú *Haemophilus influenzae* (Hib) elleni vakcina. Alkalmas a 2 hónaposnál idősebb csecsemők diphtheria, tetanus, pertussis, poliomyelitis és Hib elleni alapimmunizálására, valamint két-éves kor betöltése előtt emlékeztető oltásra. A három oltásból álló alapimmunizálási séma szerint az oltási sorozat első részletét 2 hónapos korban kell beadni. Az oltások között legalább 1 hónap intervallumot kell tartani. A vakcina adagja 0,5 ml.

3. táblázat. Oltási naptár, 2006

Oltás	Életkor	Megjegyzés
FOLYAMATOS OLTÁSOK		
BCG	0–6 hét	Általában szülészeti intézményben
DTPa+IPV+Hib	2 hónap	Infanrix IPV+Hib (2005. október 31. után születettekre vonatkozik)
DPT I/a+IPV	3 hónap	Tetracoq (2005. október 1. és 31. között születettekre vonatkozik)
DTPa+IPV+Hib		Infanrix IPV+Hib-vakcina (2005. október 31. után születettekre vonatkozik)
DPT I/b+OPV+Hib I/b	4 hónap	DPT+Polio Sabin+Hiberix (2005. szeptember 1. és október 31. között születettekre vonatkozik)
DTPa+IPV+Hib		Infanrix IPV+Hib-vakcina (2005. október 31. után születettekre vonatkozik)
DPT I/c+OPV+Hib I/c	5 hónap	DPT+Polio Sabin+Hiberix (2005. augusztus 1. és október 31. között születettekre vonatkozik)
MMR	15 hónap	Priorix-vakcina (2004. szeptember 30. után születettekre vonatkozik)
DTPa+IPV+Hib	18 hónap	Infanrix IPV+Hib-vakcina (2004. szeptember 30. után születettekre vonatkozik)
DTPa+IPV	3 év	Infanrix IPV-vakcina (2003. január 1. és december 31. között születettekre vonatkozik)
DTPa+IPV	6 év	Infanrix IPV-vakcina (2000. január 1. és december 31. között születettekre vonatkozik)

BCG	=	Bacillus Calmette-Guérin/tuberculosis elleni oltóanyag
DPT	=	diftéria–pertussisz–tetanusz elleni oltóanyag
DTPa	=	diftéria–tetanusz–pertussisz elleni, acelluláris komponens tartalmazó oltóanyag
Hib	=	<i>Haemophilus influenzae</i> b elleni oltóanyag
IPV	=	inaktiváltpoliovírus-vakcina
OPV	=	orálispoliovírus-vakcina
MMR	=	morbilli–mumpsz–rubeola elleni vakcina
dT	=	diftéria–tetanusz oltóanyag emlékeztető oltás céljára

– Infanrix IPV-vakcina

Kombinált, diphtheria, tetanus, acelluláris pertussis, inaktíváltpoliovírus-tartalmú adszorbeált vakcina. A készítmény diphtheria, tetanus, pertussis és poliomyelitis elleni emlékeztető oltások céljára 16 hónapos kortól 13 éves korig alkalmazható. A vakcina adagja 0,5 ml.

A) Folyamatos oltások

BCG-oltások

1. Az újszülöttek BCG-oltását a születési intézményben, illetőleg a születést követő 6 héten belül folyamatos oltás keretében kell elvégezni.
2. A születést követő 6 héten belül BCG-oltásban részesített csecsemőket 6 hónapos koruk betöltésekor ellenőrizni kell. Azoknál a csecsemőknél, akiknél a BCG-oltás helyén beszűrődés vagy heg nem látható, a BCG-oltást – tuberkulin próba nélkül – meg kell ismételni.
3. Azokat a csecsemőket, akik az ismételt BCG-oltás után is hegnegatívak maradnak, nem kell további BCG-oltásban részesíteni.

Egyéb oltások

1. Diftéria–pertussisz–tetanusz védőoltások acelluláris pertussis komponst tartalmazó oltóanyaggal (a továbbiakban: DTPa), a poliomyelitis elleni védőoltások inaktíváltpoliovírus-vakcinával (a továbbiakban: IPV), b típusú Haemophilus influenzae (a továbbiakban Hib) elleni védőoltások.
2. Diftéria–pertussisz–tetanusz védőoltások, poliomyelitis elleni védőoltások inaktíváltpoliovírus-vakcinával, illetve orálispoliovírus-vakcinával.
3. Egyadagos kiszerezésű morbilli–mumpsz–rubeola (MMR) trivalens oltóanyaggal kell oltani a 2004. szeptember 30-a után született kisgyermeket betöltött 15 hónapos korban.

B) Kampányoltások

Iskolai kampányoltások

Az életkorhoz kötött kötelező oltásokat 11 éves kortól iskolai oltások keretében kell elvégezni. Bár számos előnye van a folyamatos oltásnak, ennek ellenére 11–14 éves korban a gyermekek sokkal eredményesebben utolérhetők iskolában, mint egyedileg. Ugyanakkor kampányoltás keretében egy közösség számára rövid időn belül lehet biztosítani a megfelelő védelemet, s ennek igen nagy jelentősége van.

A kampányoltások iskolai osztályokra és nem a tanulói életkorokra vonatkoznak. A megadott iskolai osztályon kívüli (alsóbb osztályok) tanulók csak abban az esetben oltandók, ha igen nagy valószínűséggel feltételezhető, hogy sohasem érik el az oltásra kijelölt iskolai osztályt (pl. az általános iskola III. osztályába járó 14 éves gyermek hepatitis B ellen oltandó, hiszen joggal feltételezhető, hogy időközben kimarad az iskolából). Az alábbi életkorhoz kötöttek kötelező védőoltásokat kampányoltások keretében kell végezni:

1. Diftéria–tetanusz emlékeztető oltás (dT)

Az 1994. június 1. és 1995. május 31. között születettek (azaz az általános iskolák VI. osztályát a 2006/2007-es tanévben végzők) oltása 2006. szeptember hónapban történik meg. Az oltásokat „Diftéria–tetanusz tisztított és adszorbeált oltóanyag emlékeztető oltás céljára” elnevezésű vakcinával kell végezni.

2. MMR újraoltások

Élő, attenuált kanyaró–mumpsz–rubeola-vírust tartalmazó vakcinával újraoltásban részesülnek az 1994. június 1. és 1995. május 31. között születettek (azaz az általános iskola VI. osztályát a 2006/2007-es tanévben végzők) iskolai oltások keretében 2006. október hónapban.

3. Hepatitis B elleni védőoltások

Hepatitis B elleni védőoltásban részesülnek:

- a) azok a tanulók, akik az általános iskola VIII. osztályát a 2005/2006-os tanévben végzik, és az alapimmunizálás első részletét 2005 szeptemberében kapták meg, a második oltás beadására 2006 márciusában kerül sor,
- b) az 1992. június 1. és 1993. május 31. között születettek (azaz az általános iskola VIII. osztályát a 2006/2007-es tanévben végzők) iskolai oltások keretében.

A hepatitis B elleni oltási sorozat első részlete 2006. szeptemberben kerül beadásra.

VI. Megbetegedési veszély esetén kötelező védőoltások

Aktív immunizálásban kell részesíteni:

- a hastífuszos beteg környezetéhez tartozókat;
- a diftériás beteg környezetében élőket;
- a pertussiszos beteg környezetében a 6 éven aluli gyermekeket;
- a kanyarós beteg környezetében;
- a rubeolás beteg környezetében és
- a mumpszos beteg környezetében élő veszélyeztetetteket;
- a tetanuszfertőzési veszélynek kitett személyeket;
- a veszettség expozíciónak kitett személyeket.

