

EGYÉNI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS MÓDSZERTAN

NÉPEGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓRENDSZER ÉS SZOLGÁLTATÁSOK FEJLESZTÉSE ALPROJEKT

A/II. – Egészségtudatosság fejlesztése a koragyerekkorban
(családtervezéstől a gyermek 6 éves koráig) munkacsoport

Eredménytermék készítésének dátuma:

2018. 06.30.



EFOP 1.8.0-VEKOP-17-2017-00001

„Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése”



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

SZÉCHENYI 2020

Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

Készítette az EFOP 1.8.0-VEKOP-17-2017-00001
 „Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése” című projekt
 „Népegészségügyi ellátórendszer és Szolgáltatások fejlesztése alprojekt”

A/II. Egészségtudatosság fejlesztése a koragyerekkorban (családtervezéstől a gyermek 6 éves koráig) munkacsoport

A projekt a Széchenyi 2020 program keretében valósul meg.



Eredménytermék készítője:

Név	Munkakör
Bacsó Ágnes	Szakmai szakértő
Balatoni Ágnes	Senior szakmai szakértő
Csordás Ágnes Katalin	Senior szakmai szakértő
Dr. Fogarasi- Greczer Andrea	Senior szakmai szakértő
Dr. Prosszer Mária	Senior szakmai szakértő
Hegedűs Katalin	Szakmai szakértő
Dr. Karácsony Ilona	Szakmai irányító
Kiss Judit	Szakmai szakértő
Talabér Júlia	Szakmai szakértő

Szakértők:

Előterjesztő:

Aláírás

Munkacsoport-vezető neve: Árváné Egri Csilla

.....

Jóváhagyó:

Aláírás

Alprojektvezető neve: Dr. Csépe Andrea

.....

Szakmai vezető: Dr. Oroszi Beatrix

.....

Konzorcium vezető: Országos Közegészségügyi Intézet



TARTALOMJEGYZÉK

Vezetői összefoglaló.....	8
1. Bevezetés.....	10
2. Néhány gondolat a magyar lakosság egészségi állapotáról.....	12
2.1. A hazai 0–6 éves korosztályra vonatkozó adatok.....	12
2.2. A hazai ifjúság egészségi állapotára vonatkozó adatok.....	14
2.3. A felnőttkorú hazai lakosság egészségi állapotára vonatkozó adatok.....	18
3. Az egészség és meghatározói.....	24
3.1. Az egészség fogalma.....	24
3.2. Az egészség dimenziói.....	28
3.3. Az egészséget meghatározó tényezők.....	29
3.4. Egészségmodellek.....	30
4. Az egészségfejlesztés elméleti megközelítésben.....	32
4.1. Fogalmi keretek.....	32
4.2. Az egészségfejlesztés alapidokumentumairól dióhéjban.....	36
4.3. Egészségfejlesztési–prevenációs megközelítések.....	39
Az egészségfejlesztés modelljei.....	40
4.5. Az egészségfejlesztés magatartásváltozásra vonatkozó elméleti modelljei.....	42
5. Az egyéni egészségfejlesztés a védőnői munkában.....	45
5. A védőnői egészségfejlesztés módszertanáról.....	45
6. Az egyéni egészségfejlesztésről.....	51
6.1. Az egyéni egészségfejlesztés lépéseiről.....	54
7. Egyéni egészségfejlesztés a gyakorlatban.....	61
7.1. Az eredményes egészségfejlesztéshez szükséges kompetenciáról.....	61
7.2. Az egyéni egészségfejlesztésben megfontolást igénylő további kérdéskörök.....	63
7.3. Az egészségfejlesztő sajátos kompetenciakövetelményei.....	67
8. Egy konkrét gyakorlati terület: védőnői szerepkör a családok egészségének vonatkozásában.....	68
9. Összegzés.....	75
10. Felhasznált irodalom.....	76
AZ EGÉSZSÉGES TÁPLÁLKOZÁS ÉS MOZGÁS MÓDSZERTANA.....	81
I. Bevezetés.....	81
II. A védőnői egészségfejlesztési tevékenységben alkalmazandó tematikus jogszabályok.....	83



III. Fogalmi meghatározások, rövidítések	84
IV. Tevékenység és téma.....	86
a. Védőnői kompetenciák az egészséges táplálkozás és rendszeres testmozgás témakörében ..	86
b. A különböző célcsoportoknak megfelelő ismeretek és üzenetek.....	87
A családtervezés időszaka	87
A várandósság időszaka	92
Csecsemőkor	95
Kisdedkor (1–3 év)	96
Óvodáskor, közösségbe kerülés.....	98
V. Alkalmazható módszerek és eszközök.....	99
a. Egyéni egészségfejlesztés.....	99
b. Közösségi egészségfejlesztés	101
c. A védőnői területen való gyakorlati alkalmazhatóság.....	104
d. Egy hazai jó gyakorlat.....	105
VI. A módszertan komplexitása	106
a. Eredményesség egyéni, illetve közösségi egészségfejlesztés alkalmazása esetén.....	106
b. Társzakkák bevonása a védőnői egészségfejlesztési tevékenységbe	106
VII. Összegzés	107
VIII. Felhasznált irodalom.....	108
A LELKI EGÉSZSÉG VÉDELME ÉS FEJLESZTÉSE A VÁRANDÓSSÁG IDŐSZAKÁBAN ÉS A 0-6 ÉVES KORÚ GYERMEKET NEVELŐ CSALÁDOK ESETÉBEN.....	110
I. Bevezetés	110
a. Lelki egészség a várandósság és a szülés körüli időszakban	112
b. Lelki egészség a 0–6 éves gyermeket nevelő családokban	114
II. A védőnői egészségfejlesztési tevékenységben alkalmazandó tematikus jogszabályok.....	114
III. Fogalmi meghatározások és rövidítések.....	115
IV. Tevékenység és téma.....	130
a. A védőnők alapfeladata és kompetenciája a gyermekvállalás körüli hangulatzavarokban....	130
V. Alkalmazható módszerek és eszközök: a védőnő gyakorlati eszközei a személyes tanácsadás során	137
VI. Lelki egészség a 0–6 éves gyermeket nevelő családokban.....	141
VII. Összegzés	164
VIII. Felhasznált irodalom.....	166
A KÖRNYEZETI DOHÁNYFÜST-EXPOZÍCIÓVAL KAPCSOLATOS EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI LEHETŐSÉGEK	171
I. Bevezetés	171
a. Dohányzással kapcsolatos hazai és nemzetközi adatok.....	172



b.	A környezeti dohányfüst-expozíció nemzetközi és hazai arányai.....	176
c.	Az expozíció egészségkárosító hatásaival kapcsolatos ismeretek a különböző szociodemográfiai csoportokban	178
II.	A védőnői egészségfejlesztési tevékenységben alkalmazandó tematikus jogszabályok.....	179
III.	Fogalmi meghatározások és rövidítések.....	185
IV.	Tevékenység és téma.....	187
a.	A környezeti dohányfüstexpozícióról általában (másodlagos és harmadlagos dohányzás).....	187
b.	Környezeti dohányfüst-expozíció által okozott ártalmak	189
c.	Védőnői kompetenciák a környezeti dohányfüst-expozíció csökkentésével kapcsolatban	193
V.	Alkalmazható módszerek és eszközök.....	195
d.	Feladatok az expozíció csökkentése érdekében: az egyéni és közösségi egészséggondozás módszereiről általában	195
e.	A védőnői intervenciók a dohányzás okozta expozíció csökkentésében.....	198
f.	Minimál intervenció a dohányzó családtagok számára	200
g.	Az expozíció csökkentésének lehetőségei a család otthonában és az autóban	201
h.	Néhány kiegészítő ismeret átadása az expozíció csökkentésével kapcsolatban	203
i.	A balesetvédelem szempontjai	204
j.	Roma közösségek, többszörösen hátrányos helyzetben élők bevonása az intervencióba.....	205
VI.	Összegzés	206
VII.	Felhasznált irodalom.....	210
A LESZOKÁS TÁMOGATÁS LEHETŐSÉGEI VÁRANDÓSSÁG ALATTI DOHÁNYZÁS ESETÉN		216
I.	Bevezetés	216
a.	Dohányzással kapcsolatos hazai és nemzetközi adatok.....	217
b.	Várandósság alatti dohányzási adatok.....	218
II.	A védőnői egészségfejlesztési tevékenységben alkalmazandó tematikus jogszabályok és protokollok a várandósság alatti leszokás támogatásához kapcsolódóan.....	218
III.	Fogalmi meghatározások és rövidítések.....	221
a.	Dohányzási kategóriák	221
b.	Dohányzással kapcsolatos alapfogalmak	221
IV.	Tevékenység és téma.....	222
a.	A dohányzás egészségre gyakorolt hatásairól általában.....	222
b.	Védőnői kompetenciák a várandósok dohányzásról való leszokásának támogatásában.....	234
V.	Alkalmazható módszerek és eszközök.....	238
a.	A leszokás-támogatás lehetséges helyszínei az alapellátásban	238
b.	A leszokástámogatás módja várandós nők esetén: minimál intervenció és „5A”	240



VI. Összegzés	251
VII. Felhasznált irodalom	255
VIII. Melléklet	262
DROGPREVENCIÓS TEVÉKENYSÉGEK A VÉDŐNŐI MUNKA SORÁN	269
I. Bevezetés	269
II. A védőnői egészségfejlesztési tevékenységben alkalmazandó tematikus jogszabályok.....	271
III. Fogalmi meghatározások és rövidítések.....	273
IV. Tevékenység és téma.....	278
a. Védőnői feladatok és kompetenciák a drogprenvenció témakörében.....	278
b. Védőnői feladatokból adódó drogprenvenációs tevékenységek a várandósgondozás során....	280
c. Védőnői feladatokból adódó drogprenvenációs tevékenységek a 0–6 éves gyermeket nevelő családok gondozása során	283
V. Alkalmazható módszerek és eszközök	285
a. Védőnői munka során alkalmazható drogprenvenációs tevékenységek ajánlott jó gyakorlatai, módszerei a várandósgondozásban és a 0–6 éves gyermeket nevelő családok gondozásában	285
VI. Felhasznált irodalom.....	289
VII. Melléklet	290
A SZEXUÁLIS ÚTON TERJEDŐ BETEGSÉGEK MEGELŐZÉSE, TÁJÉKOZTATÁS A SZŰRÉS LEHETŐSÉGÉRŐL A GYERMEKVÁLLALÁS ELŐTT ÁLLÓ PÁROKNÁL, VÁRANDÓSOKNÁL ÉS A 0–6 ÉVES KORÚ GYERMEKEKET NEVELŐ CSALÁDOKNÁL	302
I. Bevezetés	302
a. Epidemiológiai helyzetkép	303
II. A védőnői egészségfejlesztési tevékenységben alkalmazandó tematikus jogszabályok.....	305
III. Fogalmi meghatározások, rövidítések	305
a. A szexuális úton terjedő fertőzések	305
b. A szexuális úton terjedő betegségek tünettana és diagnosztikája	307
IV. Tevékenység és téma.....	312
a. Az STI-re irányuló prevenció célkitűzései.....	312
V. Alkalmazható módszerek és eszközök	313
a. STI rizikófelmérés	313
b. A szexuális egészség 5 „P”-je – a kérdező vezérfonala	314
c. STI tanácsadás	317
d. Az STI prevenció lehetőségei	318
VI. Összegzés	320
Felhasznált irodalom	322



Zárszó 324



Vezetői összefoglaló

Az EFOP-1.8.0-VEKOP-17-2017-00001 Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése elnevezésű projekt keretén belül, az A/II. – Egészségtudatosság fejlesztése a koragyermekkorban (családtervezéstől a gyermek 6 éves koráig) munkacsoport a védőnők egyéni egészségfejlesztő munkáját és az általuk nyújtandó minimál intervenciót segítő módszertani anyag kidolgozását tűzte célul az alábbi népegészségügyi szempontból fontos témakörökben: dohányzásprevenció, egészséges táplálkozás, rendszeres testmozgás, drogprevenció (különös tekintettel a várandós nőkre), szexuális úton terjedő betegségek, lelki egészségfejlesztés.

Az egészség mindennapi életünk szerves része, természetesnek vesszük, gyakran nem törődünk vele, nem vigyázunk rá, hiszen van; akkor válik értékkelé, amikor hiányát érezzük. Túlhajszolt világunkban nem gondolkodunk azon, hogy egészségünk megőrzéséért nekünk is tennünk kell, nem tudjuk, hogyan vigyázzunk rá, mit tegyünk azért, hogy tartósan megmaradjon. A módszertani anyag az aktuális hazai népegészségügyi jellemzők feltárásán túl nemzetközi és hazai egészségmodelleket mutat be.

Számos olyan megelőzhető betegséget ismerünk, amelyek magas morbiditással (néhányuk magas mortalitással is) járnak, és amelyek jelentős számú egészségben eltöltött életévvesztéséért felelősek Magyarországon, továbbá kezelésük, gondozásuk nagy terhet ró az egészségügyi ellátórendszerre, valamint a társadalom egészére. Ezek közül többre is jellemző, hogy egyre korábban, már a gyermekkorban manifesztálódnak, ami alátámasztja az egészségfejlesztés létjogosultságát.

A holisztikus, ún. bio–pszicho–szociális megközelítés alapján folyamatosan fel kell hívni a figyelmet arra, hogy mennyire befolyásolják a felnőtt életét a gyermekkori pozitív és negatív behatások, adottságok és a környezet. A gyermekkorban elszenvedett lelki és testi traumák, betegségek, a sporthoz és táplálkozáshoz való hozzáállás, a családdal és embertársakkal kialakított kapcsolatok mind megmutatkoznak, és szocializációs minta hatásukból következően visszatükröződnek a későbbi életszakaszokban. Minden, a gyermekek különböző életszakaszaiban gondozásukat és ellátásukat végző szakembernek rendelkeznie kell korszerű ismeretekkel, hatékony módszerekkel annak érdekében, hogy a fiatalok a lehető



legoptimálisabb egészségi állapotban kezdjék a felnőtt kort, kellő ismerettel rendelkezzenek az egészségre ártalmas tényezőkről, attitűdjük alapján tudjanak nemet mondani az egészséget romboló szokásokra, és alkalmasak legyenek az egészséges döntések meghozatalára.

Ezek a célok akkor érhetőek el, ha a megfelelő környezet biztosítása mellett, különböző életkori csoportoknak megfelelő – a különösen a civilizációs, nem fertőző megbetegedések megelőzését szolgáló – ismereteket, készségeket és attitűdöket a gyermekek elsajátítják. A hátrányos helyzet újratermelődését csökkenti, ha életkoruknak megfelelően felismerik az egészségi állapotra ható kockázatokat, és pozitív mintát, példákat biztosítunk számukra. Az egészségügyi, oktatási, szociális szolgáltatások/beavatkozások kiegészítik és felerősítik egymást, továbbá fontos, hogy a gyermekeket körülvevő szakemberek és a szülők, a család is birtokában legyen az életkori sajátosságokhoz alkalmazható meggyőzési módszereknek.

A családoknál végzett egyéni egészségfejlesztés a védőnők fontos feladata, ehhez nyújt támogatást ez a gyakorlati-módszertani útmutató, amely tartalmazza a prevenció jelentőségét, lehetőségeit, a megközelítés módszereit, könnyen érthető kommunikációjának módjait, az egyéni egészségfejlesztés javasolt tervét, továbbá az alkalmazható minimálintervenciókat.

A módszertani anyag szakmai tartalmát a védőnők mindennapi munkájukban alkalmazva az egyéneket képessé tehetik az egészség feletti kontroll megszerzésére annak érdekében, hogy javuljon az egészségi állapotuk és az életminőségük. Ezentúl erősíthetik a társas kapcsolatokat meglétét (támogató közösség), az önismeretet, önértékelést, a problémákkal való megküzdési képességeket és az egyéni stressz-kezelési módokat, amelyek az életmód szempontjából is kiemelkedően fontosak a biológiai, szervi adottságok és életkori tényezők mellett.

A jó egészségfejlesztőnek szakmai és technikai tanácsadási jártasságokra van szüksége. A szakmai tudás és a korszerű ismeretek tanulás útján, szakirányú képzések segítségével szereshető meg és bővíthető. Technikai-tanácsadási jártasságra szert tenni a gondozott együttműködésével lehet, amelyhez ez a módszertani útmutató is segítségére lesz. Védőnői ellátás keretében végezhető, egészségfejlesztéshez kapcsolódó feladatok megvalósítását támogató módszertani anyagot kívánunk átadni, amely a védőnők számára strukturáltan megfogalmazza az egészségfejlesztés teendőit, valamint szakmai-módszertani segédletül szolgál a konkrét feladatok megvalósítása során és biztosítja azt, hogy egységes, megbízható színvonalon valósuljon meg az egészségfejlesztés a családok támogatásában.



1. Bevezetés

A gyermek születése egy család életében ez egyik legboldogabb nap. Hónapokon át tervezgeti az ifjú pár, hogy gyermeket szeretne, aztán a boldog beteljesülés öröme tölti el Őket, mikor megtudják, „Apa leszek”, „Anyává válok”. A boldog gyermekvárás időszakában sokat gondolnak arra, vajon milyen lesz Ő? Milyen lesz a szeme, a haja, kire fog hasonlítani és persze az aggodás is ott van, csak egészségesen szülessen!

A baba megszületéséig egy meleg, sötét zug semleges kényelmében él. Körülötte minden ugyanolyan anyagból van és ugyanolyan hőmérsékletű, mint Ő maga.

„A várandós nőt, aki méhében az új élet kezdetét viselve megismétli a »természet csodáját«, megkülönböztetett bánásmódban részesíti a társadalom!”

De valóban így van ez? Védve van minden környezeti hatástól?

Sajnos nem! A várandós nő életvitele és az őt érő környezeti hatások bizony hatnak a magzatra is. A levegő, amelyet belélegez, az étel, amelyet elfogyaszt, az őt körülvevő sugárzások, hanghatások, rezgések mind-mind valamilyen módon a magzatra is hatással vannak. A gyermek megszületése után mindezek a hatások fokozottabban hatnak rá és mindannyiunkat elkísérnek életünk végéig. De nem mindegy, hogy milyen egészségi állapotban éljük le életünket, mikor következik be a távozás ideje.

Az ember természeténél fogva óvja a kisebbet, a törékenyt! A szülői aggodás, a féltő nevelés a kisgyermekkorig igen erősen jelen van, de ezután? Figyelünk-e fiataljaink életére, odafigyelünk-e saját környezetünk tisztaságára, rászólunk-e, figyelmeztetjük-e azokat, akik szennyezik a környezetet? Mutatunk-e példát az ifjúságnak mi felnőttek a környezet megóvása terén? Sajnos nem eleget!

Korunkban egyre több szó esik az egészségről, mivel az ember a rá irányuló széles körű elvárásoknak akkor tud megfelelni, ha képes a kihívásokat megfelelően értelmezni, arra megfelelő választ adni, a környezethez folyamatosan alkalmazkodni, a családjában és egyéb társas kapcsolataiban megfelelő módon részt venni, a jövőjét tervezni, terveit időközönként módosítani, egy szóval az életben helytállni. Valamennyiünk célja, az egészségben eltöltött életévek növelése, közvetlen hozzátartozóink, családjaink védelme.



A megnövekedett társadalmi igényeknek akkor tudunk eleget tenni, ha életünket igyekszünk egészségben eltölteni. Napjainkra a globális információforrások a legtöbb ember számára elérhetővé váltak, így a nemzetközi trendek is, ezáltal az egészség értéként való felfogása is egyre szélesebb körben elvárása az átlagembernek.

Az elmondható (a történelem, de talán a saját életünk is igazolta), hogy hagyományos módszerekkel, csupán az információ átadásával, az „egészség tudásával”, annak számonkérésével nem valósítható meg az egészség megőrzése és fejlesztése, az egészséges életmód, a megfelelő egészségmagatartás, hanem számos más lehetőséget, új módszert kell ismernünk és alkalmazunk az eredmény eléréséhez. Hány dohányzó egészségügyi dolgozót, túlsúlyos tanácsadót, fizikai aktivitást nem alkalmazó egészségfejlesztőt ismerünk; ha a tudás elegendő lenne, nem találkozhatnánk velük. Ezt felismerve született meg az egészségfejlesztés fogalma, amely már egy aktív közreműködést, részvételt feltételez az egészségre vágyók és az egészséget segítő szakemberek részéről.

A védőnő jelen van a családok életében, mindennapjaikban egy nagyon szenzitív életszakaszban: a gyermek tervezésének, várásának, első életéveinek időszakában, amikor a szülők sokat tehetnek, illetve jó esetben tesznek is kisgyermekük egészségéért, de biztos, hogy még további teendők szükségesek a családok egészségének fejlesztése érdekében. A védőnő a legfontosabb élethelyzetekben adhat tanácsokat, javasolhat intézkedéseket, kezdeményezhet különféle aktivitásokat, amelyeknek eredményességét szeretné segíteni ez a kiadvány.



2. Néhány gondolat a magyar lakosság egészségi állapotáról

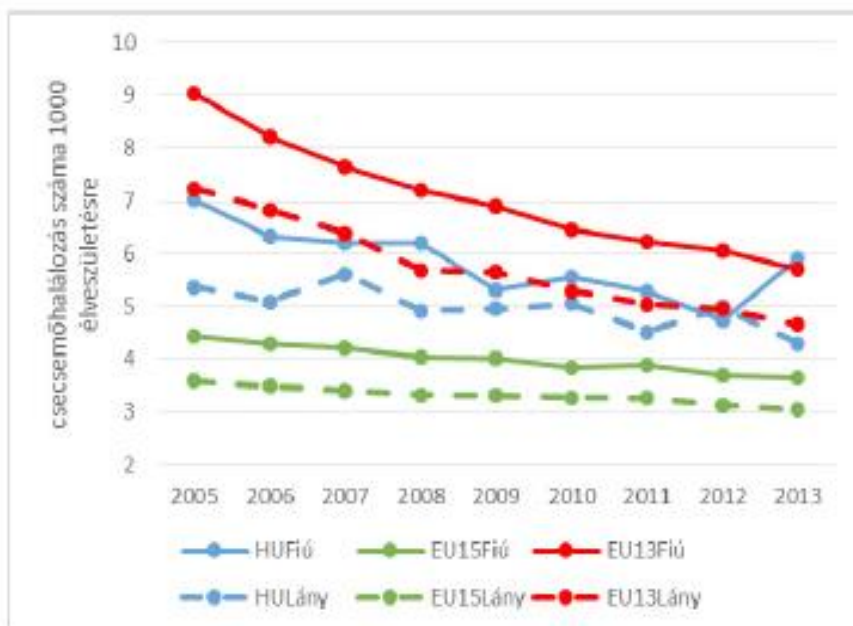
☞ MIK A HAZAI LAKOSSÁG FŐBB EGÉSZSÉGJELLEMZŐI? MIK AZ EBBŐL KÖVETKEZŐ FŐ FELADATOK ÉS TEENDŐK?

A magyar lakosság egészségi állapota jelenleg elmarad a Magyarország társadalmi–gazdasági fejlettsége alapján elvárható szinttől. A 2016-os hazai Egészségjelentés (Varsányi, P., Vitrai, J.: 2016) alapján: *„A magyar lakosság egészsége a legtöbb egészségmutatóban elmarad az EU fejlettebb tagországoihoz képest. Egyes keringési és rosszindulatú daganatos betegségek halálzásában egyre nő a lemaradásunk. Igen jelentős a hátrányunk az egészségügyi ellátással elkerülhető és a népegészségügyi beavatkozásokkal megelőzhető halálzásban. A halálzás mellett a csökkent életminőséget is tükröző elvesztett egészséges életévek számában is jelentősen kedvezőtlenebbek a magyar értékek, mint az EU más tagállamaiban.”*

2.1. A hazai 0–6 éves korosztályra vonatkozó adatok

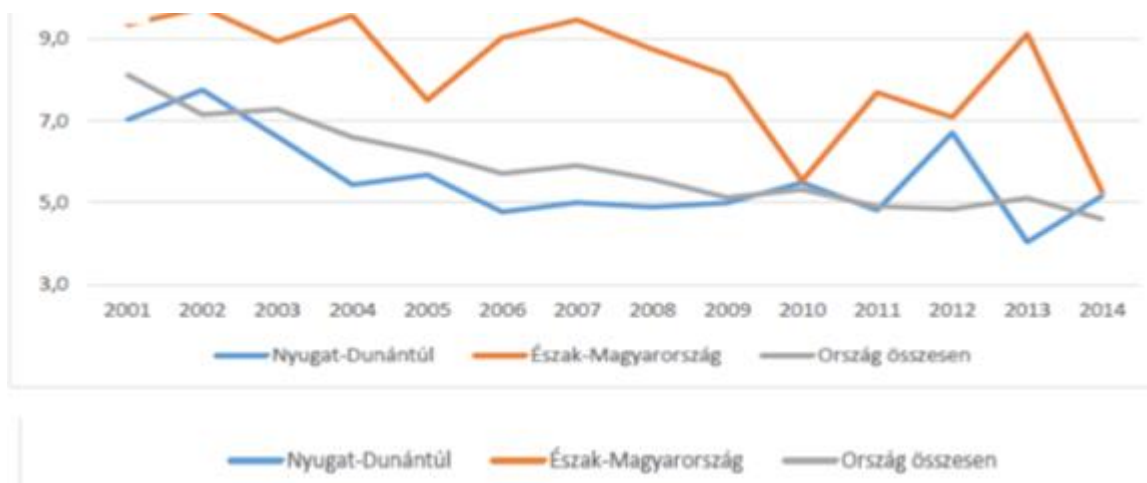
A WHO szerint az Európai Régióban a legtöbb gyermek és fiatal megfelelő egészségi állapottal rendelkezik, azonban gyakori az egyenlőtlenség országok között és egy országon belül egyaránt. A csecsemőhalandóság egy ország egészségügyi fejlettségének, a várandósgondozás és az újszülött-ellátás színvonalának nemzetközileg számon tartott fontos mérőszáma. Hazánkban a csecsemőhalandóság először 2011-ben csökkent 5 ezrelék alá. Az adatok nemi bontásával kapott hazai és EU-s tendenciákat mutatja be az *1. ábra*.





1. ábra A csecsemőhalálozás alakulása 2005 és 2013 között Magyarországon, az EU15 és EU13 országokban¹

2014-ben tízezer újszülött közül 45 hunyt el egyéves kora előtt az országos átlag alapján (2. ábra), 2015-ben 41, 2017-ben pedig már csak 33 volt ez az érték, azaz 4 ezrelék alá került a csecsemőhalandóság, így összességben 2013-tól napjainkig 30%-kal csökkent a csecsemőhalálozások mértéke.



2. ábra A csecsemőhalandóság területi alakulása hazánkban 2001 és 2014 között²

¹Forrás: Varsányi, P., Vitrai, J. (szerk.): Egészségjelentés 2016. NEFI, Budapest, 2017. (forrás: http://www.egeszseg.hu/szakmai_oldalok/assets/cikkek/17-05/egeszsegjelentes-2016.pdf, letöltve: 2018. 02. 04.)

²Forrás: KSH 2014.



Magyarországon a gyermekek 8–9%-a jön koraszülöttként a világra. A csecsemőhalandóság mellett fontos indikátor a kissúlyú újszülöttek aránya az összes élve született gyermekek számához viszonyítva. Hazánkban a kis súllyal született újszülöttek aránya az utóbbi tíz évben nem csökkent, sőt 2005 óta enyhén növekvő tendenciát mutat. Az adatokat áttekintve megállapíthatjuk, hogy a koraszülöttség és a kissúlyú újszülöttek arányának előfordulásában területi egyenlőtlenség tapasztalható.

2. 2. A hazai ifjúság egészségi állapotára vonatkozó adatok

A gyermekek és fiatalok egészségmagatartását többek között a Health Behaviour in School-aged Children (Németh Ágnes és társai: 2011) (továbbiakban: HBSC) felmérés alapján mérik fel, amelyet Magyarországon az Országos Gyermekégeszségügyi Intézet koordinál. A HBSC kutatás Magyarországon az általános iskolás felső tagozatos és középiskolás serdülőkorú fiatalok körében a legrégebben folyó vizsgálat, amely egyedülálló a tekintetben, hogy nem csak egyes egészségmagatartási elemekre, hanem az életmód egészének vizsgálatára irányul, valamint vizsgálja az egészséget befolyásoló tényezőket, pl. a családstruktúrát, a családok szocioökonómiai helyzetét, a szülői és tanári bánásmódot, az egyes személyiségtényezőket. 2010-ben a hetedik országosan reprezentatív felmérés valósult meg.

I.táblázat A 2013/2014. tanévben kivitelezett HBSC felmérés főbb eredményeiről³

Kedvezőtlen változások:
<p><i>Az egészségmagatartás területén belül:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Az általános iskolás lányok körében csökkent a rendszeres, intenzív testedzést végzők aránya. - A naponta legalább két órát számítógépező tanulók aránya nőtt (hétköznap és hétvégén is). <p><i>A rizikómagatartás területén belül:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mindkét nembeli 11. évfolyamos tanulók körében nőtt az alkoholt kipróbálók aránya (megváltozott kérdés). A heti kétszeri részegséget tekintve a hetedik és tizenegyedik lányok körében kisebb növekedés figyelhető meg. - Nőtt a vizsgálatot megelőző 12 hónap során orvosi ellátást igénylő sérülések

³Forrás: Az „Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása” (HBSC) elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben megvalósuló nemzetközi kutatás 2014. évi felméréséről készült nemzeti jelentés. NEFI, 2014.



előfordulása.

- Kis mértékben növekedett a szexuálisan aktív tanulók aránya. A 2006-os adatfelvétel során mért 7%-hoz képest 2014-ben már kétszeres, 14% körüli volt azok aránya, akik az utolsó szexuális együttlét során nem alkalmaztak semmilyen védekező módszert.

A szubjektív jóllét, mentális egészség területén belül:

- Főleg a 7. és 9. évfolyamos lányok körében 10%-ot is megközelítő vagy meghaladó növekedést tapasztaltunk a gyakran kedvetlen, ideges, fáradt és ingerlékeny tanulók arányában. Kisebb mértékű, de hasonló változás a fiúknál is volt.
- A négy évvel ezelőtti adatokhoz képest a tanulók mintegy 10%-kal nagyobb arányban számoltak be krónikus egészségügyi problémáról (megváltozott kérdés).
- Jelentősnek mondható emelkedést tapasztaltunk a serdülők hangulatát mérő Gyermek Depresszió Skálán, azaz általában romlott a fiatalok hangulata a négy évvel ezelőtti méréshez képest. Az adatok kategóriák szerinti finomelemzése kimutatta, hogy a nem depresszív hangulatú lányok aránya kiugróan, a 2010-ben mért értékhez képest 10%-kal csökkent, míg a depresszív hangulatú lányok aránya ugyanennyivel nőtt. A fiúknál is tapasztaltunk hasonló irányú, bár kisebb méretű átrendeződést.
- A 17 éves lányok körében nőtt a túlsúlyosak aránya.
- A lányok körében kis mértékben csökkent a saját testükkel elégedettek aránya.
- A 7–11. évfolyamos lányok a mostani felmérés során jóval nagyobb arányban számoltak be fogyókúrázásról, mint a négy évvel ezelőtti vizsgálatban.

Nem történt változás:

Az egészségmagatartás területén belül:

- A reggelizés rendszerességében az elmúlt felméréshez képest nincs jelentős elmozdulás.
- A naponta gyümölcsöt fogyasztó tanulók aránya nem változott jelentősen.
- Állandónak bizonyult a rendszeres, intenzív testmozgást végző tanulók aránya.

A rizikómagatartás területén belül:

- A kilencedikes lányok körében nem változott a kannabisz kipróbálásának aránya (megváltozott kérdés).

A szubjektív jóllét, mentális egészség területén belül:



- A tanulók nagyobb része önmaga egészségi állapotát a korábbi felmérésekhez hasonló arányban kedvezően értékeli.
- Nem találtunk jelentős elmozdulást az önértékelés mutatóiban.
- Az idegesség, alvászavar miatti gyógyszeresedés gyakoriságában nem mutatkozott változás.
- A túlsúlyosság és elhízottság arányai meglehetősen állandónak bizonyultak az elmúlt felmérések eredményeihez képest. A tanulók testtömegindex (BMI) értékei – a 17 éves lányokra jellemző érték kivételével – jelentősen nem változtak.
- Szintén nem változott jelentősen a fogyni vágyók aránya.

A pszichoszociális kontextuális tényezők közül:

- A családi jómódúság szubjektív megítélése hasonló volt a korábbi felmérésben talált eredményekhez.
- Nem változott az iskolai légkör és a kortárskapcsolatok megítélése.
- Nem változott a kortársbántalmazásban érintett tanulók aránya.

Kedvező változások:

Az egészségmagatartás területén belül:

- A zöldségfogyasztásnál folyamatos növekedést tapasztaltunk: a naponta fogyasztók aránya a 2006-os adatokhoz képest összességében mintegy 10%-kal növekedett.
- Kismértékben csökkent a cukortartalmú üdítőitalokat és édességeket naponta fogyasztók aránya.
- Az előző adatgyűjtésekhez képest a középiskolába lépve elsősorban a fiúknál jelentősen kedvezőbbé váltak a fogmosási arányok.
- Mérsékelt, de egyértelműen javuló tendencia látható a testmozgás gyakoriságában: a semmit vagy nagyon keveset mozgó tanulók aránya csökkent. Az iskolai tanórákon kívül végzett intenzív testedzés mennyiségét tekintve némi javulás tapasztalható a korábbi évekhez képest, és ez egyértelműen annak köszönhető, hogy a lányok átlagosan egyre többet mozognak.
- Némileg csökkent a sokat televíziózók (ideértve a video- és DVD-nézést is) aránya.

A rizikómagatartás területén belül:

- A dohányzással kapcsolatos eredmények a 2010-es adatokhoz képest csökkenést



mutatnak. Míg 2010-ben a diákok több mint fele próbálta már ki a cigarettát, addig 2014-ben már csak kb. harmaduk. A dohányzás havi prevalenciaértékében és a naponta dohányzó diákok arányában is hasonló mértékű csökkenés figyelhető meg (megváltozott kérdések).

- Csökkent az alkoholt kipróbáló (megváltozott kérdés), illetve életükben valaha már részeg tanulók aránya.
- A 2010-es HBSC-eredményekhez képest határozott csökkenés figyelhető meg a drogfogyasztás prevalenciaértékeiben, a négy évvel korábbi adatokhoz viszonyítva az együttes (tiltott és visszaélészerű legális) szerhasználat életprevalencia esetében. A 9. évfolyamos lányok kivételével csökkent a kannabiszt kipróbálók aránya is (megváltozott kérdések).
- Csökkent a verekezésben részt vevő tanulók aránya.
- A fiatalok közül kicsit többen alkalmazták a különböző védekezési módszerek kombinációját, ami a szexuális úton terjedő betegségek és a nem kívánt várandósság ellen a legnagyobb biztonságot jelenti (megváltozott kérdések).

A szubjektív jóllét, mentális egészség területén belül:

- Az élettél való elégedettséget illetően az előző adatfelvételhez képest kis javulást tapasztaltunk.
- Javult a fiúk saját testével kapcsolatos elégedettsége.

A pszichoszociális kontextuális tényezők közül:

- A kutatásban alkalmazott kombinált mutató szerint nőtt a jó szocioökonómiai helyzetű, csökkent a kedvezőtlen státusú családok aránya.

Ahogy azt a magyarországi felmérés eredményeiben, úgy a többi európai ország eredményében is megfigyelhetjük, hogy a gyermekek egészségi állapotát, egészségmagatartását társadalmi egyenlőtlenségek határozzák meg (Candace Currie és társai, 2012). A családok jóléte összefügg a jobb egészségi állapottal, egészségmagatartással és a pozitív családi, baráti és iskolai környezettel. Azonban a kockázati magatartások esetén ez a kép sokkal komplexebb, hiszen nem minden esetben van összefüggés a család jóléte és a rizikómagatartás folytatása között.

Az általános egészségfelmérésekről szóló jelentések többnyire ugyanazokat az eredményeket mutatják, mint a korábbi HBSC kutatások és tanulmányok, és megerősítik a fiatalok körében



tapasztalt egészséggel kapcsolatos egyenlőtlenségeket. Az eltérések részben szociális különbségeket tükröznek olyan területeken, mint a stressznek való kitettség, megküzdés és egészségmagatartás, a viselkedésbeli, pszichoszociális és anyagi folyamatok területén. Ezért az általános eredmények, mint például az egészségi állapot és az étellel való elégedettség, különösen értékes indikátorai egy adott társadalomban lévő egyenlőtlenségeknek. A magasabb jólét és az étrendminták közötti megfigyelt kapcsolatok összhangban vannak a korábbi tanulmányokkal. A gyümölcs viszonylagos magas ára összehasonlítva más élelmiszerek árával bizonyos fokig magyarázhatja az egyenlőtlenséget, valamint gazdasági tényezőknek lehet szerepe a megfigyelt reggeli fogyasztásban, ahol a kevésbé tehető családok számára problémát jelent, hogy tápláló reggelit vásároljanak.

A kortárs, iskolai és médiahatásoknak kiegyenlítő hatása van a kamaszok egészségi állapotára. Rizikómagatartások általában olyan időszakban alakulnak ki, amikor a családi befolyás csökken, és egyéb társadalmi hatások felerősödnek, különösen a kortárs kapcsolatok és a szociális hálózatok. A kiegyenlítő fogalmával összhangban a családi jólét szerepe csökken, amikor ezek a befolyásoló tényezők hatnak. A családi háttér az epicentruma az egészséggel kapcsolatos egyenlőtlenségeknek, de a család jólétével kapcsolatos egyenlőtlenségek mintái egyértelműen kiterjednek az iskola és a kortárs csoport területekre is. Az oktatás és az iskoláztatás kulcsfontosságú szerepet tölt be az egészség-egyenlőtlenségek csökkentésében, ezért fontos megfigyelni, hogy a jelenlegi helyzet az iskolákban a társadalmi reprodukció egyik színtere, ahol a tehetősebb családok gyermekei több támogatást kapnak, és jobb iskolai teljesítményt mutatnak: ez úgy írható le, mint az egészségben megjelenő szociális egyenlőtlenségek oktatási útja.

2. 3. A felnőttkorú hazai lakosság egészségi állapotára vonatkozó adatok

„A halálozás 100 000 főre vetített aránya Magyarországon – a korábbi évekhez hasonlóan – 2005 után is csökkenő tendenciát mutat, azonban még így is több mint másfélszer akkora, mint az EU15 országokban. A csecsemőhalálozás tekintetében is hasonlóan alakul a magyar helyzet. A munkaképes korú, 65 évesnél fiatalabb nők halálozási aránya közel kétszerese, a férfiaké több mint kétszerese az EU15 országokban tapasztaltnak. A daganatos betegségek közül a nőknél a tüdőrák, a férfiaknál a tüdőrák mellett még a szájüregi, valamint a vastag- és végbélrák okozta halálozás aránya is többszöröse az EU15-ben mért értékeknek. A keringési betegségek közül az



iszkiemiás szívbetegség és az agyérbetegség okozta halálozás 3–4-szerese az EU15 országokban tapasztaltaknak.

A magyarországi egészségveszteségek döntően a **viselkedéssel összefüggő kockázatokra** vezethetők vissza. (...) A legnagyobb súlyt képviselő kockázatok, mint az étrendi kockázatok, a dohányzás, az alkohol- és kábítószer-fogyasztás mellett a magas szisztolés vérnyomás, a testtömegindex, az összcholeszterin és az éhomi vércukorszint kialakulásában is kiemelt szerepet játszik az egyén egészségmagatartása.” (Varsányi, P., Vitrai, J.: 2016)

A lakosság egészségi állapota szempontjából néhány kiemelt fontosságú mutató:

- A **dohányzás** világszerte a leginkább megelőzhető haláloknak számít, ennek ellenére évente közel 6 millió ember haláláért felelős világszerte, és több mint 500 milliárd dollár értékű gazdasági kárt okoz.^{4,5} A dohánytermékek fogyasztása európai uniós szinten is a leginkább elterjedt elkerülhető egészségkockázatok közé tartozik: a dohányzás mintegy 700 000 európai uniós állampolgár haláláért felelős évente. A dohányzók 50%-a idő előtt hal meg, ez átlagosan 14 életévnyi veszteséget okoz. (Demjén, T. szerk. 2016) Emellett a dohányzók nagyobb valószínűséggel szenvednek a káros egészséghatások következményeitől is, beleértve a szív- és érrendszeri, a légzőszervi és a daganatos megbetegedéseket.

A dohányzás Magyarországon is súlyos népegészségügyi és nemzetgazdasági problémát jelent, a dohányzás következtében 2015-ben 22.496 ember halt meg és több mint 500 ezer egészségben eltöltött életévet (DALY) veszítettünk el, ezzel Magyarország az Európai Unió 28 tagországa között a legrosszabb helyen állt, annak ellenére, hogy 1990 óta csökkenő tendencia figyelhető meg a dohányzással összefüggő mutatókban, mind az aktív, mint a passzív dohányzás tekintetében. A dohányzással összefüggő halálozás aránya az európai trendeknek megfelelően csökkenő tendenciát jelez, de az EU15 országok értékének még így is több mint 2,5-szerese. A dohányzás okozta halálozás tekintetében is az európaihoz hasonló trend figyelhető meg, azaz míg a férfiak esetében csökken a halálozások száma, a nőknél nincs számottevő változás. A dohányzás okozta terhekre többféle becslés is készült, amelyek alapján a dohányzás okozta hazai veszteség 2010-ben 450–1000 milliárd Ft közé esett (Demjén, T. szerk. 2016.).

⁴ Forrás: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/> (letöltve: 2018.02.02.)

⁵ Forrás: WHO Report on the Global Tobacco Epidemic; 2013; WHO;

(forrás: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85380/1/9789241505871_eng.pdf?ua=1 (letöltve: 2018.02.02.)



Az Európai Lakossági Egészségfelmérés 2009. évi hazai eredményei alapján a hazai 15 éves és idősebb lakosság több mint negyede cigarettázott napi rendszerességgel (10% legalább napi egy doboz cigarettát szívott, 16% pedig egy doboznál kevesebbet), 4,3%-uk alkalmoszerűen, 18%-uk leszokott már a dohányzásról, és mintegy felük sohasem dohányzott. A 2014-es adatok alapján a naponta dohányzók és a leszokottak aránya ugyanannyi, mint öt évvel korábban, viszont többen vannak azok, akik sohasem dohányoztak. A két vizsgálati év között az alkalmi dohányzók és ezzel együtt az összes dohányzó gyakorisága viszont kismértékben csökkent. Összességében ezek a változások pozitív tendenciaként értékelhetők (Demjén, T. szerk. 2016.).



3. ábra Illusztráció a környezeti dohányzásról⁶

A várandós anyák dohányzási gyakoriságára és szokásaira sajnos kevés adat áll rendelkezésre Magyarországon. A dohányos várandós anyák lehetséges számát a területi védőnői jelentés összesítője alapján becsülhetjük meg. A 2013-as adatok alapján a védőnői gondozásba vételkor a nyilvántartott várandósok várandós anyák 12%-a dohányzott, míg a 2017-es adatok alapján 12%-uk.⁷

- **Az alkoholfogyasztással összefüggő halálozás** arányára is hasonló megállapítások tehetők, mint a dohányzásra:

„A WHO-nak az alkoholfogyasztással összefüggő halálozás becslése jól felhasználható a hazai és az európai országok összehasonlítására. 2005-höz viszonyítva ebben a mutatóban komoly javulás figyelhető meg mind a nőknél, mind a férfiaknál. A javuló tendencia ellenére a magyar értékek mindkét nem esetében még mindig sokkal rosszabbak, mint az EU15 vagy az EU13 országokban. Az alkoholfogyasztással összefüggő halálozások nemek szerinti megoszlása is jelentősen eltér, és – a dohányzással összefüggő halálozással ellentétben – a

⁶ Forrás: http://www.cikiacigi.hu/nagyok/tenyek_tevhitek.html (letöltve: 2018. 06.05)

⁷ Forrás: Az EMMI Dohányzás Fókuszpontjának adatközlése alapján

férfiak hátránya lassan növekszik. Míg 2005-ben a férfi-női halálozási hányados 342% volt, 2014-re ez a mutató 356%-ra emelkedett.” (Varsányi, P., Vitrai, J.: 2017.)



4. ábra Illusztráció az anyai alkoholfogyasztás csökkentését célzó norvég médiakampányból⁸

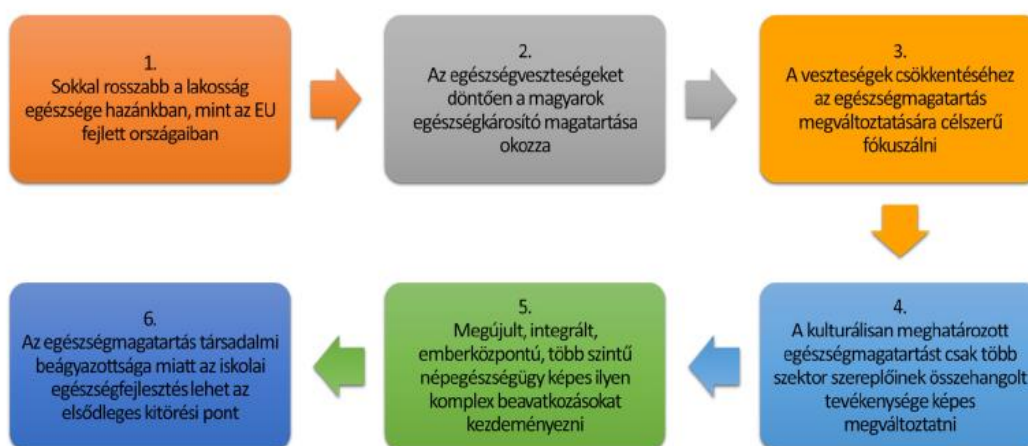
- A magyar lakosság egészségében hosszabb ideje megfigyelhető javulást jelez a halálozás mellett az **elvesztett egészséges életevek** mutatója (egészségvesztésnek a különböző okokból megromlott egészségnek, vagy a halálozásnak az adott egyénre, a családjára és a társadalomra háruló következményeit hívjuk). Másrészt az összes elvesztett egészséges életév mutatója Magyarországon 22%-kal haladta meg az EU-ban számított átlagos értéket 2015-ben (Varsányi, P., Vitrai, J.: 2017.).
- A halandóság földrajzi egyenlőtlenségei országosan, valamennyi járásra vetítve mérsékeltnek mondhatók, bár a kiugróan magas és alacsony járási értékek között sokszoros különbségek mutathatók ki. A legnagyobb egyenlőtlenség a **csecsemőhalandóságban** tapasztalható, ahol a legjobb és a legrosszabb járás között mintegy 12-szeres a különbség.
- A **várható élettartam**nak a rendszerváltást követően is folytatódó csökkenése után az 1990-es évek közepétől javulnak a társadalom életkilátásai, ez a javulás azonban egyrészt átlagosan elmarad az EU15 országaitól és a többi visegrádi országtól, másrészt az egészségi állapot társadalmi egyenlőtlenségeinek növekedése mellett történik.

⁸ A kép a norvég nemzeti „alkoholmentes várandósság” c. kampány egyik eleme, forrása: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/news/news/2016/09/preventing-alcohol-exposure-in-pregnancy-examples-from-member-states>, letöltve: 2018. 02. 11.)

☞ A magyarországi egészségveszteségek döntően a viselkedéssel összefüggő kockázatokra vezethetők vissza, ahogyan ezt a magyar egészségmagatartási mutatóknak az EU-ban kirívóan rossz értékei alátámasztják. Jelentős javulást ezért csak a lakosság egészségmagatartásának megváltoztatásától lehet várni. Döntően az egészséges életmódot előmozdító népegészségügyi beavatkozásokkal az összes halálozás negyede, a korai halálozás több mint fele megelőzhető lenne Magyarországon.

🕒 **Eltűnődött-e már azon, hogy saját körzetében mely tényezők jelenléte eredményez leggyakrabban egészségveszteséget? Fogalmazza meg, írja le a leggyakrabban előfordulókat!**

Az egészségkockázatok részletes elemzése alapján megállapítható, hogy a hazai egészségveszteségek ismert kockázati tényezőkkel magyarázható része 80%-ban viselkedéssel összefüggő kockázatokra vezethető vissza. Ezek is alátámasztják, miért elengedhetetlen – a WHO Egészség 2020 dokumentumával összhangban – a népegészségügyi tervezés során az egészségmagatartás megváltoztatására irányuló beavatkozások előtérbe helyezése. Hasonló következtetéssel indít az OECD 2016-os szakmai kiadványának⁹ vezetői összefoglalója: „Hatékonyabb megelőzésre és minőségi ellátásra van szükség ahhoz, hogy a lakosság egészsége tovább javulhasson, és csökkenhessenek e téren a tagállamok közötti egyenlőtlenségek.”



5. ábra Az Egészségjelentés 2016 adataiból levonható főbb következtetések¹⁰

⁹ Health at a Glance: Europe 2016. OECD, 2016. (forrás: <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/2235e43c-en.pdf?expires=1518476733&id=id&acname=guest&checksum=8B190E669E4392E86E7CB77ED56F5B6E>, letöltve: 2018. 02. 08.)

¹⁰ Forrás: Varsányi, P., Vitrai, J. (szerk.): Egészségjelentés 2016. NEFI, Budapest, 2017. (forrás: http://www.egeszseg.hu/szakmai_oldalak/assets/cikkek/17-05/egeszsegjelentes-2016.pdf, letöltve: 2018. 02. 04.)



A Jelentés összefoglaló megállapításai (5. ábra) alapján „az egészségmagatartás megváltoztatásához több szektor kulcsszereplőinek összehangolt tevékenysége szükséges. A társadalmi szereplők tevékenységének összehangolását országos, térségi és helyi szinten az egészségtervezés és annak megvalósítása biztosíthatja hatékonyan. Ennek feltétele a népegészségügy és az ellátó rendszer integrált, ember-központú átalakítása. Különösen fontos a népegészségügy közösségi szolgáltatásainak megerősítése, mert ez képes valamennyi szinten előmozdítani a társadalmi szereplőknek az egészségtervezésben és annak megvalósításában való támogató szerepvállalását. Ehhez – és a hazai egészségügyi rendszer hatékonyságának növeléséhez – a gyógyításról a megelőzésre szükséges nagyobb hangsúlyt helyezni, és ennek megfelelően a korábbinál több erőforrást biztosítani. **Mivel az egészségmagatartás társadalmilag erősen beágyazott, és lassan, nehezen változtatható, ezért nagyobb hatékonyság várható a fejlődésben lévő gyermekekre fókuszáló egészségfejlesztési beavatkozásoktól.**”

A lakosság egészségtudatos magatartásának kialakítása és a betegségek, valamint az egészségkockázatok korai felismerésének érdekében fontos, hogy az alapellátás szerves részévé tegyük a népegészségügyi, preventív célú szolgáltatásokat is. A dolgozói kompetenciák rendezésével, valamint új típusú szolgáltatásokat nyújtó szakemberek integrálásával szélesíthető a helyben elérhető definitív szolgáltatások és ellátások köre.

A védőnők támogatása hatékony, korszerű módszertannal, szakmai anyagok kidolgozásával, a kompetenciák és képességek fejlesztésével valósul meg annak érdekében, hogy hatékonyan tudják átadni az ismereteket, kedvező irányba formálják az attitűdöt az egészségtudatos magatartás irányába, és képessé tegyék az egyéneket (családokat) az egészségtudatos döntések meghozatalára:

- a családtervezés időszakában,
- a várandósság időszakában,
- a kora gyermekkorban (0–6 éves korban, különös hangsúlyt helyezve az első 1000 napra).

A koraszülöttség megelőzésén túl fontos cél a koraszülés és perinatális mortalitás jelentős részét okozó veleszületett rendellenességek előfordulási gyakoriságának csökkentése is a fogamzóképes korú nők, illetve a családalapítás előtt álló párok egészségtudatos magatartásának formálásával.



☞ Az egészségfejlesztő védőnő szerepe felértékelődik: az egészséges életmódra való nevelést tehát célszerű a legfiatalabb korosztályoknál kezdeni, amelynek egyik legfontosabb színtere a család, majd később az óvoda és az iskola.
A magzati életben, életünk első éveiben a gyermeket érő hatások, a kialakuló egészségmagatartás az egyén egész későbbi életére jelentős hatással bír.

3. Az egészség és meghatározói

☞ MIT NEVEZÜNK EGÉSZSÉGNEK? MELYEK AZ EGÉSZSÉG DIMENZIÓI? MILYEN TÉNYEZŐK HATÁROZZÁK MEG AZ EGÉSZSÉGÜNKET? EZT PRÓBÁLJUK KÖRBEJÁRNI EBBEN A FEJEZETBEN.

3.1. Az egészség fogalma

Az **egészség** meghatározása a történelem során korábban sem volt és napjainkban sem egységes, annak ellenére, hogy látszólag egyszerűen definiálható fogalom. Használjuk abban az értelemben, amikor a betegség hiányáról beszélünk (negatív egészségfogalom), vagy a mindennapi életünkre való képességként (pozitív egészség) említjük, egyeseknek a jó fizikai állapot, az erőnlét, a sport vagy éppen a boldogság jelenti az egészséget. Abban egyetérthetünk, hogy valamennyi tényező fontos, egyik a másik nélkül nem értelmezhető. Az egészségről alkotott elméletek alapvetően két egészségfogalomról szólnak, a megőrzött egészségről és a betegség gyógyításával visszaállított egészségről.

Az 1948-ban létrejött Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) az egészség fogalmát a következőképpen határozta meg Alkotmányában: **„Az egészség a teljes testi, lelki és szociális jólét állapota, és nem csupán a betegség vagy fogyatékoság hiánya”**¹¹

A WHO egészség fogalma 1946-ban, New Yorkban került kialakításra, a 61 ország részvételével megrendezett Nemzetközi Egészség Konferencián, ezt követően a WHO Alkotmánya tette széleskörben ismertté. Ez a megfogalmazás felváltotta a hagyományos betegségközpontú, biomedikális meghatározást (az egészség = a betegség hiánya), így ez a jelentős paradigmaváltás az egészség fogalmának átfogó és korszerű megközelítését jelentette. Ez a közismert és elterjedt definíció azonban rendkívül idealisztikus megfogalmazást nyújt az egészségről és egy – gyakorlatilag – elérhetetlen állapotot ír körül, ezért nehezen alkalmazható.

¹¹ Forrás: <http://www.who.int/suggestions/faq/en/> (letöltve: 2018. 02. 05.)



A WHO előbbi egészségfogalmának tartalma azóta sokat változott, kibővült, számos tényezővel gazdagodott.

A mai modern egészségértelmezések alapján pedig egy olyan aktív egészségfogalom az elfogadott, mely tudatos, tevékeny közreműködést kíván mindenkitől. A testi jólét megkívánásától ez a fogalomkör fokozatosan bővült a lelki harmónia idesorolásával, majd társadalmi töltést is kapott. Ez az irány elsősorban azt jelenti, hogy a szociális jólét bizonyos elemei is bekerültek az egészség feltételei közé. Az egészség szempontjából az egyének és a társadalmi csoportok egymással szoros kapcsolatban, összefüggésben vannak. Az ember magatartását külső hatások is érik, valamint saját és mások egyénisége is befolyásolja (Forrai, 2002).

Az egészségnek és betegségnek az egymáshoz való viszonyát ma már egyre inkább az egészségből kiindulva határozzák meg. Ilyenkor az egészséget, mint a környezet és az emberi szervezet közötti dinamikus egyensúlyi állapotot veszik figyelembe, és azt is mérlegelik, hogy az egyensúlyt veszélyeztető belső vagy külső károkat mennyire képes az adott személy elhárítani.

Az egészséget a passzív állapot helyett folyamatként értelmezzük. A cselekvőkészség fejlődése az egész életet végigkíséri, az egyén új kompetenciák elsajátítására törekszik. Az egészség egyúttal problémamegoldásra és az érzelmek irányítására való képesség is, ami a pozitív énkép, a testi-lelki elégedettség megőrzésének a forrása. A lényeg az egészség multidimenzionális volta testi, lelki, szellemi és társadalmi szempontok egyaránt léteznek, ezek egymástól nem elválaszthatók, még ha súlypontozásaik különbözőek is (Aszmann, 1998). A holisztikus egészség szemlélet hatására az egészség fogalmának, komplexitásának további bővülése során a szociális és a spirituális dimenzió is megjelent, így beszélhetünk bio-pszicho-szociális-spirituális paradigmáról (Csimá, 2013).