Kanyaró megbetegedés előfordulása esetén a beteg környezetében élő, 15 hónaposnál idősebb, 36 évesnél fiatalabb, oltási dokumentációval nem rendelkező, továbbá a korábban újraoltásra kötelezett, de revakcinációban nem részesült személyeket élő, attenuáltkanyaróvírus-tartalmú oltóanyaggal kell oltani. Gyermekek- és ifjúsági közösségekben kanyaró megbetegedés előfordulása esetén a revakcináció szükségességéről, illetve annak kiterjesztéséről az OEK Járványügyi osztályával történt előzetes egyeztetést követően kell dönteni. Az oltásokat MMR trivalens-vakcinával kell elvégezni.

Rubeolás beteg környezetében élő 15 hónaposnál idősebb, 31 évesnél

fiatalabb, oltási dokumentációval nem rendelkező személyeket MMR trivalentis-vakcinával kell védőoltásban részesíteni.

Mumpszos beteg környezetében a 15 hónaposnál idősebb, 22 évesnél fiatalabb, oltási dokumentációval nem rendelkező személyeket MMR trivalentis-vakcinával kell védőoltásban részesíteni.

VII. Megbetegedési veszély elhárítása céljából térítésmentesen végzendő egyéb védőoltások

1. Tetanusz elleni aktív immunizálásban részesíthetők önkéntes alapon: az 1941. január 1. előtt született, korábban tetanusz elleni aktív immunizálásban nem részesült személyek abban az esetben is, ha aktuálisan tetanuszra gyanús sérülés náluk nem fordult elő. A védőoltások az év során korlátozás nélkül végezhetők.

2. Az influenza elleni térítésmentes védőoltásban részesíthetők körét az országos tisztifőorvos 2006-ban kiadott körlevele foglalja magában.

3. Hepatitis B elleni védőoltás javasolt: a hepatitis B akut beteg, illetve a krónikus HBV-hordozó szexuális partnereinek és fertőzési veszélynek kitett családi kontaktjainak; dializált betegeknek és hemofiliásoknak.

A hepatitis B elleni immunizáció 3 oltásból áll: 0., 1. és 6. hónapban kell beadni az oltásokat. Bizonyos esetekben (pl. dializálandó betegek) a gyors immunválasz elérése érdekében ún. gyorsított séma (0., 1., 2. hónap) is alkalmazható, azonban ilyenkor egy év múlva emlékeztető oltásra is szükség van.

VIII. Munkakörökhöz kapcsolódó védőoltások

A 18/1998. (VI. 3.) NM rendelet 9. §-a értelmében a munkáltató köteles a munkavállalók egészségét és biz-

tonságát veszélyeztető biológiai kockázatokat, a munkahelyi expozíciót (veszélyeztetettséget) a külön jogszabályban [61/1999. (XII. 1.) EüM rendelet] foglaltaknak megfelelően felmérni. Ennek csökkentése érdekében – a munkáltatónak a foglalkoztatás feltételeként – biztosítania kell az adott veszélyeztetett munkakörben foglalkoztatott dolgozók védőoltását, így pl. hastífusz, kullancsencephalitis, hepatitis A és B, veszettség, diftéria és tetanusz elleni immunizálását.

Javaslatok az alapimmunizálás és/vagy újraoltás szabályaira

1. Hastífusz elleni védőoltásban kell részesíteni azon munkavállalókat, akiknek folyamatos vagy időszakosan végzett munkája során a S.Typhivel való fertőződésük nem zárható ki. Ezen munkavállalók közé tartoznak azok, akik munkájuk révén szennyvízzel, emberi ürülékkel rendszeresen kontaktusba kerülhetnek (csatornamunkások, mélyépítők, laboratóriumok és kórházi fertőző osztályok munkatársai stb.).

2. Kullancsencephalitis elleni védőoltásban kell részesíteni azt a munkavállalót, akinél a munkavégzés alkalmával a kullancsencephalitis-fertőzés kullancsexpozíció révén nem zárható ki (pl. erdőgazdasági dolgozók, olajmunkások stb.).

3. Hepatitis B-oltás szükségessége az egészségügyi dolgozóknál: A hepatitis B-fertőzést a vér, szövetnedvek és testváladékok közvetítik. Azoknál az egészségügyi dolgozóknál szükséges a hepatitis B-oltás, akik egészségügyi intézményben olyan tevékenységet végeznek, amelyek során rendszeresen kontaminálódhatnak vérrel, vérkészítményekkel, szövetnedvekkel, váladékokkal, testfolyadékokkal, illetve az ezekkel szennyezett eszközökkel, műszerekkel.

Az egészségügyi dolgozók védőoltásaira vonatkozóan az OEK „A betegellátás során vérrel és testvá-

ladékokkal terjedő vírusfertőzések megelőzéséről” szóló tájékoztatójának 3.6. pontjában foglaltak az irányadók.

Az egészségügyi intézményben először oltott egészségügyi dolgozók esetén az oltási sorozat befejezését követő 1–2 hónap múlva célszerű a primovakcináció eredményességének ellenőrzése. Ha a teljes oltási sorozat után az anti-HBs-szint 10 IU/l értéknél alacsonyabb, az oltási sorozatot meg kell ismételni, majd ezután újra meg kell határozni az anti-HBs-szintet.

4. Hepatitis A-oltás szükségessége egészségügyi dolgozóknál: A fertőzés fekáli-orál terjedésű, a kórokozót a széklet közvetíti. Az egészségügyben a fertőződési veszély minimális, mivel a higiénés szabályok betartása a normál populációban szokásos standardoknál erőteljesebb. A lakossági átlagnál magasabb kockázat azon ellátások során feltételezhető igen szűk körben, amelyeknél hepatitis A vagy arra gyanús betegeket látnak el. Megjegyzendő azonban, hogy a munkavédelmi szabályok betartásával a fertőzés általában megelőzhető. Kérdéses esetekben ajánlható egyes munkakörökben vagy tevékenységek végzése esetén az egészségügyi dolgozók hepatitis A átvészeltési vizsgálatának elvégzése a munkáltató költségére, és a vizsgálatok eredményének ismeretében kizárólag a fogékonyak oltása.

5. Veszettség elleni preexpozíciós oltások: Veszettség vírusával foglalkozó állatorvosokat, laboratóriumi munkatársakat, ebrendészeti dolgozókat megelőző (preexpozíciós) oltásban szükséges részesíteni. A veszettség vakcina preexpozíciós oltási sémája a következő: 0., 28. és 56. nap + 1 év múlva a 4. dózis, vagy 0., 7. és 21. nap + 1 év múlva a 4. dózis. Immunszupprimált személyek preexpozíciós oltása nem javasolt.

6. Diftéria elleni oltás: Fertőző osztályokon dolgozó vagy humán eredetű vizsgálati anyagok feldolgozásá-

val foglalkozó mikrobiológiai laboratóriumok munkatársai számára szükséges a **diftéria elleni védőoltás** abban az esetben, ha az életkorhoz kötött kötelező oltásokban részesült személy 10 évnél régebben kapta utolsó diftéria elleni védőoltását.

Az orvostudományi egyetemeken V. éves hallgatói, a felső- és középfokú egészségügyi oktatási intézmények utolsó éves hallgatói/tanulói a munkaköri expozíció potenciális veszélye miatt *diphtheria-tetanus* elleni védőoltásban részesíthetők. Az oltásokat a felnőttek oltására alkalmas készítményekkel lehet végezni.