Az Egészségügyi Világszervezet az egészség meghatározását az 1980-as évek végén kiszélesítette, az egyén és a társadalom teljesítménye felől megközelítve, hangsúlyokat a kiterjesztett erőforrásokra helyezve. Az egészség azt jelenti, hogy az egyén vagy a csoport milyen mértékben képes realizálni törekvéseit és kielégíteni igényeit, hogyan tud alkalmazkodni környezetéhez (Naidoo et al., 1999). Az egészségnek a teljességre törekvő, holisztikus társadalmi megközelítése képezi az egészségfejlesztés alapját is, amelyet az 1986-os Ottawai Charta fogalmazott meg. *„Az egészség olyan állapot, melyet az anatómiai integritás, a*



*teljesítményre való képesség, a személyes értékek, a családi munka és közösségi szerep, a jóllét érzése, a betegség és a korai halál rizikóitól való mentesség jellemez.*¹² Mindezek alapján az egészséget a mindennapi élet erőforrásának tekintjük, nem pedig céljának.

A XX. század végén paradigmaváltást hozott Antonovsky salutogenesis elméletének megjelenése, az egészség értelmezésének területén nagyon erőteljes hatást gyakorolt az egészségszemlélet és a fogalom formálódására. A salutogenesis modell szerint az egészségi állapot alapvető meghatározója az úgynevezett koherencia érzet (KÉ) mértéke (sense of coherence SOC). Antonovsky szerint a KÉ az egyén irányultsága, mely globálisan az élet minden területére kihat, egyrészt a külső-belső környezetből érkező ingerek kiszámíthatóak, megmagyarázhatóak, másrészt erőforrások mozgósíthatók a megoldás érdekében, harmadrészt kihívást jelentenek (Balajti et al., 2007). Az általános rezisztencia erőforrások (ÁRE) (pl.: pénz, szociális támogatás, én-erő, intelligencia), melyek a koragyermekkoról kezdve a mindennapok pozitív megtapasztalásai révén fokozatosan alakítják ki a magas KÉ-tet (Hakanen et al., 2007). Antonovsky az ÁRE szintjével magyarázza a KÉ stabilitását vagy változását. Azok a személyek, akik magas koherencia érzettel rendelkeznek változatosabb általános rezisztencia erőforrásokat birtokolnak, melyek valószínűleg jobban tudják segíteni a megoldások keresését negatív élettapasztalatok esetében (Benkő et al., 2019). Minél nagyobb az egyén koherencia-érzete, a saját élete feletti kontroll, „annál nagyobb eséllyel marad egészséges, illetve annál magasabb a relatív egészségi helyzete az egészség/betegség kontinuumon” (Lampek et al., 2013). A koherencia-érzet szorosan összefügg az egészséggel, de nem egyedüli magyarázata annak, különböző hatást gyakorol az egészség egyes dimenzióira, szorosan kapcsolódik az egészségi állapot pozitív önminősített megítéléséhez, a mentális egészséghez. A koherencia-érzet olyan képesség, ami lehetővé teszi az egyének számára, erőforrásaik (általános és speciális) felhasználása révén a feszültségek egészségmegőrző módon való kezelését (Karácsony, 2018).

Az egészség modernebb és átfogóbb megközelítésében (Ewles, L., Simnett, I.: 1999) *„képesség, az emberek valós potenciáljának eléréséhez szükséges alap, amely lehetővé teszi, hogy valóra váltsák a bennük rejlő lehetőségeket.”*

D. Seedhouse 1998-as meghatározása alapján: *„Az egészség optimális állapota egyenlő azon feltételek összességével, amelyek megléte esetén az egyén kibontakoztathatja a számára adott lehetőségek összességét.”*¹³

¹²Forrás: <http://www.oefi.hu/modszertan1.pdf> (letöltve: 2018. 05. 08.)



Seligman megfogalmazásában rezilienciaként, tanult optimizmusként jelenik meg az egészséget támogató képesség (Kelemen, 2007). A tanult sikeresség, tanult erőforrás-gazdagság (learned resourcefulness, learned positive strengths) élményét kell elsajátítani az élet kezdetétől fogva, már csecsemőkortól, aminek alapja a feltétel nélküli bizalom és az együttműködés megélése és képessége. Az emberek boldogabbak, ha a körülöttük zajló történéseket megértik, megmagyarázhatók számukra és közben képesek észrevenni a pozitív érzelmeket, örömeket végül pedig megelégedettséget, örömet éreznek. A betegségből való felépülés során a gyógyulás folyamatában pedig fontos a jóllét elérése, mind az egyéni, mind közösségi oldal révén megvalósuló gondoskodás által (Seligman et al., 2004).

A változó egészségfogalom magában foglalja azt, hogy **az egészségért az embernek valamit folyamatosan aktívan tennie kell, az egészség fenntartásának, megerősítésének, fejlesztésének, érdekében**. Az egészséggel szemben fellépő hatásokat, a külső és belső negatív tényezőket, a különféle rizikótényezőket az ember tudatos tevékenységével, gyakorlással, fejlesztéssel, és a társas-támogató rendszerek igénybevételével, harmonikus családi környezet segítségével képes kiegyensúlyozni

☝ **Az egészség nem tekinthető állandónak, napról napra változik, és számos tényező befolyásolja. Az egészség egyfajta alkalmazkodási képességként is felfogható, amellyel a körülöttünk lévő változásokra reagálunk. A változásokhoz való sikeres alkalmazkodás csak megfelelő egészségi állapotban lehetséges.**

Az egészség fogalmába beletartozik az életöröm, a jó közérzet, a kiegyensúlyozottság, a megelégedettség, a munkakedv, a kreativitás, a fittség, a fizikai, pszichikai, szociális alkalmazkodó képesség.

Az emberek életében feszültséget okozhatnak az emberi kapcsolatok problémái, az egymás meg nem értése, az intolerancia. A társas kapcsolatok rendezetlensége, a kényszerű és tartós alkalmazkodási kényszer önmagában még nem jelent betegséget, de tartóssá válásuk esetén betegséget okozhatnak.

Az egészség tehát a problémamegoldásra és az érzelmeik irányítására való képesség is, amely a pozitív énkép és a testi–lelki elégedettség megőrzésének forrása. Az egészség az egyén számára

¹³Forrás:http://www.tankonyvtar.hu/en/tartalom/tamop412A/2010_0020_apolas_magyar/1_az_pols_fogalmi_rendszere.html (letöltve: 2018. 02. 10.)



folyamatosan változó, dinamikus, nem statikus fogalom, folyamatosan változó magatartást igényel.

Az egészségfogalom korábban említett résztartalmi – testi, lelki, szociális – nem eredményezik a teljes egészséget, de külön-külön mindegyik hozzájárul az életmód formálásához, azonban önmagában egyik sem elégséges. Bármely részterületnek a többivel szembeni túlhangsúlyozása inkonzisztenciát eredményez, melynek következménye az is lehet, hogy a pozitív és a negatív hatások kioltják egymást, és így az életvitelt nem módosítják. Az előbbiekből kiemelkedik a lelki tartalmakat összefogó dimenzió. „Az egészségfogalom legjelentősebb összetevője, mivel a különálló egységként működő dimenziók mindegyikéhez több szálon és szorosan kapcsolódik. Ily módon, egy magasabb szinten végül is kapcsolatba kerülnek egymással az egymás mellett létező, ám horizontálisan át nem járható dimenziók, s e kapcsolathoz a lelki egészségtartalmakon keresztüli közvetítés szükséges. Módszertanilag ez már más megközelítést igénylő feladat, analízis helyett szintetizálást kíván” (Meleg, 2002).

☝ Az egészség holisztikus jellegű, az egész emberre vonatkozó fogalom, amely az életminőséggel áll kapcsolatban; nem korlátozódik az egyén egyetlen tulajdonságára, hanem az ember életének egészét jellemzi, azaz az élet egészét hatja át.

Mai világunkban a változás szövi át mindennapjainkat, így az egészségünket is. A korábbi években kidolgozott, az adott korhoz igazodó egészség fogalmakat nem szabad elvetni, de érdemes továbbgondolni, újraértelmezni a jelenkor kihívásaihoz, elvárásaihoz igazítani.

Jelenkorban **az egészség** egydimenziós megközelítéstől **a többdimenziós** felé, míg az egészség organikus feltételeitől **a személyes feltételek irányába** kell haladnunk, valamint **az individuális felfogás mellett az egészség szituatív - az egyén életkörülményeinek kontextusába ágyazva** értelmezendő, ami egy **dinamikus folyamat** eredménye (Benkő, 2009).

3.2. Az egészség dimenziói

Az Ottawai Egészségfejlesztési Charta¹⁴ alapján *"a jó egészség alapvető forrása a társadalmi, gazdasági és egyéni fejlődésnek, és fontos dimenziója az élet minőségének. A politikai, gazdasági, társadalmi, kulturális, környezeti, viselkedési és biológiai tényezők mind az egészség*


¹⁴ Forrás: <http://www.oefi.hu/modszertan1.pdf> (letöltve: 2018. 02. 10.)



javára vagy kárára lehetnek". Az egészségképet alapvetően az orvostudomány fejlettsége, a lakosság átlagos egészségi állapota és a társadalmi minták határozzák meg. Mindezek alapján az egészség dimenziói a következőképpen határozhatóak meg:

- **biológiai egészség:** ami a szervezetünk megfelelő működését jelenti,
- **lelki egészség:** ide tartozik a személyes világnézetünk, magatartásbeli alapelveink, illetve a tudat nyugalma és az önmagunkkal szembeni béke,
- **mentális egészség:** a tiszta és következetes gondolkodásra való képességünk,
- **emocionális egészség:** az érzések felismerésének, illetve azok megfelelő kifejezésének a képessége,
- **szociális egészség:** másokkal való kapcsolatok kialakításának képessége.¹⁵

Az egészségfejlesztés alapdokumentuma, az Ottawai Charta az egészség előfeltételeit is megnevezi, ezek: **a béke, a lakás, az oktatás, az élelem, a jövedelem, a stabil ökológiai rendszer, a fenntartható erőforrások, a társadalmi igazságosság és a társadalmi egyenlőség.** Az egészség előfeltételeinek kialakítása és fejlesztése össztársadalmi feladat és felelősség. Az egészségügyi ágazat önmagában nem tudja biztosítani ezeket az alapvető előfeltételeket az egyének számára. A fejlettebb országokra vonatkozó legkülönbözőbb szakmai becslések szerint pl. az egészségügyi ellátásnak az életkilátások alakulására való hatása hozzávetőlegesen 20%-ban meghatározó.

 **Kérjük, gondolkozzon el: Mit jelent az Ön számára egészségesnek lenni? Fogalmazza meg, írja le, számolja meg, hogy hány fontos elemet tudott felsorolni!**

3.3. Az egészséget meghatározó tényezők

Ahhoz, hogy megfelelő módon értelmezni tudjuk az emberek egészséggel szembeni elvárását, meg kell ismernünk az egészséget befolyásoló, meghatározó tényezőket. Az egészségi állapotot számos (egyéni, társadalmi, gazdasági és környezeti) tényező határozza meg, ezek a tényezők összetettek és kölcsönösen hatnak egymásra, így formálják és alakítják az egyének és a lakosság egészségi állapotát. Ebből az következik, hogy **az egészségfejlesztési tevékenységek során az egészséget meghatározó valamennyi tényezőre együtt kell hatni**, nemcsak az egyéni

¹⁵ Bizonyos nézetek szerint a spirituális egészség is egy nagyon fontos egészségdimenzió az általános egészség szempontjából, mivel integrálja az egészség többi dimenzióját.



tényezőket kell megcélózni – mint pl. egészségmagatartás, életmód –, hanem a jövedelem, a társadalmi státusz, az iskolázottság, foglalkozási státusz, a munkakörülmények, a megfelelő egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés, a fizikai környezet faktorait is befolyásolni szükséges. Az egészséget természetesen befolyásolja még mindezekon túlmenően az egészségpolitika, a méltányos hozzáférés az egészségügyi ellátáshoz és az egészségügyi ellátás struktúrájának és folyamatának minősége is.

Mindig az egyén közvetlen közelében tapasztalható hatásoktól haladunk kifelé a tágabb környezeti hatások megismerése felé, az ember, mint biológiai lény felől a család, a közvetlen környezet, a tágabb környezet, a település, az ország, a globális hatások felé.

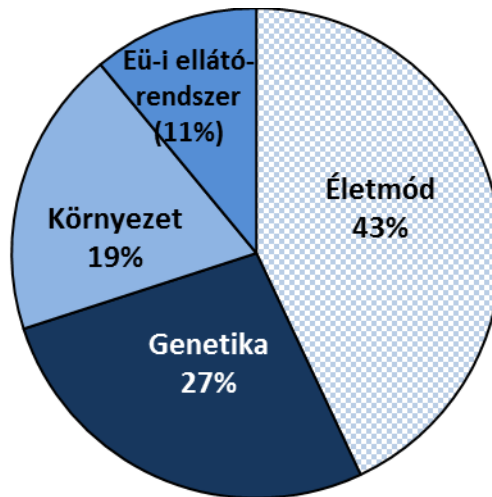
☝ **Egységünket meghatározzák a szűkebb és tágabb környezetünk jellemzői, a társadalom berendezkedése, amelyben a mindennapjainkat éljük, környezetünk szociális érzékenysége, családi és munkahelyi kapcsolataink és nem utolsósorban öröklött tulajdonságaink. Ezeket a tényezőket nevezzük bio–psicho–szociális hatásoknak.**

3.4. Egységmodellek

Marc Lalonde kanadai egészségügyi és népjóléti miniszter 1974-ben közreadott egy jelentést „A kanadaiak egészségi állapotának új távlata” címmel. A kiadvány legfontosabb mondanivalója: a környezet és az emberi magatartás alakítása, fejlesztése a megbetegedések és a korai halálozás jelentős csökkenését eredményezheti. Az 1974-es – máig is aktuális érvényű – Lalonde Jelentés¹⁶ (health field model) alapján¹⁷ (Lalonde, M., 1974) az egészségi állapotot bizonyítottan meghatározó faktorok: az életmódi tényezők, a humán biológiai-genetikai jellemzők, a környezeti hatások és az egészségügyi ellátórendszer, amelyek az alábbi arányokban (6. ábra) vesznek részt az egészségi állapot befolyásolásában:

¹⁶ A Lalonde Jelentés új irányelvei csak az 1986-os Ottawai Charta kapcsán kaptak valódi nyilvánosságot. A Charta a társadalmi tényezők kérdéséről az egészség társadalmi modelljét alkotta meg, amely felhívja a figyelmet arra, hogy a társadalmi ranglétrán való elhelyezkedés és a halálozási, valamint a megbetegedési arányok között erős összefüggés áll fenn.





6. ábra Az egészségi állapotot meghatározó tényezők¹⁸

Ennek alapján elmondható, hogy egészségünk állapota döntően (73%) külső tényezők függvénye, amelyek befolyásolhatóak, alakíthatóak, szemben a determinisztikus genetikai tényezőkkel, amelyek csak korlátozott eszközökkel (primer prevenció), vagy egyáltalán nem alakíthatóak (pl. veleszületett fejlődési rendellenességek, fogyatékossgal járó állapotok).

A WHO definíciója alapján azokat a körülményeket, amelyek közt az emberek élnek és dolgoznak, „az egészség társadalmi meghatározóinak” nevezzük. Az egészséget meghatározó, befolyásoló tényezők összetett rendszerének ábrázolására alkalmas eszköz a 7. ábrán bemutatott egészségmodell.



7. ábra Az egészséget meghatározó „tágabb tényezők modell”¹⁹

¹⁸ Forrás: Lalonde, M., 1974.

¹⁹ Forrás: Dahlgren, G., Whitehead, M.: 1991

A modell középpontjában a meghatározott genetikai tényezőkkel rendelkező egyén áll, körülvéve az egészségére hatással lévő, módosítható tényezőkkel. Az első rétegben személyes viselkedési formák és életstílusok helyezkednek el, amelyekkel javíthatja vagy károsíthatja az egészségét. A második réteg azokat a hatásokat tartalmazza, amelyek azokban a közösségekben érik őt, amelyek befolyásolják életét (család, rokonság, barátok). A harmadik rétegbe a strukturális tényezők tartoznak: a munka és lakókörülmények, az alapvető szolgáltatásokhoz és ellátásokhoz való hozzáférhetőség, míg a legkülső, negyedik rétegbe a társadalom működésének egészét érintő befolyásoló tényezők (társadalmi, gazdasági, kulturális és környezeti feltételek) tartoznak.

☞ Egy adott egészségfejlesztési tevékenység/program indításaként az egyént/csoportot kérje meg először, hogy az „egészség” szó kapcsán elsősorban eszükbe jutó fogalmakat, szavakat írják fel papírdarabokra, ők mondják el a számukra fontos egészség-összetevőket, csak azután egészítse ki az Ön számára ismert, fontos összetevőkkel és ezt követően rendezgessék ezt egybe az egészség dimenzió (biológiai, lelki, mentális, érzelmi, szociális egészség) és az egészséget meghatározó tényezők mentén közösen valamilyen felületen (mágnestábla, flipchart, tablet, stb.).

4. Az egészségfejlesztés elméleti megközelítésben

☞ MIT TAKAR AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS FOGALMA? MILYEN EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI MEGKÖZELÍTÉSEK LÉTEZNEK, MILYEN MODELLEK ALKALMAZHATÓAK AZ EGÉSZSÉGMAGATARTÁS ÉS A VISELKEDÉSVÁLTOZÁS KAPCSÁN?

4.1. Fogalmi keretek

Ahogy arról már szó esett az előzőekben is, egészségünk nem egy passzív állapot, hanem tevékeny folyamat, amelynek részei a biológiai, alapismeretek, a technikai és az épített környezet felelős és fenntartható alakítása, a természettudományos kutatások eredményei. Az egészség hosszú távú megőrzéséhez egészségtudatos magatartás kialakítására van szükség. Ezalatt azt értjük, amikor egészségünket hosszútávon befolyásoló döntéseket hozunk.

Az egészség megvédésétől az egészség fejlesztéséig jelentős a szemléletbeni váltás. Az egyes fogalmak tisztázása érdekében érdemes megemlíteni és elkülöníteni egymástól a következő szakkifejezéseket:



Az **egészségügyi felvilágosítás** a homályos ismeretek elosztatása, felfoghatóvá tétele, azaz ismeretközlés. A XIX. században az egészségügyi felvilágosítás célja a fertőző betegségek terjedésének megakadályozása volt, ezen belül is a népesség egészét széles körben veszélyeztető kockázati tényezők megismertetésére irányítva a figyelmet az ismeretátadás és ismeretpontosítás eszközeivel. A felvilágosítás elsősorban a közegészségügyi helyzet javítását irányozta elő, a veszélyeztető tényezők megismertetését, tehát tudásbővítést az egészségtelen életmódról, valamint az egészségi állapot fenntartásáról. A felvilágosítás célja az ismeretátadás, ismeretpontosítás volt, főként az egészséget negatívan befolyásoló tevékenységekre összpontosított (Szeles et al., 1998) (Meleg, 2002), ami önmagában nem elég az egészségvédő magatartás eléréséhez, követéséhez (Métneki, 2001).

Egészségnevelés (health education): többnyire az életmódi elemek megváltoztatására fókuszáló, módszertanilag differenciálódott tevékenységek. A választási lehetőségekről, a betegségek megelőzési módjáról tájékoztat, életmód változtatásra ösztönöz és az egyénre hárított felelősség áll a középpontjában (Ewles et al., 1999). Az egészségnevelésnek az emberek szükségleteit kell felmérnie, tájékoztatást adni a választási lehetőségekről, a betegségek megelőzési módjáról, az életmód változtatásról, többféle útirányt mutatni és a cselekvésre ösztönzőleg hatni.

- A hagyományos egészségnevelés rizikófaktor elméleten alapuló, elsősorban a betegségek megelőzésére, a meglévő problémák korrigálására, a figyelem felkeltésére irányuló, jelen időre fókuszáló preventív tevékenység (Ratalics, 2002) (Meleg, 2006), tartalma az orvostudományon kívül a társadalomtudományok diszciplínáiból is áll (Gritz, 2007). A hagyományos egészségnevelés során elsősorban az egészségi állapot fenntartására irányuló szabályok, a közegészségügyi problémák és a testi nevelés kerül felszínre, a lelki egészséggel nem vagy kevésbé foglalkozik. Az *egészségnevelés* magatartásformálás, magában foglalja az egészségügyi felvilágosítást is, mint tudatformálást (Nyárasdy et al., 2009). A személyes, egyéni felelősséget hangsúlyozza, és az egészségi állapotot az egyéni életmódból kiindulva értelmezi. Az egészség javítására a betegségek megelőzése, kezelése révén törekszik, így kulcsszereplő az orvos és az egészségneveléssel foglalkozó szakember, aki eldönti, mire van szükség (Naidoo et al., 1999). Az egészségnevelés módszerei: klasszikus felvilágosítás, a rizikó elleni



„életmódváltozást” célul kitűző módszerek, alkalmi jelleggel tartott előadások, elrettentő broszúrák.

- Az új típusú egészségnevelés viszont olyan, változatos (célcsoport-, életkor- és személyiség specifikus) kommunikációs és kooperációs formákat használó, tudatosan létrehozott tanulási lehetőségek folyamata, amely az egészséggel kapcsolatos tudás (ismeretek, készségek, jártasságok, képességek, attitűdök) megszerzéséhez, fejlesztéséhez nyújt segítséget az egyén és a közösség/ek egészségének előmozdítása érdekében (Paulus, 1995). A korszerű egészségnevelés egészség és cselekvésorientált tevékenység, a pozitív egészségképre épít, a természeti – társadalmi környezetbe integrált egyén kerül a középpontjába, a rövidtávú magatartásváltoztatás helyett az életvezetési készségek fejlesztése a célja (Benkő, 2019).

Egészségvédelem (health protection): közegészségügyi tevékenységek, amelyek arra irányulnak, hogy megvédjék a társadalmat a fertőző és környezeti ártalmaktól.

Egészségmegőrzés: olyan tradicionális egészségnevelési tevékenység, amely képessé teszi az embereket a saját egészségükért történő cselekvésre. A fogalmát Marc Lalonde használta elsőként 1974-es jelentésében az „egészségmegőrzés olyan közvetítő stratégia, amely hidat képez az emberek és a környezetük között, valamint az egyéni választás és a társadalmi felelősség szintézisét valósítja meg” (Naidoo, J. et al., 1999). Az egészségmegőrzés az emberekkel együtt közösen végzett tevékenység, amelynek célja az egyének és csoportok készségeinek, képességeinek és jártasságainak megerősítése. Hagyományosan az egészséget a betegség oldaláról közelíti meg, az egészségi állapot megőrzését az egészségügyi ellátás feladatának tekinti. Elsősorban információközlésre korlátozódik, az egyén részéről passzívabb jellegű.

Egészségfejlesztés²⁰ (health promotion): Az információátadáson alapuló, az egyén magatartását megváltoztatni kívánó stratégiák nem voltak hosszabb távon hatékonyak. **Az egészségfejlesztés** az 1980-as évektől kezdett elterjedni párhuzamosan az egészség fogalmában bekövetkező paradigmaváltozással, amikor egyre inkább felismerték, hogy egészségnevelés révén az egyének

²⁰A magyar nyelvben gyakran szinonimaként használják az utóbbi két fogalmat, preferálva az egészségfejlesztés kifejezést.



nem lesznek képesek megváltoztatni hosszútávon és tartósan saját maguk és tágabb környezetük egészségmagatartását (Kósa, 2010).

Az egészségfejlesztés aktív, cselekvő, pozitív tevékenység, mivel szándéka és akarata ellenére senkinek sem fejleszhető az egészsége, partnerséget, részvételt, személyes felelősséget vár el az egyéntől (Meleg, 2006), (Benkő, 2009). A fejlesztés szó már maga is növekedést jelent, egy folyamatot, élethosszig tartó fejlődést (Benkő, 2003), melyet az egyénnek is akarnia kell, motiváció szükséges hozzá. Feltételezi a megfelelő ismeret birtokában az öntevékenységet, az önkontrollt, ami csak akkor lehetséges, ha az egészségforrásait is ismerjük és nemcsak a veszélyeket. A gondolkodás középpontjába a betegség-központúság helyett az egészség-központúság kerül. Az egyének, közösségek képessé válnak saját egészségük fenntartására, ellenőrzésére, ezáltal lehetőségük van egészségi állapotuk és életminőségük irányítására, módosítására, javítására. Az egészség tehát, mint a mindennapi élet erőforrása, mind társadalmi és mind egyéni erőforrás (Kishegyi et al., 2004). A modern egészségfejlesztés alapjait az egészségfejlesztés alapidokumentumaként számon tartott Ottawai Charta 1986-ban fogalmazta meg. Az egészségfejlesztés az Ottawai Chartában meghatározott alapdefiníciója alapján²¹ **„az a folyamat, amely módot ad az embereknek egészségük és az egészségüket meghatározó tényezők fokozott kézbentartására, ezáltal egészségük javítására. A testi, lelki és szociális jóllét állapotának elérése érdekében az egyén, vagy a csoport képes azonosítani és megvalósítani célkitűzéseit, kielégíteni szükségleteit és/vagy megváltoztatni környezetét, vagy megküzdeni azzal.”**

Az Egészségügyi Világszervezet meghatározása szerint az egészségfejlesztés olyan beavatkozások folyamata, melyek az egészséges életmódhoz és az egészséges magatartáshoz nélkülözhetetlen ismeretek és készségek elsajátítását támogatják, illetve képessé teszik az egyéneket és a közösségeket az egészséghez szükséges fizikai és társas környezet kialakítására. A fókusza túlmutat az egyéni felelősségen, és az egészséget meghatározó társadalmi és fizikai környezet megváltoztatását célozza (Egészségügyi világszervezet, 2016). Az egészségfejlesztés az a folyamat, melynek révén képessé teszünk másokat egészségük javítására, illetve arra, hogy nagyobb kontrollra tegyenek szert egészségük felett, s biztosítják az ehhez szükséges feltételeket. Az egészségfejlesztő tevékenységek megvalósítása a különböző ágazatok szoros együttműködését igényli, ugyanis az egészségre nem csupán az egészségügyi ágazatnak van ráhatása. Így az egészségközpontú kormányzás egészséges közpolitikák meglétét és ágazatok

²¹Forrás: <http://www.oefi.hu/modszertan1.pdf> (letöltve: 2018. 02. 08.)



közötti (interszektoriális) együttműködést jelent az egészség fejlesztése, a betegségek megelőzése érdekében. Jó példák erre hazánkban a nemdohányzók védelmében tett különféle kereskedelmi szabályozások és egyéb tiltó intézkedések vagy az egészségtelen élelmiszerekre kivetett népegészségügyi termékadó stb.

Az egészségfejlesztés feltételei: az egészségközpontú kormányzás, egészséget szolgáló közpolitika; ágazatok közötti (interszektoriális) együttműködés, szervezeti szintű fejlesztések, gazdasági és szabályozási tevékenységek; egészségügyi ellátás átszervezése, kedvező környezet kialakítása; közösségi tevékenységek erősítése.

Az egészségfejlesztés többféle szintéren megvalósuló, folyamatos cselekvés, melynek előfeltétele az oktatás, biztos jövedelem, társadalmi igazságosság, kulturális háttér (Verses et al., 2007).

☝ „Az egészségfejlesztés komplex tevékenység, folyamatot jelöl, amelynek során az egészséges emberek növelik ellenőrzésüket egészségük javítása felett, képességet szereznek egészséges életvitelük fenntartására, fejlesztésére és környezetük megváltoztatására (optimalizálására). Az egészségfejlesztés magában foglalja a korszerű egészségnevelés, az egészségügyi felvilágosítás; egészségmegőrzés; egészségtanítás; az elsődleges prevenció, a mentálhigiéné, az önségítés feladatait, módszereit.”

☞ Mint láthatjuk, az egészségfejlesztés nagyon bonyolult fogalom, nagyon sok összetevőt tartalmaz. Érdekes itt egy kicsit elidőzni és alaposan körbejárni, értelmezni a mondat összetevőit. Érdekes elgondolkodni az egyén szerepén, de a környezet és a közösség által biztosított támogatás vagy akadályozás befolyásoló szerepén is!

4.2. Az egészségfejlesztés alapidokumentumairól dióhéjban

- **1948. A WHO megalakulása:** az „egészség” fogalmának definiálása.
- **1974. A kanadai LaLonde jelentés:** az egészségügy és az egészségügyi szolgáltatások nem a legfontosabb meghatározói a népesség egészségi állapotának, az egészség megőrzésében az életmód és egyéb környezeti tényezők nagyobb szerepet játszanak.



- **1978. Az Alma Atai Nyilatkozat:** az alapellátásról rendezett nemzetközi konferencián megfogalmazták a WHO egészségfogalmának kritikáját, továbbá azt, hogy az egészség alapvető emberi jog. Az egészségügyi alapellátás kulcsfontosságú felelősségét hangsúlyozták, illetve azt, hogy legyen minél közelebb a mindennapi életszínterekhez. Egészségügyi alapellátás céljai között szerepelt a közösség fő egészségproblémáinak megoldása megfelelő egészségfejlesztési, betegségmegelőzési, gyógyító és rehabilitációs szolgáltatásokat nyújtásával. A legjobb egészség elérése multiszektoriális együttműködést igényel, fontos célkitűzés továbbá a fejlett és fejlődő országok közötti különbségek mérséklése is.
- **1986. Az Ottawai Charta létrejötte (WHO):** Az újfajta elvárások és népegészségügyi törekvések hozták létre az Ottawai Chartát, amelyet az I. Nemzetközi Egészségmegőrzési Konferencián adtak közre és amely cselekvésre hívott fel. A konferencia megújította az egészség fogalmát, beazonosította az egészség előfeltételeit, és megalkotta a napjainkban is érvényes **egészségfejlesztési definíciót** („*folyamat, amely módot ad az embereknek egészségük fokozott karbantartására és tökéletesítésére*”), illetve **annak öt fő tevékenységi területét** (Kishegyi, J. Makara, P. 2004), ami megjelenik az 1997. évi egészségügyről szóló CLIV. (37. § 2.) törvényben:
 1. **Egészséget szolgáló közpolitikák.** Az egészségmegőrzés túlmegy az egészségügyi ellátás keretein: az egészséget a politikát alakítók napirendjére tűzi valamennyi ágazatban és valamennyi szinten, tudatosítva, hogy döntéseiknek milyen következményei lehetnek az egészségre, és elfogadtatva velük felelősségüket az egészségért. Az egészségmegőrzési közpolitika eltérő, de egymást kiegészítő megközelítéseket tartalmaz, pl.: jogalkotás, költségvetési intézkedések, adóztatás és szervezeti változások. Az egészség érdekében összehangolt tevékenységet feltételez, továbbá olyan jövedelem- és szociálpolitikát, amely előmozdítja a nagyobb egyenlőséget. A közös cselekvés hozzájárul a biztonságosabb és egészségesebb javak és szolgáltatások, az egészségesebb közszolgáltatások, valamint a tisztább és élvezhetőbb környezet biztosításához.
 2. **Egészséget támogató környezet.** A világ, a nemzetek, a régiók és a közösségek általános vezérelve az, hogy támogatni kell a kölcsönös gondoskodást, örködni kell egymás, közösségeink és természeti környezetünk felett. Természeti kincseink megőrzését az egész világon, mint globális kötelezettséget kell hangsúlyozni. A munkának és a pihenésnek az egészség forrásává kell válnia. Alapvető fontosságú annak felbecsülése,



hogy a gyorsan változó környezet – főként a technológia, a munka, az energiatermelés és az urbanizáció terén – milyen hatással van az egészségre, s ezt olyan beavatkozásnak kell követnie, amely biztosítja, hogy ezek a hatások egyértelműen az emberek egészségének javára váljanak. A természetes és a mesterséges környezet védelmét, valamint a természeti kincsek megőrzését egyetlen egészségmegőrzési stratégia sem hagyhatja figyelmen kívül.

3. **A közösségi tevékenységek erősítése.** Az egészségmegőrzés a jobb egészségi állapot elérése érdekében konkrét és hatékony közösségi tevékenységgel, prioritásokat állít fel, döntéseket hoz, stratégiákat tervez és végrehajtja azokat. E folyamat magvát a közösségek hatalommal való felruházása képezi; az, hogy tulajdonosai és irányítói legyenek saját törekvéseiknek és sorsuknak. A közösség fejlesztése meglévő emberi és anyagi erőforrásokra épít, ösztönzi az önsegélyezést és a szociális támogatást, és olyan rugalmas rendszereket dolgoz ki, amelyek alkalmasak arra, hogy erősítsék a közösség részvételét és ellenőrzését az egészséggel kapcsolatos kérdésekben.
4. **Az egyéni képességek fejlesztése.** Ha képzett a társadalom, akkor képes a saját egészségét befolyásolni. Nagyon fontos lehetővé tenni az emberek számára azt, hogy egész életükön keresztül tanuljanak, hogy felkészüljenek az élet valamennyi szakaszára, és hogy megállják helyüket krónikus betegség vagy sérülés esetén is. Az egyéni képességek fejlesztésének iskolai, otthoni, munkahelyi és közösségi környezetben kell történnie, oktatási, szakmai, hivatásos és önkéntes szervezeteken keresztül, és magukban az intézményekben is.
5. **Az egészségügyi ellátás átszervezése.** Az egészségügyi ágazat feladatának az egészségfejlesztés irányába kell eltolódnia mindamellett, hogy intézeti és gyógyító ellátást nyújt. Az egészségügyi ellátás átalakítása megkívánja, hogy nagyobb figyelmet kapjon az egészségügyi kutatás, megváltozzék a szakmai képzés és továbbképzés. Mindezeknek változást kell eredményezniük az egészségügyi szolgálatok hozzáállásában és szervezetében, ami ismét az egyén szükségleteinek az összességére helyezi a hangsúlyt.

A 90-es évektől egymást követő nemzetközi konferenciák és értekezletek járultak hozzá az egészségfejlesztés kulcsstratégiáinak, jelentőségének további tisztázásához, beleértve az egészséget támogató társadalompolitikát, a nők egészségnek támogatását (Adelaide, 1988), az egészséget segítő környezeti feltételeket (Sundsvall, 1991), társadalmi felelősségtudat



fejlesztését az egészség érdekében, az egészségfejlesztés infrastruktúrájának biztosítását, a magánszektor bevonását az egészségmegőrzés támogatásába, az egészségfejlesztési hálózatok megerősítését és támogatását országon belül és nemzetközileg (Dzsakarta, 1997), minden országban a népegészségügyi politikák és programok alapvető elemei közt legyen az egészségfejlesztés (Mexikóváros, 2000); az egészségfejlesztés kihívásait a mai globalizált világban, partnerek és szövetségek kialakítását a köz-, magán-, nem kormányzati és nemzetközi szervezetekkel és a civil társadalommal, hogy fenntartható intézkedéseket hozzanak létre (Bangkok, 2005), az ágazatok közötti fellépés hatékony mechanizmusainak működését, az egészségügyi politika valamennyi politikában való végrehajtásának növelését (Helsinki, 2013), a társadalmi innováció és az interaktív technológiák teljes körű kihasználását vagy a helyi szintű kezdeményezések hatékonyságának működését (Shanghai, 2016).

Bár részben joggal kérdezhetjük, hogy vajon miért kell ismerni a nemzetközi konferenciákat és az ott megszületett dokumentumokat, de segítenek abban, hogy rendszerszemléletre tegyünk szert az egészségfejlesztés területén. A konferenciákon megszületett dokumentumok mindig az adott kor egészségügyi vagy az egészségügyi ellátórendszert érintő kihívásait, a társadalmi és a természeti környezet jellemző egészségre gyakorolt hatásait járják körül, és arra adnak választ, hogy ezeket a hatásokat hogyan lehet és kell az egészség érdekében felhasználni vagy módosítani. Az egészségfejlesztő tevékenység eredményessége érdekében segít, ha ismerjük az ún. egészségfejlesztés történetét.

☞ Gondolkodjunk el az Ottawai Charta „egészségfejlesztés” fogalmán, határozzuk meg a számunkra legfontosabb elemeit! Keressük meg a cselekvésre utaló kifejezéseket, számoljuk meg, hogy hány ilyen kifejezést tartalmaz a meghatározás!

4.3. Egészségfejlesztési–prevenációs megközelítések

Az egészségfejlesztésnek számos megközelítése létezik a beavatkozások célja alapján.

II. táblázat: Az egészségfejlesztés megközelítései ²²

²² Forrás: Járomi É., Kimmel Zs., 2017.



Szintér alapú megközelítés:

A szintér olyan helyszín, „ahol az emberek a mindennapi életüket élik, és ahol részvételük a saját egészségük fejlesztésében „magától értetődő.” Olyan „hely”, ahol az egyén és az esetleges probléma is „jelen van”, így, ahová a beavatkozást is el kell juttatni (például, oktatási intézmények, munkahelyek, speciális célcsoportot ellátó intézmények, kistélepülések, településrészek, lakóházak).

Kockázatalapú megközelítés:

Más néven rizikócsoportos megközelítés – a beazonosított egészségproblémákkal, rizikófaktorokkal rendelkező lakossági csoportokat célzó preventív tevékenységekből (pl. szűrés) áll. Ezek révén a krónikus, nem fertőző megbetegedésekkel, illetve a veszélyeztetett kockázati csoportok megfelelő azonosításával lehetőség nyílik a célcsoportra jellemző egészségmagatartás megváltoztatására irányuló megelőző programok kialakítására.

Populációs megközelítés:

Az egész népeiséget célzó „populációra alapozott” stratégia a jellemző kockázati tényezőket szerves egészként próbálja meg kezelni, a kockázati tényezők eloszlását kedvező irányba módosítani. Középpontjában a kockázati tényező okozta kockázat megelőzése áll.

Szubpopulációs megközelítés:

Ez a megközelítés a népeiségen belüli egy-egy kiemelt alcsoportra – döntően a hátrányos helyzetűekre – irányul, annak alapján, hogy bizonyos társadalmi jelenségek gátolják az egészséget támogató erőforrásokhoz való igazságos hozzáférést, így az egyes társadalmi csoportok egészségi állapotában kialakuló „szakadék” megszüntetéséhez járulnak hozzá.

4.4. Az egészségfejlesztés modelljei

Az egészségfejlesztés értelmezésére, az értékek, célok és feladatok meghatározására különböző megközelítési módok, modellek²³ alakultak ki, ezek a következők:

- **Az orvosi megközelítés modellje**

Célja: a betegségtől való mentesség elérése. Preventív modellből indul ki, a betegség megelőzését tartja fontosnak. Ezen megközelítés szerint az emberek meggyőzése, ismeretek közlése a fontos.

Egészségfejlesztő tevékenység: különböző meggyőzési technikákat alkalmazva kívánja elérni, hogy az emberek alávéssék magukat a különböző preventív vizsgálatoknak, beavatkozásoknak, mint pl. immunizálás, különböző szűrővizsgálatok stb.

Fontos érték az emberek informálása a preventív orvosi szolgáltatások elérhetőségéről, valamint meggyőzésük azok igénybevételéről.

²³Az egyes modellek ritkán fordulnak elő tisztán, leginkább a fentiek keverékével találkozhatunk.



- **A magatartást módosító megközelítés modellje**

Célja: módosítani az egészségtelen szokásokat és helyettesíteni azokat egészséges magatartási elemekkel.

Egészségfejlesztő tevékenység: a személyes beállítódás és viselkedés megváltoztatása az egészséges életmód kialakítása érdekében.

Fontos érték az egészségfejlesztő szakember hitelessége, az általa meghatározott életmód követése.

- **Az oktatási - nevelési megközelítés modellje**

Célja: az egyének tudásának és megértő képességének fejlesztése – megfelelő információátadás után – a megalapozott *döntéshozás lehetővé tételére*. Tiszteletben tartja az egyének azt a jogát, hogy saját egészségével kapcsolatban, a saját egészségmagatartását illetően válasszon, ill. döntsön.

Egészségfejlesztő tevékenység: információ nyújtása az egészségkárosító tényezők ok-okozati összefüggéseiről. Fontos az *értékek, beállítódások feltárása, az egészséges életmód megvalósításához szükséges készségek fejlesztése*.

Fontos érték a szabad választás személyes joga. Az egészségfejlesztők felelőssége az oktatás tartalmának meghatározásában van.

- **A résztvevőközpontú megközelítés modellje**

Célja: segíteni az embereket, hogy megismerjék, feltárják saját helyzetüket és lehetőségeiket, hogy dönteni tudjanak, valamint, hogy képesek legyenek a változások végrehajtására.

Egészségfejlesztő tevékenység: a tradicionális oktatással szemben – amely feltételezi, hogy a helyes értékek és attitűdök a tanulás során elsajátíthatók – elvárja a résztvevőktől, hogy kritikusan gondolkodjanak és tudatosan építsék fel saját értékrendszerüket. Mindehhez hozzátartozik az önismeret, önbecsülés, önbizalom fejlesztése. *Arra ösztönzi a résztvevőket, hogy a már meglévő tapasztalataikat alkalmazzák a tanulás során.* Aktív oktatási módszereket alkalmaz, mint pl. szerepjáték, esetelemzés, totó, tesztek, feladatlapok stb. A hallgatók így aktív résztvevői az oktatásnak, nem csupán passzív befogadói a közölt információknak.



Fontos érték a humanista filozófia, amely szabad döntéshozónak tekinti az embert, aki aktívan gyakorol kontrollt saját sorsa felett.

- **Társadalmi változás oldaláról történő megközelítés modellje**

Célja: olyan fizikai, szociális és gazdasági környezet megteremtése, amely lehetővé teszi az egészséges életmód választását. Fontos, hogy az emberek hozzáférhessenek azokhoz a segítő és támogató szolgáltatásokhoz, amelyek ahhoz szükségesek, hogy egészségesek legyenek.

Egészségfejlesztő tevékenység: a fizikai, társadalmi környezet megváltoztatására irányuló politikai, társadalmi tevékenységek.

Fontos érték az egészséges környezethez való jog és az erre irányuló szükséglet.

☝ A rövidtávon megvalósuló projektek helyett világos, megalapozott, hosszú távú prevenciós stratégiákra van szükség, a fő beavatkozási prioritások kijelölésével. Ehhez elengedhetetlen a szükséges erőforrások biztosítása, a korábban megvalósult, illetve a jövőben megvalósulni tervezett prevenciós beavatkozások fenntartása.

4.5. Az egészségfejlesztés magatartásváltozásra vonatkozó elméleti modelljei

Jelenleg számos modell áll rendelkezésünkre, amelyek a viselkedés meghatározására irányulnak. Létrejöttek olyan modellek, amelyek több-kevesebb jelentőséget tulajdonítva a külső tényezőknek, elsősorban az egyén szerepére fókuszálnak, a viselkedést az egyénre gyakorolt hatások és döntések eredményeként írják le (ilyenek elsősorban a pszichológia területén használatos modellek). Azonban létrejöttek olyan elméletek, amelyek eltávolodnak az egyéntől, mint központi szereplőtől és a viselkedésre magára, vagy a viselkedéssel, egyénnel kapcsolatban lévő szociális és fizikális környezetre koncentrálnak. Ilyenek a népegészségügyben használt modellek.

Az elméleteket összefoglaló tanulmányok alapján is látható, hogy rengeteg módszer létezik a viselkedés megváltoztatására. Tudományosan megalapozott, hogy a viselkedést eredményesen változtató beavatkozások egyszerre bővítik az egészséges életmóddal kapcsolatos ismereteket és készségeket, motiválnak életmódváltásra és biztosítják a viselkedésváltoztatást támogató társas és fizikai környezetet is.



Az adott intervenciónak megfelelő modell megválasztása függ a viselkedés, a célpopuláció és a környezet számos tulajdonságától (Glanz et al., 2005).

Az adott személy magatartásának megváltoztatásához az alábbi 8 feltétel közül legalább egy megléte szükséges: szilárd elhatározás, készségek, társas nyomás, több előny, mint hátrány, önképpel megegyező viselkedés, pozitív érzelmi reakció, észlelt önhatékonyság, környezeti akadályok hiánya (J. Thesenvitz et al., 2011).

Az magatartásváltozásra vonatkozó elméleti modellek közül kettő kerül bemutatásra, melyek támpontot adhatnak a jelenlegi, csupán tudásátadáson alapuló szemlélet megváltoztatásához, és a gyakorlatban alkalmazandó eszköztár kibővítéséhez.

1) **A viselkedés transzteoretikus modellje** (Prochaska and DiClemente)

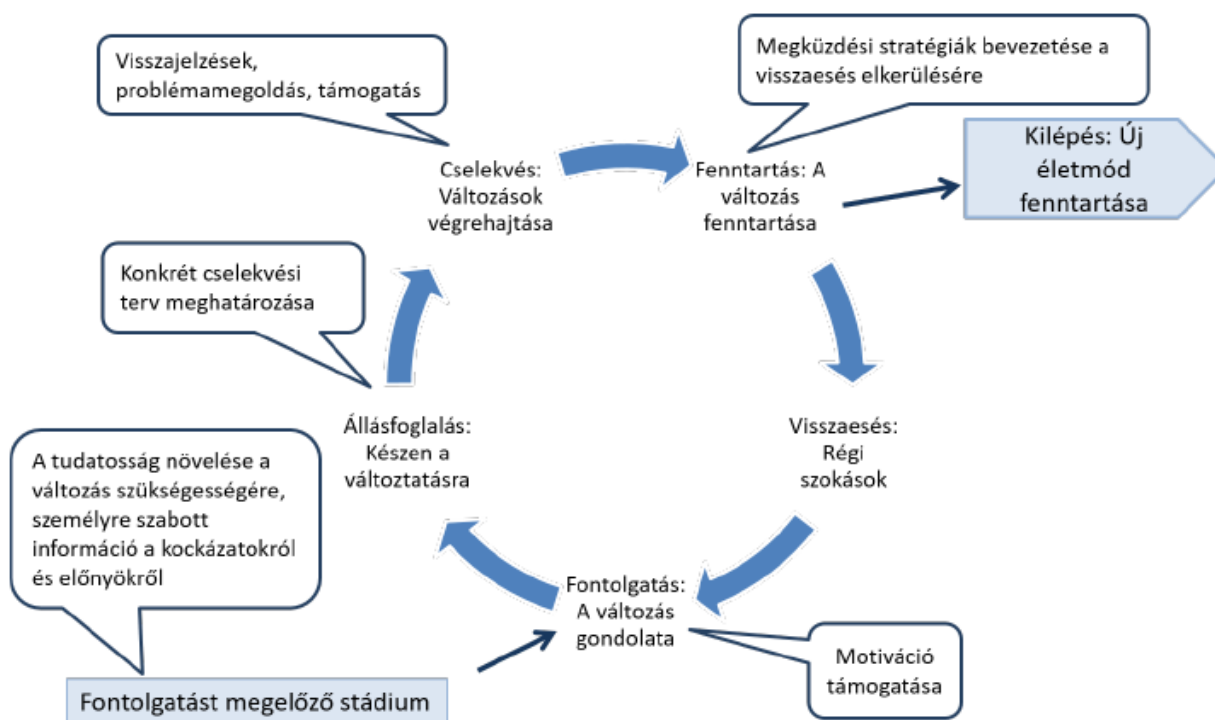
Az elmélet az akaratlagos változtatás modellje, amelynek fókuszában az egyén döntése, valamint a változtatás folyamata áll, kevésbé kapnak hangsúlyt a változásra ható társas vagy környezeti tényezők. A változást az elmélet egymást követő változási szakaszok visszaesésekkel tarkított láncolataként írja le. Az egészségmagatartás változásának fázisait ismertető „Prochaska & DiClemente „A viselkedés transzteoretikus modellje” (Stages of Change Model) stádiumai:

- I. **A fontolgatást megelőző stádium:** az egyén még nincs tudatában a változás szükségességének, nem motivált abban, hogy változtasson egészségkárosító magatartásán, szokásain.
- II. **A fontolgtás stádiuma:** belép a forgóajtón, kellő motivációval rendelkezik a változtatásra.
- III. **Az állásfoglalás stádiuma:** az alternatívák mérlegelése után komoly döntést hoz arra vonatkozóan, hogy változtasson magatartásán, egy adott szokásán.
- IV. **A cselekvés stádiuma:** elkezdődik a változtatás folyamata, amelynek aktív résztvevője. Aktívan cselekszik, különböző stratégiákat dolgoz ki.
- V. **A fenntartás stádiuma:** ebben a stádiumban az emberek azért harcolnak, hogy fenntartsák a változást és ennek érdekében különböző megküzdési stratégiákat vetnek be.
- VI. **A visszaesés stádiuma:** nem sikerül kilépni a forgóajtón, visszaesnek előbb - utóbb (egyéni különbségek). Fontos, hogy képletesen szólva „ne kerüljenek messze a forgóajtótól”, így újra kezdődhessen a fontolgtás stádiuma.



VII. A kilépés stádiuma: az emberek rögzítették a magatartásváltozást (pl. abbahagyták a dohányzást, csökkent a testsúlyuk stb.). Megnövekedett az önbecsülésük, ők irányítják a sorsukat.

„A viselkedés transzteoretikus modellje” alapján a gyakorlati életre adaptált, kibővített verziót (az úgynevezett „forgóajtó modell”) az alábbi 8. ábra szemlélteti, ahol a fő stádiumoknál alkalmazható gyakorlati támogatási lehetőségeket a szövegdobozok tartalmazzák.



8. ábra A „forgóajtó modell” szemléltetése
(Forrás: Barna, 2018)

2) Integratív modell

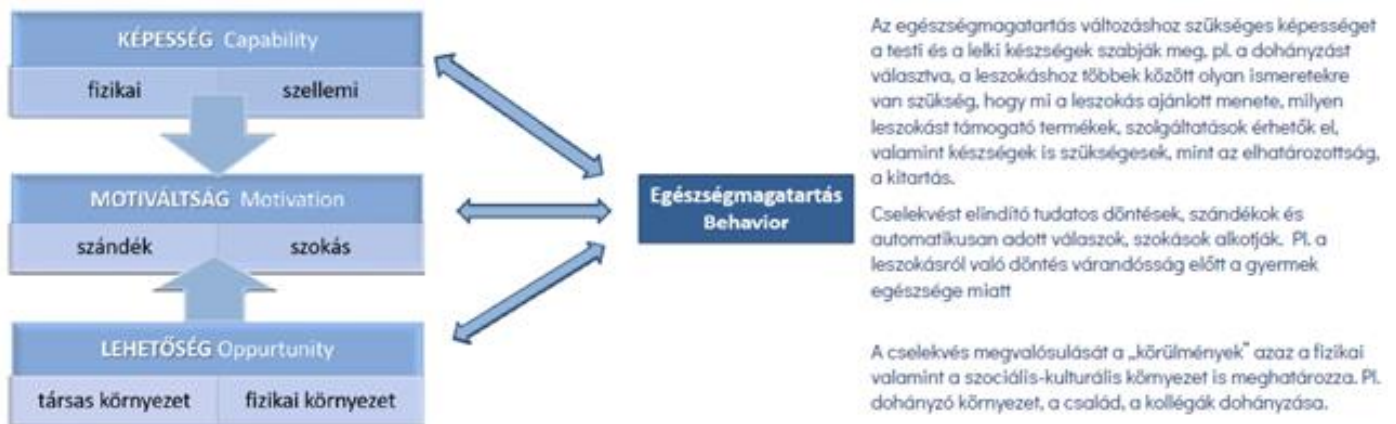
Tudományosan megalapozott, hogy a viselkedést eredményesen változtató beavatkozások egyszerre bővítik az egészséges életmóddal kapcsolatos ismereteket és készségeket, motiválnak életmódváltásra és biztosítják a viselkedésváltoztatást támogató társas és fizikai környezetet is. A COM-B rendszer (9. ábra) az egészségmagatartást és az azt befolyásoló elemek szerkezetét hatásrendszerét határozza meg. A COM-B rendszer alapján a magatartás befolyásolásához három tényező együttes hatása szükséges:

- pszichológiai és fizikai képesség, azaz az ismeretek és a viselkedés megvalósításhoz szükséges testi és lelki készségek szabják meg,



- b) motiváció, amely a cselekvést elindító tudatos döntések, szándékok és automatikusan adott válaszok, szokások kialakulását segíti elő,
- c) körülmények, azaz a viselkedésváltozást elősegítő fizikai, valamint a szociális, vagy összefoglalóan a kulturális környezet (Járomi et al., 2016).

A COM-B modell szerint a magatartás visszahat a három befolyásoló tényezőre, és azok egymásra is hatással vannak.



9. ábra A COM-B modell rendszere

(Forrás: Járomi et al., 2016, a kiegészítés a példák saját szerkesztés)

☞ Soroljon fel példákat az egyes egészségfejlesztési megközelítésekhez kapcsolódóan a napi munkatevékenységét illetően, és értékelje azokat megvalósulásuk alapján! Véleménye szerint melyik megközelítés/ek alkalmazhatóak megfelelően az Ön napi munkája során?

5. A védőnői egészségfejlesztés módszertanáról²⁴

A védőnők képzettsége, szakismerete, közösségi szerepe az egészségfejlesztés felbecsülhetetlen értékű támogatóivá és megvalósítóivá is teszi őket. Az egészségfejlesztés a védőnők mindennapjaiba beépülő tevékenység: az egészséggel kapcsolatos ismeretek bővítésére, az egészséges magatartásra, az egészséget veszélyeztető kockázatok és megbetegedések

²⁴A fejezet Holló Rózsa, főiskolai docens (PTE ETK) 2006 -os „Egészségfejlesztő védőnő” tantárgyi jegyzeteire felhasználásával készült.



megelőzésére irányul, elsődleges célcsoportja a gyermeket váró, nevelő szülők, rajtuk keresztül a gyermekek.

A felnövekvő gyermek életében elsősorban az anyához fűződő viszony, az anya–gyermek kapcsolat a meghatározó. Ezért az anya testi–lelki egészsége meghatározó a gyermek fejlődése szempontjából. Az egészségfejlesztés tehát egy olyan folyamat, amelynek során a védőnő a család életében, mindennapjaiban előforduló tevékenységek ismereteinek bővítésére, korszerűsítésére törekszik. A felmerülő szükségleteket a család környezete, valamint a családban működő emberi viszonyok minősége egyaránt tükrözi. A családra irányuló egészségfejlesztési tevékenységek célja így az, hogy az ismeretek átadását, azok megértését és elfogadását követően a szülő ne csak tudja, hogy mit és hogyan kell csinálnia, hanem meg is valósítsa mindezeket, rutinná váljanak számára.

A védőnők más és más módon közelítik meg és értelmezik a jogszabályban rögzített közreműködés feladatát az egészségfejlesztési tevékenységek és programok megvalósításában. Van, ahol legfeljebb formális egyeztetés történik, és vannak olyan jó gyakorlatok, ahol a védőnők aktívan, szakmai háttér biztosításával vesznek részt a saját klienseiknek nyújtott, illetve a település, településrész, közösség egészségfejlesztési programjainak kialakításában is.

Elmondható az is, hogy jelenleg nem áll rendelkezésre olyan, a védőnői ellátás keretében végezhető, az egészségfejlesztéshez kapcsolódó feladatok megvalósítását támogató szakmai ajánlás, amely a védőnők számára strukturáltan megfogalmazná az egészségfejlesztéssel kapcsolatos tennivalókat, valamint szakmai–módszertani segédletül szolgálna az egyes, konkrét feladatok megvalósítása során, és biztosítaná azt, hogy minden körzetben egységes, megbízható színvonalon valósulna meg az egészségfejlesztés a családok támogatásában. Mindezek figyelembevételével került összeállításra ez a módszertani útmutató.

A védőnői preventív tevékenységek az alábbi kategóriákba sorolhatóak be a tevékenység jellege alapján:

- 1. Első-, másod- és harmadfokú egészségnevelési programok:** ezek tervszerű lehetőséget jelentenek az embereknek arra, hogy tanuljanak az egészségről, illetve magatartásukban önkéntes változtatásokat vigyenek végbe. Az ilyen programokba beletartozik:
 - ✓ az információátadás,



- ✓ az érték és a beállítódás feltárása,
- ✓ az egészséget érintő döntések meghozatala,
- ✓ a készségek elsajátítása, amelyek lehetővé teszik a magatartásváltoztatást,
- ✓ az önismeret, az önértékelés (önmagunk értékességébe vetett hit) erősítése.