7. Tetanusz elleni védőoltás: Azon személyek számára, akik olyan munkakört látnak el, amelynek esetében földdel szennyezett sérülések előfordulhatnak (mélyépítés, mezőgazdasági tevékenység, állatgondozás stb.) tetanusz toxoid adása szükséges. Ha a munkavállaló az életkorhoz kötött kötelező valamennyi tetanusz elleni oltásban részesült, az utolsó oltást követő 10 év múlva szükséges oltani, s hasonló munkakör ellátása esetén az oltásokat 10 évenként kell ismételni. Az oltások végezhetők monovalens tetanusz vagy diftéria-tetanusz oltóanyaggal.

8. Meningococcus betegség elleni védőoltás: Az egészségügyi dolgozók általában az átlaglakosoknál nincsenek jelentősebben kitéve a meningococcus-fertőzés veszélyének, azonban bizonyos speciális munkakörökben, ellátásoknál felmerül a specifikus védelem és/vagy antimikrobiális profilaxis szükségessége. A nemzetközi ajánlásokat is figyelembe véve egészségügyi ellátás/tevékenység esetében védőoltás javasolt:

- mikrobiológiai laboratóriumok azon munkatársainak, akik purulens meningitisben vagy septicaemiában szenvedő beteg liquorát és/vagy haemokultúráját rendszeresen vizsgálják;
- mikrobiológiai laboratóriumok azon munkatársainak, akik a *N. meningitidis* törzsek további részletes

vizsgálatával rendszeresen foglalkoznak;

- fertőző agyhártyagyulladásos betegek ellátására kijelölt kórházi fertőző és/vagy intenzív osztályok munkatársainak, akik ezen betegek ellátása révén (resuscitáció, intubálás stb.) rendszeresen fokozott expozíciónak vannak kitéve.

IX. A gyógyszerterápiából beszerezhető egyéb oltóanyagokkal történő oltások

A) Aktív immunizálás céljára használandó oltóanyagok

1. Pneumococcus-vakcinák

- a) *Streptococcus pneumoniae* okozta pneumoniák megelőzésében igen hatékonyak a pneumococcus-vakcinák.
- b) *Poliszacharid-vakcinák*. Magyarországon két poliszacharid pneumococcus-vakcina szerezhető be a gyógyszerterápiából: a *Pneumo 23* és a *Pneumovax 23*.
- c) *Konjugált vakcina – Prevenar*. Az adszorbeált konjugált vakcina a *Streptococcus pneumoniae* 7 szerotípusa által okozott invazív betegség ellen nyújt védelmet. Az oltóanyag csecsemők és kisgyermekek aktív immunizálására ajánlott.

2. Kullancsencephalitis elleni oltóanyagok

Az inaktíváltvírus-tartalmú vakcinák az állandóan vagy átmenetileg endémiás területeken tartózkodók védelmére szolgálnak. Az oltásokat a várható expozíció előtt kell elvégezni vagy megkezdeni. A védőoltást, illetve az oltási sorozatot a téli hónapokban optimális elkezdni. Magyarországon két oltóanyag van gyógyszerterápiai forgalomban: az *Encepur*, továbbá az *FSME-IMMUN*.

- a) Az *Encepur Junior* az 1–12 évesek, míg az *Encepur Adult* a 12 évesnél

idősebb személyek oltására ajánlott. Az alapimmunizálás 3 oltásból áll.

- b) Az *FSME-IMMUN Junior* az 1–16 évesek, míg az *FSME-IMMUN 0,5 ml* a 16 éven felüliek számára ajánlott oltóanyag. A védettség kialakításához 3 oltásra van szükség. A második oltást az első után 1–3 hónappal később, a 3. oltást a második oltás után 9–12 hónap múlva szükséges beadni. Amennyiben gyors védelem kialakítása szükséges, abban az esetben a 2. oltást az első után 14 nappal adandó.

3. Hepatitis B elleni oltások

A közegészségügyi célzatú, központi-irányított oltásokon kívüli oltások. Jelenleg Magyarországon gyógyszerterápiai forgalomban az *Engerix-B* (10 µg/0,5 ml, illetve 20 µg/1 ml készítményben), valamint a *H-B-VAX PRO* tartósítószer (thiomersalt) nem tartalmazó (10 µg/1 ml; 40µg/1 ml) hepatitis B-vakcina áll rendelkezésre.

- *ENGERIX-B*: Gyermekeknek 15 éves korral bezárólag a 10 µg/0,5 ml, míg az ennél idősebb fiataloknak és felnőtteknek 20 µg/1 ml mennyiség beadására van szükség.
- *H-B-VAX PRO*: felnőtteknek 10 µg/1 ml; dializálandó (dializált) betegeknek 40 µg/1 ml.

Mindkét oltóanyag esetében az első oltást követően egyhónapos intervallummal kell adni a másodikat, majd az első oltást 6 hónappal követően a 3. oltást.

4. Hepatitis A elleni aktív immunizálás

Magyarországon 3 inaktívált vírust tartalmazó hepatitis A-vakcinát törzskönyvezték. Ezek a következők:

- a) *AVAXIM*: Gyermekek (2 éves kortól) és felnőttek oltására alkalmas hepatitis A-vakcina. A védettség eléréséhez 2 oltás szükséges. A második oltást az első dózis beadása után 6 hónappal kell beadni.
- b) *HAVRIX*
 - *HAVRIX 720 JUNIOR*
1 évestől betöltött 18 éves korig

adható. A védettséghez szükséges emlékeztető oltást az első dózis beadása után 6–12 hónap múlva kell beadni.

– *HAVRIX 1440*

A 18 évesnél idősebb személyek immunizálására használatos oltóanyag. Az immunizálás sémája azonos a *HAVRIX 720 JUNIOR*-nál leírtakkal.

c) *VAQTA*

A *VAQTA JUNIOR* a 2–17 év közötti gyermekek/fiatalok oltására, míg a *VAQTA* a 17 éven felüli személyek oltására használható. Az immunitás kialakításához az alapoltás, majd a 6–18 hónap múlva adott emlékeztető oltás szükséges.

5. Hepatitis A-vakcinák adása javasolt

- endémiás/hyperendémiás országok látogatásakor, ha a kinntartózkodás hosszan tartó;
- alapbetegségük vagy életmódjuk miatt különösen veszélyeztetettek (hemofiliások, krónikus májbetegségben szenvedők, intravénás kábítószerhasználók, homoszexuális személyek stb.) részére.

Hepatitis A és B elleni kombinált oltóanyag

- *Twinrix* gyermekeknek (6 hó–16 éves) Egy dózis 360 Elisa Egység hepatitis A-vírus antigént és 10 µg rekombináns DNS hepatitis B-vírus felületi antigént (HBsAg) tartalmaz.
- *Twinrix* felnőtteknek (16 éves kor felett) Egy dózis 720 Elisa Egység hepatitis A-vírus antigént és 20 µg rekombináns DNS hepatitis B-vírus felületi antigént (HBsAg) tartalmaz. Az immunitás kialakításához mindkét vakcinából 3 dózis beadása szükséges.

6. Influenza elleni oltóanyagok

Forgalomba hozatali engedéllyel a *BEGRIVAC*, a *FLUARIX*, a *FLUVAL AB*, *INFLUVAC* és a *VAXIGRIP* influenza elleni oltóanyag rendelkezik. Valamennyi vakcina trivalens, inakti-

vált. A *BEGRIVAC*, a *FLUARIX* és a *VAXIGRIP* ún. „split” vakcina, az *INFLUVAC* ún. „alegység” vakcina, a *FLUVAL AB* pedig teljesvírus-tartalmú oltóanyag.

A *BEGRIVAC*, a *FLUARIX*, az *INFLUVAC* és a *VAXIGRIP* háromévesnél fiatalabb gyermekek oltására is alkalmazhatók. Indikáció: 3 éves kor alatt a primovakcináltaknak a felnőtt (0,5 ml) adag fele adandó 2 alkalommal, egy hónap időközzel.

Terhesek influenza megbetegedése veszélyeztetheti a magzatot és a terhesség lefolyását, ezért a gyermekvállalás előtt álló nők és a 14. gesztációs hetet betöltő gravidák védőoltása javasolt.

A *FLUVAL AB 3 évesnél fiatalabb gyermekek számára nem ajánlott.*

A 2005/2006. évi influenzaszезонban gyógyszerári forgalomban a *FLUARIX*, az *INFLUVAC* és a *FLUVAL AB* szerezhető be.

Az influenzavakcinák kizárólag egyetlen influenzaszезonban használhatók fel. Felhasználásági idejük az adott influenzaszезont követő június 30-ig tart.

7. Varicella elleni oltóanyag

A *VARILRIXTM* varicella megelőzésére szolgáló élő, attenuált vírust tartalmazó vakcina. Kilenc hónaposnál idősebb csecsemők, kisgyermekek és serdülők aktív immunizálására alkalmas. Az oltás javasolt:

- leukémiás betegek,
- immunszupprimált betegek,
- szervtranszplantációra várók,
- krónikus betegségekben szenvedők,
- veszélyeztetett környezetében élők számára.

8. Hastífusz elleni poliszacharid-vakcinák – Typhim Vi, Typherix

Mindkét oltóanyag alkalmazási módja és az oltás indikációja csaknem azonos: egyszeri adag 0,5 ml subcutan (Typhim Vi) vagy intramuscularisan (Typhim Vi, Typherix) beadott oltóanyag. Kétévesnél fiatal-

abb gyermekek oltása nem ajánlatos. Háromévenként újraoltás szükséges.

9. Meningococcus-vakcinák

Az oltóanyagoknak kétféle típusa (az ún. poliszacharid és konjugált) ismeretes. Magyarországon mind poliszacharid, mind konjugált vakcinák engedélyezettek és gyógyszerári forgalomban kaphatók.

Poliszacharid-vakcinák

- *MENCEVAXTM ACW135Y*;
- *MENINGOCOCCAL POLYSACCHARIDE VACCINE A+C*.

Konjugált vakcinák

A *Meningococcus C* konjugált vakcinák hatékonysága jobb a poliszacharid-vakcinákénál, miután a meningococcus-antigén fehérjéhez van konjugálva. Ennek megfelelően a hatása tartósabb, továbbá az antigén 2 évesnél fiatalabb kisgyermekeknél is ellenanyagválaszt indukál, tehát számukra is adható.

– *MENINGITEC[®]* Konjugált *Meningococcus C*-vakcina

Két hónapos kort betöltött, de 12 hónaposnál fiatalabb csecsemők: három részoltással, részoltásonként 0,5 ml-es adaggal, legalább egy hónapos intervallummal oltandók. A 12 hónaposnál idősebb kisgyermekek, serdülők, felnőttek egyszeri, 0,5 ml adagú vakcinával oltandók.

– *MENJUGATETH* Konjugált *Meningococcus C-CRM 197*-vakcina

Két hónapos kort betöltött, de 12 hónaposnál fiatalabb csecsemők részére két, egyenként 0,5 ml-es dózis adandó, az oltások között legalább 2 hónapos intervallummal. 12 hónapos vagy ennél idősebb gyermekek, serdülők és felnőttek immunizálásához egyszeri, 0,5 ml-es adag szükséges.

– *NeisVac-C* Konjugált *Meningococcus C*-vakcina

Az egy év alatti, de két hónapos kort betöltött csecsemők legalább 2 hónapos időközzel, két alkalommal oltandók. Az 1 év feletti gyer-

mekek, a serdülők és a felnőttek immunizálásához egy oltás szükséges.

Társadalombiztosítási támogatásban kizárólag a kétévesnél fiatalabb gyermekek részesülhetnek. Csecsemőknél a támogatás 70%-os, egyéveseknél 50%-os.

B) Passzív immunizálásra használatos készítmények

Specifikus immunglobulinok:

– a tetanuszfertőzésre gyanús sérülteket a korábbi fejezetben részletezettek szerint humán antitetanusz immunglobulinnal (TETIG 500) szükséges oltani;

– *Hepatitis B specifikus immunglobulin (HBIG)*

Az *intravénás hepatitis B hyperimmunglobulin (HEPATECT CP)* a forgalmazótól szerezhető be, kizárólag fekvőbeteg-gyógyintézetben alkalmazható. Posztexpozíciós profilaxisként legalább 500 NE (10 ml) adandó. Tartós hepatitis B-veszély fennállása esetén felnőtteknek 10 ml-t kell adni.

– *Cytomegalia-fertőzések megelőzésére és gyógykezelésére adható hyperimmunglobulin.* Megelőzés céljából immunuszupprimált betegeknél vagy szervátültetések után alkalmazható készítmény. A *CYTOTECT Biotest infúzió* megnevezésű intravénás készítmény kizárólag fekvőbeteg-gyógyintézetekben alkalmazható.

X. A külföldi utakkal kapcsolatos védőoltások

A külföldre utazók védőoltásait (a sárgaláz elleni oltás kivételével) az ÁNTSZ területileg illetékes megyei intézetei, az OEK Nemzetközi oltóközpontja és az országos tiszti főorvos által a nemzetközi utazásokkal kapcsolatos védőoltások végzésére jogosított oltóhely végzi. Nemzetközi érvényű oltási bizonyítványt csak ezen oltóhelyek állíthatnak ki.

A külföldre utazó magyar állampolgárok *sárgaláz* elleni védőoltása

kötelező, ha olyan országba utaznak, ahol sárgalázveszély van, illetőleg ha egy ország ezen oltást megköveteli. *Sárgaláz elleni védőoltásokat kizárólag a „Johan Béla” Országos Epidemiológiai Központ Nemzetközi oltóközpontjában végeznek.*

Az utazás előtti tanácsadás és az oltások kiválasztása, a részletes adat- és anamnéziszfelvételen, valamint a személyes konzultáción alapszik. A kockázat felmérése és az ajánlott oltások kiválasztása több körülmény figyelembevételével történik. Ilyenek: az utazás körülményei, időtartama, az utazó kora, egészségi állapota (krónikus szervi betegség, pszichés zavar, állandó gyógyszerek, immunhiányos állapot, műtétek, allergia stb.), a terhesség lehetősége, az eddigi oltások és egyéb tényezők. Magyarországon 19 betegséggel szemben van aktív immunizációra lehetőség, amelyek közül utazással – elsősorban – a sárgaláz, a hepatitis A, a hepatitis B, a typhus abdominalis (hastífusz), a meningococcus meningitis (járványos agyhártyagyulladás), a veszettség, a kolera, a tetanusz és a járványos gyermekbénulás elleni oltások kapcsolatosak. Hosszabb külföldi tartózkodás, tanulmányút vagy speciális feladatok ellátása előtt kibővíülhet a sor a morbilli-rubeola-mumpsz (kanyaró-rózsahimlő-mumpsz), a varicella (báránymimlő), a pneumococcus és az influenza elleni oltásokkal.

XI. Oltóanyagok beszerzése, tárolása és felhasználása

Beszerzés

Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálaton keresztül beszerezhető oltóanyagok előzetes igénylést és kiértékelést követően, központi-kerületi szintre kerülnek kiszállításra az ÁNTSZ területi intézeteihez.

Tárolás és felhasználás

Az oltóanyagok különleges érzékenysége miatt a tárolás, szállítás és felhasználás különös figyelmet követel.

Az immunbiológiai készítményeket mindig az alkalmazási előiratban foglaltak szerint kell tárolni.