A prevenció tevékenységek szintjei

Az egészségnevelés egyes szintjei szerint: „*a primer prevenció az egészség megőrzésére, fejlesztésére, a szekunder prevenció a betegségek korai felismerésére, a terciér prevenció a tartós betegségben szenvedők életminősége romlásának csökkentésére, valamint javítására irányul. A primer, a szekunder és a terciér prevenció koncepciója lehetővé teszi a megelőző ellátás védőnői és orvosi feladatainak meghatározását, megosztását.*”²⁵ Az egészségnevelési programok típusai (az első-, másod- és harmadfokú egészségnevelés) a gyakorlatban gyakran keveredik, így érdemes ezeket részletesebben is bemutatni:

- 1) **Elsőfokú egészségnevelés (primer prevenció):** az egészséges emberekre irányul, elsődleges célja az egészség romlásának megelőzése.

A primer prevenció céljai lehetnek:

- az egyén saját erőforrásainak és társadalmi helyzetéből adódó lehetőségeinek kiaknázása,
- az egészségre való aktív törekvés ösztönzése,
- az egészségért érzett felelősség kialakítása,
- az egészségvédő-készségek kifejlesztése, erősítése,
- az egyén szocializációjának, kibontakozásának, önértékelésének, önmegvalósításának segítése, támogatása,
- az egészség értéként való elfogadása és elfogadtatása,
- az egészségesebb választásokat lehetővé tevő egészségpolitika és környezet kialakítása.

A védőnő általános alapfeladatai a primer prevencióban az alábbi területekre irányulnak:

- egészséges táplálkozás elősegítése,

²⁵ A védőnő preventív alapfeladatai, kötelezettsége és felelőssége a megelőző ellátásban. Budapest, Országos Tisztifőorvosi Hivatal, 2004.



- mindennapos testedzésre való motiválás,
- személyi higiéné,
- lelki egészség fejlesztése,
- egészséges és biztonságos környezet kialakítása,
- egészségkárosító magatartásformák elkerülése,
- járványügyi és élelmiszerbiztonság megvalósítása,
- családtervezési módszerek alkalmazásának elősegítése,
- egyéni megküzdési stratégiák fejlesztése.

Ebbe a kategóriába tartozik a legtöbb gyermekek és fiatalok, várandósok részére tartott egészségnevelő program, amelyek a fenti témákkal foglalkoznak. Az elsődleges egészségnevelési programok nem pusztán a betegségek megelőzésével foglalkoznak, hanem azzal is, hogy pozitív irányba mozdítsák el az egészséget és ezáltal az életminőséget.

2) **Másodfokú egészségnevelés (szekunder prevenció):** reverzibilis állapotok esetében van jelentősége, mivel a megbetegedett ember egészségi állapotának visszanyerésére összpontosít. A kliensek felvilágosítása állapotukról, ill. arról, hogy mit tegyenek annak javítása érdekében. A célja magatartásbeli változás elérése (pl. dohányzásról való leszokás, étrend megváltoztatása, gyógyászati segédeszközök használata stb.). Az egészségnevelés fontos a kezelés során, ez a hatékony terápia feltétele.

A szekunder prevenció céljai lehetnek:

- családi és egyéni anamnézis, megfigyelés, észlelés, nyomon követés és vizsgálatok, szűrővizsgálatok segítségével a rizikótényezők, az elváltozások, a megbetegedések korai felismerése
- elváltozás vagy tünet észlelése esetén mielőbbi diagnózis felállítása, szükség esetén gyógykezelés

A védőnő általános alapfeladatai a szekunder prevencióban az alábbi területekre irányulnak:

- jogszabály által előírt vizsgálatok és szűrővizsgálatok szakmai előírások szerinti elvégzése, az életkor szerinti szűrővizsgálatokra a védőnő behívja a családokat a vizsgálatok elvégzésére,
- illetékességi körébe tartozó személyek és családok egészségi állapotának és környezetének nyomon követése, a családlátogatások és védőnői tanácsadások



alkalmával a védőnő figyeli a gyermek megfelelő fejlődését, a fejlődés megtorpanása esetén szakmai segítséget nyújt,

- tünet, kóros elváltozás, megbetegedés gyanújának észlelése esetén az alapellátást végző orvos értesítése, a védőnő az elvégzett egészségi állapot felméréseket követően leletet ad a családnak, melyben rögzíti a mért adatokat. Az egészségestől eltérő állapotokra felhívja a figyelmét a szülőnek és javasolja a kezelő orvos felkeresését. Amennyiben nagyfokú eltérést észlel, a védőnő értesíti a várandós, gyermek házi orvosát,
- az ellátást végző orvos gyógyításra vonatkozó útmutatásainak betartatásával a gyógykezelés eredményességének támogatása. A védőnő találkozások alkalmával rákérdez az elmúlt időszak eseményeire, és megbeszéli a várandóssal, szülővel az orvosi leleteket, rákérdez a javasolt terápai betartására, szükség esetén –pl. nem tartja be az utasításokat a beteg – konzultál az orvossal.

3) **Harmadfokú egészségnevelés (tercier prevenció):** ennek célja az egészségi állapot javítása, a további állapotromlás megelőzése, a szükségtelen nehézségek, korlátozások és komplikációk elkerülése. Ez elsősorban az orvos feladata, de kölcsönös együttműködés esetén a védőnő tájékoztatással segítséget nyújthat megtanítani a klienseket és hozzátartozóikat arra, hogy miként vegyék ki részüket a fennálló lehetőségeikhez képest a megmaradt egészségük kiaknázásából (pl. rehabilitációs programok).

A terciér prevenció céljai lehetnek:

- a tartós megbetegedésben vagy fogyatékoságban szenvedők életminőségének javítása, gondozása, komplex rehabilitáció biztosítása,
- a további egészségromlás megelőzése, csökkentése,
- idő előtti halálozás elkerülése,
- párkapcsolat/családi élet egyensúlyának megtartása,
- beteg vagy fogyatékos személyek családi, közösségi integrációjának elősegítése.

A védőnő általános alapfeladatai a terciér prevencióban az alábbi területekre irányulnak:

- illetékességi körébe tartozó, tartós megbetegedéssel küzdő, fogyatékosággal élő személyek és családok egészségi állapotának és környezetének megfelelő nyomon követése, segítségnyújtás a gondozásban,



- a szükségszerűen kialakult helyzet elfogadását, az életvitel kialakítását segítő egészségfejlesztési és pszichoszociális támogatás (pl. krónikus betegség, válás, gyászhelyzet, súlyos anyagi nehézségek stb. esetén nyújtott életvezetési tanácsadás és mentális támogatás),
- az ellátást végző orvos/más szakember útmutatásának figyelembevételével a korai fejlesztésben, a rehabilitációban és rehabilitációban való közreműködés.²⁶

☞ Az egészségnevelési/egészségfejlesztési tevékenységek keretei:

- face to face, egyéni kapcsolatban (pl. védőnő–várandós, anya és apa, gyermeket nevelő család, gyermeket nevelő szülő, iskolás gyermek stb.),
- csoportos formában (pl. várandós klub, csecsemőgondozási tanfolyam stb.),
- tömegkommunikációs eszközökön keresztül (írott és elektronikus sajtó, közösségi média),
- rendezvények, kiállítások, világnapok keretében.


2. **Megelőző jellegű egészségügyi szolgáltatások nyújtása:** Ide tartoznak a prevenció intézkedések, mint pl. az immunizáció, családtervezés, önvizsgálatok (pl. emlő, here) stb. Tágabb értelemben ide tartozik a gyermekvédelmi szolgáltatás is.
3. **Közösségi szintű munka:** Az egészségfejlesztés „lentől felfelé” történő megközelítési módja, az emberekkel az emberért dolgozni. Fontos vezérlő elv a „problémaháromszög” (én – ők – mi) és a civil szférával való együttműködés. Magában foglalja a közösségfejlesztést is, annak érdekében, hogy felismerjék saját egészségügyi szükségleteiket, és lépéseket tegyenek annak megvalósítására.
4. **Szervezeti szintű fejlesztések:** Egy szervezeten belüli fejlesztéssel kapcsolatosak, amely az ott dolgozók és az általuk nyújtott szolgáltatást igénybe vevők egészségét szolgálja (pl. tanácsadó felszereltsége/otthonossága, iskolai környezet jellemzői, iskolai büfé kialakítása stb.). Valamennyi közösségi szintű állapot, felszereltsége a mindennapi munkavégzés és az egészségfejlesztés szempontjából a védőnő felelőssége, amelynek érdekében a munkáltató/szolgáltató bevonása szükséges.
5. **Egészségre vonatkozó közérdekű intézkedések:** Különböző intézkedésekkel (pl. az esélyegyenlőség, lakáshoz jutás lehetősége, foglalkoztatáspolitikai, közművelődés,

²⁶ A védőnő preventív alapfeladatai, kötelezettsége és felelőssége a megelőző ellátásban. Budapest, Országos Tisztifőorvosi Hivatal, 2004. c. anyag alapján



infrastruktúra stb.) kapcsolatos irányelvek egészségi hatásainak és következményeinek előzetes becslése.

6. **Egészséges környezettel kapcsolatos intézkedések:** Fizikai környezetünk egészségesebbé tételét jelenti. A hagyományos közegészségügyi kérdések is ide tartoznak, mint pl. vezetékes ivóvíz, csatorna, élelmiszerek tisztasága, környezetszennyezés stb.
7. **Gazdasági és szabályozási tevékenységek:** Politikusokkal, országgyűlési, önkormányzati képviselőkkel, döntések előkészítőivel, döntéshozókkal kapcsolatos. Fontos tevékenységeleme a lobbizás.

 **Rendszerezze a napi munkája során felmerülő egészségfejlesztési módszereket, majd gondolja át, hogy ezek közül melyek a leginkább hangsúlyosak, és milyen módszereket lehetne még alkalmazni a tevékenységei kapcsán!**

6. Az egyéni egészségfejlesztésről

 **MELYEK AZ EGYÉNI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS FŐBB JELLEMZŐI, LÉPÉSEI? MILYEN MÓDSZEREKKEL VIZSGÁLHATÓ AZ EGYÉNI EGÉSZSÉGMAGATARTÁS?**

Az egészségfejlesztés számtalan módszert használ. Közös jellemzőjük az a szemléletbeli kérdés, hogy a passzív befogadás helyett az emberek aktív részvételére építenek az egészségfejlesztés folyamatában. A biológiai ismereteken túl felhasználják a társadalomtudományok legújabb ismereteit, éppen ezért színesek, változatosak.

Az egészségfejlesztési módszerek két nagy csoportba sorolhatóak:

1. egyéni egészségfejlesztési módszerek,
2. közösségi, csoportos egészségfejlesztési módszerek (ezekről külön fejezet szól).

A továbbiakban ezek közül elsősorban az egyéni egészségfejlesztési formákról lesz szó.

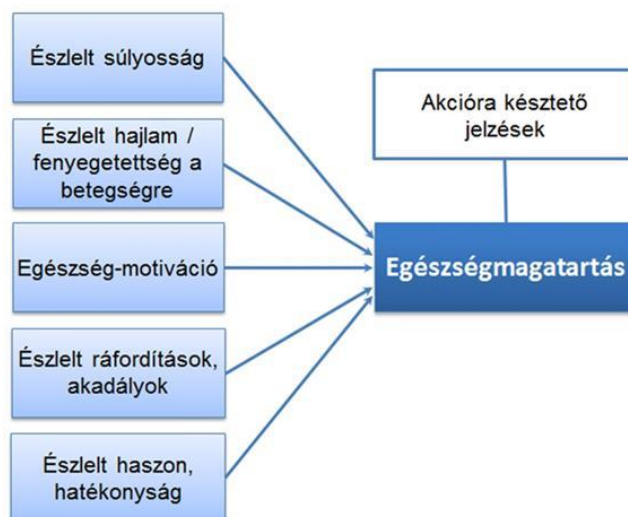


Az egyéni egészségfejlesztési módszerek a védőnői tevékenység kapcsán is az egészségfejlesztés leghatékonyabb eszközei közé tartoznak: a védőnők mindennap alkalmazzák ezeket a gondozás minden területén. Az egyéni egészségfejlesztés során fontos a következők figyelembevétele:

- a) az egészséget befolyásoló tényezők (pl. életmódi tényezők, a humán biológiai-genetikai jellemzők, a környezeti hatások és az egészségügyi ellátórendszer ... 6. és 7. ábra!). Az egészségi állapotot számos (egyéni, társadalmi, gazdasági és környezeti) tényező határozza meg, ezek a tényezők összetettek és kölcsönösen hatnak egymásra, így formálják és alakítják az egyének és a lakosság egészségi állapotát. Ebből az következik, hogy az egészségfejlesztési tevékenységek során az összes egészséget meghatározó tényezőre együtt kell hatni, nemcsak az egyéni tényezőket kell megcélozni – mint pl. egészségmagatartás, életmód –, hanem a jövedelem, a társadalmi státusz, az iskolázottság, foglalkozási státusz, a munkakörülmények, a megfelelő egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés, a fizikai környezet faktorait is befolyásolni szükséges. Az egészséget természetesen befolyásolja még mindezekon túlmenően az egészségpolitika, a méltányos hozzáférés az egészségügyi ellátáshoz és az egészségügyi ellátás struktúrájának és folyamatának minősége is. Munkánk során mindig az egyén közvetlen közelében tapasztalható hatásoktól haladunk kifelé a tágabb környezeti hatások megismerése felé, az ember, mint biológiai lény felől a család, a közvetlen környezet, a tágabb környezet, a település, az ország, a globális hatások felé. A középpontban elhelyezkedő egyén egészségére számtalan befolyással bíró tényező hat, valamint az egyes tényezők közötti kölcsönhatások is eredményezik az egészséghatások komplexitását. A rendszer bármely összetevőjének változása hatással van a többi tényezőre is, könnyen megbomolhat az érzékeny egyensúly. Az egyéni magatartást sok különböző külső és belső hatás befolyásolja: pl. a személyes élettörténet, az örökletes adottságok, a szociális viszonyok, a személy által elfogadott értékek és normák, a munka- és életfeltételek, a környezeti tényezők, a társas kapcsolatok.
- b) egyéni egészséghiedelmek, modelljét az 10. ábra jól szemlélteti az egészség és az egészségmagatartás egyéni viszonyulását az adott állapottal, a betegséggel kapcsolatban észlelt fenyegetettség és az egészségmagatartás értékelése határozza meg. A fenyegetettség összetevője az észlelt hajlam a betegségre és az állapot várható következményeinek vélelmezett súlyossága. A magatartás értékelése két összetevőből



áll az ajánlott egészségmagatartás megvalósításának az észlelt ráfordítások vagy akadályok, másrészt az észlelt haszon vagy hatékonyság mérlegeléséből. Az, hogy az egyén végül is milyen változtatásokat tesz meg, az előbbieket mellett az általános egészség-motivációja és az olyan jelzések formálják, mint pl. a betegségre utaló tünetek megnyilvánulása, a médiából érkező információk, az egészségfejlesztő kampányok indukálta hatások.



10. ábra Abraham és Sheeran egészséghiedelem modellje
(Forrás: Füzesi et al., 2016)

Egészségfejlesztéssel befolyásolható: saját egészségmagatartás, életmód, közvetlen fizikai környezet. Egészségfejlesztéssel nem befolyásolható: iskolázottság, jövedelem, politika, gazdasági és demográfiai helyzet. A nem befolyásolható tényezők miatt egyenlőtlenség alakulhat ki.

Egyéni egészséghiedelmek, tévhitek felmérése:

- Észlelt súlyosság
 - Mennyire tapasztalja a betegségre utaló jelzéseket és érzi, hogy változtatni kell?
 - Környezete reakciója?
 - A kapott tájékoztatást követően milyen gondolatai vannak?
- Észlelt hajlam
 - Mit gondol mennyire hajlamos az adott betegségre?
 - Mit gondol, ha nem változtat az életmódján van-e esélye a betegség megjelenésére?

- Egészség-motiváció
- Rendszeresen részt vesz szűrővizsgálatokon?
- Mennyire tartja fontosnak az egészsége védelmét? Miért gondolja ezt?
- A környezetében van olyan személy, aki különösen figyel, aggódik az Ön egészségéért?
- Van olyan személy, akinek a kedvéért változtatna az életmódján?
- Észlelt ráfordítások, akadályok
 - Betegség esetén betartja-e az orvos utasításait? Tudja-e milyen költségekkel járna?
 - Mit tesz az egészséges életmód érdekében? Miről kell ezért lemondani?
- Észlelt haszon, hatékonyság
 - Milyen előnyt vár a viselkedésváltoztatástól?
 - Milyen előnyt remél attól, ha egészséges?
 - Miért jó ez Önnek?

c) a kommunikáció korlátai (pl. közös ismeretek hiánya, beszédértési nehézségek, kulturális különbségek, zavaró külső környezeti tényezők jelenléte stb.)
 a gondozottakkal/kliensekkel való kapcsolat feltárása és értelmezése (pl. esetleges előítéletek kezelése, empátikus viszony kialakítása stb.).

6.1. Az egyéni egészségfejlesztés lépéseiről

A kliensek segítésének legfontosabb lépéseit az alábbiakban foglalhatjuk össze:

1. lépés: Teremtjük meg a megfelelő légkört (nonverbális és verbális kommunikáció: aktív, értő figyelem, ajtónyitogató kérdések – beszélgetésindító kérdések)!

2. lépés: Segítsünk a probléma feltárásában! – erőforrások és rizikók felmérés (erőforrások felmérése is nagyon fontos).

Az egészségfejlesztési munkához még a tervezés fázisában szükséges lehet az egyén környezetében megjelenő, rá befolyással bíró személyek feltérképezése és a személyek, humán erőforrások csoportosítása, annak megjelölésével, hogy a cél elérése tekintetében hol helyezkednek el az ún. „befolyástérképen” (11. ábra).



Befolyás térkép

	név	super segítő	segítő	kiváró	ellenálló	tudatlan
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						

11. ábra A „befolyástérkép” vizuális megjelenítésének módja²⁷

A szereplők lehetséges csoportosítása: szupersegítő, segítő, kiváró/közömbös, ellenálló, „tudatlan”. Az egészségfejlesztő az egyes csoportokba kerülő személyekre más-más módon számíthat a cél elérésében való közreműködésben, illetve fel kell készülnie az „ellenállók” jelenlétére, a „tudatlanokat” pedig megfelelő információval kell ellátnia.

A térkép használata egyszerű, egyes problémahelyzetben összegyűjtjük, hogy a megoldásban kik vannak a személy környezetében, és milyen mértékben számíthatunk a megoldás során rájuk. A szuper segítő mindenben támogató, rá lehet számítani minden tekintetben. A segítőre egy-egy alkalommal számíthatunk, fontos szerepe van a támogatásban. A kiváró olyan személy, aki a nem vonódik be a megoldásba, a háttérből figyel, a feladat, hogy a segítő oldal felé tudjuk elmozdítani. Az ellenállóval van a legnehezebb dolgunk, hisz őt olyan érvekkel kell meggyőzni, ami az ellenállást megdönti, illetve csökkenti. A tudatlan közreműködőnek információt kell biztosítani, ügyelve arra, hogy olyan szintű és mélységű információval lássuk el, hogy a segítő csoportba tudjon kerülni. Rossz kommunikációval viszont az ellenálló csoportba is kerülhet.

Használjuk kommunikációs stratégiáinkat annak érdekében, hogy a felszínes dolgokról rátérhessünk a mélyebb problémákra!

²⁷ Forrás: Csordás Ágnes Katalin PTE ETK Okleveles Védőnő Képzés – Egészségügyi menedzsment jegyzet, 2006.

Kommunikáció roma gondozottal

A roma páciensek egészségügyi ellátása során nehézségek adódhatnak. A problémák egy része a roma gondozott és a nem roma védőnő interakciójából fakad. Ezek egy része elkerülhető, ha az egészségügyben dolgozók jártasabbak volnának a roma kultúrában és jobban ismernék az egészséggel kapcsolatos attitűdjeiket (pl. tisztasági szabályok).

1. A kommunikációban törekedjen az érthető, egyértelmű kifejezésekre, kerülje a szakzsargont. Fontos azonban, hogy ne használjon túlzottan kioktató, „óvodás” stílust.

2. A romákban nagy szorongás, feszültség keletkezik, ha egészségügyi környezetbe kerülnek. Emiatt fokozott empátiát, megértést és türelmet kell tanúsítani. A hangos beszéd, indulat egyik legjobb kezelése saját nyugalmának megőrzése, és annak szem előtt tartása, hogy ezek az intenzíven átélt érzelmek általában nem az ellátóknak, hanem magának a helyzetnek szólnak. *„Kedves Marika, teljesen megértem, hogy aggódik, hogy sír a gyermeke. Higgye el nekem, jó kezekben van, a szűrővizsgálat elvégzése után oltást kap és hazamehetnek.”*

3. Ha nagy csoportban érkeznek a tanácsadásra mindig keresse meg a legidősebb, tiszteletben álló családtagot (általában az idősebb nőket érdemes), és vele kommunikáljon. Ha a gondozott vizsgálata zajlik, ezt a személyt kérjük meg, hogy küldje ki a többieket. *„Kedves Marika! A kislfia hallásvizsgálatát csak akkor tudjuk elvégezni, ha a tanácsadóban csend van. Ahhoz, hogy hamarabb elvégezzük a szűrővizsgálatot megkérném, hogy szóljon a családtagoknak, és fáradjanak ki a váróba!”*

4. Minden esetben az irreális félelmeiket próbálja meg feloldani, és magyarázza el nekik, hogy pontosan mi történik a gondozottal. Ennek ismételt az empátia, a körültekintő betegoktatás és kommunikáció az eszköze:

- a félelmeik megértése: *„Teljesen megértem, hogy megijedt a helyzettől.”*
támogató hozzáállás: *„Doktornő és én mindent megteszünk, hogy hamar befejezzük a vizsgálatot.”*
- partneri viszony megteremtése: barátságos verbális és nonverbális kommunikáció:
„Hogyan szólíthatom?”
- félelmek racionalizálása: *„Kislfiának megfelelő a mozgás és a súlyfejlődése, a szűrővizsgálat fájdalommentes és az oltásokat is jól viselte az előzőekben.”*
- megfelelő szóhasználat (szakkifejezések kerülése).



- lehetőség megteremtése a kérdezésre: *„Kérdezzen bátran, ha még valamit tudni szeretne, vagy ha valami nem volt elsőre pontosan érthető. Minden kérdésére választ kapott?”*

A mágikus gondolkodásukat egy-egy betegségről ne bagatellizáljuk, ne nevéssük ki. Fogadjuk el, hogy ők ebben a rendszerben gondolkodnak. Ettől függetlenül magyarázzuk el a lehető legerősebben a betegség/kezelés orvosi hátterét. Igyekezünk megérteni a hiedelmeiket, mivel azok egyes esetekben, akár a gyógyítás/gyógyulás ellenében is hathatnak.

Az egyéni egészségmagatartás vizsgálata történhet szűrővizsgálathoz kötötten, személyes beszélgetéssel vagy kérdőíves felmérés formájában egyaránt. Személyes interjú (kérdőív segítségével): az egyes kérdések tartalma függ a kliensek életkorától, érettségi szintjétől, fontos a megfelelő tapintat, a kockázati tényezők mellett a védőfaktorok hangsúlyozása.

Az egyéni egészségmagatartás vizsgálatának lehetséges területei:

- táplálkozás, folyadékfogyasztás,
- testmozgás, fizikai aktivitás,
- lelki egészség, az étellel való elégedettség mértéke, megküzdési képesség, stressz tűrés, stressz kezelés,
- rekreáció,
- párcapcsolat, társas kapcsolatok, társas támogatás,
- dohányzás, környezeti dohányfüstnek való kitézettség,
- alkohol, - és kábítószer-, koffeinfogyasztás (tea, kávé, energiaital),
- a viselkedési addikciók (táplálkozás, szexualitás, munka és játék),
- szexuális egészség, családtervezési módszerek serdülőkorától,
- személyi higiéné,
- napi ritmus, napirend, életrend, életritmus,
- sérülések elkerülése, balesetvédelem,
- családon belüli erőszak, bántalmazás,
- iskolai - munkahelyi hiányzások, tanulmányi eredmény – munkateljesítmény, iskola - munkahely pszichoszociális tényezői,
- média használat jellemzői,
- egészségügyi szolgáltatások igénybevétele, egészségügyi ellátórendszerrel együttműködés.



A személyes tanácsadás szempontjából a személyesen feltett kérdések, a beszélgetés könnyen kiértékelhető és a visszajelezhető kérdőíves felmérés a leghasznosabb, melyhez használhatunk standardizált mérőeszközöket is pl. Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás Kérdőív - Multidimensional Scale of Perceived Social Support; MSPSS (Papp-Zipernovszky et al., 2017), Conor-Davidson féle 10 itemes reziliencia szint mérésére szolgáló kérdőív (Járai et al., 2015), Észlelt stressz kérdőív - Perceived Stress Scale; PSS (Stauder et al., 2006). Tudnunk kell ugyanakkor, hogy dohányzás, alkohol-, drogfogyasztás, szexualitás témakörben az anonim kérdőívek validabb adatokat nyújtanak, de erre az egyéni egészségfelmérés keretében csak korlátozott lehetőség áll rendelkezésre. A kérdőíves felmérésnél ügyelni kell a kitöltés körülményeire, valamint, hogy a felmérések tartalma és módszerei a kliens által elfogadottak legyenek. Az információnyerés korlátja a kitöltés ideje, mely alapján az optimális kérdésszám 20-30 egy kérdőív esetén. Egyéni adatokat nyerhetünk még többek között naplóvezetéssel (pl. táplálkozási napló), megfigyeléssel, leltárral.

Tudnunk kell ugyanakkor, hogy dohányzás, alkohol-, drogfogyasztás, szexualitás témakörben az anonim kérdőívek validabb adatokat nyújtanak, de erre az egyéni egészségfelmérés keretében csak korlátozott lehetőség áll rendelkezésre.

A kérdőíves felmérésnél ügyelni kell a kitöltés körülményeire, valamint, hogy a felmérések tartalma és módszerei a kliens által elfogadottak legyenek.

Az egészséggel/megbetegedésekkel összefüggő állapotok, jelenségek tanulmányozása mindig egy specifikus jellemzők által meghatározott vagy területileg lehatárolt populációban történik. Az egészséggel kapcsolatos állapotok, jelenségek és az előfordulásukat befolyásoló tényezők eloszlásának, kapcsolatának és különböző hatásokra bekövetkező változásának vizsgálatával az epidemiológia foglalkozik. Célja, hogy a kapott eredményeket felhasználja az egészségfejlesztés, a megelőzés és a gyógyítás érdekében. Az epidemiológiában alkalmazott kvantitatív kutatási módszerek alkalmazása révén nyert statisztikai adatokkal támaszthatjuk alá az egészségmagatartás indikátorait. Az egyes betegségek prevalenciájáról, a rizikótényezők eloszlásáról és az egészségmagatartással kapcsolatos véleményekről keresztmetszeti vizsgálatok révén kaphatunk információt. Ezen vizsgálatípus leíró vizsgálat lévén nem alkalmas oksági összefüggések feltárására, hiszen időbeliséget nem tudnak vizsgálni, pusztán egy keresztmetszeti képet adnak a jelen helyzetről.



Természetükből adódóan meglehetősen alapos kép nyerhető viszont a populációról helyzetelemzés céljából. A kérdések révén információt nyerhetünk nem csupán az egyes betegségek prevalenciájáról (előfordulásáról), de a rizikótényezők és egészségmagatartással kapcsolatos vélemények is feltérképezhetőek.

3. lépés: Az ismeretátadás, a tanácsadás és a funkcionális tudás kialakítása, a döntések magabiztossága, a mindennapi élethelyzetből hozott feladatok megértése, megoldása. A tanácsadás során fontos, hogy gyakorlati elemekből is álljon – mit tenne, mire gondol, pl. tervezzen egy étlapot. Az egyéni motiváció növelése elengedhetetlen eleme a tanácsadásnak mivel nemcsak ismeretátadás a cél, hanem képességfejlesztés is a meglévő erőforrások felhasználásával. A tanácsadásunk alkalmazkodjon az eltérő szociokulturális közeghez.

Az egyéni felelősség alapja az egészséges életmód ismerete, elfogadása, betartása. Ne csak tiltásokat közvetítsünk, hanem az előnyöket is hangsúlyozzuk, a haszonelvet is közvetítsük, mindig az egészség értékét mutassuk meg, hogy annak ismeretében fogadják el az önfegyelmet, az önkorlátozást. Segítsünk a reális célok kitűzésében, a lehetőségek meghatározásában. Az egészségfejlesztés keretében adott tanácsoknak a gondozottak egészségükségleteit, egészségismereteit, életmódját, döntéseit, terveit kell szolgálni.

A tanácsadás célja, hogy az egészség érdekében az egyének, a családok, a közösségek aktuális élethelyzetüknek megfelelő, tájékozott döntést tudjanak hozni. Képesek legyenek elkötelezetten cselekedni, változni/változtatni. Segítsünk a reális célok kitűzésében, a lehetőségek meghatározásában!

4. lépés: Segítsük a klienset/gondozottat a lehetőségek közötti választásban! Közös keressünk megoldási javaslatot. Fontos, hogy ő válasszon! A választás magában foglalja:

- az érvek és ellenérvek mérlegelését,
- az egyes alternatívák követéséből adódó lehetséges következmények megfontolását,
- a legjobb alternatíva kiválasztását.

A megvalósításához szükséges módszerek:

- Rangsorolás, kategorizálás – alkalmas az értékek tisztázására (pl. a „Mit jelent az Ön számára egészségesnek lenni? kérdés segít annak tisztázásában, hogy az egészség mely aspektusait értékeljük a legtöbbször).



- Értékkála – ez a technika segít az embereknek abban, hogy megértsék, hányféle vélemény lehet egy adott témán belül, illetve meghatározassák saját álláspontjukat. Csoportmódszerként is alkalmazható (A és B pont, melyeket egy egyenes köt össze. A és B képviseli a két szélsőséges véleményt).
- Áldozatok, előnyök és jutalmazás – a magatartásváltoztatás jelentős áldozattal járhat. Mindenképpen hasznos az előnyök világos meghatározása, a jutalmazás és a kitartás segítése. Az előnyök lehetnek rövid és hosszú távúak, áttételesek (pl. a várandós azért éljen egészségesen, hogy a gyermeke is egészséges legyen).
- Nudge - a gondozott valamilyen irányba történő terelése, ösztönzése egy döntéstámogató rendszer, ami megpróbálja rávezetni az egyént a helyes megoldásra, valamilyen előre megfogalmazott döntés felé irányítja a gondozottat pozitív megerősítések, indirekt módszerek használatával, de továbbra is meghagyja a döntés szabadságát (Szántó et al., 2017).

5. lépés: Segítsünk a cselekvési terv kidolgozásában! Kísérjük, támogadjuk – a hangsúly a kíséren van. Adjunk teret, lehetőséget a kérdéseknek, kételyek megosztásának.

Ajánlható módszerek:

- Célkitűzések és a fejlődés értékelése – reális célok. Elismerni az erőfeszítéseket, a legapróbb eredményeket is, jutalmazni, dicsérni például napló alapján.
- Önmegfigyelés – az önmegfigyelés a változtatni kívánt magatartásforma részletes és precíz nyomon követését jelenti, gyakran napló formájában. Ez a módszer segít az embereknek saját magatartásmintáik elemzésében, valamint meghatároz egy olyan alapszintet, amihez képest felmérhető a fejlődés. (Milyen esetekben tanácsolnánk a naplóírást?)
- Megküzdési stratégiák kidolgozása – önségítő csoportok, önismeret, feszültségcsökkentő módszerek, relaxáció stb. (gyakorlat: magatartásváltozás különböző fázisaiban melyik/melyek alkalmazhatók).

☞ Mindezekon túl segíthetünk a kliensek értékrendszerével és meggyőződéseivel kapcsolatos kritikus gondolkodásban, saját érték- és meggyőződésrendszerük kiépítésében.



7. Egyéni egészségfejlesztés a gyakorlatban

☞ **MILYEN KOMPETENCIÁK SZÜKSÉGESEK AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI TEVÉKENYSÉGHEZ, KÜLÖNÖSEN A VÉDŐNŐI MUNKÁHOZ? EZT MUTATJUK BE EBBEN A FEJEZETBEN.**

7.1. Az eredményes egészségfejlesztéshez szükséges kompetenciáról²⁸

A „**kompetencia**” szó jelentése alapján: illetékesség, jogosultság, szakértelem. A kompetencia rátermettséget, eredményes magatartást, a célul kitűzött dolgokra való alkalmasságot és hatáskört, a követelményeknek való megfelelést jelenti.²⁹

☞ „A kompetenciát úgy kell tekinteni, mint olyan általános képességet, amely a tudáson, a tapasztalaton, az értékeken és a diszpozíciókon alapszik, és amelyet egy adott személy tanulás során fejleszt ki magában.”

A hangsúly olyan kulcskompetenciákon van, mint a kommunikációs, a döntési, a problémamegoldó vagy az életvezetési készség. Ez az egészségfejlesztés nyelvén jelenti az életvitelhez és a hivatáshoz (foglalkozáshoz) szükséges alapkészségek és képességek kialakítását, megszerzését. E készségek és képességek sorában prioritást élvez az **egészségvédő és egészségfejlesztő készségek** elsajátítása és a mindennapos tevékenységbe való illesztése. Az egyén nemcsak tudja, hogy mit és hogyan kell elvégeznie, de készségesen, rutinszerűen, rendszeresen el is végzi azt. A pozitív attitűd, a helyes magatartásmód kialakítása, az egészséges életmód biztosítja, hogy az egyén életének tudatos irányítója legyen, tisztelje harmonikus, kiegyensúlyozott életét, ennek fenntartása érdekében helyes döntéseket hozzon.

Az egészségfejlesztés sajátos kompetencia követelményeiből:

Az egészségfejlesztés

- Nem csupán a szomatikus egészség védelmét, az egészségmegőrzést segíti, hanem más képzettség, más tudás és képességek vonatkozásában – pl. az egészséget befolyásoló pszichoszomatikus, szociokulturális faktorok ismeretében – is naprakész.

²⁸ A fejezetrész Gritz A.: Az egészségfejlesztés kompetenciái a 21. században (forrás: <http://tf.hu/wp-content/uploads/2009/07/epsz07.pdf>, letöltve: 2018. 02. 09) című cikke alapján készült.

²⁹ A kompetencia fogalom meghatározása Coolahan, J. 1996-os megfogalmazása alapján került be.



- Interdiszciplináris tudomány, ami szisztematikus, integrált kutatásokat, elemzéseket, eredmények feldolgozását igényli.
- Mint diszciplína időszerű és aktuális.
- Alapeleme az integrálódás: beépülés minden olyan eseménybe, szituációba, a kultúra átadásának folyamatába, ahol az egészségre vonatkozó ismeretet, tudást, gyakorlatot közvetíteni lehet.
- Megköveteli a konkrét ismeretátadást, az adott élethelyzetre szóló tanácsadást, de ezt olyan módszer segítségével, ahol a személynek megmarad a szabad választás lehetősége a bemutatott és javasolt alternatívák közül.
- Megköveteli a magas szintű kutatómunka végzését, az összehasonlító elemzéseket, következtetések levonását, annak alkotó módon való beépítését a kompetenciaszintű egészségfejlesztésbe.
- Az egészségfejlesztő és az érintett személy intim belső kapcsolatán, empátiás, interperszonális viszonyán nyugszik.
- Kerüli a csak szóban nyújtott információt.
- Figyelembe veszi az esetleges kulturális különbségeket, hozzájárul az egészségkultúra kialakításához, korrekciójához.
- Gyakorlatában nagyobb szerepet kapnak azok a módszerek, amelyek az emberek aktivizálására képesek. Módszere: az orvostudományi tartalom pedagógiai, pszichológiai, szociológiai eszközökkel történő elterjesztése a helyes magatartásra való hangolás céljából. Az egészségfejlesztés esetében a módszerváltás jelenti az önismereti, az önellenőrzési, az öngondozó szerepre, a pszicho regulációra, a stressz elhárításra, a coping mechanizmusok elsajátítására való felkészítést is.
- Magában foglalja a menedzsment feladatokat, az ágazatközi együttműködések.
- Törekszik az interperszonális kapcsolatok kialakítására és fenntartására.
- Együttműködő a prevenciós szolgáltatások tervezésében, fejlesztésében, lebonyolításában a prevenciós lehetőségek megvalósításához szükséges információk, erőforrások feltárására, felhasználására.
- Birtokolja a népegészségügyi tevékenység tudományos alapját jelentő és az ahhoz kapcsolódó módszertani és gyakorlati ismereteket a lakosság egészségi állapotának javítása érdekében.



A fentiek alapján a jó egészségfejlesztő szakember komplex tudással van felvértezve, amelynek megfelelő alkalmazását is készségszinten teszi, másrészt elvárás az egészségügyi ellátásban dolgozó szakemberektől is, hogy az egészségfejlesztés gyakorlatát munkájuk részévé tegyék. A modern egészségfejlesztő személyiségképét az egész életen át tartó tanulás rajzolja meg. Olyan tudásra van szükség, amely jól hasznosítható, olyan szakemberekre, akik a megalapozott elméleti és gyakorlati ismeretek és készségek birtokában képesek a szaktevékenységükhöz kapcsolódó egészségfejlesztési feladatok professzionális szintű végzésére. Az egészség fenntartása személyes egészségvédő képességek fejlesztését is feltételezi, azaz személyre szóló egészségvédő ismeretek megszerzését, azok megvalósítására való gyakorlati készséget és jártasságot.

☞ „Az egészségfejlesztés magatartásformáló funkcióját olyan folyamatnak tekinthetjük, amely az embereket képessé teszi arra, hogy megértsék az egészségüket befolyásoló tényezőket és ennek alapján képesek legyenek a saját egészségüket befolyásolni. Az egészséges életmód elfogadtatásának kompetenciája (hatékony megoldása) életszerű feladatmegoldások közepette, a hatékony megoldáshoz nélkülözhetetlen ismeretek, képességek és készségek (rutinok) elsajátíttatását tételezi annak érdekében, hogy a széles értelemben vett egészségkultúra elsajátítása elsősorban ne küzdelem, hanem életöröm és életforma legyen.”

7.2. Az egyéni egészségfejlesztésben megfontolást igénylő további kérdéskörök

- ✓ **Menedzselés, tervezés és értékelés:** A szükséges erőforrások (anyagi és emberi) számbavételével történjen meg.
- ✓ **Kommunikáció:** A jó kommunikáció világos, egyértelmű, kétirányú konstruktív információcsere, anélkül, hogy az üzenetben, annak kibocsátása és befogadása között torzulások keletkeznének. A kommunikáció rendszeres visszacsatolást is feltételez: folyamatosan összefoglalunk és kérdezzük.

A kommunikáció korlátai: Egészségfejlesztőként számos kommunikációs nehézséggel találkozhatunk. Ezek jelenlétének felismerése az első szükséges lépés, mielőtt a munka a problémák megoldására, a tanácsadásra irányulna. A megoldás nem könnyű, de fokozott tudatossággal, önreflexióval sokat lendíthetünk előre a dolgon.

A kommunikáció leggyakoribb korlátai hat csoportra oszthatóak:



1. Társadalmi, kulturális szakadék:

- eltérő etnikai háttér,
- eltérő társadalmi háttér,
- eltérő kulturális vagy vallásos meggyőződések,
- eltérő értékrend, ami tükröződhet az egészséggel kapcsolatos kérdések jelentőségének megítélésében – „egyéni egészséghiedelmek”: az egyén miként vélekedik a saját életmódjáról, az azt alakító tényezőkről, rizikófaktorokról, a preventív vizsgálatokról, orvosi beavatkozásokról és egyéb, az egészségmagatartást alakító tényezőről (vagyis probléma-e számára, hogy egészségtelenül táplálkozik, dohányzik, mértéktelen alkoholfogyasztó, beoltatja-e a gyermekét, elmegy-e a különböző szűrővizsgálatokra, stb.).

2. Csökkent befogadóképesség:

- mentális fogyatékoság vagy zavarodottság,
- betegség, fáradtság vagy fájdalom,
- emocionális distressz,
- önértékelési problémák,
- az egészség jelentőségének lebecsülése.

3. Az egészségfejlesztővel szembeni negatív beállítódás:

- korábbi rossz tapasztalatok, rossz kapcsolat,
- erős kötődés valakihez,
- az egészségfejlesztő szavahihetőségének hiánya (esetleg maga is rossz példát mutat az egészséggel kapcsolatban),
- ha a gondozott fenyegetésre, kritikára, ítélkezésre számít az egészségfejlesztő részéről,
- általános bizalmatlanság minden hivatalos személlyel kapcsolatban.

4. Korlátozott megértés és memória:

- intelligenciájuk és/vagy iskolázottságuk szegényes, esetleg írástudatlanok,
- szakkifejezésekkel, szakzsargonnal, orvosi terminológiával kerülnek szembe, amit nem értenek,
- rossz vagy hiányos emlékezőképesség és felidéző képesség.



5. Nem kellően kihangsúlyozott, nyomatékosított dolgok:

- a kommunikáció kudarcot vallhat, ha nem szentelünk rá elég időt és figyelmet,
- ha nem vagy nem jól használjuk a verbális és nonverbális kommunikációt.

6. Ellentétes üzenetek:

- az egyes egészségfejlesztők eltérő tanácsokat adnak,
- a család és a barátok ellentétes véleményen vannak,
- az orvos és a védőnő ellentétes véleményen vannak,
- a szakemberek a korszerűbb információk megjelenésével „változtatják nézeteiket”,
- a médiumok ellentétes üzeneteket közvetítenek.

Alapvető kérdések lehetnek az **egyéni egészségfejlesztés kommunikációs formái** kapcsán:

- ✓ **KI MONDJA?** Az egészségfejlesztő/védőnő személyisége elsődleges fontosságú, ezen belül is lényeges:
 - példamutatása, hitelessége, elhivatottsága.
- ✓ **MIT MOND?** A kommunikáció tartalma is meghatározó szempont az egészségfejlesztő védőnő megfelelő érveket és bizonyítékokat használ, amelyek előmozdítják a magatartásváltozást. Ilyenek pl.:
 - lényeges oki érvek, amelyek befolyásolják a klienst,
 - pozitív hivatkozások, amelyek felhívják a figyelmet az előnyökre,
 - negatív hatások, beleértve a félelemkeltést is, amelyek megmutatják a káros következményeket, ha a magatartásváltoztatás elmarad (de a félelemkeltés módszerével óvatosan kell bánni, mert ellenkező hatást is kiválthat).
- ✓ **KINEK MONDJA?** A kommunikáció címzettje, a befogadó oldaláról az alábbiakat érdemes megvizsgálni:
 - a kliens motiváltsága,
 - egészséghiedelmei (az egészségét befolyásoló tényezők),
 - demográfiai jellemzői (neme, kora, iskolázottsága, gazdasági aktivitása),
 - érzelmi és társas intelligenciája.
- ✓ **HOGYAN MONDJA?** A kommunikáció jellege is nagyon lényeges, ezen belül is fontos szempontok:
 - a védőnő szakmai felkészültsége, módszerválasztása és eszköztára,
 - a védőnő kommunikációs készségei.



A kliensekkel való kapcsolat feltárásában, értelmezésében a fő kérdés annak az eldöntése, hogy függetlenséget biztosít-e ez a kapcsolat vagy függőséget. A cél a függetlenség biztosítása lehet, azaz a saját kontroll az egészség felett, de függő helyzetekre is szükség lehet. A tevékenység folyamatában lehet **partneri viszony** vagy **egyirányú folyamat** is:

A **partneri viszony** párhuzamos kapcsolat, amelyet a következők jellemeznek:

- bizalom, nyíltság,
- kikéri, megkérdezi a véleményüket,
- elismeri, ha tanult tőlük valamit,
- tapasztalatukra, tudásukra támaszkodik, korrigál, ha szükséges,
- bátorítja őket arra, hogy tapasztalataikat megosszák másokkal.

Az **egyirányú folyamat** során ezzel szemben:

- csak a szakembertől lehet tanulni (hagyományos biomedikális modell, tradicionális egészségnevelés),
- hivatalos, távolságtartó módszerek alkalmazása (pl. előadás, interaktív elemek nélkül, nincs mód kérdések feltevésére, vitára stb.),
- A kliensek érzései lehetnek ebben a folyamatban pozitívak vagy negatívak egyaránt.

▪ **Pozitív:**

- jó véleménnyel van önmagáról, dicséri fejlődésüket, sikereiket, erőfeszítéseiket,
- az egészségre káros magatartásokat (pl. dohányzás, alkohol, drog stb.) nem ítéli meg morálisan,
- segítőtje, facilitátora a magatartásváltoztatásnak.

▪ **Negatív:**

- rossz véleménnyel van önmagáról,
- előnyös tulajdonságok figyelmen kívül hagyása: gyengeségekre koncentrál,
- nem veszi észre az erőfeszítéseiket,
- azzal próbál motiválni, hogy büntudatot és aggodalmat kelt az emberekben.

Az **egészségfejlesztő mint facilitátor** munkája során az egészség feletti nagyobb kontroll megszerzése, az egészség javítása érdekében akkor jár el megfelelően, ha:



- ítéletektől mentes, partneri viszonyt alakít ki,
- a meglévő tapasztalatokra, ismeretekre épít, illetve, ha ezek hibásak, megpróbálja korrigálni,
- biztosítja függetlenségét, kiteljesíti azokat a képességeket, hogy a kliensek vállalni tudják a felelősséget saját egészségükért,
- növeli a kontrollt saját egészsége felett is, belülről vezérelt magatartás a kívülről vezérelttel szemben: önmagunk pozitív értékelése, önmagunk értékeségébe vetett hit!

☞ A „facilitátor” jelentése: egyes esetekben segítő, támogató tevékenységet folytat az ezzel a szóval megnevezett személy (pl. a település- és közösségfejlesztési terminológiában, illetve személyiségfejlesztésben); más helyütt viszont e szót „megbeszélésvezető”, „foglalkozásvezető” vagy „játékvezető” értelemben használják.

7.3. Az egészségfejlesztő sajátos kompetenciakövetelményei

Az egészségfejlesztő

- a szomatikus egészség védelmén és az egészség megőrzésén kívül más képzettségben, tudásban, képességben is naprakész,
- kerüli a csupán szóban nyújtott információ átadását,
- az esetleges kulturális különbségek figyelembevételével hozzájárul az egészségkultúra kialakításához, korrekációjához,
- célja az interperszonális kapcsolatok kialakítása és fenntartása,
- partner a prevenciós szolgáltatások tervezésében, fejlesztésében, végrehajtásában,
- birtokában van a lakosság egészségi állapotának javítását célzó népegészségügyi tevékenység tudományos alapját jelentő és az ahhoz kapcsolódó módszertani és gyakorlati ismereteknek,
- esetében a módszerváltás jelenti az önismereti, az önellenőrzési, az öngondozó szerepet, a pszichoregulációra, a stressz elhárításra, a coping mechanizmusok elsajátítására való felkészítést is.



Az egészségfejlesztő védőnővel szemben támasztott speciális követelmények

- ismerje az egészségfejlesztés fogalmát, az egészségfejlesztés alapdokumentumait, a célok fejlődését, az egészségügy globális problémáit, a lehetséges megoldásokat, az egészségmegőrzés fontosságát,
- készítsen saját egészségtérképet a körzetéről,
- alkalmazza a korszerű egészségfejlesztő módszereket,
- képessé váljon az egészségfejlesztésbe bevonni egyéneket és közösségeket,
- készítsen saját egészségfejlesztési projekttervet (Gritz, 2007).

✂ Ön szerint milyen a „jó egészségfejlesztő”? Saját munkája kapcsán melyek azok a legfontosabb kompetenciák, amelyek segítik tevékenysége eredményes végzésében?

8. Egy konkrét gyakorlati terület: védőnői szerep a családok egészségének vonatkozásában

„A családban való lét nem csupán a felnövő generációk érdeke. Számtalan vizsgálat támasztja alá, hogy a házasságban és családban élő személyek egészségkilátásai jobbak, mint a családon kívül élőkéi (az infarktus-kockázat például nagyobb az egyedül élő, mint a házas férfiaknál). Sőt, a már kialakult betegségek gyógyulási és rehabilitációs esélyei is jobbak azoknál, akik családban élnek. A magányos életmód bizonyos mentális betegségek – a depresszió, az öngyilkosság, az alkoholizmus – szempontjából kifejezetten kockázati tényezőnek minősül” (Tringer, L.: 2018).

A család, mint támogató rendszer (Caplan, G.: 1976)

- a világra vonatkozó információk összegyűjtője és terjesztője,
- visszajelző, útmutató rendszer,
- a világról kialakuló kép, életfilozófia forrása,
- a problémák megoldásában eligazít és közbenjár,
- gyakorlati és konkrét segítség forrása,
- a pihenés és regenerálódás színtere,
- referencia-, és kontrollcsoportként hat,
- az identitás forrása,



- az érzelmi teherbírást fokozza.

Gyermekkorban fontos, hogy a szervezetet érő ingerek fejlesszék az alkalmazkodóképességet, a környezet segítse elő a fejlődést, az optimális teljesítőképesség elérését, s biztosítsa az egészséges életmód kialakítását. A belső feltételrendszerhez tartoznak pl. az öröklött adottságok, a gyermek alkati sajátosságai, ezeknek kb. 27%-ban van befolyása az egészségi állapotra. A külső feltételrendszerhez tartozik mindaz, ami a gyermekre a külső természeti, és társadalmi környezetből hatást gyakorol. A gyermek környezetével állandó kapcsolatban áll. Viszonylag kisebb környezeti ráhatások is jelentősen befolyásolják a testi és szellemi fejlődését, egészségi állapotát. Elsődlegesen a szülők feladata, hogy gyermekeiket megvédjék a káros hatásoktól, azonban nem elhanyagolható a szűkebb és a tágabb társadalmi környezet felelőssége az egészséges környezet biztosítása terén. Az egészségi ártalmak kialakulásáért 19%-ban felelősek a környezeti hatások, tehát nem mindegy, hogy milyen feltételeket biztosít a társadalom a gyermekek fejlődéséhez.

A gyermek fejlődése tekintetében köztudott az első 3 év – de már a magzati élet is – jelentősége, azaz az **első 1000 nap eseményei**. A legújabb kutatási eredmények is bizonyítják, hogy a fogantatástól számított első 1000 nap egészségvesztesége nem, vagy csak alig nyerhető vissza később. Az édesanya egészségi állapota, táplálkozási és életviteli szokásai befolyásolják születendő gyermeke későbbi elhízásra való hajlamát, csakúgy, mint egyes betegségek, például a cukorbetegség vagy az allergiák kialakulásának kockázatát.

👉 Kockázati tényezők az első 1000 napban:

- a felnőttkori, 1-es típusú cukorbetegség kockázata sokkal nagyobb, ha az első életévekben nem megfelelő a gyermek D-vitamin-szintje;
- ha a születési súly nagyon alacsony vagy nagyon magas, akkor a 2-es típusú cukorbetegség kockázata nő;
- a zsíresejtek száma gyermekkorban alakul ki, így az elhízásra való hajlam gyökerei is kisgyerekkorban erednek;
- a várandós anya és a kisgyermek nem megfelelő táplálkozása növeli a felnőttkori magas vérnyomás és érelmeszesedés kockázatát.



A várandósgondozás keretein belül a védőnőnek rálátása adódik a várandós nő és családja életmódjára, a családlátogatások során pedig az adott család fizikai, kémiai, biológiai környezetére. A védőnői gondozás során a rizikó kérdőívek kitöltésének segítségével jól körülírhatóak a várandós társadalmi környezetének egyes elemei is. A gondozás során továbbá lehetőség adódik a várandós, illetve később a kismama egészségnevelésére, egészségfejlesztésére is, vagyis felhívni a figyelmet, az egészséget negatív irányba befolyásoló tényezőkre és megerősíteni az egészségnyereséget elősegítő faktorokat. Fontos megjegyezni azt, hogy a védőnőnek a várandós társadalmi környezetére és a belső tényezőkre (pl. életkor, genetika) nincs ráhatása, azonban a célzott intervenciók hatékonysága érdekében mindenféleképp megfontolandó faktorok a védőnői kommunikáció szempontjából.

Az alapellátás területén dolgozó szakembereknek, kiemelten a védőnőnek jelentős szerepe van az anyai életmód befolyásolásában. Az anya életmódja a várandósság alatt – ennek hatásai az újszülöttre (születéskori súly és hossz, szövetek fejlődése, hormonális változások) – hosszú távú hatású, ugyanígy az egészséges személyiséget befolyásoló családi színtér megléte, vagy hiánya (magány, depresszió, öngyilkosság). A védőnő szerepe igen jelentős az egyéni képességek fejlesztése terén, hisz rendszeresen találkoznak az ellátottakkal/gondozottakkal, ismerik egyéni egészségpályájukat, így célzott és személyre szabott információt tudnak átadni, ezen felül lehetőségük van nyomon követni, illetve az eredményességet is monitorozni, szükség esetén korrekciót javasolni. Az intézményes keretek között megvalósuló egészségfejlesztéshez számos kutatás nyújt segítséget, azonban a családon belül megvalósítható egészségfejlesztés lehetősége még kevésbé feltárt terület.

A klasszikus védőnői ellátás színtere a család otthona és a helyi társadalmi környezet, tehát az a mikrokörnyezet, ahol kialakul az életmód, megtörténik a szokásrend, a viselkedés megerősítése, vagy lehetőség adódik a módosulásra. Bizonyított tény a családi háttér meghatározó szerepe az egészségmagatartás kialakulásában: jó esetben mód nyílik az egészségesebb életvitel készségeinek, magatartási mintáinak kialakítására és begyakorlására. Abban az esetben, amikor csak korlátozott lehetőség adódik a megfelelő minták kialakulására (pl. hátrányos helyzetű térségekben élő, deprivált helyzetben lévő családok gyermekei esetében), ott még jelentősebbé



válk a védőnői tevékenységek szerepe a kisgyermek testi, lelki, értelmi és szociális fejlődésének elősegítésében.³⁰

A családok irányába nyújtott egészségfejlesztési tevékenységek lehetséges eredményei: a devianciák megelőzése, az egészségesebb szocializáció biztosítása, a szülői kompetenciaérzés erősítése, a szülői felelősségérzet erősítése, a szülés utáni depresszió megelőzése, a gyermeket nevelő családok szociális deprivációjának csökkentése, adaptív anyai minták nyújtása, szülői hatékonyságfejlesztés, a család, mint érték erősítése, a deprivált családok társadalmi beilleszkedésének segítése.

A szakemberek sikeres egészségfejlesztése a szülőkön át vezet a gyermekekhez. A gyermekek esetében az egészségfejlesztő szakember feladata, a szülők egészségvédő kompetenciáinak fejlesztése elsősorban a higiéné, a kulturhigiénés szokások, a táplálkozás, a mozgás-fizikai aktivitás, a balesetvédelem és a mentálhigiéné területén belül valósul meg.

A szakemberek feladata a gyermekeket nevelő családok esetében a szülők segítése, hogy gyermekeiknél a megfelelő egészségi szokásokat ki tudják majd alakítani, ehhez szükséges a beállítódásuk formálása, ismereteik bővítése, jártasságaik kifejlesztése és készségeik megerősítése, képességeik kiépítése.

A védőnő egészségfejlesztő tevékenységének stratégiai céljai, hogy a szülők kellő ösztönzést és tudást szerezhessenek a személyes és környezeti értelemben egyaránt ésszerű, a lehetőségeket felismerő és felhasználni tudó, egészséges életvitelhez. Ehhez arra van szükség, hogy az egészséggel összefüggő kérdések fontosságát értsék a szülők, az egészség értékévé váljon, s konkrét tevékenységben alapozódjon meg.

☞ **Hazai példák a védőnő által biztosítható, családokra irányuló szolgáltatásokra a korai (0–6 éves) életciklusban:**

- kisgyermekes játszóház,
- önszorgató szülőcsoport,
- szülői hatékonyságfejlesztő tréning,
- aktív tevékenységi csoportok,
- anya–gyerek interakció fejlesztő programok,
- képességfejlesztő programok,
- várandós, gyes-es, gyed-es édesanyák mentálhigiénés támogatása,
- kisgyermek-nevelési tanácsadás,
- Biztos Kezdet Gyerekház Programhoz való csatlakozás.



Az egészségtudatos magatartás olyan szemlélet és életvitelt jelent, melynek során a gyermek:

- szokásainak kialakításában újszülöttkortól kezdve érvényesülnek az egészségmegőrzés szempontjai, egyrészt a szülők/nevelők tudatos nevelői hatásának következményeként (pl. napirend kialakítása, helyes táplálkozás, életkorának, egészségi állapotának megfelelő testmozgás);
- döntéseiben, választásában érvényesíteni tudja és akarja az egészség szempontjait;
- tevékenyen részt vesz egészségének fejlesztésében (szívesen kirándul, rendszeresen végez valamilyen testmozgást);
- tevékenyen kapcsolódik a gyermekközösségek életébe, kiegyensúlyozott, érdeklődő;
- ismeri azokat a szolgáltatásokat (orvosi ellátás, védőnői szolgálat), akik közreműködnek egészségi állapotának követésében, tanácsokkal segítik fejlődését;
- környezetében élő beteg, hátrányos helyzetű gyermekkel szemben segítő, támogató magatartást tanúsít;
- életkorának megfelelő szinten ismeri a gyermeki jogokat, kötelezettségeket (Markó, 2013).