Fontos szabály, hogy az *oltóanyagokat +2 °C és +8 °C hőmérsékleten (hűtőszekrényben) kell tárolni. A folyékony állapotban letöltött, alumíniumhidroxid- vagy alumíniumfoszfát-tartalmú vakcinákat lefagyasztani tilos.*

A hőérzékeny MMR-vakcinát, illetve a monovalens élővírus-tartalmú vakcinákat ajánlatos a fagyasztótérben tárolni, amennyiben az oldószer külön kiszerezésben van (pl. 10 × 1 adagos MMR-vakcina). Az oldószert tilos lefagyasztani, mivel a felengedtetés során a tároló ampulla megrepedhet, és az oldószer kifolyhat.

XII. Védőoltások lebonyolításához, nyilvántartásához és jelentéséhez szükséges feltételek biztosítása

1. Valamennyi védőoltáshoz egyszer használatos tűt és fecskendőt kell használni!
2. Egyéb oltási segédanyagok beszerzéséről a korábbi gyakorlatnak megfelelően kell gondoskodni.
3. Biztosítani kell valamennyi védőoltás nyilvántartásához, jelentéséhez és az oltóanyagok megrendeléséhez szükséges – a korábbiakban rendszeresített – nyomtatványok beszerzését is.
4. *A védőoltásokat követő súlyos, vagy nagyobb gyakorisággal előforduló oltási reakciókat, oltási szövődeményeket és oltási baleseteket be kell jelenteni!*

XIII. Oltásokkal kapcsolatos kontraindikáció

Összességében kevés az a betegség vagy állapot, amely esetében az oltás kontraindikált. *A védőoltásoknak abszolút kontraindikációja nincs.* A kontraindikációk figyelembevételét a járványügyi helyzet, valamint az oltással kivédhető betegség veszélyessége határozza meg.

Általános oltási kontraindikációk

1. Lázás betegség

2. Immunológiai károsodás

Élővírus-tartalmú vakcina, illetve BCG nem adható:

- immundeficiens betegségben (celluláris és humorális immundeficienciában: kombinált immundeficiencia, agammaglobulinaemia stb.) szenvedőknek;
- malignus betegség (lymphoma, Hodgkin-kór és más RES-t érintő tumorkok, leukémia stb.) következményes immunszuppressziójánál;
- terápiás immunszuppresszió esetén (nagy dózisos szisztémás kortikoszteroid kezelés, sugárkezelés).

3. Súlyos oltási szövődmény korábbi előfordulása

Amennyiben egy oltott személynél az oltás következtében anafilaxiás reakció (generalizált urticaria, a száj és torok duzzanata, nehézlégzés, gégeödéma, hipotenzió, kollapszus, sokk) encephalitis/encephalopathia vagy nem lázas konvulzió alakult ki, a későbbiekben nem szabad ugyanazzal az oltóanyaggal védőoltásban részesíteni.

4. A gyermek neurológiai rendellenességei

Pertussis-komponenst tartalmazó vakcina nem adható progresszív, klinikai tünetekkel járó idegrendszeri betegségben szenvedő gyermeknek (nem kontrollált epilepsia, progresszív encephalopathia). Ha az oltó orvos/kezelőorvos úgy ítéli meg, hogy az oltandó számára a pertussis-komponenst tartalmazó vakcina kontraindikált, a csecsemőt/kisgyermeket a klinikai védőoltási tanácsadóba kell utalni. Felmentésre javaslatot az oltás alól kizárólag a klinikai tanácsadó orvos adhat.

5. Terhesség

A terhesség első trimeszterében csak a legindokoltabb esetben végezhető oltások, akkor, ha a fertőzés lényegesen jelentősebb veszélyt jelent, mint az oltással összefüggő – esetlegesen fokozott – oltási reakció, vagy oltási szövődmény. Élővírus-tartalmú vakcinák nem adhatók terhes nőknek, mivel e vakcinavírusok magzatkárosító hatása még nem kellően ismert. Terhesek immunizálásakor azonos antigéntartalmú oltóanyagok közül a kevésbé reaktogént kell választani (pl. poliszacharida hastífusz elleni vakcina, influenza elleni split vagy aegyesség vakcinák).

6. A vakcina bármely összetevőjével szembeni túlérzékenység, hiperszenzitiv, anafilaxiás reakciók

Ha valamely oltóanyag olyan antibiotikumot vagy bármely egyéb összetevőt tartalmaz, amely iránt az oltandó ismert, súlyos hiperszenzitivitással rendelkezik, az oltás nem végezhető el.

Az 1–6. pontban felsorolt kontraindikációk egy része átmeneti (láz, terhesség), mások (immundeficiencia, korábbi súlyos oltási szövődmény, neurológiai rendellenesség vagy antibiotikum iránti anafilaxiás reakció) állandóak.

Az életkorhoz kötött, folyamatos oltások esetében lehetőség van az átmeneti kontraindikációk miatt elmaradt oltások pótlására. A folyamatos oltási rendszer lehetőséget ad arra is, hogy a gyermeket optimális egészségi állapotában immunizáljuk: az oltások végzése nem korlátozódik egészen szűk időtartamra, mint kampányoltás esetében.

Ennek megfelelően a folyamatos oltási rendszerben több lehetőség van mérlegelésre, illetve relatív kontraindikációk figyelembevételére, mint a kampányoltások esetében. Kétségtelenül fontos az indokolt kontraindikációk figyelembevétele, azonban legalább ilyen fontos, hogy a védőoltások időben megtörténjenek, tehát ha

kontraindikáció nincs, minden oltható gyermeket a megadott időben oltásban kell részesíteni.

Összefoglalás

A szerző ismerteti a jelenleg Magyarországon alkalmazott kötelező védőoltásokat, illetve azok adásának sorrendjét; tárgyalja a védőoltásokkal kapcsolatos egészségnevelési kérdéseket. Fontosnak tartja – mivel a munka szinte kizárólag a területi ellátásra hárul – a hatékony együttműködést a gyermekorvosok, a védőnők és egyéb egészségügyi szakdolgozók között, s felhívja a figyelmet a szülők megfelelő tájékoztatásának fontosságára.

A szerző az elmúlt negyed század védőoltási rendszerének változásai során a minőségi indikátorok szerepét emeli ki. Fontosnak tartja az elmúlt évtizedben megújított Gyermek egészségügyi kiskönyv széles körű alkalmazását, amely nagyobb mérete miatt is pontos regisztrációt és adminisztrációs lehetőséget biztosít az oltások megfelelő nyomon követésére és szükség esetén történő visszakeresésére.

A védőoltással megelőzhető fertőző betegségek hazai igen jó járványügyi helyzetét csak úgy őrizhetjük meg, ha az életkorhoz kötött kötelező védőoltások teljesítése, az átoltottság 98% felett marad, amelynek alapvető feltétele a megfelelő mennyiségű és minőségű oltóanyag biztosítása mellett az orvos szakmai és lakossági támogatottság.

A hazai, állami oltóanyag-termelés megszűnése után az életkorhoz kötött védőoltásokhoz a nemzetközi piacról kell az oltóanyagot beszerezni.

Az Egészségügyi Világszervezet ajánlása szerint az élővírus-tartalmú Sabin-vakcina (OPV) alkalmazását 2010-ig minden országban fel kell váltani az inaktív poliovírus-tartalmú vakcinával (IPV), ugyanis a polioeradikáció (a járványos gyermekbénulás teljes eradikálása a Földről) minden nemű poliovírus-módosulat cirkulációjának megszüntetése után érhető el.

A kombinált készítmények alkalmazása lehetővé teszi, hogy csök-

kenjen az oltások és az oltóhelyen való megjelenések száma.

A sejtmentes pertussis komponenst tartalmazó kombinált vakcina alkalmazása igen kevés mellékhatással jár, így a kedvező tapasztalatok révén várhatóan tovább erősödik az életkorhoz kötött oltások lakossági elfogadottsága. Egyszerűbb, könnyebb lesz az oltó orvos munkája is, mivel csökken a védőoltási tevékenységre fordítandó idő (az oltás beadása és az adminisztráció).

Az életkorhoz kötött védőoltások tekintetében teljes esélyegyenlőség nyílik minden gyermek és szülő számára a legkorszerűbb oltóanyagokhoz való hozzáférés tekintetében.

Az oltási naptárban és az oltóanyagokban történt változtatások után 2006-tól kezdődően hazánk ismét az egyik legkorszerűbb oltási rendszert tudhatja magáénak.

Summary

The author presents the obligatory immunizations currently used in Hungary, together with the order of their administration; he also discusses health educational issues related to immunization. He stresses the importance of efficient cooperation between paediatricians, health visitors and other health care professionals, since work is mainly limited to local health care; he also calls the attention to the importance of the appropriate information of parents.

The author highlights the role of quality indicators in the course of the changes of the last 25 years. He finds the broad use of the „Child health booklet” renewed during the last decade important, which - thanks to its bigger size as well, - ensures a better way to register and follow up immunizations and to retrieve them when needed.

From epidemiological point of view the situation of Communicable diseases preventable by vaccination is quite good in Hungary. But this requires the number of age specific obligatory immunizations, the immunization coverage to be over 98% in

average. One of the prerequisites of this, besides ensuring the appropriate quality and quantity of vaccines, is the professional support of doctors and the support of the society.

Since vaccines are no longer produced in Hungary, the necessary age-specific vaccines must be purchased from international markets.

According to the recommendation of the World Health Organization the use of Sabin vaccine containing living viruses (OPV) shall be replaced worldwide by the inactivated polio-virus vaccine (IPV) till 2010, since polio-eradication (the total eradication of *infantile paralysis* from the world) can be achieved after combating the circulation of all types of polio-virus mutations.

With the use of combined preparations the number of vaccinations and visits can be reduced.

The combined cell-free vaccine, which contains pertussis component has only a few side-effects, thus new, good experiences probably contribute to further acceptance of age-specific vaccinations within the society. The work of immunizing doctors will be easier, less complicated, since the time spent on activities connected to vaccinations /giving vaccinations and administration/ will be reduced.

As far as age-specific vaccinations are concerned, equal access is guaranteed for all children and parents to the newest vaccines.

Irodalom

1. AAP/American Academy of Pediatrics, Committee on Infectious Diseases and Committee on Fetus and Newborn (2003) Revised indications for the use of palivizumab and respiratory syncytial virus immune globulin intravenous for the prevention of respiratory syncytial virus infections. *Pediatrics* 112: 1442–1446. 17.
2. Boda D. és mtsai: Varicella elleni aktív védőoltások subcutan és intracutan alkalmazott gyengítettőlővírus-vakcinával kórházi fertőzéseknek kitett gyermekeken. *Orvosi Hetilap*, 126. 1985.

3. Boda D.: *Gyermekgyógyászat*. Medicina, Budapest, 1985.
4. Budai J.–Nyerges G.: *Védőoltások*. Medicina, Budapest, 1983.
5. Budai J.: Fontos változások a gyermekek kötelező, korhoz kötött védőoltásaiban. *Hippocrates VIII/1* 2006. január–február p. 36.
6. Dittmann S. és Thilo W.: *Vademecum für Impfarzte* (6. Auflage) VEB Gustav Fischer Verlag Jena, 1980.
7. Feigin, R. D., Cherry J. D. (eds): *Textbook of pediatric infectious diseases* 4th ed. Saunders Company, 1998.
8. Flesch I.: 25 éves a BCG-s revakcinációs rendelet. (Előadás a MGYT 1984. VI. 21-i ülésén).
9. Hall C. B., Long C. E., Schnabel K. C. et al.: Human herpesvirus-6 infection in children: a prospective study of complication and reactivation. *N Eng J Med* 1994 331: 432–438.
10. Hódsági M. és mtsai: BCG-diszamináció krónikus granulomás betegségben. *Orvosi Hetilap*, 125., 1984.
11. *Impfkalendar für Patienten mit angeborenem Herzfehler Monats-schr Kinderheilkd.* 2006. 154: 263–266.
12. Jelenik Zs. Új oltóanyagok a megelőzés szolgálatában. *Háziorvos Továbbképző Szemle* 2006. 11. /1/: 20–25.
13. Johan Béla Országos Epidemiológiai Központ: Módszertani levél a 2006. évi védőoltásokról.
14. Johan Béla Országos Epidemiológiai Központ tájékoztatója a 2006. januárban jelentett fertőző megbetegedésekről. *Családorvosi Fórum* 2006/2. p. 80.
15. Machler, H.: „Az oltás: oltalom” (ford. Mándoki Rózsa): *Az Egészségügyi Világszervezet főigazgatójának 1987. évi felhívása az Egészségügyi Világnapra*. Egészségnevelés, 1987. 28., 49.
16. Melles M.: „Vájjék egészségünkre!” – a hazai védőoltási rendszer változása 2006-ban. *Háziorvos Továbbképző Szemle* 2006. 11. /1/: 16–19.
17. Mészner Zs.: *Gyakorlati útmutató a vörheny kórismézéséhez és kezeléséhez*. *Gyermekgyógyászat*, 2005. 56. 2. szám 222–225.

18. Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet Metodikai körlevele: A Tuberkulin szűrővizsgálatok és a BCG-oltások elvégzése és értékelése, 1987.
19. Österreich. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien: BMGF/ Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2006) Impfplan 2006 Wien, <http://www.bmgf.gv.at>.
20. Robert Koch-Institut: Zur Situation bei Wichtigen Infektionskrankheiten: Erkrankungen an Masern, Mumps und Röteln (MMR). Epidemiol Bull 2004, 35: 287–294.
21. Schmidt P.: A védőoltás és az egészségnevelés a körzeti gyermekorvos szemével. Egészségnevelés, 1987. 28., 51–52.
22. Schmidt P.: Vakcinacija isszani-tarnoje proszvesenyijev pediatric-seszkoj prkatike. Medicinszkij Referativnij Zsurnal, Moszkva, 1987. Razgyel XVI. 10, pp. 44–45.
23. Schmidt P.: AIDS-ellenes Világnap Győr-Moson-Sopron megyei VIII. osztályos tanulók teszt-eredményei tükrében. Egészségnevelés, 1989. 30., 3. szám, 101–102.
24. Schmidt P.: Schutzimpfungen und Gesundheitserziehung in Ungarn. Sozialpediatrie in Praxis und Klinik, 1990. 12, Nr. 4, 605–67.
25. Schmidt P.: Minőségi indikátorok szerepe a hazai védőoltási rendszer elmúlt negyedszázados történetében. Gazdaság és Társadalom (GT) 2006. I. sz. (közlésre elfogadva).
26. Simon T.: Az egészségnevelés feladatai a körzeti orvos munká-
- ban. Medicus Universalis Aktuális Oldalak, 1985. november.
27. Simon T.: Gondolatok az ideai Egészségügyi Világnap jelszaváról. Egészségnevelés, 1987. 28., 50.
28. Aczél György és Simon Tamás (szerk.): Társadalomrosvostan. Egyetemi jegyzet, Budapest, 1985
29. Veress S.: Hozzászólás az „Egészségnevelés az alapellátásban” c. cikkhez. Népegészségügy, 66. 311., 1985.
30. Urbanek, R.: Primaerinfektion mit dem humanen Herpesvirus 6. Montsschrift. Kinderheilk 2005., 153: 578.
31. Zerr D. M., Meier A.S., Selke S.S., Frenkel L. M. et al.: A population-based study of primary human Herpesvirus 6 infection. N Engl J Med 2005, 352: 768–776.