A gyermekek életkorának előrehaladtával az önállóságra törekvés miatt a felnőttek tekintélye, direkt nevelő hatása csökken, és ezzel párhuzamosan a kortársak valós vagy vélt véleménye kerül előtérbe, az általuk képviselt szokások és normák válnak elfogadottá. Azonban ezt felismerve és tudatosan használva (pl. kortárs segítők bevonása, közösségfejlesztő programok szervezése) is lehetőség adódik a fiatalok egészségmagatartásának hatásos fejlesztésére. Mivel a gyermekkorban kialakított egészségmagatartás kulcsszerepet játszik a lakosság egészségének javításában, a köznevelési intézményekben történő teljes körű egészségfejlesztési beavatkozások kiemelt szerepet kell, hogy kapjanak a népegészségügyi beavatkozások sorában. Ezekben az intézményekben megvalósított beavatkozások hatékonysága a fentiekén túl várhatóan azért is különösen nagy más beavatkozásokhoz viszonyítva, mert a célcsoport szinte teljesen elérhető, és a beavatkozást megvalósító egészségfejlesztő és nevelési szakemberek köre a népességhez viszonyítva viszonylag szűk, képzésük során célzottan felkészíthetők erre a feladatra. Ezzel párhuzamosan ki kell alakítani a lakosság számára a hiteles, elérhető, naprakész tájékoztatásnak megfelelő modern eszközrendszer.



Védőnői kompetenciák az egyéni egészségfejlesztés terén

A védőnői egészségfejlesztésnek szakmai, etikai szempontok szerint, objektív, tudományos megalapozottsággal összegyűjtött tényeken, adatokon, ismereteken kell alapulnia és minden elfogultságtól mentesen, tekintettel kell lennie az egyén, család, közösség egészséggel összefüggő kulturális értékeire, szokásaira.

A személyre szabott egészségfejlesztés előkészítése:

- a családi környezet megismerése, elemzése,
- a családi pozíciók, az egyéni képességek, az adottságok megismerése, értékelése,
- a családtagok elvárásainak feltárása,
- az egészségcélok meghatározása,
- a cél eléréséhez vezető stratégia kidolgozása.

Mindezek alapján az egyéni gondozási terv egyeztetése a családdal.

Egészségfejlesztés módszerei:

- családtervezési tanácsadás,
- közösségfejlesztési programok szervezése,
- iskolai büfé kialakítására vonatkozó tanácsadás,
- település egészségterv kialakításában való közreműködés,
- helyi szintű gazdasági vagy politikai lobby tevékenység.

A tájékoztatás mellett a védőnő megfelelő tanácsokkal látja el a családokat. A tanácsadás egy folyamatosan fejlődő bizalmi kapcsolaton alapul, melyben a védőnő segíti a gondozott személyt, családot és a közösséget az egészséggel kapcsolatos kompetenciái növelésében:

- az érzett szükségletei megfogalmazásában és problémáinak feltárásában,
- a problémamegoldás lehetőségeinek feltárásában,
- a gondozott által elfogadott legjobb megoldás kiválasztásában, megvalósításában.

A szükséges változás, változtatás érdekében a védőnő segíti az új célok megfogalmazását, a jövőkép kiépítését, folyamatos támogatással erősíti az egyén meggyőződését, önbizalmát (Védőnői szakmai kollégium,2018).



Egyéni egészségfejlesztés jó gyakorlatai

A védőnő által gondozottakkal való rendszeres találkozás lehetővé teszi a folyamatos egészségfejlesztést, és az egyén életciklusának, egészségi állapotának ismeretében célzott tanácsok adását, azok betartásának nyomon követését, a szükséges módosítások ajánlását.

Az eredményes egészségfejlesztés jó gyakorlati példájaként említendő a 2012–2017 között zajló népegészségügyi fókuszú Alapellátás-fejlesztési Modellprogram. A Modellprogram számos lehetőséget biztosított az egészségfejlesztés megvalósulására, úgy közösségi, mint egyéni szinten. A program kiemelt feladata volt – a népegészségügyi szakemberek bevonásával – az egészségfejlesztési, betegségmegelőzési programok megvalósítása. A Modellprogram futamideje alatt a területi és iskolát ellátó védőnők rendszeresen részt vettek a praxisközösségek színtérprogramjaiban mint szervezők, toborzást segítő, bonyolítók, vagy éppen előadók.

További jó gyakorlat az iskolai egészségfejlesztés és egészségnevelés témakörében az iskolákban megvalósuló prevenciós egészségnevelési programok, egészségnapok, amelyeken a védőnő, mint szakember is aktív résztvevő, tantermi prevenciós előadások tartásával vesz részt.

Egészségnevelés az óvodákban/iskolákban, jó gyakorlatok:

<https://folyoiratok.ofi.hu/ujkozneveles/egeszsegneveles-jo-gyakorlatok>

Nemzetközi kritériumrendszer alapján validált jó gyakorlatok az egészségfejlesztésre:

https://webgate.ec.europa.eu/dyna/bpportal/index_search.cfm

☞ Gondolja végig, hogy saját munkája kapcsán milyen családokra irányuló szolgáltatásokat szokott javasolni klienseinek, illetve települése hogyan tudná ezek körét tovább bővíteni!



9. Összegzés

Bevezető fejezetünkben felvetítettünk releváns statisztikákat a magyar lakosság egészségi állapotáról, azon belül is a 0–6 éves korosztályra, az ifjúság, valamint a felnőttkorú hazai lakosság egészségi állapotára vonatkozó adatokat.

Bemutattuk az egészség különböző fogalmi megközelítéseit, dimenzióit és főbb meghatározó tényezőit nemzetközi és hazai egészségmodellek segítségével. Ezt követően az egészségfejlesztés elméleti megközelítése kapcsán felvázoltuk annak fogalmi kereteit, megemlítettük legfontosabb alapdokumentumait és modelljeit, valamint a magatartásváltozásra vonatkozó elméleti modellekről is szót ejtettünk. Ezt követően bemutattuk az egyéni egészségfejlesztési módszereket és eszközöket a védőnői tevékenység kapcsán.

Mindezt a gyakorlatban is alkalmazható példafeladatokkal és a közös gondolkodást segítő, gondolatébresztő kérdésekkel tettük színesebbé és reményeink szerint felhasználóbaráttá.



10. Felhasznált irodalom

- Alpár Á., Balku E., Berki J., Kimmel Zs., Kiss J., Kovács G., Taller Á., Varsányi P. Demjén T. (szerk.): Dohányzás visszaszorítása, 2016. Dohányzás Fókuszpont Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet.
forrás:<http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/hu/content/hazai-es-kulfoldi-adatok-tanulmanyok> letöltve: 2018. 04. 10.
- Az „Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása” (HBSC) elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben megvalósuló nemzetközi kutatás 2014. évi felméréséről készült nemzeti jelentés. NEFI, 2014. forrás: http://www.egeszseg.hu/szakmai_oldal/asssets/cikkek/16-05/egeszseg-es-egeszsegmagatartas-iskolaskorban-2014.pdf letöltve: 2018. 02. 11.
- A védőnő preventív alapfeladatai, kötelezettsége és felelőssége a megelőző ellátásban. Budapest, Országos Tisztifőorvosi Hivatal, 2004.
- Aszmann, A. (szerk.). Az iskola-egészségügy kézikönyve. Budapest: Anonymus Kiadó. 1998.
- Barna, A.: Egészségnevelés, egészségfejlesztés – Az egészségfejlesztési ismeretek megalapozása (egyetemi előadás) forrás: <http://slideplayer.hu/slide/2127242/>, letöltve: 2018. 02. 11.
- Benkő, Zs. Egészségfejlesztés módszertani kézikönyv. Budapest: Mozaik Kiadó. 2009.
- Benkő, Zs., Lippai L., Tarkó, K. Az egészség az életünk tartópillére. Szeged: Szegedi Egyetemi Kiadó, Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó. 2019.
- Candace Currie és tsi: Social determinants of health and well-being among young people; Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: International report from the 2009/2010 survey; World Health Organization 2012; forrás: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf, letöltve: 2018. 01. 28.



- Caplan, G.: The Family as a Support System, in.: Caplan, G.- Killilea, M.: Support System and Mutual Help, Grune and Stratton, New York. 1976. forrás: <http://mek.niif.hu/05400/05461/05461.pdf>, letöltve: 2018. 02. 11.
- Csima, M. P. Az egészségérték közvetítésének pedagógiai aspektusai. In R. Bertók, T. Barcsi, Etikák, identitások, perspektívák: szemelvények az erkölcselmélet és a kortárs hivatásetikák köréből. 2013.
- Dahlgreen, G., Whitehead, M. Policies and Strategies to promote social equity in he-alth. Institute of Future Studies, Stockholm, 1991.
- Ewles, L., Simnett, I.: Egészségfejlesztés. Gyakorlati Útmutató. Medicina Kiadó, Budapest, 1999.
- Forrai, J. A magánélet és az egészség kultúrája I. Budapest-Pécs: Dialóg Campus Kiadó, 2002.
- Frieden T.R.: A Framework for Public Health Action: The Health Impact Pyramid. Am J Public Health. 2010. 100(4): 590–595.
- Füzesi Zs., Varga J. Egészség- és betegség-koncepciók. In.: Ábrahám H et al. szerk. Emberi életfolyamatok idegi szabályozása – a neurontól a viselkedésig. Interdiszciplináris tananyag az idegrendszer felépítése, működése és klinikuma témáiban orvostanhallgatók, egészség- és élettudományi képzésben résztvevők számára Magyarországon Pécsi Tudományegyetem; Dialóg Campus Kiadó-Nordex Kft 2016., forrás: https://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412A/2011-0094_neurologia_hu/ch04s15.html, Letöltve: 2019.10.15.
- Glanz K, Rimer BK. Theory at a Glance: A Guidefor Health Promotion Practice (2nd Ed.). U.S. Department Of Health And Human Services National Institutes of Health. 2005.
- Gritz A.: Az egészségfejlesztés kompetenciái a 21. században forrás: <http://tf.hu/wp-content/uploads/2009/07/epsz07.pdf>, letöltve: 2018. 02. 09.
- Health at a Glance: Europe 2016. OECD, 2016. forrás: <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/2235e43c-en.pdf?expires=1518476733&id=id&accname=guest&checksum=8B190E669E4392E86E7CB77ED56F5B6E>, letöltve: 2018. 02. 08.
- Holló R.: PTE ETK Okleveles Védőnő Képzés - Egészségfejlesztő védőnő jegyzet, 2006.



- Járai, R., Vajda, D., Hargitai, R., Nagy, L., Csókási, K., Kiss, E. Cs. A Connor–Davidson reziliencia kérdőív 10 itemes változatának jellemzői. *Alkalmazott pszichológia*, 2015. 15. (1.), 129–136.
- Járomi É, Kimmel Zs.: Komplex egészségfejlesztési beavatkozások lehetséges prevenció megközelítése forrás:
http://epa.oszk.hu/02900/02987/00006/pdf/EPA02987_egeszsegfejlesztes_2017_2_020-029.pdf, letöltve: 2018. 02. 08.
- Járomi É., Szűcs E., Vitrai J. Egészségstílusokhoz illesztett, viselkedésváltozást célzó beavatkozások tervezése. *Egészségfejlesztés*, 2016. 57. (2.) 34-50.
- Kishegyi, J. Makara, P. (szerk.): *Az egészségfejlesztés alapelvei*. OEFI, Budapest, 2004. forrás: <http://www.oefi.hu/modszertan1.pdf>, letöltve: 2018. 02. 08.
- Kósa, K. Van-e hazai közmegegyezés arról, hogy mi az egészségfejlesztés? *Népegészségügy*, 2010. 88.(1.), 3-10.
- Lalonde, M.: *A New Perspective on the Health of Canadians*, Ottawa, 1974. forrás: <http://www.phac-aspc.gc.ca/phsp/pdf/perspect-eng.pdf>, letöltve: 2018. 02. 06.
- Markó, A. *Az egészségfejlesztés fogalma és módszerei a gyermek-egészségügyi alapellátásban*. Budapest: OTH. 2013.
- Meleg, Cs. Iskolai egészségnevelés: feladat újrafogalmazása. *Magyar Pedagógia*, 2002. 102. (1.), 11-29.
- Meleg, Cs. *Egészség és nevelés = Egészségnevelés? Mester és tanítványa*, 2006. 3.(10.), 18-27.
- Métneki, J. Az egészségügyi felvilágosítástól az egészségfejlesztésig. Történeti visszatekintés. *Egészségnevelés*, 2001. 42.(6.), 242-248.
- Naidoo, J., Wills, J. *Egészségmegőrzés gyakorlati alapok*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt. 1999.
- Németh Á. és tsi: *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010; Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása* című, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2010. évi felméréséről készült nemzeti



jelentés; Országos Gyermekegészségügyi Intézet; Budapest; 2011.; forrás: http://www.ogyei.hu/anyagok/HBSC_2010.pdf, letöltve: 2018. 01. 28.

- Nyárasdy, I., Bánóczy, J. Preventív fogászat. Budapest: Medicina Könyvkiadó ZRt. 2009.
- Papp-Zipernovszky, O., Kékesi, M. Z., Jámbori, S. A Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás Kérdőív magyar nyelvű validálása. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 2017. 18.(3.), 230-262.
- Paulus, P. Die Gesundheitsfördernde Schule. Die Deutsche Schule. Die Deutsche Schule. 1995.
- Ratalics, Á. Az egészségfejlesztés fogalmának változása Magyarországon, egészségfejlesztési programok tervezése és megvalósítása. Egészségnevelés, 2002. 43.(2.), 89-91.
- Stauder, A., Konkoly, B. T. (2006.). Az észlelt stressz kérdőív (PSS). Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 2006. 7.(3.), 203-216.
- Szántó, R., Dudás L. Döntési helyzetek tudatos tervezésének háttere a nudge fogalma, módszerei és kritikái. Vezetéstudomány/Budapest Management Review, 2017. 48. (10.), 48-57.
- Szeles, V., Lukáts, Á., Székely, L. A magyar iskolaegészségügy története a jogforrások tükrében. Budapesti Közegészségügy, 1998. 30.(3.), 217-226.
- Tringer, L.: A család szerepe a lelki egészség megőrzésében és helyreállításában. forrás: <http://www.magypaxromana.hu/kiadvanyok/csalad/tringer.html>, letöltve: 2018. 02. 11.
- Varsányi, P., Vitrai, J. (szerk.): Egészségjelentés 2016. NEFI, Budapest, 2017. forrás: http://www.egeszseg.hu/szakmai_oldalak/assets/cikkek/17-05/egeszsegjelentes-2016.pdf, letöltve: 2018. 02. 04.
- WHO Report on the Global Tobacco Epidemic; 2013; WHO; forrás: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85380/1/9789241505871_eng.pdf?ua=1, letöltve: 2018. 02. 02.



Tematikus módszertani útmutatók



AZ EGÉSZSÉGES TÁPLÁLKOZÁS ÉS MOZGÁS MÓDSZERTANA

I. Bevezetés

Hazánkban a nem megfelelő táplálkozásnak és életmódnak nagy szerepe van a lakosság kedvezőtlen egészségi állapotában – különös tekintettel a szív- és érrendszeri, illetve daganatos megbetegedésekre. Az egészséges táplálkozás és rendszeres testmozgás segít az említett betegségek megelőzésében, egészségesebb életmód kialakításában és nem igényel különösebb erőfeszítéseket (Rodler, 2014).

A különböző életkorokban más-más szakmai protokollok, tanácsok segítik a laikusokat és szakembereket egyaránt a megfelelő egészségmagatartás kialakításában.

A WHO szerint a krónikus betegségek 2015-ben közel 39 millió halálesetért voltak felelősek világszerte, ez az összes halálozásnak 70%-a. A halálozások kb. 45 százalékát szív- és érrendszeri betegségek, 22 százalékát pedig különböző daganatok okozták. További 1,6 millió haláleset a cukorbetegséghez volt köthető (WHO, 2016).

Magyarországon is megfigyelhetők a különféle civilizációs betegségek, melyekért többek között az elhízás, illetve mozgásszegény életmód tehető felelőssé. A felnőtt lakosság kb. 65%-a túlsúlyos, illetve elhízott, a gyermekek kb. 20%-a elhízott (KSH, 2015).

☞ A civilizációs betegségek a modern kor emberét sújtják. Elterjedésük az elmúlt néhány évtizedben rendkívül megnőtt. Többségükért a helytelen táplálkozás és a mozgásszegény életmód a felelős.

Leggyakrabban előforduló civilizációs betegségek: daganatos betegségek, magas vérnyomás, koszorúér, szív- és érrendszeri betegségek, szívinfarktus, agyvérzés, elhízás, anorexia, bulimia, stressz, depresszió, szenvedélybetegségek, cukorbetegség, csontritkulás, asztma, allergia stb.

Az egészséges életmódhoz a megfelelő táplálkozáson kívül többek között a rendszeres testmozgás is hozzátartozik. Nem csak egészségmegőrzésért felel, de bizonyos betegségek



kialakulása is megelőzhető segítségével, illetve a betegségek kezelését is szolgálhatja. Megfelelő odafigyelés mellett felismerhetőek lennének bizonyos tünetek, eltérések (Szűcs, 2016).

Elsősorban a már említett civilizációs betegségek megelőzésében van nagy szerepe a helyes táplálkozásnak és a rendszeres testmozgásnak. A túlsúly és inaktivitás minden korosztályt érintő probléma. A WHO szerint az elhízás az egyik legnagyobb egészségügyi probléma világszerte. A genetikán túl táplálkozási és életmódszokások tehetőek felelőssé az elhízásért. Nem csak egyéni, de társadalmi szinten is nagyon fontos lenne a megelőzés és a megfelelő intervenciós módszerek kidolgozása (Magyar Obezitológiai és Mozgásterápiás Társaság, 2012).

A módszertani útmutató célja, hogy a családok egészségmagatartása javuljon, különös tekintettel az egészséges táplálkozásra és a rendszeres testmozgásra. Ehhez az egyik legfontosabb közvetítő személy a védőnő, aki a családok gondozásában elsődleges szerepet lát el. A védőnők prevenciós munkájának támogatása, ismeretének bővítése is cél, továbbá készség- és képességfejlesztés az adott témakörökben. Feladatuk a hatékony ismeretátadás, attitűdformálás az egészségtudatos magatartás irányában, különös hangsúllyal a családok életének alábbi három időszakában: családtervezés, várandósság, kora gyermekkor (0–6 év) időszaka. Az említett feladatokban a védőnők egyenrangú partnerei a szülők és családtagok, akiknek ismeretei, attitűdje jelentősen befolyásolja a gyermekek fejlődését és egészségi állapotát, valamint a hosszú távon is ható egészségmagatartását. Az ő ismereteik, illetve gyakorlati tudásuk fejlesztése egy nagyon fontos cél, ezáltal a gyermekek (elsősorban a 0–6 éves korosztály) testi és lelki fejlődése, attitűdformálása [49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról].

🗨 Kérjük, gondolkozzon el: Mit jelent az Ön számára az „egészséges életmód”? Fogalmazza meg, írja le, mi mindent tud tenni a saját egészsége megőrzéséért!



II. A védőnői egészségfejlesztési tevékenységben alkalmazandó tematikus jogszabályok

A területi védőnő a jogszabályok és a szakma szabályai alapján komplex gondozást végez az alapellátás keretében. Legfőbb feladata, a folyamatos megfigyelésen alapuló tanácsadás és egészségfejlesztés, amellyel támogatni és menedzselni tudja a gyermekek zavartalan fejlődését, a családok egészségmagatartásának alakulását, ezáltal betegségek elkerülését. Az említett jogszabályok, protokollok a következők:

- A Nemzeti Erőforrás Minisztérium szakmai protokollja az egészséges csecsemő (0–12 hónap) táplálásáról: elsősorban a csecsemőkort felölelő protokoll, mely az egészséges táplálással, illetve a szoptatással foglalkozik.
- 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról, melyben a várandósság, gyermekágyas időszak és a gyermek 0–6 éves korára vonatkozó időszak kerül kifejtésre többek között az egészségfejlesztés feladatai szempontjából.
- 1991. évi LXIV. törvény – a Gyermekek jogairól szóló, New Yorkban, 1989. november 20-án kelt Egyezmény kihirdetéséről: kimondja a gyermekeknek a lehető legjobb egészségi állapothoz való jogát, valamint kiemeli a megelőző egészséggondozás fontosságát.



III. Fogalmi meghatározások, rövidítések

- **Tápanyagcsoportok:** víz, szénhidrát, zsírok, fehérjék, vitaminok, ásványi anyagok. Legfontosabb funkciójuk: energiaforrások, a test szöveteinek fenntartása, életfolyamatokban vesznek részt.
- **Esszenciális tápanyagok:** a szervezet nem képes előállítani a szükséges mennyiségben, ezért az elfogyasztott ételekből, italokból kell megszerezni.
- **Energia:** a szervezet működéséhez szükséges energia kilokalóriában mérhető (kcal). Szénhidrátok grammonként kb. 4,1 kcal, zsírok grammonként kb. 9,3 kcal, a fehérjék grammonként kb. 4,1 kcal energiát adnak.
- **Energiaegyensúly:** azt az energiamennyiséget jelenti, amely mellett az elfogyasztott és a felhasznált energia egyensúlyban van, figyelembe véve az egyén testtömegét, nemét, életkorát, testösszetételét, fizikai aktivitását és egészségi állapotát.
- **Glikémiás index (GI):** bizonyos szénhidrát tartalmú élelmiszerek és ételek a szőlőcukorhoz viszonyított vércukoremelő képessége. Minél nagyobb a GI, annál gyorsabb a vércukorszint-emelő hatás, fokozódik az inzulintermelés, így a szervezet nagyobb terhelésnek van kitéve.
- **Testtömegindex:** más néven Body Mass Index (BMI) a testtömeg kilogrammban és a testmagasság méterben mért négyzetének hányadosa. Értékelése felnőttek esetében:

III. táblázat **Testtömegindex**³¹

Testtömegindex (kg/m ²)	Testsúlyosztályozás
<16	súlyos soványság
16 – 16,99	mérsékelt soványság
17 – 18,49	enyhe soványság
18,5 – 24,99	normális testsúly
25 – 29,99	túlsúlyos
30 – 34,99	I. fokú elhízás
35 – 39,99	II. fokú elhízás
≥ 40	III. fokú (súlyos) elhízás

³¹ Forrás: saját szerkesztés a WHO: BMI Classification (http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html) alapján



0-6 éves gyermekek esetében a fenti kategóriák nem használhatók, helyette percentilis táblázatot alkalmaznak (WHO, 2006).

- **Percentilis táblázat:** azt mutatja meg, hogy az azonos nemű és életkorú gyermekek hány százalékának kisebb a testtömegindexe, mint a vizsgált egyénnek. Az 50-es percentilis az átlagos TTI-nek felel meg. A 97-esnél nagyobb percentilis kóros elhízásra utal, a 3-asnál kisebb pedig jelentős súlyhiányra. Hazánkban a 3. és 97. percentilis határai újszülötteknél 10,7 és 15,1; hatéveseknél 12,9 és 19,7 kg/m².

IV. táblázat **Percentilis táblázat**³²

Percentilis	Osztályozás
> 97	kóros elhízás
50	átlagos
<3	jelentős súlyhiány

- **Sport:** fizikai aktivitás, alkalmi vagy rendszeres fizikai állóképesség és mentális jóllét kifejezését vagy fejlesztését, szociális kapcsolatok létrehozását vagy versenyeredmények elérését célozza.
- **Szabadidő sport:** aktív testmozgás, mely rekreációs hatásokkal bír, célja lehet az egészség megőrzése vagy helyreállítása, illetve az aktív kikapcsolódást, szórakozást is szolgálja.

³² Forrás: saját szerkesztés az alábbi forrás alapján:

http://semmelweis.hu/nepegeszsegtan/files/2017/04/1617_II_AOKgy_09_Taplalkozas_2.pdf



IV. Tevékenység és téma

a. Védőnői kompetenciák az egészséges táplálkozás és rendszeres testmozgás témakörében

A védőnő olyan felsőfokú szakképesítéssel rendelkező szakember, aki elsődlegesen a primer prevencióra, az elváltozások korai felismerésére, családok körében egészségmegőrzésre képzett.

Átfogóan ismeri az egészség és az egészségfejlesztés fogalmait, módszereit és holisztikus szemléletét, az egészségfejlesztő tevékenységeket, az egészségfejlesztés modelljeit, az egészség-tanácsadás lényegét. Egyéni és közösségi szinten képes felmérni a lakosság egészségi állapotát, prioritásokat meghatározni, és képessé válik hatékony beavatkozás megtervezésére, végrehajtására. Képes egyéni egészségtervet készíteni, egészség-tanácsadást végezni, és a közösség egészségi állapotának javítása érdekében eredményesen együttműködni a teamtagokkal, valamint egészségfejlesztő, egészségnevelő feladatok ellátására. Ismeri az egyes életkorokhoz és állapotokhoz igazodó egészséges táplálkozási elveket, dietoterápiás lehetőségeket, irányelveket. Ismeri az anyatejes táplálás egészségre gyakorolt hatásait, a szoptatás támogatás módszereit. Képes a szoptatás és az anyatejes táplálás figyelemmel kísérésére, az anyatejes táplálásra való ösztönzésre, a szoptatás módszereinek tanítására, szoptatási problémák esetén segítségnyújtásra. Képes az egészséges táplálkozás irányelveinek hiteles közvetítésére, a leggyakoribb gyermek és felnőttkori betegségek étrendi kezelési alapelveinek átadására, betartásának segítésére a saját kompetencia határainak megfelelően.

Közreműködik az anya, a nő, a csecsemő, a gyermek, az ifjúság és család egészségvédelmében, mindemellett közegészségügyi, járványügyi, egészségfejlesztési és fejlesztési feladatai vannak. Elsősorban a családok otthonában, valamint a helyi közösségekben végzi az ellátást. A területi védőnő gondozza a családokat a családtervezés időszakától a gyermek iskolába meneteléig, 6–7 éves koráig. Az egészségfejlesztő tevékenységet a különböző életciklusokban a család környezetében, valamint az óvodában látja el.

A rutin védőnői feladatokat kiegészítve szükséges a családok edukációja az egészségtudatos magatartásra. A család az elsődleges minta, információforrás a gyermekek számára, nem csak a



normák, szabályok szempontjából, hanem az egészséges életmóddal, egészségmagatartással kapcsolatosan is.

A különböző életkorokban más-más információk, tanácsok szolgálják a védőnőket a megfelelő egészségmagatartás kialakításában. Azonban minden életszakaszban általános üzenet az egészségmegőrzés fontossága, betegségek megelőzése.

☝ A WHO egészségdefiníciója szerint: az egészség a teljes testi, szellemi, és szociális jóllét állapota, nem csupán a betegség vagy fogyatékoság hiánya. Az egészség fejleszthető, elsősorban a környezeten és az életstíluson keresztül lehet rá hatást gyakorolni. A legfőbb, elsődleges színtér, amelyben a fejlesztő hatások megjelenhetnek: a család.

A család egy nagyon fontos színtere a szocializációnak, amelyben a gyermekek megtanulják szüleiktől, gondozóiktól a társadalmi viselkedés szabályait. A szülő-gyermek kapcsolatban fontos szerepe van az átadott mintáknak, a társas támogatásnak, valamint azoknak a védőfaktoroknak, melyek az egészségkárosító magatartással szemben nyújtanak védelmet (Kovács, Pikó, 2009).

☝ A területi védőnő munkája során legfőképpen az elsődleges/primer prevenció elveit követi, a családtervezés időszakától egészen a gyermek 6–7 éves koráig. Rutin védőnői feladatai mellett edukálja a családokat az egészségmegőrzés, a megfelelő egészségmagatartás témakörében, törekedve a betegségek megelőzésére, egészségtudatosság kialakítására.

b. A különböző célcsoportoknak megfelelő ismeretek és üzenetek

A családtervezés időszaka

A családtervezés ideje alatt fel kell készülnie a párnak a várandósságra. Tág értelemben az egészséges életmóddal, a káros tényezőktől való tartózkodással tehetik meg ezt. Hangsúlyozni kell a helyes táplálkozás fontosságát, az optimális testtömeg elérését a fogamzás előtt. Hosszú távon is ideális testsúly elérésére kell törekedni, mely a későbbiekben is hozzájárul a jó közérzethez, energikus, aktív életmódhoz.



A tervezett fogantatást megelőző három hónapban nem javasolt a dohányzás, az alkoholfogyasztás, és nagyon fontos egy változatos, egészséges étrend kialakítása. Rostokban és vitaminokban gazdag táplálkozás javasolt ebben az időszakban. Alultápláltság, illetve elhízás esetén számos szövődmény léphet fel a várandósság alatt. Az anyai elhízás és diabétesz megnöveli a gyermekkori diabétesz kialakulásának esélyét.

A speciális diétákat is át kell gondolni a gyermeket tervezőknek, a védőnő szakemberrel való konzultációt javasolhat, ugyanis saját döntésre nem javasolt a diétázás (Papp, Rigó, 2005).

A védőnőnek az alábbi legfontosabb tanácsokat, ismereteket kell átadnia a fiatal pároknak:

Napi szinten fontos az alábbi tápanyagok különböző arányban történő felhasználása, elfogyasztása: zöldségek, gyümölcsök, húsok/halak/tojás/tej és tejtermékek, gabonafélék, folyadékok és a lehető legkevesebb zsiradék, só, cukor. A Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége ajánlása szerint a napi ételmennyiség fele zöldség és gyümölcs legyen, teljes értékű gabona fogyasztása ajánlott naponta, valamint zsírszegény tejtermékek és húsok. Napi 3–5 étkezés javasolt.

☞ Az egészséges életmód biztosítása, akár táplálkozásról, akár testmozgásról legyen is szó, sokszor áldozatokkal járhat, berögzült szokások megváltoztatását jelentheti, mely nehézségekbe ütközhet. Különbőféle tiltások helyett törekedni kell azon ismeretek átadására, melyek alternatívát biztosítanak a „tiltott” élelmiszerekre, és biztosítják az élvezetes és változatos étkezést.

Az alábbi oldalakon olvasható, hogy egyes tápanyagtípusok milyen összetételű fogyasztása javasolt a fiatal párok egészséges táplálkozásában.



V. táblázat Táplálkozási javaslatok³³

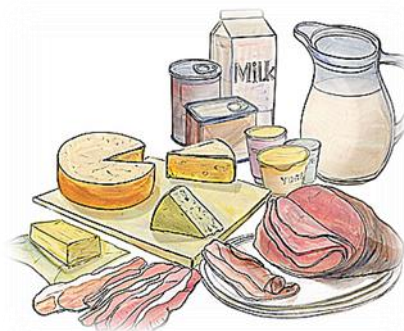
<p>A zöldségeket minden főétkezéshez ajánlott fogyasztani, elsősorban a piros, narancs és sötétzöld színűeket ajánlják a szakemberek. Száraz hüvelyeseket (pl.: bab, lencse, szója stb.) főzelékek, saláták, krémek részeként javasolt fogyasztani. Burgonya fogyasztása lehetőleg minden második nap ajánlott. A konzerv zöldségek közül lehetőleg a kisebb sótartalmúakat kell fogyasztani.</p>	
	<p>Gyümölcsöket kísértkezésként ajánlott fogyasztani, tízóraira, uzsonnára, illetve salátaként vagy desszertként. Elsősorban friss gyümölcs, de esetenként szárított, fagyasztott vagy konzerv formában javasolt a fogyasztásuk. A gyümölcslevek közül a 100% gyümölcsstartalmú preferált. Heti 2–3 alkalommal kis maréknyi sótlan olajos magvak, pl. mogyoró, mandula, dió, tökmag, napraforgó mag fogyasztása ajánlott.</p>
<p>Legalább 4 adag zöldség vagy gyümölcs fogyasztása ajánlott naponta, melyből legalább 1 adag friss vagy nyers legyen. Fontos, hogy a burgonya nem számítható bele a napi 4 adagba. 1 adag=10 dkg friss, párolt vagy főtt, idényjellegű zöldség vagy gyümölcs, pl. 1 közepes paradicsom, paprika, 1 közepes alma vagy narancs., vagy 1 kis tányér saláta, vagy 1 kis pohárnyi bogyós gyümölcs.</p>	




³³ Forrás: saját szerkesztés



Gabonafélék közül a teljes értékű gabonából készült kenyér, péksütemény, vagy köret fogyasztása javasolt. A finomított gabonaféléket helyettesíteni kell teljes kiőrlésű lisztből készült pékáruval, tésztával, keksszel, vagy barna rizzzel. Naponta 3 adag gabonaféle fogyasztása javasolt naponta, melyből legalább 1 adag teljes kiőrlésű legyen. 1 adag= 1 db péksütemény, vagy 1 közepes szelet kenyér, kalács, vagy 12 evőkanál (20 dkg) főtt tészta/rizs vagy 3 evőkanál gabonapehely/ müzli.

Tej és tejtermékek fogyasztása minden nap ajánlott, lehetőleg csökkentett zsírtartalmút válasszunk. Minden héten kell fogyasztani teljes értékű fehérjében gazdag élelmiszereket, pl. sovány húsokat vagy tojást. Hetente legalább egyszer tengeri hal, vagy busa, kecsge, pisztráng fogyasztása ajánlott. Belsőség hetente legfeljebb egyszer kerüljön az étrendbe. Minden főétkezés tartalmazzon teljes értékű fehérjét. Napi fél liter tej, vagy ennek megfelelő tejtermék fogyasztása javasolt. 1 adag= 2 dl tej/joghurt/kefir vagy 5 dkg túró vagy 3 dkg sajt vagy 1 tenyérnyi szelet (10 dkg) hús vagy 1 szelet (15 dkg) hal, vagy 3-4 szelet (5 dkg) felvágott, vagy 1 db tojás.



	<p>A folyadékfogyasztásra is nagy hangsúlyt kell fektetni, szomjoltásra a legalkalmasabb az ivóvíz. Naponta 8 pohár folyadék elfogyasztása javasolt (1 pohár 2-2,5 dl), melyből 5 pohár ivóvíz legyen. Gyümölcs- és zöldségleveket, teát, tejes italokat csak a folyadékbevitel változatosabbá tételére, alkalmanként lehet fogyasztani.</p>
<p>Az elfogyasztott só, zsiradék és cukor mennyiségét csökkenteni kell. Ételek, italok ízesítésére minél kevesebbet kell használni belőlük. Az ajánlott sóbevitel napi 5 g (5000 mg), mely egy teáskanálnyi mennyiségnek felel meg. A só egy része helyettesítendő szárított vagy friss zöldséfszerekkel. Hetente maximum kétszer javasolt édesség vagy desszert fogyasztása.</p>	
	<p>A zsírtakarékos elkészítési módokat gyakrabban kell alkalmazni, ilyen pl. a grillezés, párolás, habarás. Bő zsiradékban sült ételek fogyasztása csak alkalmanként javasolt.</p>

☞ Vezessen táplálkozási naplót! Írja le, mikor és mit eszik, illetve iszik egy napon. Próbálja meg minél pontosabban, egy hétig írni naplóját. Megdöbbentő lehet az eredmény! A leírás segít felismerni a rendszertelen étkezést, vagy a nem megfelelő folyadékfogyasztást, egészségtelen táplálékok bevitelét.

A táplálkozás mellett a **fizikai aktivitás** is nagyon fontos, felnőttek számára heti 2,5 óra mérsékelt intenzitású mozgás javasolt, úgy, mint tempós séta, kocogás, úszás, kerékpározás (MDOSZ, 2016).

A rendszeres testmozgás növeli a szervezet energiafelhasználását, erősíti a vázizomzatot, testsúlycsökkentő hatása van. Hatására javul a szénhidrát-anyagcsere, csökken az összkoleszterin szintje. A légzési és keringési rendszer működése javul, ahogyan a fizikai és szellemi teljesítőképesség is. A rendszeres testmozgás jótékony hatású a stresszkezelésben, valamint a feszültség csökkentésében is. Összességében elmondható, hogy az életvitelben javulás tapasztalható.

☞ A gyermeket tervező párok egészségi állapotát, és ezáltal általános jóllétét befolyásoló környezeti és életmódbeli tényezők (például megfelelő táplálkozás, testmozgás) befolyásolhatják a reprodukció kimenetelét. A reprodukív funkciót számos tényező befolyásolja, fontos kiemelni az egyének étkezési és testmozgással kapcsolatos szokásait. A normálistól jelentősen eltérő testsúly ($BMI \geq 30$, illetve $BMI \leq 18,5$) rontja a reprodukció eredményességét. Vizsgálatok kimutatták, hogy túlsúly esetén a testtömegindex csökkenése jótékonyan befolyásolja a szív- és érrendszer működését, csökkenti az inzulinrezisztenciát és az ún. hyperandrogenismust (férfi hormon túlsúly), aminek hatására rendeződhetnek a vérzészavarok. Alacsony testsúly esetén a testtömegindex növekedése kedvezően hat a petefészkek működésére, ezáltal a termékenységre (Sanders, 2004).

A várandósság időszaka

Várandósság alatt a táplálkozás és a megfelelő testmozgás befolyásolja az anya egészségi állapotát és magzatának fejlődését. A gondozást végző védőnő tájékoztatja a várandósnőket a várandósság alatt követendő egészséges életmódról, az optimális táplálkozásról, valamint testmozgásról. A védőnőnek ismerni kell a várandósság élettani változásait, a várandós nő optimális tápanyagszükségletét, táplálkozási szokásait.

☞ Alapvetően fontos élettani tényezők a várandósságban:

- alpanyagcsere növekedése,
- hormonháztartásban változás,
- csökkent fizikai aktivitás,
- változó testsúly,
- életkor,
- esetleges betegség.



Várandósság előtt normális testsúlyú nő 11,5–15 kg közötti súlygyarapodása optimálisnak tekinthető. Nem csak a táplálék mennyisége, hanem a minősége is fontos. A fehérjeszükséglet biztosítására különös gondot kell fordítani a magzat szöveteinek, szerveinek megfelelő fejlődéséhez. Az étrendben előtérbe kell helyezni a zöldségféléket, gyümölcsöket, teljes kiőrlésű pékárukat. Kerülni kell a natív cukrot tartalmazó édességeket, csokoládét. Az ásványi anyagok és vitaminok pótlására is fel kell hívni a várandósok figyelmét (Papp, Rigó, 2005).

A védőnőnek az alábbi legfontosabb tanácsokat, ismereteket kell átadnia a várandósság időszakában:

<i>☞ Az egészséges táplálkozás irányelveinek maximális figyelembevétele ajánlott.</i>
<i>☞ A mennyiségi növekedés mellett leginkább a minőségi összetételben történő változás fontos.</i>
<i>☞ Energiabevitel terén kb. 10–15%-os emelésre van szükség.</i>
<i>☞ A várandóssági hetek száma jelentősen befolyásolja a napi étkezések időbeosztását. Többszöri, kevés mennyiségű táplálkozás javasolt.</i>
<i>☞ Az anyának az eredeti szükségleteihez képest kb. 10 g fehérjével kell többet fogyasztania.</i>
<i>☞ Szénhidrát-többletbevitelről az egészséges kismamának nem kell gondoskodniuk, de a minőségre ügyelni kell. A megfelelő élelmirost-bevitel kb. 30 g/nap.</i>
<i>☞ Édességek, cukorkák, sütemények kerülendők, helyettük inkább a keményítőben és rostokban gazdag szénhidrátforrások fogyasztása ajánlott: pl. gyümölcsök, zöldségek, gabonafélék.</i>
<i>☞ A zsiradékokból nincs szükség többletbevitelre, lehetőleg növényi eredetű olajokat, margarínokat kell az étrendbe iktatni.</i>
<i>☞ Kb. 2–3 liter folyadék fogyasztása ajánlott naponta: szénsavmentes ásványvíz, frissen facsart gyümölcslé, limonádé, gyümölcstea formájában. A puffadásra hajlamos, gyakori hasi panaszokkal küzdő várandósok kerüljék a szénsavas italok fogyasztását. Kinintartalmú italok fogyasztása nem ajánlott.</i>
<i>☞ Ízesítés és fűszerezés során a mértékletességet kell tartani. Célszerű mérsékelni az intenzív, csípős, erős ízű növények fogyasztását.</i>
<i>☞ Az alkohol és nikotin fogyasztásáról a saját és születendő gyermeke érdekében le kell mondania a kismamának.</i>



- ☞ *Kávé és tea fogyasztása megengedett, egyéni toleranciához igazodva. A WHO ajánlása szerint a megengedett koffeinmennyiség felső határa 300 mg/nap várandósság idején (WHO, 2016).*
- ☞ *Ügyelni kell a fertőzéses kockázatra is: az étkezés előtti alapos kézmosásra fokozottan kell figyelni, valamint a megfelelő hőkezelésre az ételek készítése során (Szilveszter, 2011) (Aradvári–Szabolcs, Mák, 2015).*

A várandósság alatti elhízás megnövelheti a vetélés, a halvaszülés vagy a koraszülés esélyét is. A szülési komplikációk mellett gyakoribb a fejlődési zavar és a szív- és érrendszeri szövődmény vagy egyéb rendellenesség is.

A hiányos táplálkozású várandós nők esetében a megfelelő energia- és fehérjeszükséglet pótlása elengedhetetlen, elsősorban vas-, B12-, D-vitamin-pótlás szükséges. Fontos azonban, hogy kellő körültekintés és ellenőrzés mellett történjen a vitamin- és ásványianyag-pótlás, önkéntesen ne szedjen a várandós ilyen készítményeket.

Természetesen a **testmozgás** is fontos a várandósság alatt, amennyiben a gondozásba bevont szakemberek értékelik, felmérik, hogy mennyiben érinti a szervezetet a várandós nő fokozott fizikai aktivitása, testmozgása. Egészséges várandósok esetében lehet javasolni különféle mozgásformákat: várandóstornát (12. ábra), kifejezetten kismamák részére tartott jógát, illetve úszást, kényelmes gyaloglást, melyek mind azoknak az izomcsoportoknak a célszerű működtetését jelenti, melyekre a várandósság alatt és szülés idején fokozott feladat hárul.



12. ábra Kismamatorna ³⁴

³⁴ Forrása: <https://www.fotolia.com/tag/%22healthy%20yoga%22> (letöltés:2018.06.20.)

Kutatások bizonyítják, hogy a várandóstonán résztvevő várandósok szülése rövidebb ideig tart, és kevesebb szövődmény van, mint azoknál, akik nem végeznek testmozgást a várandósság alatt. Azon várandósoknál, akik versenysportot űznek, a védőnőnek, kezelőorvosnak fel kell hívni a figyelmet e sportok kockázataira (Papp, Rigó, 2005). A gyermekvárás időszakában természetesen nem csak a várandós nőnek, hanem párjának, a leendő apának is fontos szerepe van az egészséges életmód kialakításában, fenntartásában. Motiváló szerepe lehet például a közösen végzett testedzésnek a várandós anya számára is.

VI. táblázat **Mozgásformák**

Néhány ajánlott mozgásforma	Mindenképpen kerülendő mozgásformák
<input checked="" type="checkbox"/> séta	<input checked="" type="checkbox"/> rázkódással, ütődéssel járó sportok (aerobik, step, futás)
<input checked="" type="checkbox"/> szobakerékpározás kényelmes tempóban	<input checked="" type="checkbox"/> hasprés jellegű mozdulatok
<input checked="" type="checkbox"/> Pilates, gerinctorna	<input checked="" type="checkbox"/> küzdősportok
<input checked="" type="checkbox"/> úszás	<input checked="" type="checkbox"/> labdajátékok
<input checked="" type="checkbox"/> jóga	<input checked="" type="checkbox"/> vadvízi evezés

Csecsemőkor

A gyermek megszületése után továbbra is fontos az édesanya táplálkozása, életmódja, hiszen magatartása a saját egészsége mellett a gyermeke fejlődését is meghatározza.

A **szoptatós anya** életmódja, táplálkozása, egészségtudatos magatartása a saját egészségén túl a gyermeke fejlődését is meghatározza. Szoptatás alatt a fogyókúrát érdemes elhalasztani. Ilyenkor kb. 200 kcal energiátöbbletet igényel az anya szervezete, melynek jelentős részét állati és növényi fehérjékből kell biztosítani. Figyelní kell a megemelkedett kalciumigényre, és a fokozott vitamin- és ásványianyag-szükséglet kielégítésére, valamint a megfelelő folyadékbevitelre is.



☞ A csecsemő számára a legideálisabb táplálék az anyatej, melynek minőségét, összetételét, mennyiségét befolyásolja az édesanya életmódja. Szakmai szervezetek, köztük a WHO, az ESPGHAN, Védőnői Szakmai Kollégium kizárólagos anyatejes táplálást ajánlanak a csecsemő 6 hónapos koráig, vagy legalább négy hónapon (17 hét) keresztül. A kiegészítő táplálást 4 hónapos kor előtt elkezdni nem szabad, de hat hónapon túli késleltetése nem indokolt. A hozzátáplálás megkezdése mellett ajánlott a szoptatás folytatása.

A védőnőknek nagyon fontos feladata a szoptatással és a későbbi táplálással kapcsolatos ismeretek átadása, nem csak az anyának, hanem az apának, családtagoknak, nagyszülőknek is. Ilyen információk, tanácsok a következők:

☞ <i>allergén ételek négy hónapos kor után bármikor bevezethetők,</i>
☞ <i>a glutén 4–12 hónapos korban bármikor bevezethető a csecsemő étrendjébe,</i>
☞ <i>a vasban gazdag ételek, illetve vassal dúsított táplálékok adása fontos,</i>
☞ <i>a kiegészítő táplálékoknak nem szabad hozzáadott só vagy cukrot tartalmazniuk,</i>
☞ <i>a gyümölcslevek, cukros italok kerülendők, helyette kiemelendő a vízfogyasztás jelentősége,</i>
☞ <i>a csecsemő fejlődésének, életkorának megfelelő textúrájú, állagú ételleket kell adni, hozzásegítve a falatkák fogyasztásához és az önálló táplálkozásra való áttéréshez. Legkésőbb 8–10 hónapos korban képesnek kell lenni darabos étel elfogyasztására,</i>
☞ <i>a szülőnek reagálni kell a csecsemő éhség-, illetve szomjúságjeleire, ne a megnyugtatóra és a jutalmazásra használják a táplálást (ESPGHAN, 2017).</i>

Természetesen a rendszeres **testmozgás**, torna szintén fontos ebben az időszakban is, mind az édesanyának, mind pedig csecsemőjének.

Kisdedkor (1–3 év)

1 éves kor után a gyermek gyakorlatilag már minden olyat megehet, amit szülei és idősebb testvérei is. A közös családi étkezések (hozzá tartozó szokások és szabályok megtanulása) mintaként szolgálnak a gyermeknek (13. ábra), ezért a szülőknek érdemes jó néhány szabályt betartani. Ilyen szabályok lehetnek például a következők: közös családi étkezésekkor ne nézzenek TV-t, telefonos csevegést mellőzzék. Az étkezés helye az étkezőasztal legyen, ne pedig szőnyeg, szoba, ágy stb. A gyermek etetőszékben egyen, az asztalnál ezentúl az legyen az ő



kijelölt helye. Az étkezések lehetőleg mindig azonos időpontban legyenek. A gyermek tanulja meg az alapvető étkezéssel kapcsolatos viselkedési szabályokat, milyen ételt mivel egyen, szalvéta- és evőeszköz-használatot stb.



13. ábra Közös családi étkezés³⁵

Egyéves kor után a citrusfélék, délgyümölcsök illeszthetők bele az étrendbe, illetve a bogyós gyümölcsök is. Szárazhüvelyesekből készült ételek is adhatók már egy éves kor után: lencse, szárazbab, sárgaborsó. Már egész tojást is fogyaszthat a gyermek. Továbbra is vannak ételek, amelyeket nem szabad adni a kisdednek: ilyen a szója, az olajos magvak (ezeket csak darálva, süteményekben), illetve a bő zsírban sült ételek, a túl fűszeres, csípős és alkoholtartalmú ételek kerülendők.

A kiegyensúlyozott táplálkozáshoz az alábbi szabályokat érdemes betartani:

<input checked="" type="checkbox"/> naponta 6 adag folyadék elfogyasztása, 1 adag = 1,5 dl,
<input checked="" type="checkbox"/> naponta 5 adag nyers zöldség vagy gyümölcs, 1 adag = maroknyi méret, mely elfér a kisdéd kezében,
<input checked="" type="checkbox"/> 4 adag húsféle, tejtermék, tojás/nap: a gyermek majdnem minden étkezése tartalmazzon állati eredetű fehérjeforrást,
<input checked="" type="checkbox"/> 3 adag gabonaalapú termék/nap,
<input checked="" type="checkbox"/> napi 2 adag zsiradékféle, 1 adag = 1 kávéskanálnyi.

👉 Nagyon nagy hangsúlyt kell, hogy kapjon a reggeli a család életében. A reggeli fedezi az egész napi kalóriamennyiség 25%-át (Aradvári-Szabolcs, Mák, 2015).

³⁵ A kép forrása: <https://hu.pinterest.com/pin/574771971174271087/> (letöltés 2018.06.25.)

Ebben az életkorban a gyermek megnövekedett mozgásigényéhez megfelelő helyet és eszközöket kell biztosítani, mely hozzájárul a sokoldalú mozgásfejlődéshez. Törekedni kell a szülőknek, illetve a gyermek gondozóinak a szabad levegőn való játéktevékenységek megismertetésére, a megfelelő balesetvédelmi szabályok betartásával. Legjobb, ha a családtagok is mind részt vesznek lehetőség szerint a szabadidős tevékenységekben, hozzájárulva ezzel is a család szocializációs és rekreációs hatásaihoz.

☞ Mit gondol, hogyan lehet élvezetessé tenni a kiegyensúlyozott táplálkozást egy kisdéd és családja számára? Találjon ki ötletes, mókás tálalási módokat, amellyel népszerűbb lehet az egészséges étkezés minden korosztály számára!

Óvodáskor, közösségbe kerülés

Közösségbe kerüléssel ismét új szabályok jönnek a gyermek (és a család) életébe. Legfontosabb a napirend kialakítása, amely a megfelelő számú és minőségű táplálkozást és testmozgást is magában foglalja. Óvodáskorban és kisiskolás korban már szükséges az egészségre nevelést elkezdeni (többek között a megfelelő táplálkozás és rendszeres testmozgás témakörben), ekkor befolyásolható legjobban a gyermekek szemlélete, és a megfelelő gyakorlat is ekkor a leginkább kialakítható.

☞ A táplálkozás tekintetében fontos a gyermekeknek a különféle tápanyagok ismerete, új ízek megismerése. A védőnő, az óvodapedagógus és a szülők együttműködése nagyon fontos ezen ismeretek átadásában.

Az óvodai étrend kiegészítése a szülőkön, a családtagokon múlik, lehetőség szerint az alábbi tanácsokat kell megfogadniuk:

- ☞ *a családi étkezések során kerülni kell a cukros, sós, túl fűszeres és zsíros ételek étrendbe beépítését,*
- ☞ *cukrozott szörpök, befőttek kerülése, helyette például limonádé, gyümölcssturmix stb. fogyasztása,*
- ☞ *egészséges nassolni valók beépítése az étrendbe, pl. ropogatni való zöldségből, müzli szelet, túrókrém stb.,*



- ☞ *a család étrendjében kevesebb füstölt húсарu, vákuumcsomagolt felvágott, húskonzerv, állati zsiradék szerepeljen,*
- ☞ *több alacsony zsírtartalmú tej, tejtermék, hal, baromfi, teljes kiőrlésű gabonakészítmények, illetve nyers zöldségek és gyümölcsök kiemelten fontos, hogy az étrendbe bekerüljenek.*

A rendszeres testmozgás megismertetése, életmódba építése is fontos ebben az életkorban. Az óvodai testmozgást, játékot a családoknak otthon is biztosítani, illetve kiegészíteni kell (Aradvári–Szabolcs, Mák, 2015).

8 Milyen, az egész család számára élvezetes játékot ajánlana gondozottjainak az egészségfejlesztés jegyében?

V. Alkalmazható módszerek és eszközök

A védőnő az elsődleges prevenció eszközeivel dolgozik munkája során. Egészségnevelő munkája a családok életében leginkább személyre, illetve családra szabott tanácsadás során valósul meg. A családi, illetve egyéni életciklus alapján többféle módszert tud alkalmazni – az adott egyének igényeinek és tudásának megfelelően. A módszerekben jelen kell lennie az egészség állapotáról, az egyének és az egészséges életmód viszonyáról szóló információgyűjtésnek. A védőnő ezen információkat a családok gondozása során tudja megismerni, feldolgozni, és a szükséges gondozási terveket elkészíteni. Családra szabottan a legfőbb módszere a személyes tanácsadás, segítő beszélgetés, edukáció.

a. Egyéni egészségfejlesztés

Az **egyéni egészségfejlesztés** során fontos, hogy figyelembe vegyük a következőket:

- az egészséget befolyásoló tényezőket,
- az „egyéni egészséghiedelmeket”,
- a kommunikációs korlátokat,
- illetve a gondozottakkal való kapcsolat feltárását, értelmezését.



A védőnő teljes személyiségével vesz részt a gondozás, egészségfejlesztés folyamatában. A személyiségén kívül fontos a kommunikációs készség és stílus, eszköztár, valamint a példamutatás és szakmai felkészültség. Ezekből adódóan pedig a védőnő hitelessége elsődleges az egészségfejlesztésben.

Az átadott információ tartalma szintén fontos az egyéni egészségfejlesztés során. A védőnő érveket, bizonyítékokat használ a magatartásváltozás előmozdítása érdekében. Ilyen érvek, bizonyítékok a következők lehetnek: pozitív hivatkozások, melyek a bekövetkező egészségmagatartás-változás előnyeit foglalják össze (egészséges táplálkozás és rendszeres testmozgás következményei, pozitív hatásai, különös tekintettel a gyermekvállalás és 0–6 éves gyermeket nevelő családok életmódjára) Az elmaradó magatartásváltozás hátrányai, következményei a negatív hivatkozások, mely akár ellenkező hatást is kiválthat, kerülni kell a félelemkeltést, a negatív következményekkel való riogatást.

☝ Az egyéni egészségfejlesztés fontos momentuma, hogy a védőnő felmérje, ki is a gondozási folyamat célcsoportja. Az elsődlegesen felmérendő paraméterek a következők: a gondozottak életkora, neme, motiváltsága, egészséghiedelme, iskolázottsága, és az egészségüket befolyásoló tényezők. Természetesen a gondozottak gazdasági státusza, vallásossága, nemzetiségi hovatartozása is meghatározhatja az egyén egészségmagatartását, egészségi állapotát.

A gondozott egészségmagatartását felmérendő, a védőnőnek tisztában kell lennie az egészségmagatartás változásának fázisaival (lásd: 14. ábra).

Az egyéni egészségfejlesztésben a védőnő több lépésben tud bekapcsolódni, segíteni a gondozottat. Az **első és legfontosabb lépés a megfelelő léghőmérséklet megteremtése**. Lényeges szerepe van ebben a kommunikációnak, a verbális és nonverbális csatornák egyensúlyának, az értő figyelem jelenlétének.

A **következő lépés a probléma feltárása**, melynek során mélyebben rejlő problémák is felszínre kerülhetnek. Ebben szintén a kommunikációs készség és stratégia a védőnő legfőbb eszköze.

A **harmadik lépésben a reális célkitűzésben** segít a védőnő. Pl. eleinte napi 10 perc séta beiktatása a napirendbe, majd ezt fokozatosan növelve a lehetőségek függvényében változhat a kitűzött cél.



👉 A gondozottat segíteni kell a különböző lehetőségek közti választásban, ehhez érveket és ellenérveket gyűjtsenek közösen a védőnővel. Fontos, hogy a döntés az egyéné legyen!

Végül a védőnő segítséget nyújt a **cselekvési terv kidolgozásában és betartásában**. A védőnő ezekben a lépésekben legfőképpen a kísérő, támogató szerepében van.