HÍREK, INFORMÁCIÓK

A gyerekekhez igazították a büfé kínálatát

1966. április 2-án nyílt meg újra a második világháború után bezárt Közlekedési Múzeum. Az idén 110 éves múzeumnak lényegében majdnem mindent újra kellett kezdeni. Az épület és a gyűjtemény romokban hevert.

Az újjáépítés 40 éves évfordulójára emlékezve, időszakos kiállítást nyitottak.

A múzeum vezetésének és munkatársainak nagyon fontos, hogy a közönség hogyan vélekedik az ott folyó munkáról, ezért a múzeum és a közönség kapcsolatát igyekeznek erősíteni, különös hangsúlyt fektetve a gyermekekre, akik a látogatók többségét teszik ki, szüleik és tanáraik kíséretében. Munkájukban nagy hangsúlyt kapnak a tárlatvezetések és a gyermekfoglalkozások szervezése.

A gyermekekre odafigyelve kiemelt szerepet kapott a közelmúltban a büfé kínálatának átalakítása is, – az Oktatási Minisztérium 11/94. MKM rendeletének módosítása szerint – az egészséges táplálkozással kapcsolatban. Bár az ún. „büféren-



delet”, amely 2006 januárjában lépett életbe, rájuk nem vonatkozik, mégis úgy gondolják, hogy a gyermekek egészséges jövőjéért mindenkinek meg kell tenni azt, amit megtehet.

Az Országos Egészségfejlesztési Intézet munkatársainak szakmai segítségével sikerült új arculatot adni a büfének, és a kínálatot szélesíteni az egészség jegyében.

Gábor Edina, az OEFI főigazgatója a Közlekedési Múzeummal együtt tartott sajtótájékoztatón arról beszélt, hogy nagyon fontos az összefogás gyermekeink egészsége érdekében. Szemléletváltásra lenne szükség

mindenki részéről, akik gyerekekkel foglalkoznak. Jó kezdeményezésnek tartja, hogy a Közlekedési Múzeum is tesz azért, hogy az egészséges táplálkozás életformánkává váljon, hiszen a múzeumba nem csak látogatók járnak, hanem több mint 100 munkatárs is igénybe veszi időnként a büfé szolgáltatását. A múzeum úttörő munkája minden esetre ezen a területen is figyelemre méltó.

Az Európai Unió népegészségügyi stratégiája

Az elmúlt pár évben az egészségfejlesztés terén az EU tevékenységei és programjai bővültek és a rendelkezésre álló anyagi források is jelentősen nőttek. Egy kikristályosodó népegészségügyi stratégia szándékát 2002-ben az Európai Parlament és a Tanács a „Közegészségügyre vonatkozó közösségi cselekvési program (2003–2008)” kialakításával deklarálta. Ennek értelmében a DG SANCO feladata lett a program végrehajtása és finanszírozása a Parlament által jóváhagyott keretösszegeből. A hatéves időszakra 353 millió eurót biztosít a Parlament, amely lényegesen több a korábbi évek költségvetéséhez képest. Ennek egy jelentős részét a tagállamok intézményei által benyújtott pályázatokra fordítják. A program szakmai felügyeletét időközben már részben átvette a 2005-ben létrehozott, luxemburgi székhelyű Közegészségügyi Program Végrehajtó Hivatala. A hivatal létrehozásának a célja kettős. Egyrészt így kívánják biztosítani azt, hogy a program végrehajtása nagyobb hatékonysággal menjen végbe; másrészt az európai népegészségügyi szakértők mobilizálásával azt kívánják elérni, hogy a szakmai szempontok hangsúlyozottan jelenjenek meg a munkában.

Az EU 2003–2008-as Közegészségügyi Cselekvési Programja

A program célja a tagállamok szakértőinek bevonása és az ágazatközi együttműködések erősítése által az EU lakossága egészségének maximális védelme, illetve fejlesztése, javítása. A program tevékenységeinek központjában három fő prioritás áll:

1. Egészségügyi információk
2. Egészségügyi veszélyek/kockázati tényezők
3. Egészséget befolyásoló tényezők

A három prioritáshoz tartozó altémák az éves munkanyagnak megfelelően változhatnak. A DG SANCO illetve a Közegészségügyi Program Végrehajtó Hivatala minden évben pályázatot ír ki a három prioritáshoz tartozó témakörökben benyújtott projektek finanszírozására. A megadott témakörök nem kötelezők, a kiírás lehetőséget ad a prioritásokon belül új témakörökben kezdeményezett projekttervek beadására. A pályázatok elbírálásában figyelembe veszik, hogy a projektben lehetőleg több tagállam szakmai intézménye működjön együtt, a civil szervezetek és az állami intézmények közösen dolgozzanak és az ágazatköziség is hangsúlyos legyen. Bővebb információ az alábbi linken érhető el: http://www.europa.eu.int/comm/health/ph_programme/programme_en.htm

PÁLYÁZATI FELHÍVÁS

Az Egészségügyi Minisztérium és az Országos Egészségfejlesztési Intézet

FIATAL KUTATÓK ÉS SZAKEMBEREK RÉSZÉRE

pályázatot hirdet az IUHPE (Nemzetközi Egészségfejlesztési és Egészségnevelési Unió) 7. Európai konferenciáján való részvétel támogatására. A konferencia kiváló alkalmat teremt a területen dolgozó szakemberek nemzetközi presztízsének és kapcsolatainak javításához, illetve nagymértékben elősegíti a hazai szakemberek európai uniós szakmai hálózatokba való bekapcsolódási esélyét és hozzájárul nemzetközi elismertségük megerősítéséhez.

A kiírók a pályázat nyertesek részére a négy nap teljes részvételi díját térítik.

A pályázat benyújtásának feltételei:

- 40 év alatti életkor
- megfelelő angol nyelvtudás
- elfogadott absztrakt

A pályázatokhoz kérjük csatolni a pályázó által a konferenciára készített absztraktot, valamint egy angol nyelvű szakmai önéletrajzt. A pályázatok elbírálását szakértőkből álló bírálóbizottság végzi.

A pályázatok benyújtásának határideje: 2006. május 31. A pályázatokat az alábbi e-mailcímre kérjük megküldeni: conference@oefi.hu

Az elbírálási folyamat eredményéről a pályázók e-mailben kapnak értesítést legkésőbb 2006. június 20-ig. A bírálóbizottság nem köteles a döntés indokairól tájékoztatni.

A konferenciáról további információk a www.equityinhealth2006.hu weblapon található.

MEGHÍVÓ

A XIII. Primer Prevenció Fórum (PPF) ülésére

A Fórum témája: Globalizáció és prevenció

Kreditpont: orvosoknak és gyógyszerészeknek: 10 pont

Helyszíne: Fodor József Országos Közegészségügyi Központ, Fodor terem. Budapest, 1096 Nagyváradi tér 2.

Időpontja: 2006. május 24., 9 óra

Jelentkezési lap letölthető: <http://okbi.cjb.net> címen

Kongresszus szervezője: Prof. Dr. Tompa Anna

További információ: 210-2954.

Országos fejlesztéspolitikai koncepció: az egészség mint fejlesztéspolitikai prioritás

A népegészségügyi program keretében az önkormányzatok helyi politikájának része, hogy a lakosság egészségi állapota a lehető leggyorsabb ütemben javuljon, összehangolt egészségfejlesztési tevékenység alakuljon ki a mindennapi élet szinterein, így a településeken is.