🗨️ Gondolja végig, milyen eszközökkel tudna leghatékonyabban segíteni egy, a fogyókúrájában elakadt gondozottjának!

b. Közösségi egészségfejlesztés

Az egészségfejlesztés **közösségi szinten** is megvalósulhat. A közösség az egyének olyan összefüggő hálózatát jelenti, amelyek a lakóhelyük (település, szomszédság), a napi tevékenységüket legnagyobb mértékben kitöltő elfoglaltságuk (oktatási intézmények), munkájuk (munkahelyük), valamilyen életkori (idősek), demográfiai jellemzőik (nők), esetleg közös problémáikra közös válaszokat kereső (önsegítő csoportok) stb. dimenziók mentén „szerveződik”.

👉 A csoportos egészségfejlesztés esetén a megfelelő módszerek kiválasztása alapvető fontosságú. A védőnőnek már a tervezés során el kell döntenie azt, hogy milyen módszereket kíván alkalmazni annak érdekében, hogy: a tervezés során meghatározott célokat elérje, ne csak információval lássa el a csoportot, hanem elérje azt is, hogy változtasson magatartásán, a csoporttagok aktív részeseivé váljanak a folyamatnak.

A csoport megalakulásának időszakában, az ismerkedés fázisában fontos, hogy a csoporttagok céljairól, terveiről és tudásáról is információt szerezzen a védőnő, hogy ezáltal a további csoportműködést, dinamikát alakítani tudja. A csoporttagok aktív részvételre való buzdítása fontos, így elérhető, hogy a védőnő, mint szakember egyenlő partnerként foglalkozzon a csoporttagokkal. A későbbiekben, a bevezető módszereken túl az alábbi módszerek segíthetik a csoportos munkát:

- **Villámcsoporthok:** A nagycsoporton belül kialakított kiscsoportok egy meghatározott feladatot közösen megvitatnak, feldolgoznak. A csoportvezető által kiadott feladat kapcsolódik az elhangzott ismeretekhez. Célja az ismeretanyag feldolgozása, megerősítése. pl. előadások tartása, klubdélutánok szervezése különböző tematikára



fókuszálva, kirándulások szervezése, szabadidő hasznos eltöltésére irányuló programok szervezése stb. Az egészséges táplálkozás, testmozgás témakörében jó példák lehetnek a villámcsoporthoz kiadott feladatra: *a csoporttagok tervezzék meg közösen egy egészséges menüsört, melyet egy újonnan nyitó étteremben készítenének el; készítsenek havi edzéstervet egy fogyni kívánó nő/férfi részére; keressenek gyermekekkel játszható sportgyakorlatokat; tervezzék meg egy egészséges családi hétvége programját stb.*

- **Strukturált tanulás:** Egy feladat megközelítésekor a résztvevők vagy a résztvevők kisebb csoportjai (pl. párban), meghatározott időt kapnak egy téma feldolgozására. Ezt követően a saját eredményeiket, véleményüket megvitathatják a csoporttal és közös álláspontot alakítanak ki. A módszer annyiban különbözik a „villámcsoporthoz” módszertől, hogy itt az adott téma feldolgozása irányított módon, meghatározott tematika szerint történik. Cél: az ismeretanyag, tényanyag megerősítése, feldolgozása, aktív részvétel. Az egészséges táplálkozás, testmozgás témakörében jó példák lehetnek: *„Milyen a jó vasárnapi ebéd?”* címmel gyűjtsenek ötleteket a minél egészségesebb, változatosabb családi ebéd elkészítésére, előnyöket, hátrányokat is megnevezve. *„Milyen tízórait csomagoljak?”* címmel hasonlóképp gyermekük tízóraitját tervezzék meg. *„Ha fáj a hátam, mit tegyek?”* témában gyűjtsenek ötleteket az ülőmunka, vagy a mozgásszegény életmód káros hatásainak kivédésére stb.
- **Strukturált feladatok:** Az ismeretanyaghoz, tényanyaghoz kapcsolódó gyakorlati feladatok készség szintű begyakorlása. Cél: a különböző gyakorlati feladatok biztonságos végzésének elsajátíttatása. Az egészséges táplálkozás, testmozgás témakörében jó példák lehetnek: *egészséges köretek elkészítése. Egészséges reggeli elkészítése gyerekeknek/felnőtteknek, egészséges és energiát adó italok készítése nyáron, frissítő torna megtanulása ülőmunkát végzők részére stb.*
- **Rejtvény, kérdőív, teszt:** csoportfoglalkozást indító és záró módszerként alkalmazható. Indító módszerként: információt adhat a csoport ismereteiről, véleményéről, hozzáállásáról az adott témával, kérdéssel kapcsolatban. Záró módszerként: visszajelzést adhat az elsajátított ismeretekről. Ha indító és záró módszerként használja a védőnő, akkor arra ad rálátást, hogy a csoport honnan indult és hová jutott el. Ilyenkor fontos szempont, hogy ugyanazt a tesztet, kérdőívet használja a védőnő az elején és a végén is.
- **Előadás:** az ismeretek átadására, a tényanyag ismertetésére alkalmazható módszer. Időkerete kb. 20–25 perc. Ezután interaktív módszerek beiktatása szükséges. Az



előadáshoz szemléltető módszereket használhat a védőnő (pl. filmrészlet, ppt, ábrák, „okostányér modell”) (14. ábra).



14. ábra Az „Okostányér” modellje³⁶

- **Demonstráció, szemléltetés:** demonstráció – laboratóriumi vagy egyéb eszközök felhasználásával jelenségek, tények bemutatása, láthatóvá tétele. Szemléltetés – pl.: videó, számítógépes kivetítés, szórólapok, plakátok stb.

🗨 Tervezzen meg egy „Családi Sportágválasztó Napot”! Gondolja végig, környezetében milyen sportfoglalkozások, klubok, lehetőségek vannak, amelyek egy család minden tagjának megfelelő szabadidős tevékenységet kínálnak!

A védőnő egészségnevelő munkája során az egyes életkori szakaszokban más és más ismereteket alkalmaz (lásd részletesen: „A különböző célcsoportoknak megfelelő ismeretek és üzenetek” c. alfejezetet).

³⁶Az ábra forrása: <http://mdosz.hu/uj-taplalkozasi-ajanlasok-okos-tanyer/> (letöltés:2018.06.20.)

c. A védőnői területen való gyakorlati alkalmazhatóság

Az „Alkalmazható módszerek és eszközök” c. alfejezetben olvasható módszertani ajánlásokon túl nagyon sok egyéb ötlet, jó gyakorlat kerülhet megvalósulásra kisebb-nagyobb közösségekben vagy egyénekekkel történő gondozási folyamatokban. Az alábbi rész ilyen gyakorlatban alkalmazható feladatokat, példákat gyűjt össze, mutat be a teljesség igénye nélkül.

A védőnő elsősorban a családok otthonában, illetve a védőnői tanácsadóban tud egészségnevelő tevékenységet folytatni. **Konkrét tanácsokat** ad a szülőknek, akár az ételek elkészítésére vonatkozóan, akár az étrend összeállítására vonatkozóan. Készíthet **tájékoztató leírást**, amely az adott életkori sajátosságoknak megfelel. Tanácsolhat a mozgásfejlődéshez játékokat, a nagyobb gyermekeknek, szülőknek gyakorlatokat. A lakóhelyhez közeli mozgásfoglalkozásokat összegyűjtve segíthet kiválasztani a családoknak a leginkább testhezállót.

Közösségben szervezhet **klubfoglalkozásokat**, konkrét tematika köré építve: táplálkozással, mozgással kapcsolatos előadások szervezése, kiscsoportos foglalkozások meghirdetése. Főzőklub, receptcsere meghirdetése az anyák közt.

Évszaknak megfelelő ételek elkészítése, pl. különféle saláták nyáron, egészséges sütemények a karácsonyt/húsvétot megelőző időszakban stb.

Nemzetek konyhája: havonta/ kéthavonta kijelölt alkalommal egy meghatározott nemzet egészséges fogásait közösen elkészíteni, recepteket gyűjteni, különleges fűszerek, alapanyagok megismerése, akár kiscsoportos előadás formájában is.

További közösségi program épülhet a mozgás népszerűsítése köré is: **baba-mama torna különféle formái, pl. jóga, tánc, úszás, melyen az anya, illetve apa gyermekével közösen tud részt venni** foglalkozáson.

☝ A védőnő feladata a felsorolt példákban a szervezés, illetve szervezési feladatok kiosztása, helyszín és időpont egyeztetése a saját munkaidejének és lehetőségeinek megfelelően. Kapcsolattartás a gondozottakkal, családtagokkal, mely minden esetben bizalmon alapuló, kongruens kapcsolatot jelent.



d. Egy hazai jó gyakorlat

Az egészséges táplálkozásra, illetve rendszeres testmozgásra nevelés nem csak a családokban kezdődik el, hanem a gyermek közösségbe kerülése idején, magában a közösségben is fontos feladat.

„Egészségfejlesztés az óvodában, másképp!” címmel Hartung Vilmosné területi védőnő 2013-as pályázata egy dombóvári óvodában végzett egészségfejlesztő tevékenységet mutatja be. *„A gyermekek számára az egészségfejlesztés legjobb módja a játékoság, hiszen a játék a kisgyermekkor legfontosabb és legfejlesztőbb tevékenysége, s így az óvodai nevelés leghatékonyabb eszköze”* – írja a pályázó. A védőnő az óvodai egészségfejlesztő tevékenységet egész évben, különböző játékos foglalkozások keretében végzi. Elsőként a gyermekekkel saját testüket, testrészeiket ismerteti meg, egy játékállatka, illetve egy kedves mondóka és színezők segítségével. A legfőbb témakör az egészség, melyet közös beszélgetésekkel segít megismertetni az óvodás gyermekekkel (pl.: Ki segít az egészség megőrzésében? Mi magunk hogyan tudunk segíteni ebben? Mi egészséges és mi nem?). Az egészségen belül az óvodások megismerik a helyes tisztálkodás és fogápolás módszereit, majd végezetül az egészséges táplálkozás témaköre következik. Színes kártyák, találós kérdések segítségével tanulják meg a gyermekek, hogy milyen étel egészséges, mi az, ami nem az, illetve azt is meg tudják mutatni, hogy az általuk kedvelt ételek között mi az, ami mindenképpen a tányérra kerülhet, mi az, ami „befér”, és mi az, ami mindenképpen kerülendő. Pozitív visszajelzés, ha elmesélik a gyerekek (vagy a szülők), ha egy bolti bevásárlásnál az óvodában tanultakat alkalmazzák a gyerekek. Rajzos feladatlapok, illetve a védőnő által készített puzzle kirakása zárja a témakör összefoglalását. Ajándékba színezőt kapnak az óvodások, amelyen egy egészséges étel, tányér látható.

A táplálkozás fontossága után a mozgásról is beszél a védőnő. Megbeszélik, ki mit sportol, milyen mozgást szeret. Szintén egy rajzos feladatlap kitöltése zárja a foglalkozást.

A jó gyakorlat eredményei, hatásai a következők a pályázat írója szerint:

☞ Az óvoda és a szülők visszajelzéséből is lemérhető, hogy mennyire fogynak a korábban kevésbé népszerű ételek. A védőnői szűrések során mérhető a túlsúlyos vagy elhízott gyermekek száma, illetve a mozgásszervi elváltozások csökkenő száma a táplálkozás és a mozgás szerepének köszönhetően. A gyermekek kevesebbet ülnek a televízió és a számítógép előtt is.



VI. A módszertan komplexitása

a. Eredményesség egyéni, illetve közösségi egészségfejlesztés alkalmazása esetén

A módszertan alkalmazásával a védőnő elsődleges prevenció tevékenysége bővül, kiegészül naprakész információkkal, melyeket a gondozottaknak átadva, még hitelesebb, szakmailag tökéletesebb kapcsolat fejlődhet köztük. A gondozottak körében az egészségmagatartás jó irányban változhat a megismert tényanyagoknak, gyakorlatoknak köszönhetően. A közösségekben végzett egészségfejlesztő munka jótékony hatással van a közösségek működésére, összetartására is, ezáltal az átadott információk, a megszerzett tudás sikeresebben mélyülhet és kerülhet felhasználásra a gondozottak körében. A megismert módszerek segítik a védőnőt a hatékony ismeretátadásban, gördülékeny munkában, és a gondozottakkal való legfontosabb – bizalmi – kapcsolat kialakításában. Amennyiben az egyének esetében sikeres attitűdformálásról, pozitív magatartásváltozásról beszélünk, ez tágabb körben is hatással van a családok és kisebb-nagyobb közösségek egészségmagatartására. Segítségével csökkenhet az elhízással, túlsúllyal küzdők aránya, ezáltal pedig az ún. civilizációs betegségek kialakulása is visszaszorulhatna.

b. Társszakmák bevonása a védőnői egészségfejlesztési tevékenységbe

A családok gondozásában a védőnőn kívül részt vevő szakemberek, úgy, mint házi orvos, gyermekorvos, szülésznő, később bölcsődei nevelők, óvodapedagógusok közös célja, hogy formálják a családok egészségmagatartását, ezáltal lehetővé téve, hogy hosszú távon is egészségesen éljenek, életminőségük jó legyen. A tanácsadások folyamatába dietetikust, táplálkozástudományi szakembert, testnevelő tanárokat is be lehet vonni a korszerű ajánlások, információk elsajátítása érdekében. A védőnő együttműködik a területén működő egyéb civil vagy egyházi, karitatív szervezetekkel, illetve EFI munkatársakkal, melyek a családok testi és lelki egészségvédelmét szolgálják.



VII. Összegzés

Az egészségtudatos magatartás kialakítása, az egészséges életmódra nevelés magában foglalja a helyes táplálkozást és a rendszeres testmozgást. A védőnők egyik nagyon fontos prevenció feladata a hatékony ismeretátadás, attitűdformálás az egészségtudatos magatartás irányában, különös hangsúllyal a családok életének alábbi három időszakában: családtervezés, várandósság, kora gyermekkor (0–6 év) időszaka. Mind egyéni, mind közösségi szinten meg kell, hogy valósuljon az ismeretátadás, egészségnevelő tevékenység, ezáltal hozzásegítve a családokat, hogy hosszabb távon egészségesen éljenek, megelőzve az úgynevezett civilizációs betegségek kialakulását.



VIII. Felhasznált irodalom

- 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról
- 1991. évi LXIV. törvény a Gyermekek jogairól szóló, New Yorkban, 1989. november 20-án kelt Egyezmény kihirdetéséről
- A Magyar Obezitológiai és Mozgásterápiás Társaság állásfoglalása és ajánlása, 2012.
- A Nemzeti Erőforrás Minisztérium szakmai protokollja az egészséges csecsemő (0–12 hónap) táplálásáról 2010.
- Aradvári-Szabolcs Mariann, Dr. Mák Erzsébet: Kiskanálnyi szeretet. Kossuth Kiadó, 2015.
- Fewtrell M, Bronsky J et al. Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*: January 2017, p 119–132
- Hartung Vilmosné: Egészségfejlesztés az óvodában, másképp! I. KÖZÖSSÉGI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS JÓ GYAKORLATAI, OTH 2013.
- Központi Statisztikai Hivatal: Európai lakossági egészségfelmérés, 2014. Statisztikai Tükör 2015/29.
- Kovács Eszter, Pikó Bettina: A család egészségvédő hatása serdülők körében. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika* 2009
- Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége: OKOSTÁNYÉR® – Új magyar táplálkozási ajánlás, 2016., <http://mdosz.hu/uj-taplalkozasi-ajanlasok-okos-tanyer/> (Elérve: 2017. 11. 20.)
- Papp Zoltán, Dr. Rigó János: A várandós nő gondozása. Medicina Kiadó, 2005.
- Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC: In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol.* 1992
- Rodler Imre: Táplálkozási ajánlások a magyarországi felnőtt lakosság számára. 2014.
- Sanders, T. A.: Diet and general health: dietary counselling. *Caries Res*, 2004
- Szilveszter Henriett (szerk.): Csecsemőtáplálási kézikönyv- Egészségügyi szakemberek számára. Nestlé Hungária Kft. 2011.
- Szűcs Zsuzsanna: OKOSTÁNYÉR® – új táplálkozási ajánlás a hazai felnőtt lakosság számára, Egészségfejlesztés 2016.
- WHO: BMI Classification, http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html (Elérve: 2018. 03. 29.)



- WHO: Global Health Observatory Data, NCD Morbidity and Mortality, http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/en/ (Elérve: 2017. 11. 20.)
- WHO: Restricting caffeine intake during pregnancy, <http://www.who.int/elena/titles/caffeine-pregnancy/en/> (Elérve: 2018. 03. 27.)



A LELKI EGÉSZSÉG VÉDELME ÉS FEJLESZTÉSE A VÁRANDÓSSÁG IDŐSZAKÁBAN ÉS A 0-6 ÉVES KORÚ GYERMEKET NEVELŐ CSALÁDOK ESETÉBEN

I. Bevezetés

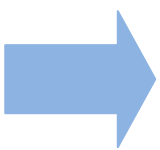
Napjaink jelenségei nagyban hozzájárulnak ahhoz, hogy többek között éppen a családtervezés előtt álló pároknál enyhébb és mélyebb lelki zavarok jelenjenek meg. A rendkívül gyors és nagymértékű társadalmi változásokkal nem könnyű megbirkózni. Ebben az átalakult világban a szülők nemzedéke is nehezen találja helyét, iránymutató értékeit és normáit. Ez a nehéz életforma oda vezet, hogy a legtöbb családban sokszor arra marad a legkevesebb idő, amire gyakorlatilag minden nemzedék tagjainak nagy szüksége lenne a testi-lelki egészsége megőrzéséhez: az odafigyelésre, mások és önmagunk kímélésére, támogatására, az érzelmi újratöltődésre. Mindenki felelős valamilyen mértékben elsősorban a saját és emellett a hozzá közelálló emberek lelki egészségéért. Egy jól működő család ismérve, hogy aki éppen rászorul, megkapja a kellő támaszt, biztatást, szolidaritást és türelmet ahhoz, hogy legyen ereje megküzdeni a problémákkal, szembenézni velük, kibeszélni, feldolgozni a kínzó élményeket, és meghozni, kiérlelni a szükséges, előrevivő döntéseket. Ez az előfeltétele annak, hogy a nyomasztó problémák ne okozzanak súlyosabb testi-lelki károkat.

2005. január 12. és 15. között Helsinkiben WHO Miniszteri Konferenciát rendeztek A Mentális Egészségről címmel. A konferencia keretében kijelentették, hogy *„a mentális egészség és a mentális jólét alapvető jelentőségű az egyének, a családok, a közösségek és nemzetek életminősége, valamint termelékenység szempontjából, amely értelmes életet, egyben kreatív és aktív állampolgári létet tesz lehetővé az emberek számára”* (Európai nyilatkozat a mentális egészségről, 2005).

Valamennyi résztvevő által elfogadott vélemény, hogy a mentális egészséggel kapcsolatos tevékenységek elsődleges célja az emberek jólétének és ténykedéseinek javítása, a személyes erősségekre és lehetőségekre történő fókuszálás, a rugalmasság megerősítése a külső tényezők fejlesztése révén. Mentális egészség nélkül nincs harmónia állapot, éppen ezért a mentális egészség központi szerepet játszik a nemzetek humán, társadalmi és gazdasági tőkájében, így más közpolitikai területek, mint az emberi jogok, szociális gondoskodás, képzés és



foglalkoztatás integráns és alapvető részének kell tekinteni. Ezeknek a gondolatoknak a szem előtt tartásával hozta nyilvánosságra az Európai Közösség Bizottsága a mentális egészség kérdésével foglalkozó úgynevezett Zöld Könyvet: A lakosság mentális egészségének javítása – Az Európai Unió mentális egészségügyi stratégiájának kialakítása címmel (Green Paper, 2005). A tanácskozáson elhangzott, hogy *„a mentális egészség és a mentálhigiénés problémák megelőzésének, kezelésének, gondozásának és rehabilitációjának támogatása a WHO és tagállamai, az Európai Unió és az Európai Tanács prioritásai közé tartozik”* (Zöld Könyv, 2006). A Zöld Könyv létrehozására azért volt szükség, mert az Egészségügyi Világszervezet becslése szerint



Minden negyedik európai állampolgár szembesül lelki egészségi problémával legalább egyszer életében.

A mentális egészségi problémák – az agyonhajszoltságból, szellemi megerőltetéstől kezdve a komoly lelki betegségekig – nem csak Európában, hanem az egész világon az egyik legsúlyosabb népegészségügyi teherként jelentik, így a mentális problémákkal és a stresszel való megküzdés minden Uniós tagország számára kiemelt feladat.

☝ A WHO meghatározása szerint a mentális egészség *„a jólét állapota, melyben az egyén meg tudja valósítani képességeit, meg tud birkózni a normális élet stresszhelyzeteivel, termékenyen képes dolgozni, s hozzá tud járulni a közösségének életéhez”* (Zöld Könyv, 2006:7).

Jelen módszertani útmutató a védőnők részére szolgál segítségként, tájékoztatja őket a pre-, peri- és postnatális időszak mentális jellemzőiről, valamint a 0–6 éves gyermeket nevelő családokat érintő mentális betegségekkel kapcsolatos ismeretekről, az időben történő felismerés fontosságáról, az ehhez szükséges módszerekről és eszközökről, így elősegítve a biztonságos kötődés kialakulását, jelentősen csökkentve a gyermek személyiség- és testi fejlődésére, az anya állapotára és a család szétesésére vonatkozó kockázatokat. A várandósság – a gyermekfogadásra készülés pozitív élménye mellett – pszichológiai szempontból krízisállapotnak is tekinthető, mivel a személyiség rejtett konfliktusai újraéledhetnek, vagy új konfliktusok alakulhatnak ki (Szeverényi, 1986).



a. Lelki egészség a várandósság és a szülés körüli időszakban

A WHO prognózisa szerint a 2000 utáni évtizedekben a modern társadalmakat leginkább sújtó egészségproblémák a mentális zavarok, lelki megbetegedések, ezen belül is a depresszió és következményei lesznek (Murray, 1998).

Epidemiológiai adatok világszerte azt mutatják, hogy a depresszió megközelítőleg kétszer olyan gyakori nőknél, és a betegség első jelentkezése gyakran a gyermekszülés éveire tehető (Belső, 2006; Young, 2002).

Az élet folyamán minden egyén életében vannak olyan kritikus pontok, melyek odafigyelést, a társadalomtól fokozott törődést igényelnek, ha azt akarjuk, hogy az egészség meghatározóan ne károsodjon. Ilyen a magzati fejlődés folyamata és a szülés körülményei.

Számos tényező játszik közre abban, hogy a születendő gyermek egészségesen jön-e a világra. A genetikai betegségek előfordulása mellett mindezt nagyban befolyásolja a várandós életmódja, és az, hogyan viszonyul várandósságához. A várandóssága előtt és alatt fogyasztott-e alkoholt, dohányzott-e, különböző élvezeti szereket használt-e, a táplálkozására, saját egészségére megfelelően figyelt-e, megjelent-e a várandósgondozáson és a kötelező vizsgálatokon? Ezeket a veszélyeztető tényezőket egyszerűbb észrevenni, mint a lelki eredetű problémákat, hangulatzavarokat. A pszichológia egyre többet foglalkozik a várandósság alatti hangulatzavarral és ezek hatásával a születendő gyermek fejlődésére vonatkozóan.

A várandósság egy megváltozott pszichoszociális állapot. Teljesen új helyzettel találja szemben magát a család, melyben új elvárások, új felelősségek jelennek meg. A változást követheti a fizikai változások okozta nehézségek, esetleges egészségi problémák megjelenése, a munkahely elvesztése, a társas kapcsolatokban bekövetkező változások. Ha mindehhez a történésekhez érzelmi és társas támasz hiánya társul, illetve a szociális és anyagi biztonság is sérül, akkor a depresszió kialakulásának esélye hatványozottan emelkedik.



☞ A fel nem ismert, vagy szövődményeket okozó, anyai hangulatzavar kihat az egész család életére, a személyközi kapcsolatokra, sőt a gyermek későbbi érzelmi, pszichológiai fejlődésére, magatartására is. A kezelés elmaradása károsan befolyásolja az anya személyiségét, a nyiladozó elméjű baba, pedig életének legfogékonyabb periódusát egy depressziós anya mellett tölti el. A csecsemő korgyermekkorai tapasztalatai alapján érzékeli a világot, és felnőve ezeket a tapasztalásokat játssza újra. Kapcsolatait, kötődési mintázatait, bizalmát, megküzdési módjainak gyökereit, belső életre szóló programját tanulja az anyával lévő kontaktusban. Ezért a korai anya–gyermek interakciók jelentősége mára vitathatatlan tényé vált. A szülés utáni érzelmi zavarok megjelenése ezt az optimális, különleges kapcsolatot zavarja meg.

A várandós időszak alatt korábbi pszichiátriai megbetegedések is kiújulhatnak vagy elmélyülhetnek. Ez a téma csak az utóbbi években került a figyelem középpontjába, nem csak Magyarországon, világszerte is alulkezelt területe a várandósgondozásnak. Depressziós nők körében lelassul a magzat intrauterin fejlődése, megkétszereződik a koraszülés és az alacsony születési súly kockázata, csecsemőként gyakrabban fordul elő alvászavar és excesszív sírás, kisgyermekkorban pedig viselkedéses és emocionális zavarokat eredményezhet. Az első trimeszterben diagnosztizált depresszió a legerősebb előrevetítője a gyermekágyi depresszióknak (Kovácsné Török, 2010).

A szülést követő időszak hangulatzavarainak indulásakor az anya érintőlegesen és véletlenszerűen áll orvosi felügyelet alatt, így csak a védőnőtől kaphat intézményesen segítséget. A védőnő a leginkább preventív szemléletű szakember. A védőnőket kedvezően fogadják, bebocsátást kap a család intim szférájába, s ezáltal bizalmi kapcsolatba kerülhet a várandóssal, szűkebb és tágabb környezetével, megismerheti a társas kapcsolataikat, a gazdasági és szociális helyzetüket, ezek alapján kialakul benne egy kép az adott családról. Ez a bizalmi kapcsolat kulcsfontosságú, ez segíthet a probléma korai felismerésében, megoldásában.

Amennyiben a várandós bizalommal fordul védőnőjéhez, esetleges aggodalmairól, félelmeiről is benyomást szerezhet. A védőnő az a személy, aki már a családtervezés és várandósság kezdetén felismerheti, hogy a várandós hajlamosabb a szorongásra, hangulatzavarra. A szülést követő 6. hétig pedig heti rendszerességgel látogatják a kismamákat. Kellő odafigyeléssel, megfelelő kommunikációval és empátiával ezáltal időben kiderülhet, hogy segítségre van szükség, csak így válhat eredményesen működőképessé a jelzőrendszer.

b. Lelki egészség a 0–6 éves gyermeket nevelő családokban

A család, mint elsődleges szocializációs közeg, nagymértékben meghatározza a gyermekek lelki egészségét, fejlődését. A családban támogatást, szeretetet, biztonságot megélő gyermekek olyan stabil érzelmi alapokat építhetnek ki, melyek segítenek ellenállni a környezetből származó negatív hatásoknak. **A megfelelő testi-lelki fejlődéshez, érzelmi biztonsághoz a gyerekeknek kiegyensúlyozott szülőkre van szükségük.** Ha csökken a kiegyensúlyozottság, lelki jól-lét, akkor egyre kevésbé tudják megadni gyermekeiknek azt az örömet, támaszt, amit egyébként tényleg szeretnének nekik biztosítani.

A lelki, mentális egészségről alkotott fogalom értelmezése a 0–6 éves gyermekek esetében a laikus, tudományos koncepciók mellett kiemelt szerepet kell, hogy kapjon a gyermekek nevelését kísérő szülők, szakemberek tevékenységeiben. Hiszen ebben a korban a testi, értelmi fejlődés mellett a lelki fejlődés meghatározó jelentőséggel bír a személyiség fejlődésére. Ebből adódóan a nevelés, gondozás egyik legfontosabb feladata ezen életkori csoport számára a lelki egészség megteremtése, amely magába foglalja azt a pszichikai állapotot, amit harmóniának, kiegyensúlyozottnak nevezünk.

A gyermeki szervezet működése, működésének vetülete részben pszichofiziológiai, részben magatartási szinten mutatkozik meg, ahol tudnunk kell, mik azok a tünetek, jelek, amik nem az ideális, harmonikus működésre utalhatnak.

II. A védőnői egészségfejlesztési tevékenységben alkalmazandó tematikus jogszabályok

A várandósság különösen fontos időszak, mind a várandós nő, mind az egész család életében. A várandósság körüli időben jelentkező hangulatzavar kiemelt, népegészségügyi jelentőségű probléma, mind a család, mind az anya–csecsemő kapcsolat szempontjából. A kapcsolódó szakmai protokollok:

- *Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja: A szülést követő időszak pszichés változásai, Védőnők szerepe, lehetősége, kompetenciája a szülés körüli hangulatzavarok felismerésében – Készítette: A Védőnői Szakmai Kollégium, 2011.*



- *Emberi Erőforrások Minisztériuma – Egészségügyi Szakmai Kollégium, Egészségügyi szakmai irányelv – A pre-, peri- és posztnatális mentális zavarok baba-mama-papa egységében történő kezeléséről, Egészségügyi Szakmai Kollégium, 2017.*

III. Fogalmi meghatározások és rövidítések

Antenatális szorongás és depresszió

A várandósság és a szülést követő időszak kiemelten jelentős minden nő életében, de az antenatális időszak minden nő életének sérülékeny időszaka is egyben.

A várandósság alatt minden nőben felmerülnek aggodalmak, a szüléstől való félelem, egészséges újszülöttet fog-e világra hozni, félelem attól nehogy ártsen a magzatának.

Tudatosul a nőkben, hogy már nem csak önmagukért felelősek, hanem magzatukért is. Úgy érezhetik, hogy eddigi életük megszakad és egy új, egy másik életet kell kialakítaniuk. A várandósság alatti hangulatzavar gyakrabban alakul ki azoknál a nőknél, akiknek instabil a párkapcsolata, a gazdasági helyzete, várandósságát nem tervezte, nem kielégítően táplálkozik és dohányzik. A testi és lelki változások mellett hormonális változások is terhelik a várandósokat, ezért az alapvető aggodalmak könnyen átválthatnak krízisállapotba (C. Molnár Emma, 1996). A várandósság alatt fellépő fizikai változások hatással vannak a szerotonin termelődésére, mely hormon fontos szerepet játszik a hangulat szabályozásában. Az alacsony szerotoninszint közrejátszik a depresszió, a migrén, az idegi zavarok kialakulásában.

A várandósság első és harmadik trimeszterében gyakrabban fordulnak elő hangulatváltozások. Ez a két időszak érzékenyebb a változásokra, a második trimeszter lelkileg kevésbé megterhelő a várandós számára. Az első trimeszterben fellépő rosszullétek, valamint a harmadik trimeszterben a szüléstől való félelem, a fizikai diszkomfortérzet befolyással vannak a hangulatra.

☞ Az utóbbi tíz évben nagy figyelem irányult a lelki egészség gyermekágyas időszakban felmerülő problémáira. Több tanulmányból kiderül, hogy a szorongást és depressziót a várandós időszak alatt sem szabad lebecsülni, mivel ezek szoros összefüggésbe hozhatók a szülés utáni depresszió kialakulásával.



Hajlamosító tényezők

„Veszélyeztetetté tesz a várandósság alatti depresszióra az anya fiatal kora, a nem kívánt várandósság, az érzelmi ambivalenciák, a szociális izoláció” (Hardy, 2003). Ellenben a szociális támasz és a magasabb életkor protektív tényezők lehetnek (Kumar, O'Dowd, 2000).

Enyhe hajlamosító tényező lehet az alacsony iskolázottság, mivel ez szoros összefüggést mutat az egészségkultúráltság szintjével. Az anyagi nehézségek szintén meghatározóak lehetnek; ha nem is fizikailag, de a belőle következő stressz kihat a mindennapokra.

Közepesen súlyos hajlamosító élethelyzetek lehetnek egy várandós számára különböző családi események, például válás vagy hozzátartozó halála. Ezek a tényezők minden ember számára krízishelyzetek, viszont egy várandós még intenzívebben reagálhat az ilyen jellegű lelki megterhelésekre.

A társadalmi és családi támogatás hiánya is meghatározó jelentőséggel bír egy várandós nő életében, hiszen az adott környezetéből való kirekesztéstől való félelem és szorongás tovább fokozhatja a hangulatzavar kialakulását és súlyosbodását.

A várandósság alatt együtt élni a nem kívánt várandósság gondolatával súlyos lelki állapotokat eredményezhet, amely olyan cselekményekre készíteti a várandóst, mint például önmaga általi terhességmegszakítás, újszülöttgyilkosság.

Súlyos hajlamosító tényezők a korábbi depressziós állapot és a gondozás elhanyagolása. Pontos anamnéziszfelvétellel és várandósgondozással azonban a védőnő ezeket még a várandósság elején kiszűrheti, és ennek megfelelően alakíthatja a gondozási tervet.

☝ A várandósság alatt jelentkező depresszió tünetei megegyeznek a depresszió általános tüneteivel. Kiemelkedő a nagyfokú boldogtalanság, reménytelenség, és a gyakori szuicid gondolatok. A diagnózisalkotást nehezíti, hogy a tünetek egy csoportja a várandósságra alapvetően jellemző változásokra hasonlít, mint alvászavar, libidócsökkenés, anergia (Hardy, 2003).

A várandósság alatti kezelés különösen nagy figyelmet igényel, és több szakma együttműködését teszi szükségessé (Szádóczy, Németh, 2002). A várandósság alatti hangulatzavarok kezelésében a pszichoterápia az elsődlegesen választandó alternatíva.



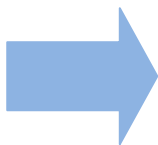


Ajánlott lenne egy olyan támogató szolgálat kialakítása, amely a várandósság időszakában speciális pszichiátriai és pszichoterápiás segítséget nyújt a rászorulóknak az anya mentális zavara esetén. A rendszerszemléletű megközelítésben az egész család kell, hogy a figyelem középpontjában álljon.

☞ Gondolja végig, hogy gondozottjai közül előfordult-e és hány esetben, hogy a várandósság alatt már megjelentek depresszióra utaló tünetek, esetleg fel is merült Önben ennek lehetősége, de igazolására, szűrésére nem került sor! Igazolt esetekben a hajlamosító tényezők valamelyike jelen volt-e?

A várandósság alatti depresszió hatása a magzatra

Az anya várandósság alatti depressziójának számos negatív hatása van a magzat fejlődésére. Egyrészt **fontos kapcsolat van a várandósság alatti depresszió és a koraszülés között.**



A hangulatzavar megléte esetén a koraszülés az anyák 9,7%-ánál fordult elő, míg a nem depressziós anyák esetében csak 4,0% a koraszülés aránya (Hollins, 2007). A súlyos depressziótól szenvedő kismamák esetében megkétszereződik a koraszülés veszélye (Smith, 2004), másrészt az anyai depresszió alacsonyabb születési súlyt okozhat az újszülöttnél (Evans, 2007; Hollins, 2007).

Ez azzal lehet összefüggésben, hogy az anyai stressz és az ezzel együtt járó pszichológiai tünetek következtében lelassul a magzat intrauterin fejlődése. Ha az anya depresszióval küszködik a várandósság alatt, akkor csaknem 2-szeresére nő a 2500 gr alatti születési súly relatív kockázata (Hollins, 2007). Ugyanakkor az újszülött 2500 gr alatti születési súly szoros kapcsolatban van az anya általános egészségviselkedésével is.”³⁷

A várandósság alatti depresszió hatása az újszülöttre

☞ „Az anya várandósság alatti depressziójának sajnos hosszú távú negatív hatása is van az újszülött/gyermek fejlődésére. A depressziós anyák újszülöttjeinél szignifikánsan gyakrabban fordul elő alvászavar, éber állapotban sírás, nyugóskodás. A gyermek későbbi életében sokkal gyakoribbak a viselkedés- és emocionális zavarok.”



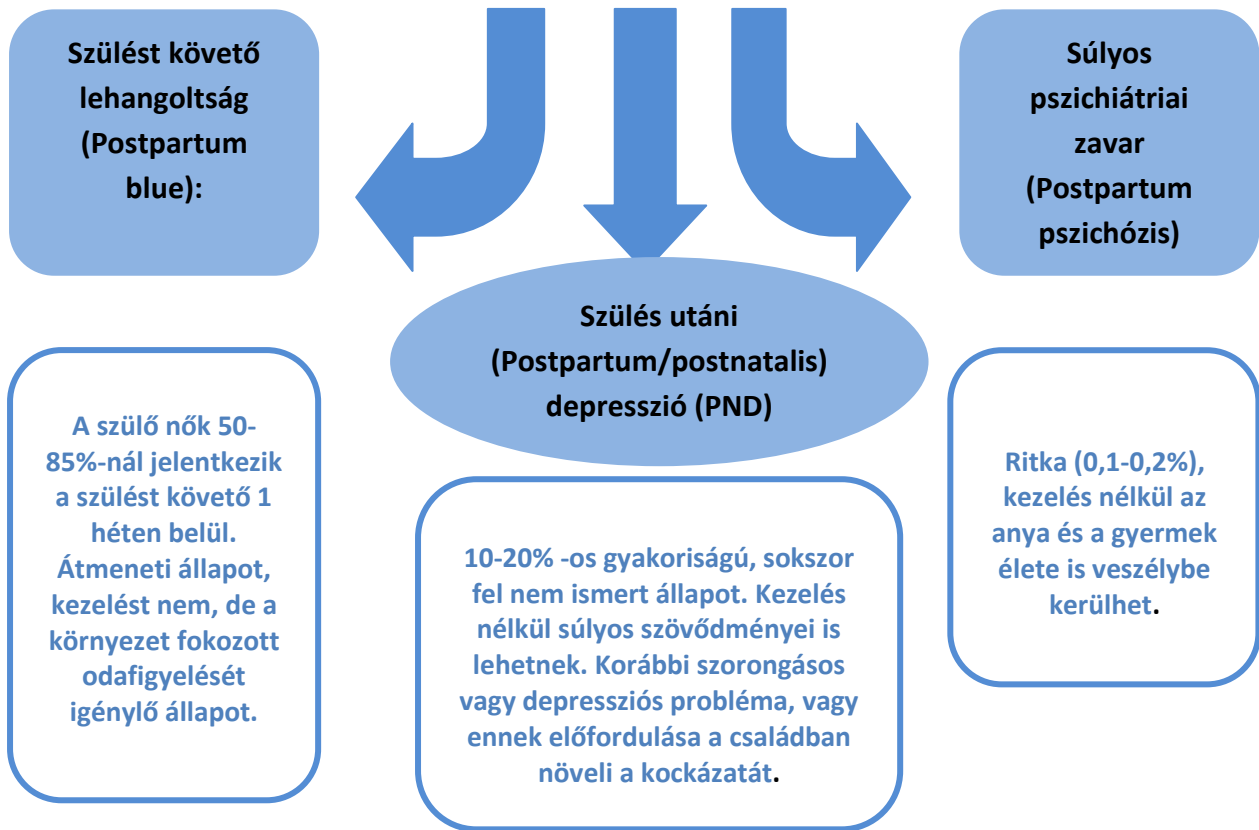
A várandósság alatti depresszió magas előfordulási aránya és súlyos negatív következményei miatt lényeges a pontos detektálása és minél korábbi kezelése. A témával foglalkozó tanulmányok leggyakrabban az Edinburgh Postnatal Depression Scale-t (EPDS) használják (Evans, 2007; Hollins, 2007; Lee, 2007; Smith, 2004). A várandósság hónapjaiban alkalmazva az EPDS szenzitivitása 64%, míg specifitása 90% volt (Lee, 2007).³⁷

A szülést követő hangulatzavarok és típusaik

A nők életében minden szempontból kiemelkedő jelentősége van a szülésnek és a gyermekágyas időszaknak. Örömteli esemény ez, ugyanakkor egy fokozott stresszel és hormonális–testi változásokkal együtt járó állapot, mely mind fizikális, mind pedig érzelmi szempontból igénybe veszi a családot. Természetes folyamatról van szó, mégis sokszor tapasztalhatóak olyan érzelmi reakciók, amelyek nehezen küzdhetőek le, vagy külső segítség nélkül fel sem oldhatók.



A szülést követő időszak pszichiátriai problémáit három fő kategóriába soroljuk, melyek a következőkben kerül bemutatásra (15. ábra):



15. ábra A szülést követő időszak pszichiátriai problémái³⁸

⌘ Gondolja végig, hogy gondozottjai körében a szülést követően az újszülött viselkedése tükrözte-e a várandósság alatt meglévő szorongást, depressziót? Ismeri és használja az EPDS kérdőívet?

Postpartum blues

„A gyermekági lehangoltság egy átmeneti, minor affektív zavar, amelynek prevalenciája 25–85%. A DSM-IV úgy határozza meg a gyermekági lehangoltságot, mint a depresszió egy enyhe és átmeneti formáját, ami a szülést követő 3–7 napon belül jelentkezik (DSM-IV, 2001).

³⁸ Saját szerkesztés



Az állapot tünetei: érzelmi labilitás, sírás, érzékenység, irritábilis, alvászavar,

lehangoltságérzés („blues”), hangulatváltások (akár eufória is), sérülékenység-érzés, értéktelenség-érzés, türelmetlenség és nyugtalanság. Azt mondhatjuk, hogy a szülést követő napokban a nő nagyon érzékeny az őt körülvevő világra, és felfokozott módon reagál is rá. A gyermekágyasok arról számolnak be, hogy teljesen más a hangulatuk, mint általában. A kedvük napközben is nagyon ingadozó, de naponként is módosul. A legfőbb problémát nem a szomorúság okozza, hanem a felfokozott érzékenység. A megszokotthoz képest erős reakció még a teljesen hétköznapi szituációkban is megfigyelhető. A klinikai képre jellemző a hangulati labilitás, kontrollálhatatlan sírás, szorongás, ingerlékenység. Tipikus a reménytelenség, a magány, az állandó feszültség érzése. Az anyánál az étvágy és a koncentráció zavarai alakulhatnak ki. Szembeötlő a gyermekágyas kritikával szembeni fokozott érzékenysége. A vizsgálatok azt igazolták, hogy a gyermekágyi lehangoltság tünetei a szülést követő 2. és 5. napon érik el csúcspontjukat. A 2. napon jellegzetesen intenzívebbé válik az ingerlékenység, a szorongás és a feszültség érzése. Ezzel szemben az 5. napon főleg nyugtalanságtól és fejfájástól szenvednek az anyák. Az említett panaszokat sokan már otthon élik át. A szülést követő 2. és 5. napon is jellemző az állapotra a sírás, a nyomott hangulat és a koncentráció zavara. A tünetek alapján kifejezőbb lenne az „emocionális érzékenység szindróma” elnevezés (Dr. Török Zs., 2010).

Rizikófaktorok³⁹

- előzetes depresszió,
- várandósság során depressziós tünetek,
- családi anamnézisben depresszió,
- premenstruális időszakban vagy fogamzásgátló tabletta szedéséhez köthető hangulatváltozások,
- gyermekgondozás körüli stressz,
- a munka, a kapcsolatok és szabadidős tevékenységek romlása,
- személyiségjegyek: neuroticizmus, szorongás,
- várandósság alatt előforduló alvászavar.

³⁹ Emberi Erőforrások Minisztériuma – Egészségügyi Szakmai Kollégium, Egészségügyi szakmai irányelv – A pre-, peri- és posztnatális mentális zavarok baba-mama-papa egységében történő kezeléséről.

http://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/2485/fajlok/EEMI_szakmai_iranyelve_a_pre_peri.pdf (2018.07.10.)



Posztpartum depresszió

Vannak, akik a szülés után a viszonylag gyakori és múlandó levertségnél sokkal súlyosabb problémával találják szemben magukat. A szülés utáni (postpartum) hangulati zavarok közül a leggyakoribb a **szülés utáni valódi depresszió**, mely a szülések 10–15 százalékában fordul elő. Sajnos gyakran nem ismerik fel. Kimerültség, idegesség, lustaság álarcában húzódik-vonszolódik sokszor hónapokon át. Sok esetben ez a hangulatzavar csak átmeneti, enyhe és kevésbé intenzív, mint a major depresszió (Naiman, 2000).

Rizikófaktorok³⁹

Az előzetes depresszió – különösen a serdülő- vagy fiatal felnőttkorban történő depresszió (Nilsen, 2016) – a legjelentősebb rizikófaktor (Lee és munkatársai, 2001, Cooper és munkatársai, 1999).

Ezen kívül megnöveli a megjelenés esélyét:

- anyai konfliktus (Wilson, és munkatársai, 1996, Kumar és Robson, 1984),
- stresszes életesemények az elmúlt 12 hónapban (Wilson, és munkatársai, 1996; Robertson és munkatársai, 2004),
- a várandósággal kapcsolatban tapasztalt támogatás hiánya a családtól és a barátoktól (Wilson, és munkatársai, 1996, Brugha, 1998; Robertson és munkatársai, 2004),
- érzelmi és anyagi támogatás hiánya a partner részéről (Cooper, 1999),
- egyedülálló anyaság (Brugha, 1998),
- nem tervezett várandósság (Brugha, 1998),
- a várandósság megszakításának gondolata (Kumar és Robson, 1984),
- korábbi vetélés (vagy koraszülés) (Cryan és mtsai, 2001),
- családi anamnézisben pszichiátriai megbetegedés (Brugha, 1998),
- szegényes kapcsolat a saját anyával (Murray és munkatársai, 1995; Erős, 2009),
- ha az anya nem szoptat (Yonkers és munkatársai, 2001, Warner és munkatársai, 1996, Misri és mtsai, 1997),
- ha az anya munkanélküli (nincs hova visszatérnie) vagy háztartásbeli/a háztartás vezetője (Warner, 1996),
- a férj vagy partner depressziója (Goodman, 2004),
- gyermekgondozással kapcsolatos stresszorok jelenléte (Stowe, 1995),
- a várandósság során sok orvosi vizit (Josefsson és munkatársai, 2002),
- veleszületetten sérült újszülött (Rona, 1998),
- személyiség (neurocitás és magas introverzió) (Verkerk, 2005),
- várandósság előtti vagy alatti cukorbetegség (Kozhimannil, 2009),
- bipoláris megbetegedés az egyéni anamnézisben,
- premenstruális szindróma (PMS) (Areias és munkatársai, 1996; Erős, 2009) és premenstruális dysphoria (PMDD) (Erős, 2011).





A gyermekági depresszió tünetei: típusos esetben a tünetek a szülést követő pár héten

belül (2–4 hét) jelennek meg, lassan, fokozatosan kifejlődve. A gyermekági egyre kevésbé tud örülni a gyermeknek, az újszülött ellátása egyre fárasztóbbá válik a számára. Kialakulnak a közepes vagy súlyos depresszió tünetei: alvászavar (főként insomnia), étvágyzavar és jelentős testsúlyváltozás, energiátlanság, szociális izoláció, memória- és koncentrációs zavarok, fokozott aggodás, a szexuális vágy csökkenése, gyakori sírással kísért érzelemkitörések. Mindezeket a családtagok sokáig a gyermekági helyzet természetes velejárójaként könyvelik el, a tünetek súlyosabbá válásakor viszont már a család is kórosnak és aggasztónak ítéli meg a kismama állapotát.

8 A várandós gondozásba vételekor milyen hangsúlyt helyez a lelki egészség protektív (védő) és az ártó faktorai jelenlétének feltárására?

Posztpartum pszichózis

A perinatális időszakban előforduló mentális betegségek közül a legsúlyosabb a gyermekági pszichózis. Legsúlyosabb esetben a szülés utáni hangulatváltozás veszélyes téveszmékkel (ezek közt a legrosszabb annak gondolata, hogy a baba valamiféleképpen torz vagy elátkozott), vagy hallucinációkkal (melyek erőszakos cselekedeteket hívhatnak elő) járhat. Egyes súlyos esetekben mindez tragikus öngyilkossági és/vagy csecsemőgyilkossági kísérletbe torkollhat. A **szülés utáni pszichózis** (posztpartum pszichózis - PPP) a legsúlyosabb és a legritkább szülés utáni pszichés megbetegedés. 1000 szülő nőből egy-két nőt érint (Terp és Mortensen, 1998, Videbech, 1995). Hirtelen jelentkezik, általában az első hét során, de a később, mint a hangulati zavarok. A PPP tünetei nagyon súlyosak, és a valósággal való kapcsolat elvesztésével járnak.



Tünetei lehetnek

- hallucinációk,
- téveszmék (gyakran vallásosak),
- súlyos álmatlanság,
- öngyilkossági vagy gyilkossági gondolatok,
- bizarr érzések és viselkedés.



Az anya részéről önmaga vagy a gyermek bántalmazásával kapcsolatos gondolatok gyakoriak, de gyakran titkoltak. E gondolatok gyakran csak direkt kérdésekre derülnek ki. Ezzel együtt e tünetek pszichózisra utalhatnak, így fel kell mérni a pszichózis lehetőségét. A posztpartum pszichózist az anya gyermek elleni gondolatai, ritkán a gyermekre is kiterjesztett öngyilkossági gondolat, érzékcsalódás, bizarr téveszmék teszik különösen veszélyeztetett állapottá.³⁹

☞ **A szülés utáni pszichózis súlyos vészhelyzetet jelent és azonnali orvosi kezelést tesz szükségessé! A felismerésben pedig a védőnő kulcsszerepet játszik, hiszen ő az a szakember, aki személyes és rendszeres kapcsolatban van a kismamával!**

A gyermekági poszttraumás stressz (PTSD) zavar

A témával kapcsolatos irodalom még nem számottevő, a kutatók is csak az utóbbi években kezdtek foglalkozni a pszichiátriai kórkép szülészeti eredetének feltárásával. Elsősorban váratlan szülészeti események válhatnak ki pszichés zavart, de esetenként „normál” szülés is lehet traumatizáló hatású. A kórkép gyakorisága pontosan nem ismert.

„A PTSD mint fogalom először 1980-ban jelent meg a pszichiátriában. A trauma szó sérülést, bajt jelent. Ez a sérülés speciális magatartást, reakciót eredményez. A DSM-IV a PTSD kiváltásában szerepet játszó traumás élmény meghatározását két feltétel együttes meglétéhez köti (DSM-IV, 2001):

1. A személy olyan eseményt élt át, vagy olyannak volt a tanúja, vagy olyannal szembesült, amelyben valóságos vagy fenyegető haláleset, súlyos sérülés vagy a mások testi épségének veszélyeztetése valósult meg.

2. A személy erre intenzív félelemmel, tehetetlenséggel vagy rémülettel reagált.



A traumás tünetegyüttes klinikai leírásának a mai napig használatos formája a következő:

- fokozott ijedelmi reflex és ingerlékenység,
- különös álmok,
- hajlam explozív és agresszív reakciókra,
- a trauma pszichés fixációja,
- személyiségfunkciók beszűkülése.



Élete során a nők 10%-a él át PTSD-t, a betegség egyharmada 60 hónapnál hosszabb ideig fennmarad. Várandósság alatt a nők 3,5%-ánál diagnosztizálható a kórkép (Smith, 2006). Veszélyeztető tényező a családon belüli erőszak, szexuális abúzus gyermekkorban. Amennyiben a várandósság vetélést, halvaszülést követően fogant, a PTSD előfordulása 20%-ra növekszik (Turton, 2001). A méhen kívüli várandósság, sürgősségi császármetszés is jelentős stresszor, ami növeli a PTSD előfordulását (Ryding, 1998). A szüléssel kapcsolatban két tényező szerepét kell kiemelni:

- a fájdalom,
- az önkontroll elvesztésének érzése” (Dr. Török Zs., 2010).

🔗 Gondolja végig, hogy gondozottjai körében előfordul-e PTSD!

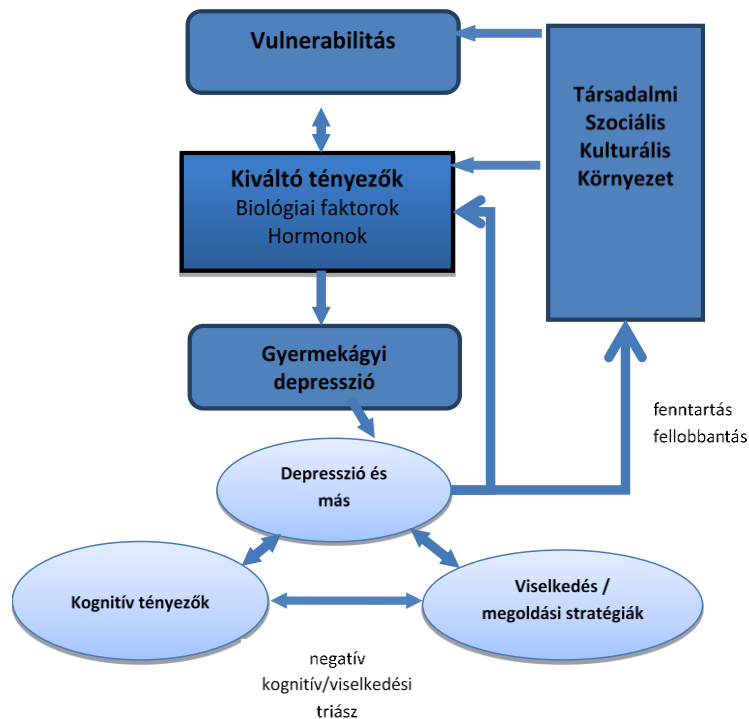
Posztpartum hangulatzavarokat kiváltó tényezők

Mint minden testi és lelki betegség esetén, a depresszió hátterében is soktényezős oki folyamat szerepel (16. ábra). A depresszió kialakulása az egyéni sérülékenység (vulnerabilitás) és a környezeti hatások (pszichés terhelés, stresszhatások) egyensúlyának függvénye.

Az egyéni vulnerabilitást örökletes tényezők alapozzák meg. Az öröklött hajlamra rakódnak rá, ezt módosíthatják a korai életévek tapasztalatai: az anya–gyermek kapcsolat milyensége, a nevelési módszerek, a családi légkör. Ezek a tényezők határozzák meg, hogy hol helyezkedünk el azon a széles skálán, ami azok között húzódik, akik extrém súlyos negatív élmények hatására sem betegszenek meg, és akik láthatólag nyilvánvaló ok nélkül lesznek depressziósak.



Az úgynevezett környezeti tényező a depresszió esetében olyan stresszt okozó életeseményeket jelöl, ami beindítja a betegség kialakulását. Számos olyan életesemény van, ami kimerítheti az alkalmazkodóképességet.



16. ábra A depresszió ok-okozati összefüggései⁴⁰

GYES neurózis

Hazánkban megosztó jelenség, de mára már a nyugati világban általánosan elfogadott az ún. háziasszony szindróma (housewife syndrome), más néven: GYES-betegség, GYES-neurózis. Sok esetben az unatkozó kismamák nem létező problémájaként él, akik jó dolgukban már nem tudnak mit kitalálni. Sokan csak legyintenek rá, pedig valóban gyötrelmes állapot, amely valós szenvedést okoz.

A GYES-neurózis valójában reakció, alkalmazkodási nehézség egy megváltozott, korábban nem tapasztalt elvárásokkal és számos korlátozással járó élethelyzetre. Nem egy egységes kórkép, inkább jelenség, amelyet több tényező együtt hatása okoz (párkapcsolati–családi,

⁴⁰ Forrás: Saját szerkesztés

gyermeknevelési, egészségügyi, pszichés–mentálhigiénés stb. problémák). Fokozatosan alakul ki, és – ha nem érkezik segítség – a fennálló problémák talaján egyre mélyül.⁴¹

Rizikófaktorok:

- társadalmi elvárások nyomása – megfelelési kényszer (az újdonsült anyuka legyen mindig tökéletesen boldog, jókedvű, kiegyensúlyozott, lelkes, odaadó, türelmes, fitt és tele energiával),
- a kisgyerekes létről elképzelt és lefestett idilli kép és a megélt hétköznapi valóság közötti diszkrépancia,
- a hétköznapok egyhangúsága, monotonitása, ingerszegénysége, a bezártság-érzés,
- az anya saját inkompetenciájának vélt vagy valós megélése,
- várandósság alatt depresszió/pszichés betegség megléte,
- a házassági konfliktus,
- a kismama és anyja közötti nem harmonikus kapcsolat,
- a császármetszés,
- a segítséget elutasító magatartás.
- premenstruális szindróma



GYES neurózis tünetei: alvászavar, gyakori sírás, étkezési zavar, bizonytalanság érzés,

szorongás, bűntudat, önértékelési zavar, boldogtalanságérzet, indítékszegénység, szexuális zavar, libidóhiány, örömképtelenség, döntésképtelenség. Ehhez bizonytalanság, kisebbségi érzés, ingerlékenység, indokolatlan félelem, súlyosabb esetben kényszeres viselkedés vagy depresszió is társulhat. Az anya úgy érzi, nem tud megfelelni feladatainak, amelyek váratlanul, csőstül szakadnak rá, kimerült, frusztrált. Mindinkább befelé fordul, és egy idő után valóban nem fog tudni megfelelni mindennapi feladatainak, elszakad az értetlennek, érzéketlennek megélt környezettől. Mindez az egész család életét megmérgezi.

A megoldást többnyire nem gyógyszerek (antidepresszánsok vagy hangulatjavítók) szedése jelenti, hanem a környezet segítése, megértő odafordulása, egy kis tehermentesítés.

⁴¹ <https://pszichologuskereso.hu/problem-groups/gyes-szindróma> (letöltés:2018.07.22.)



Apánál/társnál jelentkező lelki változások

A szülést követő időszak mindkét szülő életében jelentős változást eredményez. Korábban természetes volt, hogy az anya maradt otthon a csecsemővel, így minden vele járó teendő rá hárult. Az apa feladata többnyire a család egzisztenciájának fenntartásában merült ki. A környezet figyelme még napjainkban is gyakran csak az anyára és a babára irányul, annak ellenére, hogy a férfiak szerepe jelentős változáson ment keresztül. Mivel a „panaszkodás” nem férfihoz méltó dolog, így érzelmeiket, esetleges félelmeiket magukban tartva gyakran a munkába menekülnek, vagy az alkohol nyújtotta megnyugvást választják.

Rizikótényező

A kutatók az évek során több tényezőre lettek figyelmesek, melyek növelhetik az apák körében a depresszió megjelenését:

1. Ramchandani és munkatársai (2008) azt találták, hogy azoknál a férfiaknál, akiknél a gyermek születését megelőzően depressziót diagnosztizáltak, 50%-nál a gyermek születését követően is megjelent.
2. A rossz alvó, sokat síró újszülött esetén ugyanúgy megjelenhet apáknál is depresszió, mint az anyáknál (Smart és Hiscock, 2007).
3. A párkapcsolattal való elégedetlenség szintén növelheti az apai depressziót.
4. Az apa munkanélkülisége szintén (Nishimura és Ohashi, 2010).
5. A feleség nehéz természete, esetleg az ő depressziója (Huang és Warner, 2005).

Epidemiológia

„Leach és munkatársai (2015) vizsgálata szerint az apák 4,1–16%-a mutatott szorongásos zavarokat a perinatális időszakban, ez a szám 2,4–18%-ra emelkedett a posztnatális időszakban. Az apai depresszió a szülés utáni nyolc hétben az apák 4%-ánál jelentkezik, mely erős korrelációt mutat a partnereknél megjelenő depresszióval (Ramchandani, 2005).





Következmények ³⁹

- Az apai depresszió ugyanúgy negatív lenyomatot hagy a gyermek fejlődésén (Clark és munkatársai, 1993).
- Fiúgyermeknél akár háromszorosára is növelheti a későbbi viselkedészavarok, pl.: a hiperaktivitás előfordulását (Ramchandani és munkatársai, 2005).
- Gyermekegy depresszióban szenvedő partner mellett az apa kevésbé tud következetes lenni a gyermeknevelésben, inkább egy túlóvó, a tényleges és az érzelmi korlátokat mellőző nevelési attitűd alakul ki nála.
- Ritka esetekben a perinatális időszakban a házastárs/apáknál pszichotikus tünetek is megjelenhetnek, vagy a férfiakban is jelentkezhet várandóssági téveszme (Tényi és munkatársai, 1994, 1996).

☞ Gondolja végig, hogy védőnői tevékenysége során mekkora hangsúly helyeződik az apa szerepére a családtervezés, várandósság és újszülött gondozás során!

Az apai viselkedésben megjelenő sajátos tünetegyüttes, a Couvad-szindróma

Couvade-szindróma egy pszichoszomatikus tünetcsoport mely várandós nőhöz közel állóknál, rendszerint az apánál alakul ki, a legáltalánosabb magyarázat szerint az anya és magzata iránt érzett aggodás váltja ki. Lényege, hogy a szenvedő személy várandóssági tüneteket kezd produkálni nemtől és fizikai állapottól függetlenül, mintha ő is várandós lenne. Nagyjából a szülésig/gyermekágyi időszak végéig tart, alhasi fájdalmakkal, rendszeres hányingerrel, hangulatingadozásokkal. Előfordulási aránya 10–15% a várandós nők párpai körében (Tényi T., 2009).



Jellemző tünet

A Couvade szindróma legfontosabb tünetei hasonlóak a várandóssági tünetekhez, természetesen azzal a különbséggel, hogy nem közvetlenül a várandósság idézi elő ezeket. Jelentkezhet étvágytalanság, fogfájás, rendszeres hányinger, szédülés, álmatlanság, ingerlékenység, hirtelen hangulatváltozások, fáradékonyság, alhasi fájdalmak, szélsőséges esetekben anorexia (de ezzel ellentétesen indokolatlan súlygyarapodás is), sőt posztpartum



depresszió is. Ezek lehetnek a várandós partnerrel való azonosulás, az empátia következményei, ugyanakkor tudat alatti félelmek is okozhatják. A tünetek általában a várandósság harmadik hónapjától jelentkeznek, és nagyjából a szülésig, illetve a gyermekágyi időszak végéig tartanak.⁴²

⁴² <http://www.pszichologus1.hu/couvade-szindroma/> (letöltés:2018.07.02.)



IV. Tevékenység és téma

a. A védőnők alapfeladata és kompetenciája a gyermekvállalás körüli hangulatzavarokban

- Egyéni és közösségi preventív tevékenység keretében tájékoztatás a várandós időszakban bekövetkező pszichés változásokról, kiemelt figyelmet fordítva a szülést követő hangulatzavarok kialakulására, az anyává válás folyamatára, a lehetséges szerepkonfliktusokra, és azok megoldási lehetőségeire, a segítségnyújtás lehetőségeire.
- A gondozásba vételkor a rizikótényezők megbeszélése, feltárása, szaktanácsadás a megelőzés, elkerülés, csökkentés, megszüntetés érdekében.
- A várandósság alatt/szülést követően a korai észleléshez szükséges a szűrővizsgálatok szakmai előírások szerinti elvégzése.
- Az illetékességi körébe tartozó személyek és családok pszichés egészségi állapotának és környezetének nyomon követése, az értő figyelem, aktív hallgatás eszközeinek alkalmazásával.
- A védőnőnek észlelő–irányító funkciója van. Eltérés, tünet, kóros elváltozás, érintettség, megbetegedés gyanújának észlelése esetén az anya szakemberhez irányítása.
- Irányítás, jelzés esetén, a védőnő feladata, a kielégítő tájékoztatás az anya korábbi és jelenlegi mentális problémáiról.
- Az ellátást végző orvos gyógyításra vonatkozó útmutatásainak betartásával segíti, támogatja a kezelés eredményességét.
- Kóros változás esetén az ellátást végző orvos haladéktalan értesítése.
- Egészségfejlesztéssel, pszichoszociális támogatással segíti a szükségszerűen kialakult helyzet elfogadását, az elfogadható körülmények és életvitel kialakítását.
- A párkapcsolat, a családi élet egyensúlya megtartásának, szükség esetén újraalakításának segítése.



- Az érintett személyek családi, közösségi integrációjának elősegítése.
- Elfogadás, elfogadtatás, tapintat, ösztönzés a helyzete vállalására – fejlődés észrevétele. Pozitív visszajelzés.
- Kétoldalú információcsere, felvilágosítás, információ nyújtása a jövő lehetőségéről.

A védőnő lehetőségei, kompetenciája négy területre osztható (17. ábra):



17. ábra A védőnő lehetősége, kompetenciája a gyermekvállalás körüli hangulatzavarokban⁴³

Prevenció

A depresszió elkerülésében lényeges a prevenció szerepe. **Egyéni tanácsadás keretében, vagy a szülés- előkészítő tanfolyamokon** egyszerűen beszélni kellene arról, hogy senki sem felel meg tökéletesen a valóságtól oly távol álló „mindent bíró, mindig boldog” anya mítosznak, ezt ne személyes kudarcnak éljék meg, és ne szégyelljenek segítséget kérni. Ez az őszinteség sok anyának segítene a nehéz napok elviselésében és az eltitkolásból adódó nagyobb bajok megelőzésében. A védőnőnek tudatosítani kell, hogy nem kell tökéletes anyának lenni, a gyerekeknek elég, ha az anya, „csak” elég jó anya.

Primer prevencióval már egészen a gyermekkori egészségneveléssel hatással lehetnek a

⁴³ Forrás: Saját szerkesztés

fiatalokra, a társas kapcsolatok kialakításában, a gyermekvállalás tervezésében, szülői szerepre való felkészítésben. Sokan nem állnak készen az anyaságra a teherbeeséskor, ami a depressziós állapotok kialakulásának esélyeit növeli.

Szekunder prevenció során pedig a várandósok támogatása nagyon fontos és meghatározó:

- a felkészítés a szülésre, az újszülött és csecsemő megfelelő gondozására,
- a „más állapot” elfogadtatása a várandóssal, valamint családjával,
- a család felkészítése az új szerepekre.

Ezen témák feldolgozása sokat segíthet a várandósság alatti szorongás, hangulatzavarok megelőzésében.

A terciér prevenciónak szintén jelentős szerepe van, mivel, ha már kialakult a hangulatzavar, szintén a védőnő az a személy, aki ezt hamar észreveheti gondozottján, és megfelelő intézkedéseket tehet.

Családlátogatás, gondozás

A családlátogatás, gondozás folyamán számtalan lehetőség adódik a védőnő számára a hangulatzavarok időben történő felismerése terén.

A várandós gondozásba vételekor fel kell ismerni azokat a rizikótényezőket, amelyek előre vetíthetik a várandósság alatt és a szülést követően kialakuló hangulati zavarok lehetőségét. Ennek megfelelően a gondozási folyamatnak tervezetten kell megvalósulnia.

A szülést követő hangulatzavarok előrejelzésében fontos tényezők



- várandósság alatti depresszió,
- önértékelési zavar,
- gondok az előző várandóssággal, magzattal, újszülöttel,
- szorongás a várandósság alatt,
- „nehéz az élet” – érzések megfogalmazása,

- szocializációs képességek zavara,
- lehetőségek és támasz hiánya,
- házastársi, párkapcsolat elégtelensége,
- depressziós anamnézis a családban,
- alkalmazkodóképesség a baba temperamentumához,
- konfliktusokkal teli család,
- elégedetlenség az anyagi, szociális helyzettel,
- nem várt várandóosság,
- bűntudat, lelkiismeret-furdalás (előzőleg fel nem dolgozott vetélés),
- a környezet részéről a megfelelő támogatás és elfogadás hiánya,
- társadalmi és egyéni elvárások – görcsös megfelelni akarás,
- premenstruális szindróma,
- császármetszés.

A legfontosabb, hogy a védőnő hallja meg, amit a gondozott, az anya a szavak mögé bújtat, azaz értse meg a rejtett üzenetet.

Az értő figyelem, az aktív hallgatás tudomásunkra hozza, mi az, ami elviselhetetlen, amihez nehéz felnőni, amivel nehéz megbirkózni. Az érzelmek feltárása és megfogalmazása, a problémák konkretizálása, a kisebb célok kitűzése önmagában segít. A várandóosság alatti és gyermekágyi depresszió nagyjából ugyanazokat a tüneteket mutatja, mint a szüléstől független. Egyebekben egy „reménytelen” depressziófajta, enyhe, szerencsés esetekben csak az a dolgunk, hogy meghalljuk, hogy mi rejlik a depresszió mögött az adott esetben, mi az, ami az anya életében ott és akkor elviselhetetlen.

A szülést követő depresszió tünetei (ahogyan az anyák megfogalmazzák)

A depressziónak vannak jól megfogalmazható tünetei, de ezek tankönyvíví, tartalomjegyzék-



szerű felsorolások, melyek közül sokan jó néhányat megtapasztalnak, bizonyos tüneteket súlyos, másokat kevésbé kínzó formában. Egy védőnőnek azonban meg kell éreznie, hallania, ahogy ezek a tünetek a hétköznapokban megjelennek. Az anya sokszor nem képes tüneteit megfogalmazni, azonban az alábbi kijelentései utalhatnak a depresszió meglétére.



„minden olyan színtelen...”

„állandóan csak sírni tudnék...”

„úgy érzem semmire sem vagyok képes...”

„senki nem kérdezi velem mi van, csak a baba érdekli...”

„hogyan érezhetem magam ilyen pocskékul, amikor ilyen gyönyörű babám van...”

„iszonyú fáradt vagyok...”

„minden erőfeszítésbe kerül...”

„nem vagyok önmagam...”

„annyira egyedül vagyok, senki sem segít...”

„mintha felülről, kívülről nézném magam...”

„megőrülök, bolond vagyok...”

„senkit sem akarok látni...”

„nem bírom elviselni, ha megérintenek...”

„úgy érzem felrobbanok...”

„nem tudok semmit sem eldönteni...”

„zavart gondolataim vannak, minden olyan ködös...”

„már megint sír, pedig most ültem le...”

„az egyik pillanatban kitűnően vagyok, a másikban pedig őrjöngeni tudnék...”

„néha azt gondolom, mindenkinek jobb lenne nélkülem...”

☞ Gondolja végig, hogy hányszor hallott ilyen megfogalmazásokat? Mit tett ilyenkor?

A gyermekügyi depresszió felismerését nehezíti, ha a tünetek a gyermekre vonatkoznak. Az anya vagy állandóan gyermekét félti, „a fúvó szellőtől is óvja”, vagy pont ellenkezőleg hiányzik a gyermeke iránti érdeklődés, maximum az ellátásra szorítkozik. Ezekben az esetekben a környezet hajlamos morális ítéletalkotásra: túl jó anya, túlzottan szereti, félti gyermekét, vagy



pont ellenkezőleg: nem eléggé jó a gyermekéhez.

A család, a környezet bevonása

A pozitív eredmény elérése érdekében nagyon fontos a család, a környezet bevonása. Meg kell magyarázni, hogy mi történik, milyen okok vezettek ide, hogyan tudnának segíteni. Ugyanis a környezet általában a lehető legrosszabb módszert választja, pl: „most már állj talpra” felszólítással. Ez fokozza az anya büntudatát, csökkenti önbizalmát, hiszen ez azt jelenti számára, hogy ő kevésbé képes a terhek viselésére, mint más.

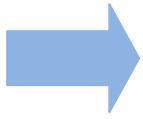
A család interakciós mintázata is fontos változó. Azok a nők, akik saját anyjukkal rossz, esetleg ellenséges viszonyban vannak, nagyobb kockázatnak vannak kitéve. A házassági problémák vagy a házastársak közötti vallási, világnézeti különbségek szintén hajlamosító tényezőnek minősülnek.

☝ A depresszió kialakulásának egyik legdöntőbb tényezője – az anya személyisége mellett – a közvetlen környezet támogatásának és szélesebb körű érdeklődésének a hiánya.

- A környezet tagjai általában „rábeszéléssel” próbálnak segíteni, ahelyett, hogy szakemberhez (védőnő, háziorvos, pszichológus, pszichiáter) fordulnának, annak érdekében, hogy mielőbb szakszerű segítséget, gyógyítást és gyógyulást kapjon a beteg.
- Az a laikus megoldásmód, mellyel az anyát a gyermek látványában való gyönyörködésre biztatással, az anyasággal együtt járó örömeik hangoztatásával próbálják „segíteni”, inkább további terhet jelent az anya számára, és nem javít az amúgy is labilis anyai személyiség alakulásában.
- A partner támogatása fontos biztonságérzés az anya számára.
- Ugyancsak fontos, hogy mások (családtagok, barátok) is érzelmi támogatást nyújtsanak, de ne, mint anya iránt érdeklődjenek csupán, hanem megadják az anyában továbbra is ott élő egyéb felnőtt női-szerepélmények (nőiesség, barátság, kultúra stb.) átéléséhez a támaszt, lehetőséget.



A hangulatzavarok szűrése kérdőíves módszerrel



Adekvát szűréssel, interjúkészítéssel, kérdőív használatával, a szorongásos állapotok és hangulatzavarok időben felismerhetők, az édesanya segítségért, kezelésért tovább irányítható. Felismerhetővé válik, hogy elég lesz-e egy feltáró, segítő beszélgetés a védőnővel, vagy pszichológus, módszerspecifikus terapeuta, esetleg pszichiáter bevonása szükséges. Időben történő felismeréssel, minden szakaszban van lehetőség, mind a visszafordulásra, mind a teljes gyógyulásra – megakadályozva ezzel a hosszú távú következményeket, személyes tragédiákat.

A védőnők családlátogatásaik során töltik ki a **standard EPDS kérdőívet** (*tartalmazza: Gyermek-alapellátási útmutató 2014.*) rögzítik személyes benyomásaikat, beszélgetnek a témáról a kismamával, ezzel is segítséget, támaszt nyújtva probléma megoldásához. Tapasztalatok szerint az anyák nem idegenkednek, sőt kifejezetten örülnek az ilyen jellegű rákérdezésnek, és spontán is el kezdik sorolni panaszait, nehézségeiket. A kérdőív kitöltése mindössze néhány perc.

Az EPDS kérdőíven a válaszokat 0 és 3 pont között értékeljük, aszerint, hogy negálta, ill. abszolút egyetértett a kérdéssel. Ez alól csak az első két kérdés kivétel, ahol fordított a kérdésfelvetés módja. A standard előírásai szerint 12 pont felett – figyelembe véve a gondozás során szerzett tapasztalatokat – szakorvosi, pszichológusi konzultáció szükséges.

A védőnő jelen van a családok mindennapi életében, ismeri a gondozottat. Tapasztalatok szerint a pontszám elengedhetetlen információ, a védőnő személyes véleménye a másik nagyon fontos adat, figyelembe véve a várandósság egészét. Hányszor és miért fordult az asszony orvoshoz, a védőnői szolgálathoz, volt-e előzményben depresszív életszakasz stb.? Kiderült-e valami, és ha igen, mi a személyiség vertikális feldolgozása, megismerése során tb.? A rizikókérdőív felvétele feltárt-e valamit?

☝ **Tehát a védőnő nem diagnosztizál, egyszerűen pontszámot illeszt össze a gondozás folyamán szerzett tapasztalatával, tudásával, s ismeretei birtokában tovább tudja irányítani a gondozottat speciális segítségért.**



V. Alkalmazható módszerek és eszközök: a védőnő gyakorlati eszközei a személyes tanácsadás során

A védőnőknek számtalan eszköz van a kezében, amelyeket adekvát módon alkalmazva időben felismerhetővé és megelőzhetővé válnak a hangulatzavarok úgy, mint:

1. Felvilágosítás, tanácsadás.
2. Megelőzés, szűrés (Rizikószűrés-kérdőív a várandósok körében, EPDS), lehetőleg a várandósság idején.
3. A szülés utáni lehangoltság jeleinek észlelése, a hangulati zavar mértékének megállapítása; az anya kóros hangulatzavarának felismerése.
4. Az anya tájékoztatása a jelenségről, megnyugtatósa.
5. Az anyát támogató családtagok (apa, nagyszülők, más segítők) tájékoztatása; anyai „gyázmunka” segítése.
6. Szakellátásba irányítás a betegség súlyosságának megfelelően.
7. A „kiszúrt” anyákkal megkezdeni a szülés előtt, és folytatni a szülés után a támogató pszichoterápiát, szükség esetén a gyógyszeres kezelést.
8. Betegségtudat, betegségbelátás kialakítása, fokozott figyelem.
9. Értő figyelem, aktív hallgatás, empátia.
10. Negatív gondolatok monitorozása, gondolat napló vezetésének javaslata, negatív gondolatok megválaszolása (valóságvizsgálat):
 - Mi szól a negatív gondolat mellett, mi támasztja alá?
 - Milyen tapasztalat mond ellent neki?
 - Mi utal arra, hogy nem teljesen igaz?
11. Alternatív, realisabb hiedelem megfogalmazása közösen az anyával, segítő kérdések révén, pl:
 - A legjobb barátja mit mondana ebben a helyzetben?
 - Öt vagy tíz év múlva visszpillantva hogyan látná ezt a helyzetet?

Kérdezés

A védőnői ellátás alapelve a tolerancia és az empátia. Ezek jegyében egészen egyszerűen kérdezzünk! Mégpedig úgynevezett nyitott kérdésekkel, amelyek elő fogják segíteni, hogy megismerjük és megértsük az adott család szokásait, életét. Erre a tudásra alapozhatjuk



mindennemű szakmai tanácsadásunkat, gondozási tevékenységünket. Olyan kérdéseket tegyünk fel, amelyekre nemcsak egyszavas válaszok adhatók, hanem amelyekre válaszolva a kérdezett elkezdhet mesélni, információt adni magáról: meséltessük a kellemes emlékekről, kérdezzük meg, hogyan érzik magukat a megváltozott helyzetben, mi a véleményük a magzatról, a szülésről, gyermeknevelésről, és így tovább. És ami a legfőbb, figyelmesen hallgassuk meg a válaszokat!

Figyelem, értő meghallgatás

Önmagában már a meghallgatás is meg fogja teremteni azt a szakmai–emberi kapcsolatot, amire alapozhatjuk a jövőbeni együttműködést (hiszen ez a típusú odafigyelés, meghallgatás nagy valószínűséggel hiányzik sok szülő saját életéből), arról nem is beszélve, hogy minden információ hasznos lesz a jövőben, és mindenkinek a történetében találni olyan tartalmat, kellemes élményt, pozitívumot, amely számára erőforrásként szolgálhat, hogy megfeleljen a kihívásoknak. Ezeket pozitív szemlélettel és hittel újra előhívhatjuk bennük – akár csak a hallottak pusztá megismérlésével és a pozitív vonások hangsúlyozásával.

A kérdezés és az értő figyelem, amikor a hallgató ugyan figyel, de a beszélő gondolatait átfogalmazva tükrözi vissza, egyébként is általános erejű „módszer”, számtalan helyzetet segíthet kezelni, megoldani. Erre alapozva lehet az összes felmerülő helyzet, probléma esetén is elérni, hogy a gondozottak elfogadják a tanácsokat.

Önsegítő csoport

Az önsegítő csoportokban tapasztalják meg sokan először mélyen az életükben, hogy elfogadottak akkor, amikor a környezetükben már senki sem fogadja el őket. Itt kerülhetnek felismerésre azok a belső, az átélt sérelmeket feldolgozni segítő érzések, mint hogy: „Nem vagyok egyedül. Másnak is vannak hasonló problémái.”

A csoport támogató funkciót tölt be, megteremti annak lehetőségét, hogy a csoporttag a történeteikről olyan csoporttársaknak beszéljen, akiknél hasonló probléma, érzés, vagy krízishelyzet következett be. A csoport ily módon támogatást, információt és képviselet is nyújt egyben. A társas kölcsönhatás, a döntéshozatali folyamatban való részvétel, az érzések, a gondolatok és a tapasztalatok kifejezése révén a csoport tagjainak autonómiája, önbecsülése, önbizalma és érzelmi stabilitása fejlődik.



Várandósság alatti stressz, szorongás feldolgozása

A várandósság alatti **anyai stressz kezelése kulcsfontosságú** kérdés! Alacsonyabb szorongásszint esetén a védőnő is feltárhatja a kismama stresszkezelési repertoárját, esetleg kiegészítheti azt néhány gyakorlat ajánlásával, megtanításával. Magas szorongásszint esetén viszont ajánlatos pszichológus vagy mentálhigiénés tanácsadó segítségét igénybe venni. Első körben célszerű megtudni a kismamától, milyen stresszredukciós eszközökkel rendelkezik. Ez lehet valamilyen sport, baráti beszélgetések, jóga, zenehallgatás, séta stb. Bátorítható ezek mindennapi alkalmazására! Rendkívül hatékony szorongáscsökkentő módszer a relaxáció. Legalaposabban kidolgozott formája az autogén tréning, ami szakembertől sajátítható el, egyszerűbb módjai könyvből, felvételtől is megtanulhatók, gyakorolhatók (Bagdy, 2008; Bagdy, Koronkai 1988).

Naplóírás javasolása

A védőnő javasolhatja a naplóírás alkalmazását. Ez nem a hagyományos várandósnapló, hanem egy saját maga számára írott napló, amibe a várandós/gyermekágyas kendőzetlenül, őszintén feltárhatja a gondolatait, érzéseit, megéléseit. A nehéz, fájdalmas élmények megszelídítésének ez az egyik útja: a homályos, bensőjét elárasztó dolgok szavakba öntése, majd kívülre helyezése. Gyakran megtörténik, hogy ezek a gondolatok a magzatra/újszülöttre vonatkoznak („Megőrülök tőle! Nem hagy aludni ez az Ördög!”). A szakember segíthet az érzések szétválasztásában: elmagyarázhatja, hogy ezt nem a magzat/újszülött „teszi vele”, hanem a teste és a lelke ilyen módon reagálja le azt a sok-sok változást, ami az újszülött megérkezésével jár. Ha a nehéz érzések nem szelídülnak, pszichoterápiás segítségnyújtás javasolható.

A szülésélmény feldolgozása

A szülés igen meghatározó élmény, ezért fontos, hogy a védőnő legalább egyszer hallgassa meg a teljes történetet. Amennyiben azt látja, hogy az anya ezekkel az élményekkel birkózik, felajánlhatja segítségét a nehézség kibogozásához. Egy szempontot fontos figyelembe venni: a nő érzelmei vannak előtérben és a nehézségét is csak érzelmi oldalról lehet megoldani. A racionális magyarázatok nem hozhatnak megoldást, még akkor sem, ha helytállóak és igazak. Például, ha az anya elpanaszolja fájdalmát, amiért vákuummal született meg a kisbabája, akkor hiába érvelünk azzal, hogy ez életmentő volt és örüljön az egészséges gyermekének. Ez nem írja



felül az érzelmi megélést, a kudarcérzést és a fájdalmat. Erre csak egy megoldás lehetséges: az érzések megfogalmazása, elmesélése, leírása, azaz feldolgozása.

Hangulatzavarok felismerésére való felkészítés

A gyermekági lehangoltság nem kerülhető el, ám nem mindegy, hogy váratlanul vagy felkészülten éri a kismamát és a családot. Felkészültség esetén az anya tudja, hogy nyugodtan teret adhat hangulati hullámzásainak és indokolatlannak tűnő könnyhullatásának, a család pedig tisztában van vele, hogy a nőnek érzelmi támaszra és megértésre van szüksége, nem kritizálásra vagy üres vigasztalásra. Szülés utáni depresszió esetében a prevencióra érdemes külön figyelmet fordítani. Veszélyeztetett szülők esetében ajánlatos erősebb támaszt nyújtani már a várandósság alatt is, például szorosabb kapcsolattartással, rokoni és baráti kapcsolatok bevonásával, illetve közösségi támasz (pl. várandós klub, baba-mama klub) ajánlásával. Sokat segíthet a szülésre való alapos felkészülés, valamint a baba megszületése utáni időszakra való hangolódás is: a szakember elbeszélgethet a kismamával a lehetséges nehézségekről és azok megoldási módjáról, a „tökéletes anya” irreális elvárása helyett az „elég jó anyaságról”, a szerepkonfliktusokról stb. A gyermekági depresszió kiszűréséhez az EPDS kérdőívet használva, magas pontszám esetén feltétlenül szakemberhez irányítás a megfelelő eszköz.

⌘ Gondolja végig, hogy munkája során melyik az a módszer, amelyet leginkább alkalmazhatónak tart! Mennyire ismeri az önsegítő csoport hatékonyságát, a segítő erőt a csoport működésében?



VI. Lelki egészség a 0–6 éves gyermeket nevelő családokban

Ebben a fejezet részben – táblázatos formában – mutatjuk be a 0–6 éves gyermeket nevelő családok körében leggyakrabban jelentkező lelki problémákat, nehézségeket, illetve módszertani segítséget nyújtunk a felismeréshez, és a megfelelő szakemberek, intézmények, szervezetek szakmai támogatásának igénybevételéhez.



Család és szülő születik

Nehézségek rövid összefoglalása

A gyermekvállalás bonyolult döntés, az együtt élő pár valójában ekkor válik családdá. A gyermek érkezésével az érzelmi dinamika átalakul: a párból csoport lesz, amelyben egymáshoz való viszonyuk is önkéntelenül átalakul. A csoport legfőbb jellegzetessége, hogy tagjai képesek kisebbséget és többséget alkotni. Nem csak a kisgyermek születik meg, amikor a világra jön: új szakasz kezdődik a szülei életében is. A szülővé válás hosszú folyamat, amely a gyermekkorban elkezdődik és lehetőséget teremt a gondoskodásra, intenzív érzelmek átélésére. Ugyanakkor azzal is szembesíti a fiatalokat, hogy a szülői szerephez lemondás, áldozathozatal, a személyes lehetőségek beszűkülése is hozzátartozik. A szülővé érés nem fejeződik be ekkor: az első hónapokban, az első próbatételek és nagy örömök során bontakozik ki teljes valójában az a bonyolult,

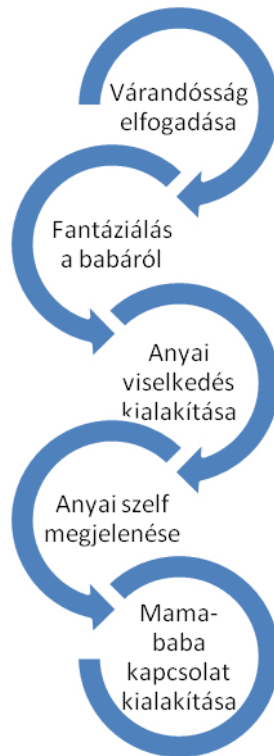
	<p>féltéssel, szeretettel, az új családtag befogadásával kapcsolatos érzelmi együttes, amelyet szülői habitusnak nevezhetünk. Egy gyermek születése az egész családot új helyzetbe hozza: generációs váltás jön létre. A szülőkből nagyszülők lesznek, a gyerekekből szülők. Új szerepek, szabályok, szokások alakulnak ki, és ez a váltás sokszor egyáltalán nem feszültségmentes (Margitics, F., 2009).</p>
<p>Védőnői lehetőségek, teendők</p>	<p>A védőnő nagyon sokat tehet a szülővé válás folyamatában. Az egyik legfőbb feladat az anya, az apa, esetleg a helyzetet túlszorongó nagyszülő megnyugtatása, biztatása. Fontos, a család és a szülők erősítése!</p> <p>Önbizalomnöveléssel, meggyőzéssel, pozitív visszajelzések adásával megerősíteni azt, amit a család helyesen tesz. Fel kell hívni a figyelmet a veszélyhelyzetekre, oly módon, hogy ne keletkezzen felesleges szorongás.</p>
<p>Együttműködő szakterületek</p>	<p>Területen elérhető szülő csoportok, önszorgató csoportok, klubok, pszichológus, pedagógiai szakszolgálat.</p>

<p>Nehézség azonosítása</p>	<p>Az anyává válás nehézsége</p>
<p>Nehézségek rövid összefoglalása</p>	<p>Az anya „megszületése” nem feltétlenül esik egybe a kisbaba megszületésével. Sok nő első gyermeke megszületésekor nem érzi magát azonnal anyának. Mindössze annyit tud, hogy egészen máshogy érzi magát, mint korábban, szinte mintha más ember lenne, és ez igaz is. A helyzet új, és az anyának időre lehet szüksége ahhoz, hogy alkalmazkodjon új életéhez. A szülés után rengeteg lelki munka is zajlik. Egyrészt a gyermek megszületésével a múlt eddigi része lezárul, bizonyos szerepek és sok lehetőség végérvényesen megszűnik. Az elkerülhetetlen veszteségek miatt a gyermek születése felett érzett örömből némi szomorúság, gyász is vegyülhet. Az anyává válás már a várandósság alatt elkezdődik, és nem a szülés az, ami egy csapásra anyává varázsolja a nőt. Onnantól fogva, hogy</p>



	<p>egy kisgyerek megérti, hogy mi a különbség a fiúk és a lányok között, és azt is megérti, hogy ő az utóbbi csoportba tartozik, megkezdődik ez a folyamat (Daniel N. Stern 2006). Bármilyen korán is kezdődik az anyai identitás formálódása, ezek az apró, észrevétlen lépések a várandósság alatt teljesednek ki igazán. Eközben a váradós nő tele van ki nem mondott félelmekkel, aggodalmakkal. Egy teljesen ismeretlen terep előtt áll, belátható időn belül egy törekeny kis ember élete függ majd teljes egészében tőle. Sokakban, ha nem mindenki felmerülhet a kérdés: jó anya leszek-e egyáltalán? Megkezdődik a 0–24 készenlét időszaka, amit valóban szó szerint kell érteni. Éjjel-nappal az anya az elsődleges felelős a gyermeke biztonságáért.</p>
<p>Védőnői lehetőségek, teendők</p>	<p>Szaktanácsadás, segítségnyújtás a családi élet, a szülői szerepek, a helyes szokások, az egészséges és biztonságos környezet kialakításában és megvalósításában.</p> <p>A konkrét segítségnyújtás szakembereinek és intézményeinek megismertetése.</p>
<p>Együttműködő szakterületek</p>	<p>Területen elérhető szülő csoportok, önszervező csoportok, pszichológus, pedagógiai szakszolgálat.</p>

Az anyává válás folyamatát az alábbi állomásokkal írhatjuk le:



Nehézség azonosítása	Az anyai szerep és a feleség szerep összehangolása
<p>Nehézségek rövid összefoglalása</p>	<p>A férfi és nő nemcsak nemi, biológiai adottságok készlete, hanem szerep is. Vannak dolgok, amik alapjaiban soha nem fognak változni: ezek közé tartozik a kisgyermeket nevelő nők kiszolgáltatottsága, érzelmi sérülékenysége. A nőknél, ha anyává válnak, a női attitűdök elsődlegessége legtöbbször háttérbe szorul, helyüket az anyai viselkedés, irányultság veszi át. Ugyanakkor a kapcsolat szempontjából fontos, hogy a kismama figyeljen oda arra is, hogy a férjének is jusson egy kis gyengédség. És mi történik a férfiakkal? Ők pedig igen nehezen tudják elviselni, hogy az anya életében más tölti be a központi szerepet. Nehezen adják fel korábbi pozíciójukat, amelyben a kedvüket keresték, ők voltak az érdeklődés legfőbb tárgya. A harmonikus együttélés érdekében a férjnek is el kell fogadnia, hogy a gyermek megszületése után már nem ő áll a középpontban. Forduljon ő is a gyermek felé, érdeklődjön, hallgassa</p>

	<p>meg a feleségét, mi történt egész nap a gyermekkel. Ettől a figyelemtől az anya is motiváltabb lesz, hogy kedveskedjen a partnerének (Ranschburg, J., 2004).</p>
<p>Védőnői lehetőségek, teendők</p>	<p>Szaktanácsadás, segítségnyújtás a családi élet, a szülő szerepekről. Már a szülésfelkészítés során fontos a lehetséges problémák tudatosítása. Tanácsok:</p> <p>Segítséget adhat, ha felidézük magukban, mi az, ami miatt a partnerüket megszerették, mi az, amit értéknek tartanak benne. Határozzák el, hogy a kezdeti kritikus időkben fokozottan figyelnek egymásra, és igyekeznek megelőzni a rejtett sérelmek halmozódását. Ha alkalom adódik, rá lehet vezetni az apát, hogy jobb volna, ha többet lenne otthon, ha a gyermekeknek több ideje volna vele játszani.</p> <p>Javasolható a szülőpárnak, hogy szánjanak minden nap egy fél órát, egy órát arra, hogy kettesben beszélgessenek.</p> <p>Fontos, hogy vonják be, engedjék be az apát a csecsemőgondozásba és a gyermeknevelésbe, ne kritizálják őket, nézzék el nekik csetlő-botló segíteni akarásukat.</p> <p>A konkrét segítségnyújtás szakembereinek és intézményeinek megismertetése.</p>
<p>Együttműködő szakterületek</p>	<p>Területen elérhető szülő csoportok, önszorgató csoportok, pszichológus, pedagógiai szakszolgálat.</p>

<p>Nehézség azonosítása</p>	<p>„Elég jó szülő” – kompetens szülő</p>
<p>Nehézségek rövid összefoglalása</p>	<p>A gyermek életében a korai évek központi kérdése az alapvető bizalom érzésének megteremtése. A gondozóval való kapcsolatban fontos üzeneteket kapnak a babák az őt körülvevő világról. Ebben a viszonyrendszerben – Winnicot szerint – a szülőknek nem kell tökéletesnek lenniük, csupán elég jónak kell lenniük ahhoz, hogy egészséges és kiegyensúlyozott gyermekeik legyenek. Az „elég jó</p>



	<p>szülő” fogalma meglehetősen szubjektív és tág fogalom, ami azt jelenti, hogy csak az elég jó szülő a jó szülő, a nagyon jó vagy nem elég jó – nem az. Eszerint nem kell tökéletesnek lennie a szülőnek ahhoz, hogy a gyermeke egészségesen fejlődjön. Az elég jó azt jelenti, hogy sok szempontból megfelelő, sok szempontból kielégítő a gyerek számára. A szülői kompetenciaérzés a szülő hite abban, hogy ő maga mennyire hatékony, sikeres szülő, valamint mennyire elégedett szülői szerepével. Más szavakkal: a magas szülői kompetenciaérzéssel rendelkező szülő kompetensnek és magabiztosnak érzi magát gyermeknevelési feladatokban, úgy érzi, megvan a képessége arra, hogy a gyermekkel kapcsolatos problémákkal megküzdjön. Az anyai/szülői feladatok megtanulásának a folyamata nem rögzült a köztudatban („én vagyok az anyja, úgyis tudom, hogyan kell ellátni”), emiatt sokszor igen nehéz kommunikálni, megőrizni a szakmai etika határait, és csökkenteni az anya/szülő és a védőnő közötti feszültséget.</p> <p>Mindehhez az optimális szülő:</p> <ul style="list-style-type: none"> • következetes szabályokat állít fel, • életkornak megfelelő elvárásokat támaszt, • megerősíti a helyes viselkedést, • elfogadja és gondozza a gyermeket, • modellként szolgál, • életkornak megfelelő felelősséggel ruházza fel a gyermeket, • a fejlődéshez szükséges ingereket biztosítja, • figyel a gyermek tevékenységeit, • a szabályokat és a határokat megindokolja.
<p>Védőnői lehetőségek, teendők</p>	<p>Szaktanácsadás, segítségnyújtás a családi élet, a szülő szerepekről. Megértetni a szülői szerep mibenlétét, és elfogadtatni az ebben való segítségnyújtást. Megértetni a szülővel, hogy elsődleges a gyermekre irányuló figyelem, középpontban a gyermek testi, lelki, mentális fejlődésének segítése kell álljon.</p>

	<p>Megérteni a motivációit és együttérzést tanúsítani;</p> <p>A problémákkal küzdő szülők elméleti és gyakorlati ismereteinek bővítése (pl.: a gyermeki fejlődésről, gondozásról, nevelési eszközökről és módszerekről),</p> <ul style="list-style-type: none"> • szülői attitűd fejlesztése; • szülő kezdeményezéseinek támogatása, • reagálni kérdéseire, szorongásaira, • a konkrét segítségnyújtás szakembereinek és intézményeinek megismertetése, • a szülők egymással való kapcsolatának erősítése.
Együttműködő szakterületek	Területen elérhető szülő csoportok, önszorgató csoportok, pszichológus, pedagógiai szakszolgálat.

Nehézség azonosítása	Diszfunkcionális szülő
Nehézségek rövid összefoglalása	<p>Annak a szülőnek, akinek gyermekkorában a gondozója nem volt elég jó, nagy valószínűséggel lesznek problémái a saját gyermekével való kapcsolatában. Rizikótényezők:</p> <ul style="list-style-type: none"> • gyenge társas támasz, szociális háló, • rossz partnerkapcsolat, • pszichés tényezők, pl. depresszió. <p>Figyelmeztető jelek:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nem reagál a gyermekre, • szigorú és túlkontrolláló, • képtelen elfogadható elvárásokat támasztani és határokat szabni, • a nem megfelelő viselkedés megerősítése, • kommunikációjával a gyermeket bántja, • nem figyel a gyermekre, • nem következetes, illetve nem képes azokat a helyzeteket kezelni, ahol büntetésre van szükség.



<p>Védőnői lehetőségek, teendők</p>	<p>Szaktanácsadás, segítségnyújtás a családi élet, a szülő szerepéről. Megértetni a szülői szerep mibenlétét, és elfogadtatni az ebben való segítségnyújtást.</p> <p>Megértetni a szülővel, hogy elsődleges a gyermekre irányuló figyelem, középpontban a gyermek testi, lelki, mentális fejlődésének segítése kell, hogy álljon. Megérteni a motivációit, és együttérzést tanúsítani.</p> <p>A problémákkal küzdő szülők elméleti és gyakorlati ismereteinek bővítése (pl.: a gyermeki fejlődésről, gondozásról, nevelési eszközökről és módszerekről),</p> <ul style="list-style-type: none"> • szülői attitűd fejlesztése, • szülő kezdeményezéseinek támogatása, • reagálni kérdéseire, szorongásaira, • a konkrét segítségnyújtás szakembereinek és intézményeinek megismertetése, • a szülők egymással való kapcsolatának erősítése.
<p>Együttműködő szakterületek</p>	<p>Területen elérhető szülő csoportok, önszorgító csoportok, pszichológus, pedagógiai szakszolgálat.</p>

Nehézség azonosítása	Megfelelő-e gyermekem fejlődése, nevelése
<p>Nehézségek rövid összefoglalása</p>	<p>A gyermek születését követően, leginkább az első gyermek esetében, az anyában, a szülőknél elég gyakori kérdésként merül fel: megfelelő-e gyermekem fejlődése? Időben van-e mozgás-, beszédfejlődése, szocializációja, grafomotoros képességének fejlődése stb.? Ezek a kérdések, a kérdések körül felmerülő esetleges problémák bizonytalansággal töltik el a szülőket, amely szorongást, feszültséget okozhat. Sok szülőnek problémát jelent, hogy ezekre a kérdésekre, problémákra nem minden esetben kapnak adekvát választ. A kisgyermek fejlődése tekintetében a védőnők sok támogatás nyújtanak a családoknak, de a későbbi fejlődési szakaszban (2–4 év) már gyakori, hogy magukra maradnak a</p>



	<p>gyermekük nevelése, gondozása során felmerülő problémákkal, esetleges kérdésekkel.</p>
<p>Védőnői lehetőségek, teendők</p>	<p>A védőnő szülői tájékoztatása a gyermek testi fejlődésével kapcsolatban kiemelt jelentőséggel bír. Figyelemfelhívással, tájékoztatással kell, hogy éljenek a gyermeket nevelő családok irányában az esetleges, később felmerülő nevelési, lelki, mentális fejlődési rendellenességek, problémák kezelése tekintetében.</p> <p>A védőnői tevékenység során a családokat tájékoztatni kell arról, hogy a fent jelzett problémák, kérdések esetében a járási, megyei pedagógiai szakszolgálat keretében a következő szolgáltatásokat vehetik igénybe a szülők:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nevelési tanácsadása keretében részt vehetnek problémafeltáró beszélgetésen. • Tanácsot kaphatnak a gyermek családi, intézményi neveléséhez, ha a gyermek egyéni adottsága, fejlettsége, képessége, tehetsége, fejlődésének üteme indokolja. • Kérhetik a gyermek pszichés állapotfeltárását célzó vizsgálatát és szakértői vélemény készítését. • A pedagógiai szakszolgálat a 0–6 éves gyermeket nevelő családok számára <i>igény esetén</i> nevelési tanácsadást nyújt, ha a gyermek viselkedésében, magatartásában, fejlődésében a szülő, az óvoda pedagógus, vagy egyéb más szakember bármilyen problémát észlel. Illetve a gyermek 5. életévében logopédiai szűrővizsgálatot végez a szakszolgálat a beszédfejlődési rendellenességek kiszűrése érdekében. • Szakértői bizottsági tevékenység keretében komplex pszichológiai, pedagógiai-gyógypedagógiai, továbbá szükség szerint orvosi vizsgálatot kérhetnek gyermekük számára. • Korai fejlesztés és gondozás szakszolgálati feladatellátás keretében (az ellátásra való jogosultság megállapításának időpontjától kezdődően) gyógypedagógiai tanácsadást, korai

	<p>fejlesztést és gondozást igényelhetnek a szülők a komplex koragyermekkorai prevenció, tanácsadás és fejlesztés a gyermek fejlődésének elősegítése, a család kompetenciáinak erősítése, a gyermek és a család társadalmi inklúziójának támogatása érdekében.</p> <p>A védőnő motoros, pszichés, kognitív és szociális területeken jelentős hatást gyakorolhat a család és a gyermek fejlődésére. A biológiai hátrányok felismerése után aktív, támogató szerepet tölt be a pszichés problémák megelőzésében, és gyakorlati, életviteli tanácsokkal megkönnyíti a nehéz helyzethez való alkalmazkodást. Nem szabad elfelejteni, hogy e három tényező kölcsönösen kumuláló hatással van egymásra, tehát egyik területen való elmaradás növelheti a többi területen a sérülékenységet.</p>
Együttműködő szakterületek	Járási, megyei pedagógiai szakszolgálat intézményei, védőnői, gyermekorvosi hálózat.

Nehézség azonosítása	Táplálás és táplálkozás
Nehézségek rövid összefoglalása	A táplálási problémák a korai gyermekkorban hatással vannak a későbbi szociális, érzelmi fejlődésre. Különösen veszélyeztetettek a koraszülött, a beteg és a megkésett fejlődésű gyerekek. A táplálás nem csupán fiziológiai szükségleteket elégít ki, hanem hozzájárul a kötődés kialakulásához, elmélyüléséhez, továbbá kulcsszerepe van az érzelmi és a kommunikációs fejlődésben.
Védőnői lehetőségek, teendők	A védőnők nagyon sokat tudnak segíteni a korai diagnózis felállításában és a terápia elkezdésében, mely a növekedés figyelemmel kísérését és hasznos etetési tanácsok alkalmazását tartalmazza. A pozitív anya-gyerek kapcsolat megerősítése a táplálási technikákon keresztül, valamint a tágabb család, barátok támogatásának biztosítása is segítő erő lehet. Minél komolyabb nehézségek merülnek fel, annál fontosabb a különböző szakmák együttműködése.
	Az étkezési zavarokat a következő csoportokba oszthatjuk:



Étkezési zavar, kölcsönösség: korábban növekedési problémának nevezték ezt a zavart, s úgy gondolták, hogy az anya–gyerek közötti kapcsolati problémából eredeztethető. Általában a gyerekek 6 hónapos kora környékén jelenik meg, amikor nehézségek adódnak az etetésnél, és alultápláltság jelei mutatkoznak. A terápia a pozitív anya-gyerek kapcsolat megerősítését foglalja magában, miközben figyelemmel kíséri a fejlődését és a táplálkozását.

Gyermekkori anorexia: Az étel visszautasítását jelenti, 1 és 3 éves kör között jelenik meg a gyermek szülőktől való szeparációs törekvései és növekvő autonómia időszakában. A gyerek ekkor tanulja meg az éhségérzet, a jóllakottság és a különböző érzelmi állapotok közötti különbségeket. Ha az anya nem tudja követni a gyermeket ezek elkülönítésében, és folyamatosan étellel kínálja, akkor a gyermek zavarodottan fog reagálni. Az étkezés összekapcsolódik különféle érzelmekkel, s a gyermek azt tanulja meg, hogy elutasítsa vagy elfogadja az ételt, ha mérges, zaklatott stb. A szülők különböző technikákkal próbálkoznak annak érdekében, hogy növeljék a táplálékbevitelt, mellyel egyidőben a frusztráció és a konfliktusok állandóvá válnak az etetés során. A gyerek pedig nem gyarapodik, amitől a szülők még frusztráltabbak lesznek, és egy önmagát gerjesztő kör alakul ki.

A viselkedésterápiás technikák nagyon sokat tudnak segíteni ennek leállításában, miközben láthatóvá teszik a szülő–gyerek konfliktust.

Szenzoros ételaverzió: Az ebben a problémában szenvedő gyerekek bizonyos ételeket visszautasítanak, a kinézetük, szaguk, ízük, vagy textúrájuk alapján, amely azt eredményezi, hogy specifikus tápanyagproblémáik lesznek, vagy megkésett orális-motoros működés jellemzi őket, esetleg mindkettő. Sokat segíthet, hogy ha sokféle ételt mutatunk meg a gyerekeknek és annak érdekében, hogy hozzászokhassanak a megfelelő étkezési szokásokhoz, a szülők jó példát szolgálnak.

Különböző orvosi kezeléssel összefüggő étkezési zavarok:



	<p>Leggyakrabban reflux, ételallergia és légzőszervi elégtelenség folyamánya. Gyakran a gyógyszeres kezelés mellékhatásaként jelentkezik. Ilyenkor a szülők megnyugtatója az elsődleges.</p> <p>Poszttraumás étkezési zavar: Ez az étkezési zavar rémisztó történések után jelentkezik, mint pl. öklendezés, fulladás, erőteljes hányás vagy intubáció után. A gyerek visszautasíthatja a szilárd élelmiszereket vagy az italokat, és feszült lehet az étkezések során. Ezt a zavart nagyon nehéz kezelni, és életveszélyes is lehet. Speciális terapeuta segítségével, fokozatos deszenzitizálással eredmények érhetőek el.</p>
Együttműködő szakterületek	Védőnői, gyermekorvosi hálózat, gasztroenterológus, neurológus, pszichiáter, pszichológus.

Nehézség azonosítása	Alvási nehézségek, egyedül alvás
Nehézségek rövid összefoglalása	<p>Az alvás hosszan fennálló nehézségei a családok kimerülésének és szétzilálódásának leggyakoribb okai. A kialvatlan, feszült szülők próbálják ellátni feladataikat, azonban az állandósuló alváshiány és a fáradt kisgyermek felőrli a szülők teherbírását. Az alvás nehézségeiben egyszerre vannak jelen a gyermek alkati sajátosságai, a homeosztatisz szabályozás anomáliái és a szülők szorongása. A csecsemő alvása lakmuspapírként működik: minden változás, feszültség nyomot hagy rajta. A leggyakoribb alvási problémák fejlődési ugrásoknál, fogzásnál, betegségeknel jelentkeznek, vagy azokban az esetekben, amikor a gyermek nem érzi magát biztonságban, nem tud áthangolódni a nyugalmi állapotra, vagy hiányzik az alvással kapcsolatos állandóság (rituálé, állandó hely). Az alvászavarok okának megértése rendszerint hozza a megoldást is (Pantley, E., 2012).</p>
Védőnői lehetőségek, teendők	<p>Szűrővizsgálatok, családlátogatások tanácsadások alkalmával, valamint a szülői kérdőív eredményeinek segítségével gyermek fejlődésének megfigyelése, Amennyiben pszichoszomatikus, vagy</p>



	<p>szabályozási eltérést tapasztal, tájékoztatja a szülőt, illetve jelzi a házi orvosnak, valamint házi orvosához irányítja a szülőt.</p> <p>Tájékoztatja a szülőt a pedagógiai szakszolgálat, és a konkrét segítségnyújtás szakembereinek és intézményeinek tevékenységéről.</p> <p>Szükség esetén segítséget nyújt az időpontérésben.</p> <p>A szülői motivációk megértése, támogatása fontos szempont. Amennyiben a szülők pl.: egyúttalvás mellett döntenek, fontos biztonságossá tenni azt, megtanítva őket az alapvető szabályokra!</p>
Együttműködő szakterületek	Házi gyermekorvos, pedagógiai szakszolgálat, önszerveződések, klubok, pszichológus, pszichoterapeuta.

Nehézség azonosítása	Szeparációs szorongás
Nehézségek rövid összefoglalása	<p>A teljesen egészséges fejlődést is kíséri szorongás, félelem, amivel a kisgyerekeknek a külvilág, de főleg az elsődleges gondozójuk segítségével meg kell küzdeniük. Egyes gyerekeknél részben alkati, de főként környezeti és élettörténeti sajátosságok miatt ezek az érzelmi állapotok eluralkodnak, és testi tüneteket is okoznak.</p> <p>Szeparációs szorongáskor a gyermekek nem tudnak anyjuk nélkül létezni szinte egy pillanatra sem. A szeparációs félelem jelentkezhet elalvási nehézségekben, de bölcsődébe, óvodába való beszoktatás lehetetlenségében is. A gyermek folyamatosan kontrollálja, hogy az anyja a közelében van-e. A szeparációs szorongás nem tünet, ellenkezőleg, a teljes kimaradása tekinthető zavarnak. Oldódása azáltal következik be, hogy a gyermek fokozottan képes lesz az idő és a tér szerkezetének belátására, így tudja, hogy a szeretett felnőtt a közelében van, vagy azt, hogy meghatározott idő elmúltával visszatér. A szeparációs szorongás kialakulásában szerepe van a családnak, de főleg az anya érzelmi állapotának pl.: ha az anya maga is szorong. A szorongó anyák gyakran túl nagy teret engednek a kisgyermek kapcsolódási törekvéseinek, ezzel megnehezítik a</p>

	későbbi leválást (Bálint, A., 1990).
Védőnői lehetőségek, teendők	<p>Szaktanácsadás, segítségnyújtás: Már a szülésfelkészítés során fontos a lehetséges problémák tudatosítása.</p> <p>Szűrővizsgálatok, családlátogatások tanácsadások alkalmával a gyermek fejlődésének, viselkedésének megfigyelése. Ha érzelmi-hangulati problémát észlel, esetleg a szülők tájékoztatják erről, látogatáskor célzott beszélgetéseket szükséges folytatni a probléma meglétéről, a megoldás lehetséges módjairól. Amennyiben pszichoszomatikus eltérést tapasztal, tájékoztatja a szülőt, illetve jelzi a házi orvosnak, valamint házi orvosához irányítja a szülőt.</p> <p>Tájékoztatja a szülőt a pedagógiai szakszolgálat és a konkrét segítségnyújtás szakembereinek és intézményeinek tevékenységéről.</p>
Együttműködő szakterületek	Házi gyermekorvos, pedagógiai szakszolgálat, önszerveződések, klubok, pszichológus, pszichoterapeuta.