Az Egészség Évtizede Nemzeti Népegészségügyi Programban a megyei jogú városok stratégiai partnerek, nemcsak népességszámuk miatt, hanem mert vonzáskörzetük oktatási, foglalkoztatási, kulturális központjai is.

A *Magyei Jogú Városok Szövetsége* együttműködési megállapodást írt alá az *Országos Egészségfejlesztési Intézettel*, amelyben vállalta, hogy hosszú távú szakmai, módszertani segítséget nyújt a megyei jogú városok önkormányzatai részére annak érdekében, hogy fejlesztési terveik részévé váljon az egészségfejlesztés, és belekerüljön a helyi egészségbarát közpolitika kialakítása.

A *Magyei Jogú Városok Szövetsége* az *Országos Egészségfejlesztési Intézettel* együttműködve szakmai konferenciát és tréninget tartott 2006. március 21–23-án a BM Duna Palota Széchenyi-termében, amelynek célja a megállapodásba foglaltak végrehajtása volt. Ennek érdekében a 22 megyei jogú város önkormányzatainak képviselői megismerhették a korszerű egészségfejlesztés alapjait és módszertani segítséget kaptak az egészségterv elkészítéséhez.

Az OEFI főigazgatója, *Gábor Edina* előadásában kiemelte, hogy közösségi együttműködés nélkül nem képzelhető el hatékony egészségfejlesztési gyakorlat, ugyanakkor az egyének igényeit, szükségleteit is folyamatosan szem előtt kell tartani, különös tekintettel a lelki egészség megteremtésének és megőrzésének figyelembevételére.

Helyi egészségpolitika nem képzelhető el külföldi gyakorlatok ismerete és tapasztalatainak hasznosítása nélkül. *Dr. Makara Péter*, az OEFI főigazgató-helyettese áttekintést adott a nemzetközi eredményekről, így a résztvevők átfogó képet kaphattak az egészségfejlesztés múltjáról, jelenéről és a főbb irányvonalokról, amelyek segítséget nyújtanak az átfogó szemlélet kialakításához.

Az önkormányzatok törekvéseit nagymértékben segítheti a civil szervezetek aktív részvétele az egészségfejlesztésben. *Dr. Dobrev Klára*, az Egészséges Településekért Alapítvány kuratóriumi elnöke bemutatta szervezetük eddigi legfontosabb eredményeit és hangsúlyozta a közösség összetartó erejében rejlő lehetőségeket, melyeket kihasználva sokkal eredményesebbé tehető az egészség megőrzésének politikája.

Csák Ferenc, a Miniszterelnöki Hivatal politikai államtitkára az egészségfejlesztésnek a Nemzeti Fejlesztési Tervben elfoglalt helyéről és jelentőségéről adott áttekintést, *dr. Kökény Mihály* népegészségügyi kormány megbízott a tárcaközi koordináció jelentőségére hívta fel a figyelmet, hiszen ágazatközi együttműködés nélkül az egészségfejlesztési koncepciók megvalósulása nem képzelhető el.

A további előadásokban az OEFI munkatársai az egészségfejlesztés különböző szakmai szempontjait ismertették, kiemelve a színtérprogramok jelentőségét, a táplálkozás, testmozgás és szűrővizsgálatok fontosságát.

Ahhoz, hogy egy város egészségterve a valós problémákra alapulva elké-

szüljön, hatékony szakmai segítséget nyújt a módszerek gyakorlati példákon keresztül való ismertetése.

A konferencián résztvevők az előadásokat követően csoportos tréningeken építették fel saját leendő egészségtervük vázlatát. Az egyéni szempontok figyelembevételével az ötlettől a megvalósíthatóságig közös munkával jutottak el a csapattagok. Az elkészített és a helyi társadalom minden rétegéhez eljuttatott egészségterv lehetővé teszi, hogy az Országos Fejlesztéspolitikai Koncepció helyi megvalósítása az egészséget, mint alapvető emberi jogot, minden humán erőforrás alapját, és humán tőkét a lehető leghatékonyabban használja, illetve fejlessze.

A konferencia zárásaként minden meghívott lehetőséget kapott kérdésfeltevésre, illetve véleményük kifejtésére a témával kapcsolatban.

Számos kezdeményezés felmerült a további közös munkát illetően, a megyei jogú városok képviselői szeretnének az Országos Egészségfejlesztési Intézettel együttműködve minél hatékonyabb fejlesztési terveket alkotni, valamint a szemléletet továbbadni az e területen dolgozó munkatársaiknak.

Pikó Bettina: Lelki egészség a modern társadalomban

Akadémiai Kiadó, Budapest, 2005

268 oldal. Ára: 2500 Ft

Manapság olyan korban élünk, amikor egészségünket számtalan kockázat veszélyezteti, s ezek mindenekelőtt magából a kultúrából, a társadalomból erednek. A szerző előző, *Társadalom, kultúra és lélektan* c. könyvének folytatásaként, amelyben egyfajta diagnózist kaptunk korunk társadalom-lélektanáról, ez a könyv azzal foglalkozik, miként őrizhetjük meg lelki egészségünket, és élhetünk boldog életet a modern társadalomban. Boldogságunk, testi és lelki egészségünk kulcsa elsősorban a folyamatos személyiségfejlődés. Arra a kérdésre, hogy ezt mi segíti elő, nagyrészt a pozitív pszichológia adja meg a választ, amelynek tudományosan alátámasztott eredményei sokszor szöges ellentétben állnak a fogyasztói társadalom üzeneteivel. A könyvben bemutatásra kerülnek olyan jelenségek, mint a boldogság, az önbecsülés, az altruizmus, az autentikus lét, megismerjük a pozitív érzelmek és az élethez való bölcs hozzáállás titkát, az egyes életkorok főbb kihívásait, a pozitív munkakapcsolatok és a pozitív szempontú társadalom működésének feltételrendszerét.

Contents

EDITORIAL

- The Formation of Healthvalue-Economy Like Priority in Health Development 2
Prof. Dr. Tamás Simon

PRACTICAL ISSUES

- The modern, healthy school buffet 3
Krisztina Fekete

- Smoking prevention programs 7
Tibor Demjén

TECHNICAL ISSUES

- Tendencies of drug abuse in Hungary since the 90-ies till nowadays.
Part 1. 10
Edina Gábor, Judit Kiss

SURVEYS

- Change of approach to smoke prevention among the students of Semmelweis
University 16
Katalin Antmann, Julianna Oszlár, Ágnes Sima, Endre Morava

- Study of Youth Behavior in Békés County, 2004 20
*Bettina Pikó, Sinyiné Éva Nagy, Erzsébet Klembucz,
Tarkóné Anita Strifler*

- Survey about drug taking habits and knowledge in the population 27
Huszárné Éva Kürti

- Mental hygiene as a priority in health promotion: Study of high school
students' psychological health, lifestyle and health risk behaviors 33
Dr. Ágnes Sima, Dr. Bettina Pikó, Dr. Judit Krisztina Horváth

POSTGRADUATE TOPICS

- The Prominent Role of Health Development and Health Education in
Modernisation of Vaccination System in Hungary 38
Prof. Dr. habil Péter Schmidt

- NEWS, INFORMATIONS 7, 15, 49, 50, 51

Tisztelt Szerzőink!

Kérjük, hogy az Egészségfejlesztésbe 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.

E-mail címünk:

szerkesztoseg@oefi.hu

Telefon: 428-8229

Postai címünk: Országos

Egészségfejlesztési Intézet

1062 Budapest, Andrassy út 82.

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

Megrendelőlap

Előfizetésben megrendelem a c. 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**