Nehézség azonosítása	Pszichoszomatizáció
Nehézségek rövid összefoglalása	<p>A pszichoszomatizáció az érzelmi zavarok elsődlegesen testi tünetben való megjelenítődése. A gyermekek sérülékenysége nagyobb, mint a felnőtteké, mivel a kontrollvesztés, tehetetlenség érzése sokkal több helyzetben jelentkezik. Gyermekkorban a szülő a kompetens személy, a szülő jelenléte adja a biztonságérzetet, távolléte már önmagában stresszként hathat. A szorongó szülő túl sok helyzetet ítél veszélyesnek, az ő reálisnál fenyegetőbb világgépe internalizálódik. Reakciója a váratlan helyzetekben inadekvát, ami modellkövetéssel beépül a gyerekek viselkedésébe. A pozitív megküzdési stratégiák gyermekkorban még nem alakultak ki, így a szülői modell válik meghatározóvá.</p> <p>Szomatizációra hajlamosító vagy azt megerősítő szülői attitűdök:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A gyermek a vele való foglalkozást vagy a túlzott elvárások

	<p>alóli mentesülést csak a testi tünettel éri el.</p> <ul style="list-style-type: none"> • A szülői minta átvétele: csak a testi betegség mentesít a kötelezettségek teljesítése alól. <p>Pszichoszomatikus megbetegedésekre hajlamosító családtípusok:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beszűkült család: jellemző az érzelemszegénység, a tárgyilagosság, a fejlődést gátló hatás, a család fő konfliktusa a váratlan eseményekre bekövetkező szorongás. • Konfliktust kerülő, harmóniára törekvő család: jellemző a konfliktusok megoldásának nehézsége, a nyílt érzelmkifejezések tiltása, látszatharmóniára törekvés. • Befelé összeolvadó, kifelé izolálódó család: jellemző a családon belüli generációs határok elmosódása, összeolvadás, külső kapcsolatok beszűkülése. <p>Életkortól függően a tüneti kép eltérő lehet. Csecsemő- és kisdedkorban jellemző a hasfájás, étvágyzavarok, alvászavarok. Óvodás- és kisiskoláskorra a gasztrointesztinális zavarok (hasfájások, obstipáció), urogenitális zavarok, illetve a fokozott hajlam infekcióra (szeparációs helyzet okozta szorongás miatt) a jellemző.</p>
<p>Védőnői lehetőségek, teendők</p>	<p>Szaktanácsadás, segítségnyújtás: Már a szülésfelkészítés során fontos a lehetséges problémák tudatosítása.</p> <p>Szűrővizsgálatok, családlátogatások tanácsadások alkalmával a gyermek fejlődésének, viselkedésének megfigyelése. Ha érzelmi-hangulati problémát észlel, esetleg a szülők tájékoztatják erről, látogatáskor célzott beszélgetéseket szükséges folytatni a probléma meglétéről, a megoldás lehetséges módjairól. Amennyiben pszichoszomatikus eltérést tapasztal, tájékoztatja a szülőt, illetve jelzi a háziornosnak, valamint háziornosához irányítja a szülőt.</p> <p>Tájékoztatja a szülőt a pedagógiai szakszolgálat és a konkrét segítségnyújtás szakembereinek és intézményeinek tevékenységéről.</p>
<p>Együttműködő szakterületek</p>	<p>Házi gyerekorvos, pedagógiai szakszolgálat, önszervező és sorstárs csoportok, önszerveződések, klubok, pszichológus,</p>

	pszichoterapeuta.
--	-------------------

Nehézség azonosítása	Testvér születése
<p>Nehézségek rövid összefoglalása</p>	<p>A testvérféltékenység az emberi élet és kultúra egyik alapkonfliktusa. A legtöbb szülő szeretné megelőzni vagy kiküszöbölni a testvérek vetélkedését a szülői szeretetért és a javakért, de ez teljes mértékben soha nem lehetséges, hiszen természetes reakcióról van szó. A testvérek elképesztő dolgokat tudnak művelni: éppen akkor kerülnek veszélybe vagy támad feltétlenül teljesítendő kívánságuk, amikor az anya nem tud mozdulni a kisbaba mellől, követelik, hogy ők is kaphassanak cumisüveget, be akarnak ülni a babakocsiba. A szülők általában nincsenek könnyű helyzetben (Ranschburg, J., 2009, Vargáné Lugosi, M., 2004).</p>
<p>Védőnői lehetőségek, teendők</p>	<p>Szaktanácsadás, segítségnyújtás: Már a családtervezés szülésfelkészítés során fontos a lehetséges problémák tudatosítása. A várandós anyák és a családokat figyelmeztetése, hogy az idősebb, beszélni tudó gyermek előtt minél kevésbé említsék a szülés fájdalmas vagy veszélyes voltát, ne fokozzák a szorongást, amely úgyis elfogja az anyja távollétében és a kórházi tartózkodás miatt. A várandós anyák meggyőzése, hogy az idősebb gyermeket küldjék el otthonról, amikor a kistestvérrel hazamennek. Tegyük javaslatot, hogy az apa és a segítő családtagok külön figyelmet fordítsanak az idősebb testvérrre. Családlátogatások során legyen néhány szavunk az idősebbik gyermekhez is.</p>
<p>Együttműködő Szakterületek</p>	<p>Házi gyerekorvos, pedagógiai szakszolgálat, önszerveződések, klubok, pszichológus, pszichoterapeuta.</p>

Nehézség azonosítása	Szobatisztaságra szoktatás
<p>Nehézségek rövid összefoglalása</p>	<p>A szobatisztaságra szoktatás módja és időpontja – csakúgy, mint a szoktatásé és az elválasztásé – kulturálisan igen nagy különbségeket mutat. A kisgyermek esetében nincs „természetes” határ, amikor spontán kialakulna a szobatisztaság. Tapasztalatok azonban azt mutatják, hogy a szobatisztaságra szoktatás legalkalmasabb ideje 24-36 hónap között van. Ebben az időszakban konfliktusmentesen kialakítható a szobatisztaság, ha a szülők megfelelően figyelnek a gyermekek érési folyamataira. Ugyanakkor a gyermekeknek tudniuk kell, hogy a vizelet és a széklet visszatartása elvárás, így tanulják meg azonosítani az ingert és azt, hogy képesek akarattal irányítani ezt a folyamatot. A szobatisztaság kialakulásához nem csak arra van szükség, hogy a gyermek vissza tudja tartani a vizeletet és a székletet: sokszor az okoz nehézséget, hogy kiengedje akkor, ha bilire ültetik. A szobatisztaság a szülőkkel való együttműködés, a civilizációs szokások elsajátításának fontos állomása. Kisebb-nagyobb lelki megrázkódtatások gyakran váltanak ki alkalmi visszaesést – jellegzetesen ilyen a testvér születése. A szobatisztaságra szoktatással párhuzamosan a gyermekek undorodni kezdenek a piszoktól és a bomlásterméktől, a megfelelően gondozott gyermekek érzékenyek lesznek testi higiéniájukra (Mackonochie, A., 2005).</p>
<p>Védőnői lehetőségek, teendők</p>	<p>Szaktanácsadás, segítségnyújtás.</p> <p>Már a szülésfelkészítés során fontos a lehetséges problémák tudatosítása.</p> <p>A szobatisztaságra szoktatásnál azok a módszerek a leghatékonyabbak, amelyek hozzásegítik a gyermeket, hogy saját visszajelzése alakuljon ki testi szükségletéről. Az egyik, szülőknek adható tanács, hogy a két év körüli gyermekkel a szülők beszélgessenek el a szobatisztaságról, érzékeltessék, hogy szeretnék, ha ez elkövetkezne. Mindenképpen kerülendő azonban az erőszakoskodás, a fenyegetés vagy a szemrehányás, ha a</p>

	szobatisztaság nem halad megfelelő ütemben. Ma már több játékos történet, brosúra, könyv is segíti az erőfeszítéseket. Ajánljuk ezeket a könyveket a családnak.
Együttműködő szakterületek	Házi gyerekorvos, pedagógiai szakszolgálat, önszerveződések, klubok, pszichológus, pszichoterapeuta.

Nehézség azonosítása	Dackorszak
Nehézségek rövid összefoglalása	A szülők aggodalommal tekintenek gyermekük bizonyos szokásaira, viselkedésére, és kérdések merülnek fel bennük azzal kapcsolatban, hogy mindez vajon helyénvaló-e. A dackorszak, a szülőknek való ellenszegülés minden, csak nem betegség: a gyermekek fejlődésének természetes és szükséges tartozéka. A szembeszegülő viselkedés annak a jele, hogy a kisgyermek értelmi érése következtében átéli saját egyéniségét, azt, hogy képes a szándékait kivitelezni, az akaratát érvényesíteni. Számos gyermeknél kétéves kor körül következik be a kritikus időszak. Sok szülőnek az az élménye, hogy az éppen beszélni tanuló gyermeke szókincséből hiányzik az „igen”. A szembeszegülő viselkedés gyakorisága hullámzó, a dacos viselkedés még többször visszatér a fejlődés folyamán. Bármennyire tipikusak ezek a reakciók, a szülők rendszerint kikészülnek tőlük.
Védőnői lehetőségek, teendők	Szaktanácsadás, segítségnyújtás. Már a szülésfelkészítés során fontos a lehetséges problémák tudatosítása. Beszélni szükséges a dackorszak szükségszerű bekövetkeztéről, a lehetséges viselkedésformákról. Ha a fiatal szülők arról panaszkodnak, hogy a két-három éves kisgyermek „rossz”, „nem bírnak vele”, először is igyekezzünk megnyugtatni őket, hogy ez egyáltalán nem rendellenes. Fontos szülői feladat, hogy a gyermeket megtanítsák rá: nem mindenható, a szándéknak és akaratnak vannak korlátai. Érdeemes a gyermekeik minden óhaját teljesítő szülőknek megmagyarázni, hogy



	az így nevelt gyermekek később nehezen tanulják meg, hogy kívánságaik teljesülése érdekében áldozatokat kell hozni.
Együttműködő szakterületek	Területen elérhető szülő csoportok, önszervező és sorstárs csoportok, önszerveződések, klubok, pszichológus, pedagógiai szakszolgálat.

Nehézség azonosítása	Munkavállalás szülés után
Nehézségek rövid összefoglalása	A legtöbb anyában ellentmondásos érzések dolgoznak, amikor kénytelen tartósan másokra bízni a gyermekét. Elkerülhetetlen az aggodás, a szorongás, részben a gyermek miatt, részben azért, mert szeretnének a munkahelyi feladatoknak is eleget tenni. Vannak, akik minden erőfeszítésük ellenére sem tudnak teljesen feloldódni a gyermekkel való együttlét, a nevelés teendőiben. A kétségtelenül nagy terhelés ellenére azonban sok anya mégis úgy érzi, hogy a kétféle szerep együttes ellátása megsokszorozza energiáit.
Védőnői lehetőségek, teendők	<p>Az anyai munkavállalás esetében a támogatásnak és segítségnyújtásnak arra kell irányulnia, hogy az anya megtalálja a személyiségének, a gyermeknek és a családnak leginkább megfelelő megoldást.</p> <p>Az anya segítségére lehetünk abban, hogy ne érezzen bűntudatot a munkavállalás miatt, segíthetünk a megfelelő gyermekintézmény kiválasztásában. Hasznos, ha sikerült kapcsolatba lépni az apával is: ilyenkor még nagyobb szükség van a feladatok megfelelő megosztására. Hívjuk fel a szülők figyelmét arra, hogyan tehetik tartalmassá a gyermekkel töltött időt. Konkrét tanácsot erre nem adhatunk, hiszen ennek megélése mindenkiben más és más tartalommal történhet, de feltétlenül támogassuk őket ennek tudatosításában és az ő saját, személyes megoldásuk megtalálásában.</p>
Együttműködő szakterületek	Területen elérhető szülő csoportok, önszervező és sorstárs csoportok, önszerveződések, klubok, pszichológus, pedagógiai szakszolgálat.



Nehézség azonosítása	Családi és munkahelyi szerepek összehangolása
Nehézségek rövid összefoglalása	A kultúra meghatározza a szerepek változatosságát, a szerepek hálózatának összefüggéseit, a szerepek tartalmát. A mi társadalmunkban a szerepek bonyolult hálózatot alkotnak, egymással gyakran kerülnek konfliktusba, s egyes szerepek sajátos szereprészekből tevődnek össze. Mindannyian számos szerepet hordozunk. Vannak mindent átható szerepeink, amilyen a nem, vagy a kor, és vannak csak a munkahelyen használt szerepeink, mint a főnök vagy a beosztott. A szerepek egymást feltételezik, egyiknek csak a másikkal való viszonylatában van értelme. Ezeket a szerepeket viszont több más szerep, életesemény (pl.: a gyermekvállalás) jelentősen átszínezi, alapvetően meghatározza (Pongrácz, T., 2002).
Védőnői lehetőségek, teendők	Szaktanácsadás, segítségnyújtás a családi élet, a szülő szerepekről. Már a szülésfelkészítés során fontos a lehetséges problémák tudatosítása. Az anyákat érdemes arra is felkészíteni, hogy a munkavállalás nem mentesíti őket a háztartás és a családi munka elvégzése alól, a legtöbb esetben továbbra is ők maradnak a gyermekek ügyeinek legfőbb intézői is.
Együttműködő szakterületek	Területen elérhető szülő csoportok, önszerveződések, klubok, pszichológus, családterapeuta, pedagógiai szakszolgálat.

Nehézség azonosítása	Bölcsőde-, óvodaválasztás, beszoktatás, leválás
Nehézségek rövid összefoglalása	Az intézményválasztás, a beszoktatás sok család számára nem okoz megterhelést, mások viszont aggódnak amiatt, hogy mi lesz a gyerekkel. A beszoktatás, és az ezzel járó elszakadás nem csak a gyereknek okozhat feszült helyzeteket, hanem a szülőknek is.

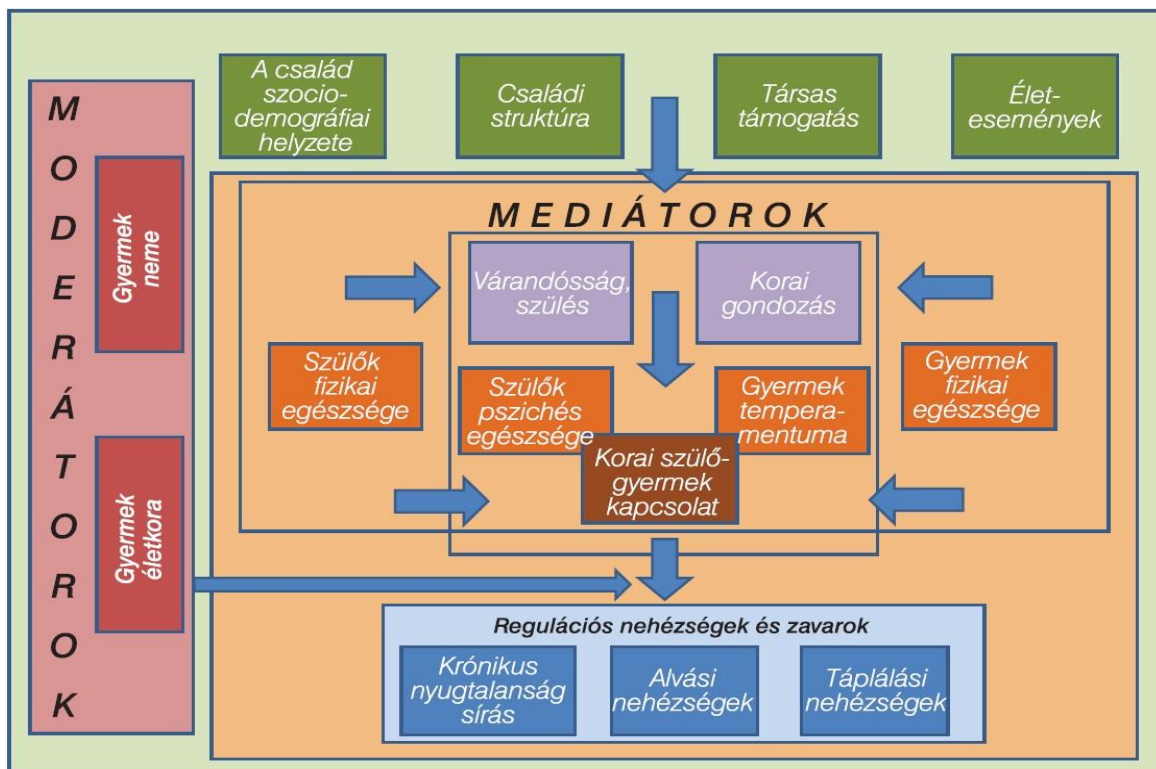
<p>Védőnői lehetőségek, teendők</p>	<p>Az intézményválasztás esetében a támogatásnak és segítségnyújtásnak arra kell irányulnia, hogy a család megtalálja a személyiségének, a gyermeknek és a családnak leginkább megfelelő szolgáltatást nyújtó intézményt. Ismerjék meg az óvoda programját, a gondozókat, az óvónőket! Beszélgessenek az óvónővel! Mindemellett fontos tudatosítani, hogy az elszakadásra készüljön fel kell készülnie a szülőnek is, és fel kell készíteni a gyereket is. (többször hagyja idegenekre a gyereket, akár alvásra is, folyamatosan erősítse játékkal, mesékkel a gyerekekben azt, hogy az elszakadás átmeneti stb.).</p>
<p>Együttműködő szakterületek</p>	<p>Területen elérhető szülő csoportok, önszervező és sorstárs csoportok, önszerveződések, klubok, pszichológus, pedagógiai szakszolgálat.</p>

A lelki problémák rizikó- és protektív tényezői

Rizikótényezők

A megkésett fejlődés oka lehet biológiai tényező, például kromoszómarendellenesség vagy környezeti faktor, például az anya depressziója. A kockázati tényezők és a klinikai zavarok közötti összefüggés összetett. Az egyént érintő kockázati faktor az egyéni és a környezeti tényezők interakciójának eredménye, amelyek hatása kumulatív. Ezért egyetlen kockázati tényező hatásának csökkentése is jelentős hatással bírhat a gyermek fejlődésére. Továbbá a stresszorok közvetlenül és közvetetten is hatással vannak, pl. a szegénység csökkenti a lehetőségeket és hatással van a szülői bánásmód minőségére is. *A feladat tehát a kockázati tényezők csökkentése, eliminálása, valamint ezzel párhuzamosan a reziliencia növelése.*

Az alábbi 18. számú folyamatábrára azt szemlélteti,⁴⁴ hogy az egyes faktorok hogyan befolyásolják a gyermek lelki egészségét:



18. ábra A gyermek lelki egészségét befolyásoló rizikó- és protektív tényezők⁴⁵

⁴⁴Forrás: Scheuring Noémi, Danis Ildikó, Németh Tünde, Papp Eszter, Czinner Antal (2012). Az EGÉSZSÉGES UTÓDOKÉRT PROJEKT 2010–2011. A koragyermekkorai regulációs zavarok vizsgálata céljából indított első hazai szűrőprogram kutatás-módszertani háttere. Gyermekgyógyászat, 63/6. p.3.

Protéktív tényezők

Arra vonatkozóan kevesebb kutatás áll rendelkezésünkre, hogy a gyermek életében melyek azok a protéktív tényezők, amelyek segítségével kivédhetőek az esetleges fenyegetések, vagy növelhető a reziliencia. A protéktív tényezőket három nagy csoportba sorolhatjuk:

	Protéktív tényezők
Egyéni tényezők	<ul style="list-style-type: none"> • Jó problémamegoldó készség, • jó szociális készségek, • reziliencia, • pozitív életszemlélet, • jó kognitív képesség, • érzelmi reziliencia.
Családi tényezők	<ul style="list-style-type: none"> • A kötődés minősége, • szocioökonómiai státusz.
Közösségi tényezők	<ul style="list-style-type: none"> • A szülők elégedettsége a szociális támogatással.

⌘ Gondolta-e, hogy a családdá válás során jelentkező szerepkonfliktusok, az egyes szerepek között diszharmónia következtében a nők gyakrabban szenvednek pszichiátriai, urológiai, gyomor- és bélrendszeri, nőgyógyászati, daganatos, szív- és érrendszeri betegségtől, válnak szorongóvá, depresszióssá, illetve a kiégés is fenyegeti őket?

⁴⁵ Forrás: Saját szerkesztés



VII. Összegzés

Értő figyelemmel, interjúkészítéssel, adekvát szűréssel, kérdőívhasználattal a szorongásos állapotok és hangulatzavarok időben felismerhetők, az édesanya segítségért, kezelésért tovább irányítható. Felismerhetővé válik, hogy elég lesz-e egy feltáró, segítő beszélgetés a védőnővel, vagy pszichológus, módszerspecifikus terapeuta, esetleg pszichiáter bevonása szükséges. Időben történő felismeréssel minden szakaszban van lehetőség mind a visszafordulásra, mind a teljes gyógyulásra – megakadályozva ezzel a hosszú távú következményeket, személyes tragédiákat.

A védőnő szerepe az intervenciós rendszerben kiemelt jelentőséggel bír, feladata a **szülő tájékoztatása és segítése** a szülővé válás és a gyermek fejlődésével kapcsolatban. Figyelemfelhívással, tájékoztatással kell, hogy éljen a gyermeket nevelő családok irányába az esetleges eltéréseket illetően a prevenció tükrében, illetve a később felmerülő nevelési, lelki, mentális fejlődési rendellenességek, problémák kezelése tekintetében. A védőnői tevékenység során a családokat tájékoztatni kell arról, hogy a felmerülő problémák, kérdések esetében milyen intézményeket kereshetnek fel, hol kérhetnek segítséget. A gyermek kezelésének kettős célja egyrészt a gyermek progresszív fejlődésének helyreállítása, másrészt a szülő-gyermek kapcsolat helyreállítása mindkettőjük számára pozitív, életre szóló erőforrásként. Az alábbiakban azokat a témákat foglaljuk össze, amelyek befolyással vannak a 0–6 éves kisgyermek lelki egészségére.

Novick és Novick a családokkal való közös munka során azt hangsúlyozzák, hogy a konzultáció elsődleges célja a családok működés módját zárt rendszerűből nyílt rendszerűvé alakítani, mely a gyermek fejlődésének elősegítésén túl a szülő-gyermek kapcsolat alakulásában is megmutatkozik. A rugalmas alkalmazkodás nem más, mint a gyerekkor és a szülőség különböző fázisaiban megjelenő kihívásokra való adaptív alkalmazkodás és kompetens reagálás. A változások már a segítség kérésének megfogalmazásakor elkezdődnek, és ahogy az ábra mutatja az intervenciók elkezdése után kölcsönösen hatnak egymásra.



Az intervenciók konkrét célja a szülők esetében:

- a szülők bűntudata alakuljon át hasznos aggodalommá,
- a laikus önsegítést váltsa fel a közös munka,
- a körülményekre hivatkozás helyébe lépjen az aktív cselekvés és motiváltság,
- a gyerek hibáztatását váltsa fel a ráhangolódás,
- a szülői tehetetlenség érzése az aktív cselekvés révén kompetenciává módosuljon,
- feléledjen a remény,
- a gyerek idealizálása vagy büntetése helyett jelenjen meg a szeretet.



VIII. Felhasznált irodalom

- Appleyard, K., Egeland, B., Van Dulmen, M.H.M., & Sroufe, L.A. (2005). When more is not better: the role of cumulative risk in child behaviour outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 3, 235–245.
- Bagdy, E., Koroknay, B (1988) Relaxációs módszerek. Medicina Kiadó, Budapest
- Bágedahl-Strindlund, M. (1997) Parapartum mental illness: an interview follow-up study. *Acta Psychiatrica Scand* 95: 389–395.
- Balatoni Á., Hamar O. (2004) Gyermekekágyi depresszió. *Védőnő* 13: 32–34.
- Bálint, A. (1990) A gyermekszoba pszichológiája. Kossuth Kiadó, Budapest.
- Belső (2006) A perinatális időszak pszichés zavarai (terhesség, szülés, gyermekágy). In: C. Molnár Emma, Füredi János, Papp Zoltán (szerk.): Szülészeti-nőgyógyászati pszichológia és pszichiátria. Medicina, Budapest.
- Belső, N., Rihmer, Z. (2004) A prenatális depresszió korai felismerése. *Nőgyógyászati és Szülészeti Továbbképző Szemle* 11: 325-335
- Bergant, A. M., Heim, K., Ulmer, H., Ilmensee, K. (1999) Early postpartum depressive mood: associations with obstetric and psychosocial factors. *J Psychosom Res* 46: 391-394.
- Cox, J. L. (1996) Postnatal depression: A guide for health professionals-Edinburgh: Churchill Livingstone
- C. Molnár Emma: Az anyaság pszichológiája, Akadémia kiadó, Budapest, 1996.
- Chatoor, I. (2002). Feeding disorders in infants and toddlers: diagnosis and treatment. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2, 165–183.
- Clark, R., Keller, A. D., Fedderly, S., Paulson, A. (1993) Treating the relationship affected by postpartum depression: a group therapy model. *Zero the Three* 13: 16–23.
- Csatornai S: Előrelépések a posztnatális depresszió prevenciójában: A Leverton kérdőív alkalmazása (Doktori Értekezés), 2009, Semmelweis Egyetem Patológiai Tudományok Doktori Iskola, Budapest
- Cummins, Carmel; McMaster, Christine; Health Service Executive (HSE) (2006): Child mental & emotional health: a review of evidence. forrás: <http://hdl.handle.net/10147/51414> letöltve: 2018. 04. 20.



- Daniel N. Stern (2006) Anya születik – Arról, hogyan változtatja meg az anyaság átélése örökre az embert? Animula Kiadó, Budapest
- Európai Közösség Bizottsága (2006). Zöld könyv. A lakosság mentális egészségének javítása. Az Európai Unió mentális egészségügyi stratégiájának kialakítása, 2005. Budapest
- Európai nyilatkozat a mentális egészségről (2005). Helsinki: WHO Európai Miniszteri Konferencia a Mentális Egészségről.
- Evans, J., Heron, J., Patel, R. R., Wiles, N. (2007) Depressive symptoms during pregnancy and low birth weight at term. *Br J Psychiat* 191: 84–85.
- Fossey, L., Papiernik, E., Bydlowsky, M. (1997) Postpartum blues: a clinical syndrome and predictor of postnatal depression. *J Psychosom Obstet Gynecol* 18: 17–21.
- Gale, S., Harlow, B.L. (2003) Postpartum mood disorders: a review of clinical and epidemiological factors. *J Psychosom Obstet Gynecol* 24: 257–266
- Green Paper (2005). Improving the Mental Health of the Population. Towards a Strategy on Mental Health for the European Union. European Commission.
- Gurel, S., Gurel, H. (2000) The evaluation of determinants of early postpartum low mood: the importance of parity and inter-pregnancy interval. *Eur J Obstet Gynecol and Reprod Biology* 91: 21–24.
- Gyermek-alapellátási útmutató 2014
- Hardy J., Baráth K., Horti M. (2003) A női szerepek és a pszichiátriai zavarok. In: Koltai M. (szerk.) *Család -pszichiátria - terápia*. Medicina Könyvkiadó. Budapest.
- Hédervári-Heller, É. (2008) A szülő–csecsemő konzultáció és terápia. A viselkedésszabályozás zavarai csecsemő- és kisgyermekkorban. Animula Kiadó, Budapest.
- Herczog Mária, Neményi Eszter, *Gyermek mindenáron. Anyaság mítosz és valóság*.
- Huang and Warner (2005) Relationship Characteristics and Depression among Fathers with Newborns, *Social Service Review* Vol. 79, No. 1 (March 2005), pp. 95–118 Journal Article
- Keyes, C.L.M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing. A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62(2), 95–108.
- Kovácsné Török Zs. (2010) Szüléshez társuló pszichiátriai zavarok, különös tekintettel a gyermekágyi lehangoltság kérdéskörére. Oriold és Társai Kiadó, Budapest



- Kumar R. C., O'Dowd, L. R. (2000): Psychiatric problems in childbearing women. In: Barron, W.
- Lee, A. M., Lam, S. K., Lau, S. M., Chong, C. S., Chui, H. W., Fong, D. Y. (2007) Prevalence, course and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstetynecol* 110: 1102–1112.
- Mackonochie, A. (2005) Szobatisztaságra nevelés. HAJJA Book, Budapest
- Margitics, F. (2009) A szülői mesterség iskolája. Solar Kiadó, Budapest
- Murray, C. J., Lopez, A. D. (1998) The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Harvard University Press, Cambridge
- Nagata, M., Nagai, Y., Sobajima, H., Ando, T. (2000) Maternity blues and attachment to children in mothers of full-term normal infant. *Acta Psychiat Scand* 101: 209–217.
- Naiman, J. M., Andersen, M. J., Bor, W., O'Callaghan, M. J., Williams, G. M. (2000) Postnatal depression - myth and reality: maternal depression before and after the birth of a child. *Soc Psychiat Psychiatr Epidemiol* 35: 19–27.
- Nishimura A, Ohashi K .(2010) Risk factors of paternal depression in the early postnatal period in Japan. *Nurs Health Sci.* 2010 Jun;12(2):170-6. doi: 10.1111/j.1442-2018.2010.00513.x.
- Novick K.K, Novick J. (2014.). Munka szülőkkal gyermekterápiában. Budapest, Animula
- Pantley, E. (2012) Békés álmok könnyek nélkül. Gyakorlati tanácsok kisbabák altatásához sírva hagyás nélkül. Reneszánsz Könyvkiadó, Budapest.
- Place, M., Reynolds, J., Cousins, A & O'Neil, S. (2002). Developing a resilience package for vulnerable children. *Child and Adolescent Mental Health*, 7, 4, 162–167.
- Pongrácz, T. (2002) A család és a munka szerepe a nők életében. Szerepváltozások. Jelentés a férfiak és a nők helyzetéről. TÁRKI Kiadó, Budapest.
- Ramchandani, P., Stein, A., Evans, J., O'Connor, T. and the ALSPAC study team (2005). Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *Lancet*, 365 (9478), 2201–5.
- Ramchandani PG, Stein A, O'Connor TG, Heron J, Murray L, Evans J. (2008) Depression in men in the postnatal period and later child psychopathology: a population cohort study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2008 Apr;47(4):390-8. doi: 10.1097/CHI.0b013e31816429c2.



- Ranschburg, J. (2004) Férfi és nő. Saxum Kiadó, Budapest.
- Ranschburg, J. (2009) Szülők könyve. Saxum Kiadó, Budapest.
- Reynolds, L. J. (1997) Post-traumatic stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic birth. *Can Med Assoc J* 156: 831–835.
- Ryding, E., Wijma, K., Wijma, B. (1998) Psychological impact of emergency Cesarean section in comparison with elective Cesarean section, instrumental and normal vaginal delivery. *J Psychosom Obstet Gynecol* 19: 135–144.
- Solchany, J., Sligar, K., & Barnard, K.E. (2002). Promoting Maternal Role. Attainment and Attachment during Pregnancy. In: Maldonado-Duran JM (ed): *Infant and Toddler Mental Health*. American Psychiatric Publishing, Inc. New York
- Smart J, Hiscock H. (2007) Early infant crying and sleeping problems: a pilot study of impact on parental well-being and parent-endorsed strategies for management. *J Paediatr Child Health*. 2007 Apr;43(4): 284–90
- Smith, M. V., Poschman, K., Cavaleri, M. A., Howell, H. B., Yonkers, K., A. (2006) Symptoms of posttraumatic stress disorder in a community sample of low-income pregnant women. *Am J Psychiat* 163: 881–884.
- Szádóczy E, Rihmer Z. *Hangulatzavarok*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt.; 2001. p. 97-103
- Szeverényi P. (1986) A terhesség pszichológiája. A terhesség pszichoszomatikája. A DOTE Női Klinikájának Kiadványai 13. évf. 2. szám.
- Tényi T., Trixler M. (1994): Pszichotikus couvade esete (Pszichodinamikai elemzés). *Orvosi Hetilap*, 135, 527–529
- Tényi T. *Ritka pszichiátriai tünetek és szindrómák*, Animula, Budapest, 2009, 160 oldal ISBN: 9789639751347
- Terp, I.M., Mortensen, P.B. Post-partum psychoses. Clinical diagnoses and relative risk of admission after parturition. *Br J Psychiatry* 1998; 172:521
- Turton, P., Hughes, P., Evans, C. D. H., Fainman, D. (2001) Incidence, correlates and predictors of post-traumatic stress disorder in the pregnancy after stillbirth. *Br J Psychiat* 178: 556–560.
- Unoka Zs, Purebl Gy, Túri F, Bitter I (szerk) (2012) *A pszichoterápia alapjai*, Semmelweis Kiadó 3.o., *A pszichoterápia alapjai szerk.: Unoka Zsolt, Purebl György, Túri Ferenc, Bitter István*, Semmelweis Kiadó 2012, 274. o.



- Vargáné Lugosi, M. (2004) Testvérféltékenység. Óvodai nevelés, 9.sz., 322–25
- Videbech, P., Gouliaev, G. First admission with puerperal psychosis: 7-14 years of follow up. Acta Psychiatr Scand 1995; 91:167
- Winnicott, D., W. (2004). A kapcsolatban bontakozó lélek: Válogatott tanulmányok. Budapest: Új Mandátum.
- Young, S. A., Campbell, N., Harper, A. (2002) Depression in women of reproductive age. Postgrad Med 3: 45–50.



A KÖRNYEZETI DOHÁNYFÜST-EXPOZÍCIÓVAL KAPCSOLATOS EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI LEHETŐSÉGEK

I. Bevezetés

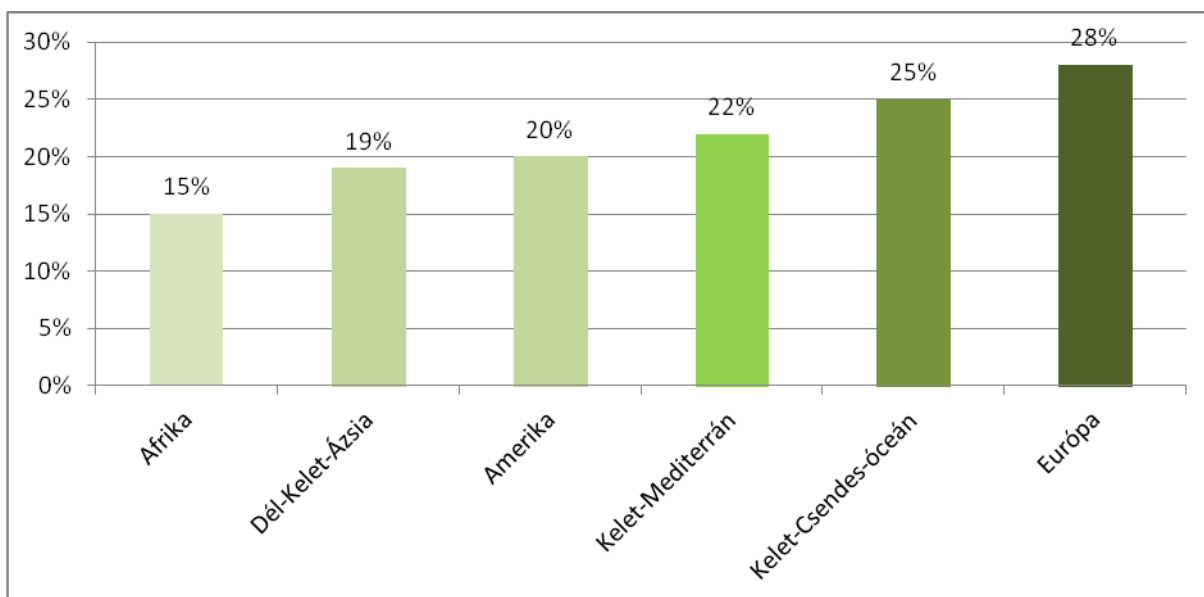
Népegészségügyi szempontból az egészségkárosító magatartásformák közül a dohányzás tekinthető az egyik legveszélyesebbnek, ugyanis a megelőzhető halálozás egyik fő okozója. Ennek az addikciónak a jelenléte szinte minden korosztályban jelentős kockázati tényezőt jelent. A családokban, közösségekben előforduló dohányzás azonban az esetek többségében nem csak azokat a személyeket érinti, akik valamilyen formában füstölnek, hanem a környezetükben élő vagy éppen jelen lévő személyek egészségére is hatással vannak. A környezeti dohányfüst-expozíció (régábbi elnevezés alapján passzív dohányzás) mértéke csökkenő tendenciát mutat a fejlett országokban és hazánkban egyaránt (Demjén, 2016), mégis a hátrányos helyzetben, alacsony jövedelemszinten élő csoportok jelentős mértékben ki vannak téve ennek a károsító hatásnak. Kiemelten veszélyeztetettek ebből a szempontból a várandós nők és a családban élő gyermekek (Barnoya, 2013). Az expozíció csökkentése kisebb odafigyeléssel is jelentősen javítható lenne, így a családtagok bevonása az egészségfejlesztésnek ezen a területén azért tartozik a kiemelten fontos feladatok közé, mert viszonylag kisebb beavatkozásokkal nagyobb egészséghaszonra lehet szert tenni. Az expozíció hatásai számos betegség kockázati tényezői, és nem mindig nyilvánvaló a jelenlétük. A védőnői munka jellege miatt a családokkal szoros kapcsolat kialakítására van lehetőség. Ebben a kapcsolatrendszerben, a család tagjainak egészségi állapota, szociokulturális háttere, egészségmagatartása, egészségtudatossága, a családban jelen lévő erőforrások lehetőségei ismertté és befolyásolhatóvá válnak. Az alapellátás szakembereinek tevékenysége rendkívül fontos a dohányzás okozta expozíció hatásainak csökkentésében, hiszen a prevenció beavatkozások közül az egészségfejlesztésre talán a legtöbb lehetőség ebben az ellátási formában áll rendelkezésre. **A módszertani anyag célja**, hogy bemutassa a környezeti dohányfüst-expozíció által érintett populáció jellemzőit, az általa okozott káros hatásokat a különböző csoportokban, és módszertani segítséget nyújtson a védőnők számára abban, hogyan csökkenthető ez a jelenség a közösségi terekben, valamint a család otthonában és az autókban, hiszen a szabályozások nem terjednek ki a család mikrokörnyezetére.



a. Dohányzással kapcsolatos hazai és nemzetközi adatok

A dohányzási arányok követése, az adatszolgáltató országokkal való összehasonlítás elősegíti a jelenség tendenciájának megismerését, emellett az intervenciókat is célzottabbá teheti.

Az Egészségügyi Világszervezet, a World Health Organization (WHO) és a Dohányzásellenőrzési Keretegyezmény, a Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) jelentései alapján a dohányzás arányai az európai régió országában a legmagasabbak (European Tobacco Control Status Report, 2013) (19. ábra).



19. ábra A dohányzás prevalenciája a WHO régiókban 2013-ban⁴⁶

2015-ös adatok alapján világszerte 942 millió férfi és 175 millió nő dohányzott a 15 évnél idősebb korosztályban. A Humán Fejlettségi Index (Human Development Index) besorolása alapján a férfi dohányosok háromnegyede közepes vagy magasan fejlett régióban, a nők fele magasan fejlett régióban él. A dohányzás ellenes beavatkozások bár bizonyítottan képesek voltak javítani a napi dohányzás arányain, mégis a magasan és közepesen fejlett régiókban a csökkenés megtorpant és elsősorban a nők dohányzásának aránya mutat emelkedő tendenciát (The Tobacco Atlas, 2018). A dohányzás következtében kialakuló korai halálozások a WHO területi jelentései alapján, a magasabb dohányzási gyakoriságoknak köszönhetően, jóval nagyobb arányban érintik az európai és amerikai régiót, mint a többit. Európában, hasonlóan az amerikaihoz, a halálozások közel 16%-a tulajdonítható a napi rendszerességgel történő

⁴⁶Forrás: Demjén, 2017.

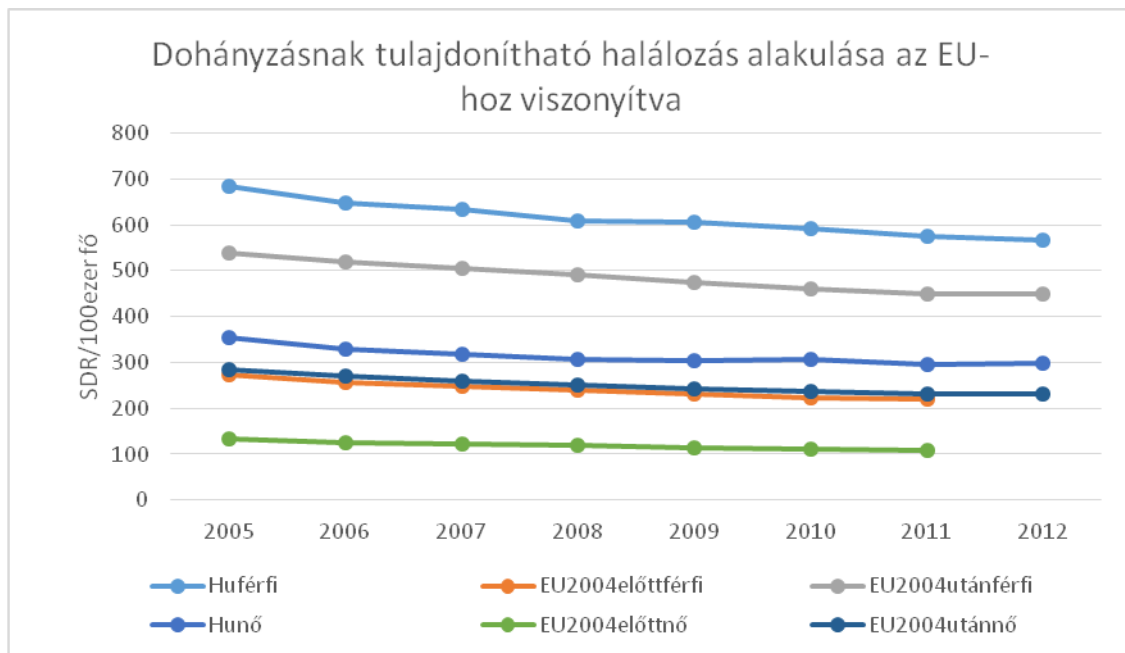


dohányzásnak, mely igen magas figyelembe véve azt a tényt, hogy ez a leginkább megelőzhető halálóki tényező (VII. táblázat) (Demjén, 2017).

VII. táblázat: A dohányzás következtében kialakuló halálozás aránya a WHO régióiban⁴⁶

WHO RÉGIÓ	DOHÁNYZÁS KÖVETKEZTÉBEN KIALAKULÓ HALÁLOZÁS (%)
Európa	16
Amerika	16
Kelet-Csendes-óceán	13
Dél-Kelet-Ázsia	10
Kelet-Mediterrán	7
Afrika	3

Magyarországon a férfiak esetében a dohányzásnak tulajdonítható halálozás az európai trendeknek megfelelően csökkenő tendenciát mutat, azonban még így is messze meghaladja az Európai Unió tagállamok esetében előforduló arányt (20. ábra). Nőknél mind az európai, mind a hazai adatok alapján változatlan trend figyelhető meg, azonban a magyar halálozási arányok ebben az esetben is messze meghaladják az Unió tagállamokét.



20. ábra A dohányzásnak tulajdonítható standardizált halálozási arány alakulása Magyarországon az EU tükrében⁴⁷

Az Eurostat jelentése alapján, az európai országokat összehasonlítva megállapítható, hogy Magyarországot (25,8%) csak Bulgária (27,3%) előzi meg a napi dohányzás arányaiban a 15 évnél idősebb korosztályban. Míg az EU28 tagállamaiban a férfiak dohányzási arányának átlaga 21,9%, addig Magyarországon ez 31,6%, a nők csoportjában az EU átlag 15,1%, míg hazánkban szintén magasabb az átlagnál, 20,7% volt (Eurostat, 2014). A fiatal felnőtt és középkorú korcsoportokban is, az európai átlagnál jóval többen dohányoznak Magyarországon. A 25-39 éves korosztályban 41%, a 40-59 éves korcsoportban 39% naponta dohányzik (Demjén, 2016). A fiatalok (13–15 évesek) dohányzásmagatartásának vizsgálatát a Nemzetközi Ifjúsági Dohányzásfelmérés – Global Youth Tobacco Survey (GYTS) – rendszeres időközönként elvégzi, így lehetőség nyílik a vizsgálatban részt vevő országok adatainak összehasonlítására is. Ezek alapján elmondható, hogy az európai régió belül, Magyarországon, Szlovákiában, Horvátországban, Litvániában, Észtországban és Lettországon a legmagasabb a gyermekeknek dohányzási aránya (CDC, 2017). Míg Magyarországon a 13–15 évesek napi dohányzási aránya 2012-ben 7,5% volt, addig 2013-ban 9,5%-ra emelkedett, 2016-ban azonban 6,5%-ra csökkent (Demjén, 2016).

⁴⁷ Forrás: Demjén T. (szerk.) Dohányzás visszaszorítása 2016. Dohányzás Fókuszpont, NEFI, 2016.



A dohányzási formák közül egyre jelentősebb az elektronikus cigaretta (e-cigaretta) használata. A WHO e-cigaretta alkalmazásával kapcsolatos jelentésében megállapította, hogy a 2008-2012 közötti időszakban megduplázódott az elektronikus cigaretta használata, ráadásul az e-cigaretta használók körében évről évre egyre több a hagyományos dohányzásra való áttérők aránya (NEFI Dohányzás Fókuszpont, 2015). Magyarországon 2013-ban a felnőtt lakosság 3,7%-a, míg a 13–15 éves korosztály 9%-a használt e-cigarettát (Demjén, 2016).

A vízipipa használata leginkább az afrikai és kelet-mediterrán régióhoz köthető, mégis jelentősége abban áll, hogy világszerte egyre népszerűbb a fiatalok körében. Magyarországon a második leggyakoribb dohányzási forma, a 2012-es ifjúsági felmérés alapján a 13-15 éves korosztályban, a tanulók 20%-a, míg a 2013-as felmérésben 17%-a használt vízipipát a felmérés előtti egy hónapban. A 2016-os ifjúsági felmérés adatai alapján azonban ez 9%-ra csökkent (Dohányzás Fókuszpont OEFI, 2014; GYTS, 2016).

Lényeges itt kiemelni, hogy a hazai roma népesség életminősége és egészségi állapota nem kielégítő, amelyben számos tényező összeadódó hatása a felelős, de köztük is kiemelkedő az életmódtényezők közül a dohányzás jelenléte (Solymosy, 2007). A romák és nem romák dohányzási magatartása szignifikánsan eltér egymástól. A 2006-os Hungarostudy vizsgálat során a mintában szereplő romák esetén a napi dohányzás aránya 61,8%, míg a nem romák esetén 38,2% volt. Különbség mutatkozott az „erős” dohányosok arányaiban is, míg a dohányzó romák 71%-a, addig a nem romák 46%-a számít erős dohányosnak (Szabóné, 2012).

Egy nagyállói felmérés alapján, ahol a roma felnőtt lakosság (31–50 év közötti nők és férfiak) szűrővizsgálatát végezték el, a szűrésen megjelentek 47%-a saját bevallása szerint napi dohányos volt (Arató, 2013). A roma lakosságon belül a 18-29 évesek 50%-a, míg a 30-44 évesek körében a nők 66%-a, a férfiak 75%-a dohányzik rendszeresen. A roma lakosság körében emiatt a passzív dohányzás aránya is jóval magasabb a nem romákéhoz képest, ez leginkább a csecsemőket, gyermekeket sújtja. A roma nők és gyermekek 2,5-ször gyakrabban vannak kitéve a férj vagy élettárs otthoni dohányzásának (Kósa, 2006, Nemzeti Felzárkóztatási Stratégia, 2011).

Egy 7717 főből álló Észak-magyarországi mintában, a várandósság alatti dohányzás aránya roma nők esetén 47,3% volt, míg nem romák esetén 12,8%. A probléma nem csak azért súlyos, mert a magzatokat ártalmak érik, hanem azért is, mert a várandósság során dohányzó férfiak, nők és



rokonok, gyakran szülést követően is folytatják a dohányzást családtagjaik, gyermekeik körében, növelve ezáltal az expozíció mértékét és a negatív hatásokat (Balázs, 2012).

b. A környezeti dohányfüst-expozíció nemzetközi és hazai arányai

A dohányzás évente közel 7 millió ember halálát okozza, melyből körülbelül 6 millióan közvetlenül a dohánytermékek fogyasztása miatt, de 890 000 fő nemdohányzóként, a környezetében lévők dohányzásának következtében vesztette életét az elmúlt évtizedben (The Tobacco Atlas, 2018). 2004-ben a környezeti dohányfüst okozta halálozások 28%-ánál gyermekek voltak az áldozatok, 64% esetén a nemdohányzó nők. 2008-ban a nemdohányzók védelme érdekében hozott jogi lépések, még csak a világ népességének 10%-át érintették, 90% esetén semmilyen védelemben nem részesültek az expozíciónak kitett emberek. Egy 2010-ben kiadott nemzetközi összefoglaló alapján 600 000 ember a passzív dohányzás következtében veszítette életét. Világszerte a férfiak 40%-a, a nők 9%-a dohányzik, de míg a magasabb jövedelmű országokban a férfiak és nők aránya közel azonos, addig a közepes és alacsony jövedelmű országokban a férfiak aránya jóval magasabb és ezekben az országokban vannak leginkább kitéve a nők és gyermekek a passzív dohányzás ártalmainak (Gender, Women and the Tobacco Epidemic, 2010). A passzív dohányzás arányai mindig alábecsültek. Egy amerikai tanulmány alapján a 2010 és 2011 között kórházba került gyermekek légzési zavarai kapcsán a szülők 35%-a jelezte, hogy a gyermekük passzív dohányzásnak van kitéve. A valóságban tesztekkel igazolt módon azonban ez a gyermekek 80%-ára volt igaz. Iparilag fejlett országokban a gyermekek és serdülők közel fele érintett volt az ezredforduló környékén a környezeti dohányfüst expozícióban (Tobacco Atlas, 2015).

A dohányzás okozta egészségveszteségek kimutatására a Globális Betegségteher Vizsgálat (GBD) által alkalmazott Disability-Adjusted Life Year (DALY) mutatószám szolgál. Az 1990-es évek kezdetétől 20 éven át ez a mutatószám stagnált, amely elsősorban a passzív dohányzás csökkenésének volt tulajdonítható. Magyarország sajátosan rossz helyzetben volt, ugyanis az Európai Unió tagországai közül ebben a tekintetben a legrosszabb helyen állt 2010-ig (ez 6000 fő/100 ezer fő veszteséget jelentett, míg Svédországban – mely ebben a tekintetben legkedvezőbb helyzetben van – 2000 fő /100 ezer fő volt) (Demjén, 2016). A rendkívül rossz morbiditási és mortalitási helyzet miatt jelentős előrelépést jelentett, amikor a Magyar Parlament elfogadta az 1999. évi XLII. törvény nemdohányzók védelméről szóló törvénymódosítását, melynek hatályba lépési időpontja 2012. január 1. volt. A módosítás



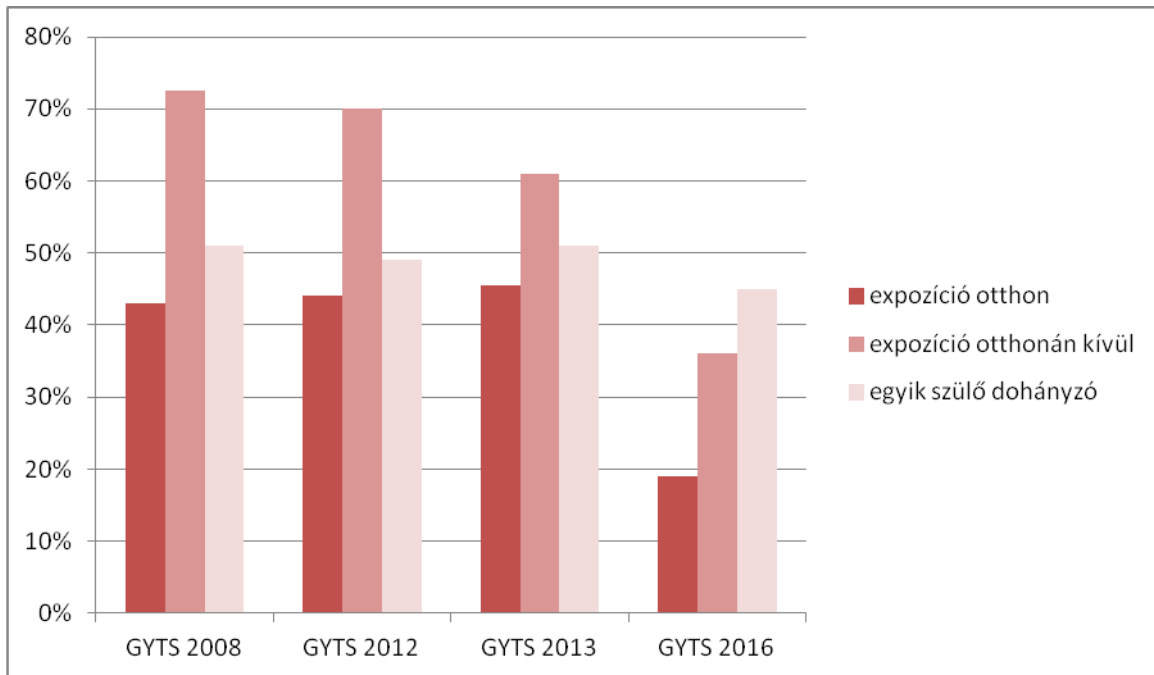
legfőbb célja, hogy a nemdohányzó és dohányzó egyéneket megvédjék a környezetben lévő dohányfüsttől, ezáltal biztosítsák az egészséghez és egészséges környezethez való alapvető alkotmányos jogot.

Az Európai Unió országainak összehasonlító vizsgálata alapján a beltéri expozíció átlaga 2014-ben 21,6%-volt. A legmagasabb passzív dohányzási arányok akkor Görögországban, Bulgáriában és Romániában voltak. A legalacsonyabb értékek Svédországot, Finnországot és Portugáliát jellemezték. Magyarországon 2014-ben igen kedvező volt ez az arányszám (9,9%) (Eurostat, 2016).

Az európai országok közül a közösségi terekben (elsősorban bárókban és éttermekben) Görögországban, Horvátországban, Csehországban, Cipruson, Ausztriában és Szlovákiában a legmagasabb a dohányfüst-expozíció aránya. Valószínűleg a szabályozásoknak köszönhetően, Magyarország 2017-ben a 25. helyen szerepelt 29 ország összehasonlító vizsgálatában, mely igen kedvezőnek mondható (The Tobacco Atlas, 2018).

A Nemzetközi Ifjúsági Dohányzásfelmérés alapján, a 2000–2007-es időszak átlagát tekintve 137 ország jelentése alapján, a 13-15 éves korosztályban a gyermekek 46,8%-a volt érintett az otthonában, míg 47,8%-át az otthonán kívül ért expozíció (Gender, Women and the Tobacco Epidemic, 2010). A hazai 2013-as GYTS adatai alapján a 13–15 éves korosztály 45,5%-a volt kitéve otthonában a dohányzás ártalmainak, míg otthonán kívül a gyerekek 61%-át érte a környezetében expozíció. Azonban az arányok jelentősen csökkentek valószínűleg a szabályozásoknak köszönhetően, így a 2016-os GYTS adatai szerint ugyanebben a korosztályban a gyerekek 19%-át érintette otthonában a környezeti dohányfüst-expozíció, 36%-át az otthonán kívül, a felmért gyermekek 45%-ának legalább egyik szülője azonban dohányzó (21. ábra) (GYTS, 2017).





21. ábra Környezeti dohányfüst-expozíció változása és legalább az egyik szülő dohányzásának arányai a különböző GYTS mérési időpontokban Magyarországon⁴⁸

c. Az expozíció egészségkárosító hatásaival kapcsolatos ismeretek a különböző szociodemográfiai csoportokban

Magyarországon 2009-ben történt nagyobb populáció (2286 fő) bevonásával a környezeti dohányfüst-expozícióval kapcsolatos ismeretek felmérése. A kutatás az egészségkockázatok ismeretét mérte a különböző csoportokban. Az eredmények alapján legtöbben Észak-Alföldön, Dél-Alföldön és Észak-Magyarországon dohányoznak, emiatt valószínű, hogy az expozíció szintje is magasabb ezeken a területeken. A községben élők nagyobb arányban dohányoznak, mint a városban élő emberek (36,1%–30,6%). Bár a megkérdezettek többsége (97,8%) tisztában van az expozíció károsító hatásaival, de az azzal összefüggésbe hozható konkrét megbetegedéseket mégis kevesen ismerik (48,5% volt tisztában a felsorolt 4 fő kockázattal). Az expozícióval kapcsolatos ismeretek vizsgálata során átlagpontokban határozták meg az ismeretszintet a felmért minta tagjai között. Ezek alapján elmondható, hogy a nyugat-dunántúli területen a legmagasabb, míg a dél-alföldi területen a legalacsonyabb a lakosság ismeretszintje, a városi lakosság lényegesen többet tud a falusi lakossággal szemben, a legalacsonyabb ismeretszint az

⁴⁸ Forrás: Dohányzás Fókuszpont, Hazai és külföldi adatok, tanulmányok, 2008-2016.



alapfokú és középfokú végzettséggel rendelkező és a 24 éven aluliak csoportját jellemzi (Paulik, 2012). A GYTS 2016-os felmérése alapján a 13–15 éves tanulók 72%-a gondolja úgy, hogy mások dohányfüstje ártalmas lehet az egészségére, emellett 99%-uk egyetért a dohányzás tiltásával az otthonán kívüli helyeken. A gyermekek 68%-a részesült egészségfejlesztési előadásban, melynek témája a dohányzás ártalmai voltak (GYTS, 2016).

II. A védőnői egészségfejlesztési tevékenységben alkalmazandó tematikus jogszabályok

A védőnői ellátás lényege, hogy a különböző életciklusok során támogatást nyújtson az egészség megőrzéséhez, fejlesztéséhez, a szűrővizsgálatok elvégzése mellett megjelenik a gondozottak életvezetési tanácsokkal való ellátása. Kiemelt gondozási tevékenységük fókuszál a reprodukív egészségmegőrzésre, a várandós egészségének támogatására, a magzat egészséges fejlődésének elősegítésére, emellett a koraszülések, intrauterin fejlődésbeli elmaradások, a magzati és csecsemőhalálozások csökkentésére (VSZK protokoll a védőnői szűrővizsgálatokról, 2011).

Az egészségfejlesztés olyan tevékenység, melyben megmutatkozik és aktiválódik az egyén vagy közösség saját egészségének gondozására irányuló minden törekvés. Ehhez ismerni kell a kliensek társadalmi státuszát, és ösztönzést, felelősségvállalást kell fejleszteni az egyénekben. Segíteni kell az önértékelését, az önmegvalósítását, és az egészséget értéként kell kezelni. Ebben a feladatban a védőnők tevékenysége mellett megjelenik a társadalmi felelősségvállalás is. A primer prevenció feladatai számos területet érintenek, de egyik kiemelkedő tevékenység, az egészségkárosító magatartásformák elkerülésének támogatása (Odor, 2004).

A védőnői munkában a területi védőnői ellátásról szóló 49/2004-es ESZCSM rendelet határozza meg az egyéni és közösségi gondozás során az egészségfejlesztési tevékenységeket. Családlátogatás és tanácsadás során célzott szükségleteken alapuló gondozást kell nyújtani, valamint az egészséges életmódhoz szükséges ismereteket kell a család számára átadni. A gondozott családokban szükséges az egészségi, környezeti veszélyeztetettség megelőzése, segítségnyújtás a helyes életvitelhez, egyéni és közösségi egészségfejlesztési, egészségvédelmi programok tervezésében és szervezésében, megvalósításában való részvétel. A védőnő szakmai tevékenysége során együttműködik a szak- és alapellátásban dolgozókkal. A védőnő



munkamódszerei közé tartozik a csoportos egészségfejlesztő foglalkozások tartása, igényeknek megfelelő rendszerességgel, előre tervezetten [49/2004 (V.21.) ESZCSM rendelet a területi védőnői ellátásról, 2004].

A védőnő a várandósok gondozása során a nyilvántartásba vételt követően tájékoztatást nyújt az egészséges életmódra vonatkozóan, kiemelt feladatának tekinti az addikciók (dohányzás, alkohol és drogfogyasztás) egészségre és várandósságra gyakorolt káros hatásairól szóló egészségfejlesztést. Szükség esetén alkalmazza a minimál intervenciót és tájékoztatást nyújt a leszokás támogató programokról. Várandósgondozás során együttműködik a várandósgondozásban résztvevő szakemberekkel [26/2014. (IV.8.) EMMI rendelet a várandósgondozásról].

A várandósok és a gyermekek gondozása során a veszélyeztető tényezők feltárására és megoldására való törekvés a gondozási tevékenység fontos része. A rizikófelmérések az okok időben történő felismerésére irányulnak. A területi védőnő gyermekvédelmi feladataiba beletartozik, hogy a magzat és gyermek veszélyeztetettségét megelőzze, csökkentse vagy megszüntesse. A család megismerését követően a szükségleteknek megfelelően a védőnők gondozási tervet készítenek a tervezett tanácsadások és látogatások gyakoriságáról és a gondozási programról, amelyet kötelesek a szülőkkel aláírni. Problémák esetén a rizikó meghatározása mellett, szakszerű ellátás és követés szükséges. A várandósok és gyermeket nevelő családok életében a függőségek jelenléte (dohányzás esetén a rendszeres dohányzás) rizikótényezőnek minősül (EMMI Területi védőnő gyermekvédelmi feladatai, 2017), (Odor, 2017).

Szabályozások a nemdohányzók védelmében


Azokban az országokban, ahol szabályozások, tilalmak vannak, nagymértékben csökkent a nemdohányzók expozíciója az elmúlt években (és azok ártalmai is). Az Egészségügyi Világszervezet Dohányzásellenőrzési Keretegyezménye felszólítja az egyes országokat, hogy tegyenek lépéseket a nemdohányzók védelme érdekében, sürgeti a szabályozások bevezetését. A szabályozások nagyon fontos lépést jelentenek a dohányzás ártalmainak csökkentésében, de mivel a család mikrokörnyezetére nem terjednek ki, ezért ott jelentős ártalom érheti elsősorban a nőket és a gyermekeket. Emiatt ezekben a családokban, ahol ez a jelenség előfordul, sérülékenyek és hátrányos helyzetben élnek. Bizonyos országokban a nők és a férfiak között



jelentős különbségek lehetnek a családban elfoglalt helyzetüket illetően, ami miatt a nőknek sokszor nincs joga ahhoz, hogy a lakáson belüli dohányzás mellőzését kérjék a férfi családtagoktól. Magyarországon elsősorban a roma nemzetiség néhány csoportjában fordulhat elő ez a fajta alárendelt szerep (Bernát, 2009), (WHO Dohányzásellenőrzési Keretegyezménye, Gender, Women and the Tobacco Epidemic).

A dohányzásszabályozások döntéseire legnagyobb hatással az volt, amikor az 1980-as években bizonyítást nyert, hogy abban az esetben is, ha valakit dohányzók vesznek körül, de nem dohányzik, csak elszenved a környezetében lévő füstölés következményeit, akkor bizonyos betegségek nagyobb eséllyel jelentkeznek nála. 2008-ban az átfogó dohányzásszabályozás a világ országainak 10%-át érintette csupán (Gender, Women and Tobacco Epidemic, WHO, 2010).

Az Európai Unió Tanácsának összefoglalója segíti a tagállamok WHO FCTC által lefektetett ajánlásainak megvalósulását. Megállapításai felhívják a figyelmet a környezeti dohányfüst-expozíció következményeire, köztük arra a tényre, hogy a másodlagos dohányzás jelentősen hozzájárul a morbiditáshoz, mortalitáshoz. Mivel minden embernek joga van az egészségvédelemhez, ezért ennek megvalósulását a kötelező erejű tagállami jogszabályok bevezetése jelentheti. A hatékonyságuk fokozása céljából szerepet kapnak a figyelemfelkeltést célzó kampányok, a leszokást támogató programok, a dohánytermékek csomagolásán feltüntetett üzenetek is (Az Európai Unió hivatalos lapja, 2009).

 Magyarországon a dohánytermékek fogyasztásának alapvető szabálya az, hogy nem szabad dohányozni, elektronikus cigarettát, vagy dohányzást imitáló eszközt használni közforgalmú intézmények olyan zárt helyiségeiben, ahol a nyilvánosság számára is nyitva álló helyiségek vannak, ezen kívül közösségi utazás eszközein, vasúti megállóhelyeken, munkahelyeken, közterületnek minősülő aluljárókban, közterületi játszótereken és annak határvonalától számított 5 méteren belül, egészségügyi szolgáltatók esetén pedig a bejáratától számított 10 méteren belül. Nem lehet dohányzásra kijelölt helyet létrehozni zárt légterű helyiségekben, közlekedési eszközökön és köznevelési, gyermekjóléti és gyermekvédelmi intézményben nyílt légtérben sem. (1999. évi XLII. törvény a nemdohányzók védelméről)

Emellett a dohányzás korlátozásával érintett helyeket, helyiségeket, a különböző közterületeket, a nemdohányzó intézményeket vagy éppen a dohányzásra kijelölt helyeket jól láthatóan, egyértelműen jelzéssel kell ellátni (22. ábra). A nemdohányzó intézménnyé minősítés esetén nem zárt térben sem kell dohányzásra kijelölt területet létrehozni.





22. *ábra* A dohányzási korlátozással érintett és a dohányzásra kijelölt helyeken, helyiségekben, közterületeken, valamint a nemdohányzó intézmények területén alkalmazott felirat/jelzés⁴⁹

A dohánytermékek csomagolására és címkézésére vonatkozó szabályozás bevezetését az tette szükségessé, hogy a dohánygyártó cégek reklámokkal, promóciós kampányokkal, színes, divatos csomagolással még inkább vonzóvá kívánták tenni a termékeiket, ezáltal mindinkább új fogyasztók bevonását kezdeményezzék. Emiatt 2013-tól a 291/2011. Kormány rendeletnek a dohánytermékek jelöléséről, valamint az egészségvédelmi bírság alkalmazásának részletes szabályairól szóló rendelkezése értelmében előírja, hogy képekkel kombinált figyelmeztető szövegekkel kell ellátni a dohánytermékeket (23. ábra).



23. *ábra* Képi elemekkel ellátott egységes csomagolás⁵⁰

⁴⁹Forrás: <http://www.fokuszpont.dohanyzasviszaszoritasa.hu/hu/content/nemdohanyzok-vedelme> (letöltés: 2018. 05. 10.)

⁵⁰Forrás: <http://kaposvarmost.hu/hirek/orszagos-hirek/2017/07/23/megjelent-az-egyseg-es-csomagolasu-cigaretta.html> (letöltés: 2018.06.05)



A kötelező egészségvédelmi feliratok (29. ábra) nem csak azt a célt szolgálják, hogy a dohányzók figyelmét felhívják a dohányzás egészségkárosító hatásaira, vagy erősítsék a leszokási szándékot, hanem a rendelet hangsúlyozni kívánta annak felelősségét is, hogy a nemdohányzó emberek fokozott védelmet, figyelmet kívánnak a másodlagos dohányzás ártalmaival szemben (1999. évi XLII. törvény a nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának és forgalmazásának egyes szabályairól).

Az „új dohánytermék irányelv” alapján nem csak a kombinált egészségvédő felhívást kell megjeleníteni a dohányzásra szánt termékeken, hanem füst nélküli termék esetén is, minden csomagoláson kötelezően fel kell tüntetni a következő szöveget: *„ez a dohánytermék károsítja az Ön egészségét és függőséghez vezet”* figyelmeztetést. (Dohánytermékek szabályozása, csomagolás–címkézés, Dohányzás Fókuszpont).

A dohánytermékek jövedéki adójának az emelése igazodást jelent az uniós előírásokhoz, mely meghatározza a dohánytermékek minimális jövedékiadó-tartalmát. Bár a dohánytermékek adója növekszik, mégis: a függőséget okozó termékek esetén a vevő esetleg kevésbé érzékeny az árváltozásra. Veszélyt jelenthet ebben az esetben, hogy a terméket nem dohányboltban, hanem esetleg csempészetből származó kereskedelem útján szerzi be (Callan, 2012).

A dohánytermékeken lévő képi elemeknek üzenetközvetítő szerepe lehet, így ezek felhasználása a dohányzásellenes kommunikáció részét képezi. Ezek néhány típusát mutatja be a következő képgyűjtemény (24. ábra).

Megbetegedésekre vonatkozó képi és szöveges elemek



Fertilitással kapcsolatos képi és szöveges elemek





A magzatok egészségével kapcsolatos képi és szöveges elemek



Gyermekegészséggel kapcsolatos képi és szöveges elemek



24. ábra Példák a dohánytermékeken alkalmazható kombinált figyelmeztetésekre⁵¹

Az előzőekben bemutatott képi elemeket kiegészíthetik még a dohányzó esztétikai változásaira – és a leszokást támogató lehetőségekre vonatkozó felhívások (Dohánytermékek szabályozása – csomagolás, címkézés, Dohányzás Fókuszpont, 2013).

⁵¹ Forrás: Dohánytermékek szabályozása – csomagolás, címkézés, Dohányzás Fókuszpont, 2013.

III. Fogalmi meghatározások és rövidítések

- **Dohányzás:** „a dohánytermék, illetve dohányzási célú gyógynövénytermék elégetése, hevítése” (1999. évi XLII tv.).
- **Dohánytermék fogalma:** „cigaretta, szivar, szivarka, pipadohány és más fogyasztási dohány, dohányzásra szánt dohány alapú termék, mely részben vagy egészben géntechnológiával módosított, vagy nem módosított dohányt tartalmaz” (2012. évi CXXXIV. törvény).
- **Dohányzást imitáló elektronikus eszköz:** „olyan egyszer használatos elektronikus termék, amely szopókán keresztül nikotinmentes pára fogyasztását teszi lehetővé”.
- **Dohánybolt:** „olyan nem mozgó, más üzlektől elkülönült üzlethelyiség, melyben dohánytermékeket, dohánytermék kiegészítőket és egyéb részletesen meghatározott termékeket árulnak elsötétített üveg mögött, ügyelve arra, hogy fiatalok személy hozzáférni ahhoz ne tudjon” (2012. évi CXXXIV. törvény a fiatalok dohányzásának visszaszorításáról és a dohánytermékek kiskereskedelméről).
- **Elektronikus cigaretta:** „olyan egyszer használatos, vagy utántöltő flakonnal és tartállyal vagy egyszer használatos patronokkal utántölthető elektronikus termék, amely szopókán keresztül nikotintartalmú pára fogyasztását teszi lehetővé, vagy annak bármely alkatrésze, beleértve a patronokat, a tartályokat és a patron vagy tartály nélküli készüléket is.”
- **Füst nélküli dohánytermék:** „olyan dohánytermék, amelynek a felhasználása nem jár égési folyamattal, beleértve a rágódohányt, a tüszentésre szolgáló dohányterméket és a szájon át fogyasztott dohányterméket” (1999. évi XLII. tv.).
- **Harmadlagos dohányzás:** a visszamaradó füstszemcsék és vegyi anyagok lerakódása a felületeken, az anya ruházatán, bőrén, haján, kezén; elsősorban a csecsemőkre, gyermekekre veszélyes (Birger, 2017).
- **Környezeti dohányfüst expozíció (passzív dohányzás):** nemdohányzók környezetében jelen lévő dohányfüst jelenléte, illetve kényszerű belélegzése, mely égő, füstölő cigarettából vagy dohánytermékből származik és hozzáadódik a dohányzó személy kilélegzett dohányfüstje is (CDC, 2017).
- **Leszokástámogatás:** egészségügyi szakmai irányelvek figyelembevételével történő, olyan egészségügyi szakemberek munkája, mely speciális módszertant alkalmazva, a legújabb



vizsgálati eredményekre alapozva, az ellátottak egyéni szempontjait figyelembe véve támogatja a leszokni vágyókat. A leszokástámogatás gyógyszermentes módszerei: 1. orvosi tanács, minimál intervenció; 2. általános önsegítő anyagok; 3. önsegítő anyagok célcsoportoknak (pl: várandósoknak); 4. intenzív egyéni tanácsadás; 5. intenzív csoportos tanácsadás; 6. proaktív telefonos tanácsadás (Egészségügyi Szakmai Irányelv, 2014; Kovács, 2010).

- **Minimál intervenció:** a leszokástámogatási módszerek egy rövidített változata, amely csupán néhány percet vesz igénybe. 3 fő lépésből áll: 1. dohányzási szokásokra való rákérdezés, 2. dohányzás esetén a leszokás tanácsolása, 3. a leszokási szándék feltérképezése. A minimál intervenció voltképpen a „3A” vagyis a „kérdezzünk”, „tanácsoljunk”, „erősítsünk” tevékenysége. A minimál intervenció magában foglalja az eseti tanácsadást, a dohányzásról történő beszélgetést, a leszokással kapcsolatos motiváció erősítését (Egészségügyi Szakmai Irányelv a Dohányzásról Való Leszokás Támogatásáról, 2014).
- **Motivációs interjú:** a leszokás motiválására alkalmas módszer, mely az empátia kifejezésén, az ellentmondásosság (vannak célok, de nincsen cselekvés) felismertetésén, a vita, utasítás elkerülésén, az ellenállás okainak tisztázásán és az önbizalom megerősítésén alapul (Egészségügyi Szakmai Irányelv a Dohányzásról Való Leszokás Támogatásáról, 2014).
- **Nyilvános hely:** a nagyközönség számára hozzáférhető helyek, melyek a közösség által használtak.
- **Tömegközlekedés:** minden olyan gépjármű, mely a lakosság szállításában vesz részt, beleértve a taxikat is (2012. évi CXXXIV. törvény a fiatalok dohányzásának visszaszorításáról és a dohánytermékek kiskereskedelméről).
- **Zárt légtér:** beletartozik minden olyan helyiség, amelyet tető fed és egy vagy több oldalfal határol, tekintet nélkül arra, hogy állandó vagy ideiglenes (Az Európai Unió hivatalos lapja, 2009).



IV. Tevékenység és téma

a. A környezeti dohányfüstexpozícióról általában (másodlagos és harmadlagos dohányzás)

A környezeti dohányfüst ártalommal kapcsolatos első aggodalmakat 1972-ben tették közzé. Az ártalom lényege, hogy a dohányos által szívott fő és mellékfüst a légtérbe kikerülve úgynevezett környezeti dohányfüstként van jelen. A füst származhat cigarettából, pipából, vízpipából, szivarból, szivarkából. A dohányzó személyek belélegzik saját fő füstjükön kívül a mellékfüstjüket is. A dohányfüstben a dohány, a papír és az adalékanyagok magas hőmérsékleten való égése közben gázok és részecskék vannak jelen, de a mellékfüst egy alacsonyabb hőmérsékleten eltérő égési feltételek között keletkező toxinok koncentrációja, mely igen káros, ugyanakkor a környezetbe való bejutáskor változó gyorsasággal felhígul (CDC, 2017). A nemdohányzók ezt a mellékfüstöt beszívva, folyamatos terhelésnek vannak kitéve, különböző mértékben. A légtérben magas koncentrációban vannak jelen a mellékfüst komponensei. **A passzív dohányzás fogalommal szemben a környezeti dohányfüst-expozíció vagy másodlagos dohányzás szó használata az előnyösebb**, aminek az az oka, hogy a „dohányzás” önkéntelen módját ezek a fogalmak jobban kiemelik. A szakmai anyagban általában ez utóbbi két kifejezés fog szerepelni, annak ellenére, hogy a köztudatban jellemzően a passzív dohányzás fogalma terjedt el (Az Európai Unió hivatalos lapja, 2009). A **magzatok** esetén is környezeti dohányfüst ártalomról beszélünk függetlenül attól, hogy az anyát dohányzó, vagy nemdohányzóként a környezetből éri az expozíció. A magzatokat az anya rendszeres dohányzása nagyobb egészségkárosító hatásnak teszi ki, mint a környezetből származó füst (CDC, 2018).

A levegőben (helyiségben) lévő **koncentráció mennyisége** attól függ, hogy mennyi idő telt el a dohányzás óta, az milyen távolságon belül történt, és egyszerre hány ember dohányzott egy légtérben. A dohányos a cigarettafüst csupán 15%-át szívja be, a többi a levegőbe kerül, melyet a közelben lévő személyek belélegeznek. A dohányzás során kb. 7000 mérgező anyag jut a levegőbe (gőz, gáz és részecske formájában), melyből közel 70 bizonyítottan rákkeltő (néhány példa: arzén, benzol, nikkel, vinilklorid, kadmium, formaldehid). Rendkívül káros komponensek még a nikotin, a nitrogén-oxid, a cianvegyületek, az ammónia, a CO (szén-monoxid). A dohányfüst 91,8%-a gáznemű, 8,2%-ban szilárd részecskék alkotják, melyből füst-



milliliterenként 5 milliárd részecske található. Egy szál cigaretta égése során 2 liter füst keletkezik, a dohányosok ebből kb. 300 ml-t szívnak be. A legszennyezettebb városi levegőben is közel tízezerrel kisebb a szennyező anyagok mennyisége. A nikotinból a passzív dohányosok szervezetébe a teljes mennyiség 1/5-e jut be (Dohányzás visszaszorítása, ÁNTSZ).

A passzív dohányzás mértékének pontos kimutatása a **kotinin** koncentráció mérésével lehetséges (testvázadékokból: vér, vizelet, nyál), de ezt leginkább csak kutatási céllal mérik. A **CO kilégzési monitorok** („smokerlyzer”) a kilélegzett levegő elektrokémiai úton történő mérésére alkalmas berendezések. A készülék alkalmas a szén-monoxid mennyiségének kimutatására, felhasználható motivációs tanácsadás során leszokás-támogatásra vagy az expozíció csökkentésére (*Bedfont webpage*). A füstnek való kitettség azokban az országokban, ahol nincs megfelelő szabályozás, egyaránt éri a nemdohányzókat a munkahelyeken, közösségi terekben (vendéglátóipar, szórakozóhelyek, közösségi járművek, kaszinók stb.) és otthonaikban is. Ahol szigorúbbak a szabályozások, ott leginkább a család otthonában vagy autóban történik a dohányzás, így azokban a terekben éri a legtöbb expozíció a nemdohányzókat. Az alacsonyabb jövedelemmel rendelkező csoportokban (többszörösen hátrányos helyzetű) az expozíció jóval gyakoribb és magasabb (CDC, 2018).

A környezet dohányzása kapcsán számos mérgezőanyag (nikotin és dohányvegyületek) rakódik le a környezetben. Ez származhat hagyományos füstöléssel járó dohányzásból, de elektronikus cigarettázásból is (nikotinoldat és aromaanyagok) és ma már bizonyított, hogy a **harmadlagos dohányzás** hosszú időn keresztül fejt ki hatását. Aggodalomra ad okot, hogy nem csak a dohányfüstből származó részecskék a károsak, hanem egyéb környezetből származó vegyi anyagokkal találkozáskor (például tisztítószerek, e-cigaretta párája) kölcsönhatásba lépve egymással karcinogén és mutagén anyagok alakulnak ki, melynek egy része a párolgás miatti újbóli belélegzés útján is a légutakba kerül. A jelenség sokkal inkább jellemzi az alacsony szocio-kulturális státuszban élőket, hiszen a másodlagos dohányzás körükben jóval gyakoribb. A dohánytermékekből vagy dohányzást imitáló eszközökből (e-cigaretta) a mérgezőanyagok, részecskék elsősorban a falakon, bútorok felületén, eszközökön, tárgyakon, textíliákon, kárpitokon vannak jelen. A takarítás nem tudja csökkenteni a lerakódott anyagok nagy részét. A csecsemők és gyermekek otthoni gondozása/gondoskodása kapcsán, a szülők kezéről, bőréről és hajáról is a csecsemők bőrre és légútjaiba kerülhetnek a részecskék, melyek súlyosbítják az expozíció amúgy is káros hatásait. A beltéri dohányzás tehát jelentősen megnöveli a



helyiségben lévő részecskék vagy illékony gázok koncentrációját. A belső terekben történő dohányzás abbahagyása nem csak a másodlagos dohányzást, de ezáltal a harmadlagos dohányzást is csökkentheti, majd megszünteti (Northrup, 2016).

☞ A másodlagos és harmadlagos dohányzás káros hatásaitól egyedül az óvja meg a nemdohányzókat, ha a környezetükben nem gyújt rá senki, ehhez korlátozás, szabályozás is szükséges, illetve a családtagok döntése arról, hogy otthonaikban és autóikban nem gyújtanak rá.

b. Környezeti dohányfüst-expozíció által okozott ártalmak

Expozíció hatása a felnőtt populációra

Általános megállapítás, hogy a környezeti dohányfüst-expozíció növeli a korai halálozást a felnőtt és gyermek korosztályban is.

Az Egyesült Államok (USA) környezetvédelmi ügynöksége – az Environmental Protection Agency (EPA) – a másodlagos dohányzás egészségügyi kockázatai kapcsán 1992-ben tette közzé, hogy az ilyen módon levegőbe jutó füst és részecskék humán karcinogének, egyértelműen felelősek a tüdőrák, a légzőrendszeri és számos más megbetegedés kialakulásáért nemdohányzó emberekben. A passzív dohányzás ártalmi hasonlóak a dohányzás okozta ártalmakhoz. A szén-monoxid krónikus szív- és tüdőbetegségeket okoz. A nikotin közreműködik az arteriosclerosis kialakulásában. A toxikus anyagok a szívbetegségek magas kockázatát idézik elő, mivel növelik a thrombocytá aggregációját, a myocardium anyagcseréjét rontják, növelik a szívizomkárosodásokat, plakkok lerakódását idézik elő az erek belső falán, így előidézhetik a thromboembóliás megbetegedéseket és szívritmuszavart is (Centers for Disease Control and Prevention 2006). A WHO Nemzetközi Rákkutató Ügynöksége megállapította, hogy a passzív dohányzás a rákbetegségek fokozott kockázatát jelenti. A dohányzó családtaggal való együttélés során bebizonyosodott, hogy 25%-kal nő a nemdohányzó családtagok tüdőrák-megbetegedése. A másodlagos dohányzás jelentős szerepet játszik a fej-, nyak-, gége-, légcsőrák kialakulásában is (CDC, 2017). Felnőttek esetén leggyakoribb tehát a szív- és érrendszeri és koronária megbetegedés, stroke, thrombosis, tüdőrák előfordulása, légúti irritáció, az endothel sejtek sérülése az erekben, nők esetén a reprodukív rendszer megbetegedései. Egyes tanulmányok szerint mentális betegségek is kapcsolódnak az expozícióhoz (CDC, 2017). Sajnálatos módon a 2013-as Nemzeti Ifjúsági Dohányzásfelmérés adatai azt mutatják, hogy a fiatalok ismerete a



dohányzás káros hatásairól (25.ábra) bizonyos tekintetben változatlan vagy rosszabb az előző évek adataihoz képest (Demjén, 2016).



25. ábra Illusztráció a dohányzásról⁵²

Expozíció hatása a perinatális időszakban

A várandósság alatti dohányfüstnek való kitettség jelentősen változott a fejlett országokban a szabályozásoknak köszönhetően. A munkahelyeken, vendéglátóipari egységekben, közlekedési eszközökön, egészségügyi intézményekben, a közoktatás helyszínein is tilos a dohányzás számos országban. Ahol bevezették a korlátozást, jelentősen visszaesett az expozíció aránya, és a perinatális eredmények is javultak. (WHO Recommendation for the Prevention and Management of Tobacco Use and Second-hand Smoke Exposure in Pregnancy, 2013). Magyarországon a szigorúbb szabályozás 2012-ben lépett életbe, melynek következtében jelentősen csökkent a környezetből származó dohányfüst-expozíció. A várandósokat ugyanakkor saját otthonaikban, lakókörnyezetükben és az autóikban is érheti mások általi környezeti dohányfüstártalom, amely rendkívül káros a benne található toxikus, mutagén és karcinogén anyagok miatt.

Amennyiben a várandós nő expozíciónak van kitéve, annak hatásait a magzat nem tudja kikerülni, valójában annak passzív elszennvedőjévé válik. Hasonló megbetegedések, tünetek jelentkezhetnek, mintha csak az anya maga is dohányozna. Ebben az esetben várandósság során növekszik a vetélés, az alacsony születési testsúly, a koraszülés, a halvaszülés és bizonyos fejlődési rendellenességek kockázata. A környezetből származó dohányfüst-expozíció közel 30%-kal növeli a koraszülések, az alacsony születési testsúly, a méhen belüli fejlődés

⁵² Forrás: Saját szerkesztés

lelassulásának gyakoriságát, magasabb a fejlődési rendellenességek és a halvaszülés aránya is. Csecsemőkorban az alsó és felső légúti hurutok, otitis media (középfülgyulladás) és SIDS előfordulását is növeli (Csákányi, 2012).

Fejlődési rendellenességek tekintetében az anyai dohányzás növeli a szív-érrendszeri, gasztrointesztinális (bélrendszeri és hasfali), valamint az arc- és koponyafejlődési rendellenességeinek arányát, beleértve a szápadhasadékot, szem és fül fejlődési rendellenességeit. Gyakoribbak a csontrendszeri rendellenességek és az amputációs végtaghiány (Hackshaw, 2011). Várandós anyák expozíciója esetén az alacsony születési testsúlyú csecsemők aránya nő, de a testtömegük kevesebbet csökken, mintha a várandós nő dohányozna. Bizonyított, hogy expozíció esetén is károsodik a tüdőszövet, és a tüdőműködés beszűkül. Az expozíció hosszú távú hatásai közé tartozik, hogy nagyobb eséllyel alakulnak ki agydaganatok, leukémiák és lymphomák a gyermekben (CDC, 2017), (Tobacco Atlas, 2015).

Az expozíció hatása a csecsemők és a gyermekek egészségére

Számos mérési adat bizonyítja, hogy a dohányfüst-expozíció két fő komponensének, a szén-monoxidnak és a nikotinnak a jelenléte zárt helyiségben történő dohányzás esetén rendkívül magas koncentrációt érhet el. Néhány órás tartózkodás ezekben a helyiségekben bizonyítottan olyan, mintha valaki akár 5 szál cigarettát szívott volna el, mindez a nyál és vizelet kotininkoncentrációjában is kimutathatóvá válik, mennyisége megegyező egy gyenge dohányos kotinin szintjével (passzív dohányzás hatásai).



26. ábra Családtagok dohányása⁵³

A csecsemők és gyermekek expozíció szempontjából sérülékenyebbek, mint a felnőttek. Ennek az a fő oka, hogy légzésszámuk jóval magasabb, fizikailag is aktívabbak, így testtömeg-kilogrammmra vetítve több mérgező behatás éri őket, ráadásul anyagcseréjük lassabb, így

⁵³ Forrás: <https://www.shutterstock.com/> (letöltés: 2018.04.18.)

szervezetükben tovább maradnak bent a toxinok. A gyermekek dohányfüstterhelése leginkább a szülőktől és a rokonoktól származik. Nem dohányzó szülők gyermekeinek egészségét összehasonlítva a dohányzó szülők gyermekeivel, megállapítható, hogy az expozícióban érintett gyerekek gyakrabban betegek (26. ábra). Sokkal gyakoribbak a légúti fertőző és nem fertőző betegségek tünetei, azok előfordulása. A tüdőműködés beszűkültebb, a tüdőfejlődés lelassul, légúti károsodások jönnek létre. Tanulmányok igazolják, hogy az első 18 hónapban légúti megbetegedések miatt sokkal több időt töltenek kórházban azok a gyermekek, akiket expozíció ér. A kórházban eltöltött idő arányos a szülők napi szálgyakoriságával, minél többet szívnak, annál több a kórházban töltött napok száma légúti betegségek miatt (Centers for Disease Control and Prevention 2006.; Gender, Women and the Tobacco Epidemic, 2010). A csecsemők légútjai szűkebbek, továbbá immunrendszerük is gyengébben fejlett, ezzel is magyarázható, hogy gyakrabban okoz náluk betegséget ez a jelenség (Tobacco Atlas, 2015). Krónikus betegségek közül gyakori az asztma, súlyosabb tünetekkel jár együtt, az expozíció ront a betegek állapotán és több rohamot is okoz. A légzőrendszert érintő tünetek: légúti irritáció, orrfolyás, nátha, köhögés, fokozott váladékképződés, zihálás (Gender, Woman and the Tobacco Epidemic, 2010).

Bizonyítottan több az akut és krónikus középfülgyulladás is. Csecsemők esetén a hirtelen csecsemőhalál – Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) – gyakoribb, az esetek 10%-áért a szülők dohányzása tehető felelőssé (Gender, Woman and the Tobacco Epidemic, 2010). A gyermekekre jellemző, hogy fizikai és kognitív fejlődésük is vontatottabb. További tünetek még: a szem irritációja, fejfájás, allergiás betegségek, viselkedési, tanulási zavarok. A meningococcus okozta megbetegedések is gyakoribbak. A legújabb eset-kontrollvizsgálatok alapján elmondható, hogy a gyermekkori lymphomák, leukémiák, a Wilms-tumor és agydaganatok egyes típusai is a folyamatosan expozíciónak kitett gyermekekben gyakrabban fordulnak elő (27. ábra) (CDC, 2017).





27. ábra Az expozíció hatásai koragyermekkorban⁵⁴

Az elektronikus cigaretta használatának rövid múltja miatt a hatástani elemzések olykor ellentmondásos eredményeket közöltek. Mára azonban egyértelművé vált, hogy a kifújt párában számos veszélyes anyag található, így annak gőze zárt terekben ártalmas az ott tartózkodók számára, egészségüket veszélyezteti, attól függetlenül, hogy tartalmaz-e nikotint. A propilén-glikol szem-, légcső-, és torokirritációt okoz, és fokozza az asztma kialakulását. A ketonok, észterek és aldehidek szintén légzőszervi irritációt okoznak, emellett a formaldehid háromszor nagyobb mennyiségben jut a levegőbe ebből a termékből (ÁNTSZ, 2015).

A vízpipa használatának károsító hatásai sok tényezőtől függenek. A füsttérfogata nagyobb, mint a hagyományos dohányzás során keletkező füstté. A vízpipa belélegzett füstjében nem dohányzók esetén jelentősen nő a vér szénmonoxid-tartalma 2%-ról 10%-ra, de policiklusos aromás vegyületek is nagy mennyiségben vannak jelen (NEFI, 2017). A vízpipázás során a környezetbe jutó anyagok veszélyességét fokozza, hogy általában csoportos tevékenységként egyszerre többen és hosszú ideig űzik a vízpipázást (NEFI, 2017).

c. Védőnői kompetenciák a környezeti dohányfüst-expozíció csökkentésével kapcsolatban

A védőnői kompetenciák az egyéni és közösségi egészségfejlesztés elvégzéséhez a következőkben foglalhatók össze:

⁵⁴Forrás: Gender, Woman and the Tobacco Epidemic, 2010.

- **Ismeretek szintjén:** A védőnőnek részletesen ismernie kell a kommunikáció alapelemeit, formáit, irányait, csatornáit, az életkoroknak megfelelő kommunikációs stratégiákat, a problémafeltáró és -megoldó, valamint ösztönző kommunikációt. Részletesen ismernie kell a népbetegségeket, a rizikófaktorokat, a népegészségügyi törekvéseket; az addikciók pszichés és fizikális alapjait, a leggyakoribb típusait, az önsegítő programok és csoportok jelentőségét, a kezelési és leszokási lehetőségeket. Átfogóan ismernie kell az egészségfejlesztés fogalmait, módszereit, az egészségfejlesztő tevékenységeket, a modelleket és az egészség-tanácsadás lényegét.
- **Képességek szintjén:** A védőnő képes felismerni az egészséget károsító tényezőket, kompetenciájának megfelelően képes lépéseket, javaslatot tenni a megoldásra. Aдекват, partnerhez igazított szakmai kommunikációt folytat, hatékonyan tud kommunikálni a családokkal, közösségekkel, a gondozott személlyel. Egyéni és közösségi szinten is képes felmérni a lakosság egészségi állapotát, és hatékony beavatkozások megtervezésére és végrehajtására is képes. Együttműködik a népegészségügyi kérdések megoldásában, az egészségfejlesztő anyagok készítésében az abban résztvevő teamtagokkal. Egyéni egészségtervet készít, egészség-tanácsadást végez. A védőnő képes arra, hogy megválassza azokat a pedagógiai módszereket, melyekkel hatékonyan tud egyéneket és közösségeket oktatni az egészséges életmóddal kapcsolatban, figyelembe véve a gondozásban részesülő életkorát, társadalmi státuszát, értelmi és érzelmi képességét.
- **A védőnő attitűdjei:** nyitott az új eljárások irányába, holisztikus szemléletmód jellemzi, proaktív, korrekt szakmai magatartása van. Nyitott mások véleményére és az együttműködésre. A prevenció szemléletét követi, empátikus, felelősségteljes, a veszélyeztető tényezők felismerésére törekszik. Elfogadó, előítélet-mentes attitűddel rendelkezik.
- **Autonómia és felelősség tekintetében:** tudományos és gyakorlati megalapozottsággal, felelősséggel végzi az egészségnevelő feladatokat, készségeit folyamatosan fejleszti. Módszertanilag megalapozott döntéseket hoz, és a következményeit is felvállalja. Önállóan is képes az egyén egészségfejlesztésére (18/2016. EMMI rendelet a felsőoktatási szakképzések, alap és mesterképzések képzési kimeneteli követelményeiről).



V. Alkalmazható módszerek és eszközök

d. Feladatok az expozíció csökkentése érdekében: az egyéni és közösségi egészséggondozás módszereiről általában

Az **egyéni gondozás** előnye, hogy egyénre (családra) szabott gondozási folyamatban vesz részt a szakember a klienssel, vagy az érintett család többi tagjával. Az egyéni tanácsadási formák esetén előnyben kell részesíteni azokat a helyszíneket, ahol az egyén vagy családtagok biztonságban érzik magukat. Ehhez alkalmas helyszín a család otthona vagy a tanácsadó valamelyik helyisége. A gondozási terv (felmérés, célkitűzés, tervezés, végrehajtás, értékelés) minden pontjában alkalmazkodik a családtagok szociokulturális háttéréhez, ismeretszintjéhez, egészségi állapotához, szabadidejéhez, mely garantálhatja a meghatározott célkitűzések megvalósulásának sikerét.

A gondozási terv megvalósítása, annak végrehajtása mindenképpen interaktív, nem korlátozódik arra, hogy csupán egyoldalú ismeretátadást nyújtson. A gondozási folyamat szinte minden fázisában ellenőrizhető az együttműködés, a megértés, az elakadás, így folyamatosan felmérhető és újratervezhető az az intervenció, amelyben részesíteni kívánja a családot a védőnő. A családtagokkal való együttműködés az adott élethelyzetre szóló, adekvát tanácsadást tesz szükségessé, melyben egyrésztől fontos lesz, hogy az egyének/családtagok egészségmagatartása megváltozzon, másrésztől a gondozott személyeknek érezniük kell, hogy beleszólhatnak az őket érintő döntésekbe, megmarad a választás joga számukra. A családtagok egészségfejlesztésében érdemes meghatározniuk mit jelent számukra az egészség, milyen reális célok tűzhetők ki, mi a konkrét feladat annak megvalósítására, milyen szereplők vonhatók be a változtatásokba (családtagok és egészségügyi dolgozók). A gondozásban részt vevők ismereteit, készségeit folyamatosan fejleszteni kell, szükség szerint motiválni és a legkisebb változtatás esetén is dicséretben, elismerésben kell részesíteni őket. Az egyénnel folytatott tanácsadásra rengeteg lehetőség kínálkozik, az érvényben lévő jogszabályok alapján, a védőnő alapfeladatai közé tartozik az egészségkárosító magatartásformák elkerülésére tett javaslatok átadása.

A szakgondozás során a következő időszakokban különösen előnyös a dohányzás prevenció, vagy leszokástámogatás, mivel a családtagok életciklusok szerinti gondozása sokkal gyakoribbá teszi a találkozásokat:



- nővédelem (kiemelten: prekoncepcionális időszak, várandósgondozás, gyermekágyas időszak, a nővédelem 25–65 éves kor közötti időszaka),
- csecsemőgondozás (újszülött és csecsemőkor),
- 1–3 éves korúak (kisdedek) gondozása,
- 3–6 éves korú gyermekek gondozása, vagy oktatási intézménybe nem járó gyermekek gondozása (itt már átmenet van az egyéni és közösségi nevelési formák között, emiatt az egészségfejlesztés módszereiben is) (Odor, 2004).

A fiatalok bevonása az **óvodákban, iskolákban** történik, a dohányzásprevenció szerves részét kell képezze az expozíció elkerülésének minden lehetősége. A magatartásváltozás az egészen fiatal (óvodáskorú) korosztályt is hatékonyan befolyásolja. Magyarországon az óvodai egészségfejlesztési és dohányzásmegelőző programok közül, rendkívül sikeres volt a Dohányzás Fókuszpont által tervezett és koordinált „Óvodai Dohányzás Megelőzési Program”, amelybe több mint 1600 óvodát vontak be a szakemberek. Ennek a programnak az volt a lényege, hogy a korai életszakaszban a dohányzással és passzív dohányzással kapcsolatos attitűdöket megváltoztassák, elérjék a gyerekeknél a dohányzás elutasítását, az ismeretek bővítését és aktívvá tegyék őket a passzív dohányzás elutasításában (Dohányzás Fókuszpont Óvodai Dohányzás Megelőzési Programja, 2010). Az óvodai programra épülve jól hasznosítható a védőnői munkában a Dohányzás Fókuszpont „Ciki a cigi” iskolai dohányzás megelőzési programja is. A 3–5. osztályba és a 6–10. osztályba járó tanulók számára elkészített tanmenetekben és interaktív eszközcsomagokban szerepel a passzív dohányzás káros hatásainak ismertetése, elkerülési lehetőségei (Dohányzás Fókuszpont). Az **iskolavédőnők szerepe kiemelt** a környezeti dohányfüst-expozíció csökkentésében. A védőnőknek részt kell vennie a nevelési-oktatási intézmények egészségfejlesztő tevékenységében, melynek tartalmaznia kell az egészséges életmódra nevelést. Emellett önálló feladata az egészségtan oktatásában való részvétel is a szenvedélybetegségek kialakulásának megőrzése céljából [26/1997. (IX. 3.) NM rendelet az iskola-egészségügyi ellátásról].

A **közösségi gondozás**, illetve a közösségek számára létrehozott intervenció a környezeti dohányfüst-expozíció témájában mindenképpen jó lehetőség arra, hogy változásokat érjünk el annak csökkentésében. Ennek az az oka, hogy a dohányzó egyének könnyebben megérthetik a szabályozások szükségességét és saját szerepüket az expozíció csökkentésében, abban az esetben, ha nem csak a szakemberektől hallják azokat, hanem a dohányzó vagy leszokó



tagoktól is. Érdemes tehát a csoportos gondozási formát interaktívvá tenni, hogy mindenki bekapcsolódhasson a kommunikációba. Erre lehetőség nyílik a szülők különböző önszorgató csoportjában, „biztos kezdet házakban”, gyakorlatilag bármilyen szülők számára létrehozott csoportokban. A **roma közösségeknek** szóló intervenciók hatása részben abban rejlik, hogy a szakembereken kívül, idősebb roma vezetők vagy mediátorok is részt vesznek a programokon, ezáltal segítik a megértést vagy meggyőzést. A roma vezetők nagyobb hatással tudnak lenni a fiatalok magatartására, ők maguk nagyra értékelik, hogyha a közösségükbe tartozó egyének támogatást kapnak. Szerepük annál is inkább fontos, mert a roma/cigány nemzetiségek vizsgálatai egyértelműen bizonyítják a környezeti dohányfüst-expozíció szinte folyamatos jelenlétét a családok otthonában. Neményi Mária „Cigány anyák az egészségügyben” című kutatásában rámutat arra a tényre, hogy a várandós és kisgyermeket nevelő családokban egyik nagyon súlyos probléma a dohányzás, mely nem csak a felnőtteket és fiatal felnőtteket, de a várandós anyákat és a gyermekeket is érintik, hiszen már egész korai időszakról kezdve a szülői mintát követve dohányoznak a gyerekek is. Bár a társadalom más csoportjaiban is előfordulhat a jelenség, de a roma/cigány kultúrában ez jóval gyakoribb, ami az interjút készítő szakember szerint egyértelműen a tanulatlanság, az eltérő felfogásnak köszönhető, emiatt ennek a nemzetiségi csoportnak szóló egészségfejlesztési lehetőségek körét közösségi programok formájában is növelni kell (Neményi, 2003).

A közösségi gondozás szólhat azonos vagy különböző korosztályú személyeknek, az expozíció tekintetében jobban érintett csoportoknak, vagy csak általában a lakosság számára. Ezeknek erős közösségépítő hatása is lehet. Vidéki, kisebb közösségek, városok és a fővárosi kerületek által megszervezett közösségi programok egyaránt alkalmasak arra, hogy a dohányzás és az expozíció témakörében felhívják a figyelmet a megelőzés fontosságára, növeljék az egyének felelősségét a saját egészségük és családtagjaik megóvása érdekében. A **dohányzásmentes világnapok** figyelemfelhívás lehetőségét rejtik magukban, és belépést is biztosítanak a közösségek számára egy-egy dohányzáshoz kapcsolódó téma részletesebb megismerésére.





28. ábra Figyelemfelhívás a Dohányzásmentes Világnapra⁵⁵

Az Egyesült Nemzetek Szervezete (ENSZ) WHO kezdeményezésére 1988. május 31 óta tartják a **Dohányzásmentes Világnapot** (28. ábra), melyhez programsorozatok is kapcsolódnak. Minden évben dohányzáshoz kapcsolódó jelmonddal hívják fel a figyelmet a legaktuálisabb problémák megoldására (Budapesti Tüdőközpont). A **„Ne gyújts rá!” világnap** hasonló rendezvénysorozatot jelent. Minden év novemberének harmadik csütörtökén tartott világnap, azzal a céllal jött létre, hogy felhívja a dohányzás ártalmaira a figyelmet és arra motiválja a dohányosokat, hogy legalább egy napig ne gyújtsanak rá (Egészségügyért Felelős Államtitkárság).

Az **Egészségfejlesztési Irodák** (EFI) működésének egyik célja a lakosság egészségi állapotának javítása, elsősorban a népegészségügyi szempontból magas kockázatot jelentő káros szenvedélyek és betegségek megelőzésével kapcsolatban. Tevékenységük kiegészíti a dohányzás megelőzési, leszokástámogatási törekvéseket, a passzív dohányzás ártalmainak csökkentését, elkerülését. Mind az egyéni tanácsadások, mind a lakosság és a közösségek számára további nyújtott támogatások újabb alternatíváját jelentik (Bezzegh, 2016).

e. A védőnői intervenciók a dohányzás okozta expozíció csökkentésében

A környezetből származó dohányfüst-expozícióra, annak káros hatásaira vonatkozó egészségfejlesztési témák megbeszélésére több lehetőség is nyílik a védőnői munka során. A védőnő a gondozásba vétel, valamint a családdal történő együttműködése során megismeri a benne élők egészségmagatartásának tényezőit, veszélyeztetettségét. A szülőkkel kialakított partneri viszony segítheti az előítélet-mentes kommunikációt a felek között. A védőnőnek mérlegelnie kell, hogy egy tanácsadási szituáció alkalmas-e a rövid tanácsadás elvégzésére, vagy

⁵⁵ Forrás: [http://www.stoma.u-szeged.hu/hirek-esemenyek/2016-aprilis/egeszsegugyi-vilagnap?](http://www.stoma.u-szeged.hu/hirek-esemenyek/2016-aprilis/egeszsegugyi-vilagnap?objectParentFolderId=30909)
objectParentFolderId=30909 (letöltés: 2018.06.02)

egy hosszabb motivációs beszélgetésre. A gondozás során adódhatnak akut helyzetek, melyek ellátása prioritást élvez, emiatt fontos az egészségfejlesztések megfelelő időzítése is. Ha az anya éppen aggódik, vagy szorong valamilyen egyéb tény vagy történés miatt, akkor nem biztos, hogy kellően figyelni tud egy rosszul időzített egészségfejlesztési témára, emiatt teherként élheti meg az együttműködést.

Az egészségfejlesztés több helyszínen is történhet, azonban ennek a témának a megbeszélésére ideális a család otthona, mert a látogatások során általában több idő jut a kommunikációra, a szülőoktatásra, és esetleg több családtag bevonására is lehetőség nyílik. A dohányzás csökkentésére, a leszokás támogatására tett kísérletek többnyire egy hosszú együttműködést tesznek szükségessé. A család otthonában (zárt terekben) történő dohányzás tényének felismerésekor (vagy ismeretében) a gondozás során lehetőség szerint rendszeresen ki kell térni az expozíció csökkentésének lehetőségeire és fontosságára. A családtagok bizalmának elnyerése minden addiktív magatartás változtatásának támogatásában kiemelt jelentőséggel bír.

Meg kell ismerni a családtagok dohányzási magatartásának pontos részleteit. Tudni kell a családban aktuálisan dohányzó személyek számát, a dohányzás módját, annak gyakoriságát és jellemzőit, beleértve azt is, hogy a dohányzás külső vagy belső térben történik-e, illetve naponta hány alkalommal. Mennyi időt tölt együtt egy légtérben a dohányzó családtag a gyermekekkel, vagy nemdohányzó felnőttekkel, esetleg a várandós nővel? Milyen helyzetekben éri expozíció a családtagokat az otthonukon kívüli környezetben? A családtagok dohányzására vonatkozó jellemzőinek feltárása után, az adatok megfelelő dokumentálása szükséges (törzslapban, betétlapon, vagy erre a célra készített adatlapon). Így egyrészt nyomon követhetővé válik, hogy milyen változások történtek, másrészt a védőnő által nyújtott intervenciók hatásait mérni is lehet, melyek a minőségbiztosítás alapját képezik. A létrejött változások további motivációt jelenthetnek a dohányzás abbahagyásának útján. A védőnők számára jogszabály írja elő a minimál intervenció alkalmazását. Családgondozás során a kliensek otthonában azonban nem csak a konkrét gondozás alatt álló személy, hanem a dohányzó családtagok esetén is mutatkozhat erre igény vagy lehetőség. A minimál intervenció alkalmazása elsősorban azt a célt szolgálja, hogy idő hiányában rövid tanácsadást tartson a védőnő, de a hatékony leszokás támogatás érdekében további motiválásra, helyzetértékelésre és nyomon követésre lehet szükség akár több hónapon keresztül is. A családdal folytatott egészségfejlesztési folyamatban,



a környezeti dohányfüst expozíció megelőzése és a káros hatások ismertetése elmaradhatatlan része a tanácsadásnak.

Aggodalomra ad okot, hogy az elmúlt években az e-cigaretta használata többszörösére emelkedett a felnőttek csoportjában. Emiatt az elektronikus termékek használatának visszaszorítása is a rá vonatkozó szabályozások bevezetésével járt együtt, ugyanakkor hasonlóan a füstöléssel járó formákhoz a család otthonában és autójában, a családtagok által használt zárt helyiségekben senki és semmilyen szabályozás sem tiltja az e-cigaretta használatát. A legújabb állásfoglalások alapján az elektronikus cigaretta kifújt gőze, a patronokban található vegyületei miatt károsító hatással vannak a környezetre, az utántöltő flakonok többnyire nikotintartalmúak. A folyadékban található propilén-glikol, glicerin, aldehidek, ketonok és észtervegyületek irritáló hatással bírnak a szem-, a torok-, a légcső nyálkahártyájára, az ízesítéshez használt vegyi anyagok irritálják a légutakat, és gyulladással járó megbetegedésekhez vezethetnek (ÁNTSZ, 2015). Ezek miatt 2016-tól megtiltották az e-cigaretta nyilvános helyeken történő használatát (Dohányzás Fókuszpont – E-cigaretta).

f. Minimál intervenció a dohányzó családtagok számára

Az életmód-tanácsadások során bármikor alkalmazható a minimál intervenció, amely rövid, beilleszthető a mindennapi tanácsadási rendbe, vagy az otthoni látogatás során az egészségfejlesztésbe (a módszer részletes kifejtése a „A LESZOKÁS TÁMOGATÁS LEHETŐSÉGEI VÁRANDÓSSÁG ALATTI DOHÁNYZÁS ESETÉN” c. fejezetben szerepel). A minimál intervenció célja, hogy a fennálló dohányzással kapcsolatos problémát egy rövid interakcióban feltárja a szakember és megfelelő együttműködés esetén egy motiválást, támogatást indítson el annak érdekében, hogy ez az adott probléma elmozduljon a megoldás irányába. A dohányzás problémájáról szóló minimál intervenció középpontjában az a törekvés áll, hogy segítsen elindítani azt a folyamatot, amely a leszokás irányába vezet, segítsen mérlegelni és értékelni ezt a helyzetet. Mivel a dohányfüst-expozíció csökkentésének egyik lehetősége a családtagok dohányzásról való leszokása, ezért a minimál intervenció alkalmazása az első fontos lehetőség.



☞ Bármilyen eseti tanácsadás kapcsán alkalmazható az intervenció „3A” módszere („kérdézzünk, tanácsoljunk, erősítsünk”), amely az „5A” módszer rövidített változata („5A” módszer röviden: „kérdézzünk, tanácsoljunk, erősítsünk, támogassunk, kövessünk”). A „3A” módszert minden egészségügyi dolgozónak kötelessége alkalmazni, javasolt azonban annak kiegészítése a támogatás fenntartásával, folyamatos motiválással, dokumentálással, a kliensek követésével.

☞ Saját megítélése alapján a munkája során milyen eredményességgel tudja alkalmazni a minimálintervenciót a várandósok családi környezetében? Milyen eszközöket alkalmaz a családtagok motivációjának fokozására/fenntartására?

g. Az expozíció csökkentésének lehetőségei a család otthonában és az autóban

A gyermekek védelmének leghatékonyabb módja a teljesen füstmentes otthoni környezet biztosítása. Ameddig a leszokás nem sikeres, addig kérni kell a szülőket, rokonokat, hogy mellőzzék a lakás minden helyiségében a dohányzást. Az autóban dohányzás is nagyon veszélyes, mert viszonylag kis zárt helyen koncentrálódik a füst, azonnali akut panaszokat okozva. A szülők dohányzása esetén arra kell törekedni, hogy a lakás/ház ajtajától, tehát a bejáratoktól, nyitott ablakoktól több méternyi távolságra gyújtsanak csak rá, mert az ajtó nyitásakor is jelentős mennyiségű dohányfüst kerülhet a lakás légterébe. A nemdohányzók védelme érdekében hozott törvény alapján, tilos a dohányzás közoktatási és egészségügyi szolgáltatók intézményeiben és azok területén, gyermekvédelmi és gyermekjóléti intézményekben és azok bejáratától számított 5 méteren belül. Emellett tömegközlekedési eszközökön, zárt közterületeken, megállóknál, átjárókban, aluljárókban és játszótéren, zárt munkahelyeken. Vendéglátóipari egységben, szórakozóhelyeken a dohányzásra kijelölt helyen lehet rágyújtani. **A szabályozás nem terjed ki a családok otthonaira és autóra,** tehát ott lehetséges a dohányzás. A legjobb megoldás, ha a szülő úgy dönt, hogy gyermekei, családja és önmaga érdekében teljesen abbahagyja a dohányzást, azonban a függőség jellege és bizonyos kulturális és szociális tényezők miatt ez sok családban nem valósul meg. Fel kell hívni a figyelmet arra, hogy a fejlődésben lévő szervezet (csecsemők, gyermekek) különösen érzékenyek az expozícióval szemben. El kell mondani, hogy a legtöbb, amit ebben a helyzetben a szülő tehet a családjáért, hogy megszünteti a dohányzást az autóban és a család otthonában. A legtöbb időt általában az emberek a saját otthonukban töltik, így ez rendkívül fontos döntés.



Tájékoztatni kell a szülőket arról, hogy az ismerősök, rokonok, barátok dohányfüstje szintén nagyon ártalmas, a gyermekeket védeni kell mások füstjétől is. Különösen igaz ez, ha rokonlátogatóba mennek, vagy vendégeket várnak. A saját gyermekeiket az ő kötelességük megóvni. A szülők figyelmét fel kell hívni arra, ha nem ők vigyáznak saját gyermekükre, más idegen emberek, rokonok se gyújtsanak rá gyermekük közelében. A nagyobb gyermekek, akik már megértik a szülők alapvető kéréseit megtaníthatók, hogy ne engedjék, hogy környezetükben felnőttek gyújtsanak rá. Nagyobb gyermekek lehetőség szerint tartsák távol magukat a többiek dohányfüstjétől.

Előfordul, hogy a szülő, miközben a gyermekét sétáltatja és rágyújt, több dohányzó ember társaságában van jelen. Ez a szituáció még nyílt tér esetén is káros, hiszen nehezen kerülhető el, hogy több ember füstje ne jusson el a jelen lévő gyermekhez vagy karon ülő csecsemőhöz.

A lakásban zárt térben, ha a gyermek a másik szobában tartózkodik, abban az esetben is jelentős károsító hatások érik, tehát nem megoldás a másik helyiségben való dohányzás. A füst felmegy az emeletre, az ajtók nyitogatása során minden helységben érezhető a jelenléte. Az emberek általában autóban is sok időt töltenek, ahol kisebb zárt térben éri őket a dohányzás ártalma. Az ablak lehúzása nem jelent megoldást erre a problémára, hiszen a füst a hátsó légtérbe is átjut. Az autóban történő dohányzás rendkívül ártalmas, mert kis helyen történik, és egy szál cigaretta elszívása során 2 liter füst és több milliárdnyi részecske jut a térbe. A dohányfüst szagának elillanása, kiszellőztetése után a dohányzásból visszamaradt részecskék folyamatosan jelen vannak a lakásban, autóban. Ezek porral összeállva a felületeken megtelepednek és újabb rágyújtás nélkül is akár hónapokig jelen vannak. A levegőben lebegő részecskék a levegő gázaival összeállva különböző megbetegedéseket okozó vegyületekké alakulnak. Ez elsősorban a csecsemőkre és kisdedekre ártalmas hatás, mert rengeteg tárgyat vesznek a szájukba. (Dohányzás visszaszorítása, ÁNTSZ)

A gyermekek és felnőttek dohányfüst-expozíciója egyszerre több szempontból is hátrányos helyzetet idézhet elő, ezeknek a hátrányoknak az összefoglalása, a szülőknek, a családtagoknak, a közösség tagjainak történő átadása mind egyéni, mind közösségi gondozás során lehetséges.



h. Néhány kiegészítő ismeret átadása az expozíció csökkentésével kapcsolatban

- A munkahelyeken 2012-től kezdődően tilos a dohányzás a nemdohányzók érdekében hozott szabályozás alapján, így a szülőket, munkavállalókat, várandósokat nem érheti dohányfüst a munkahelyen belül. Mivel számos intézményben kijelölhető azonban „dohányzásra kijelölt hely”, annak elkerülésére fel kell hívni a szülőket, várandósok figyelmét. (A szigorú dohányzás-korlátozásnak lehet olyan hatása is, hogy ösztönzőleg hat az egyén esetén a dohányzás abbahagyására, vagy a szálgyakoriság csökkentésére).
- A munkahelyeken, a család otthonában zárt helyiségekben található szellőző berendezések, ventilátorok, légkondicionálók nem alkalmasak a füst által okozott levegő megtisztítására, sőt bizonyos esetekben szétozlatják a füstöt.
- Az expozíciónak nincsen biztonságos szintje, így annak elkerülése rendkívül fontos. Fel kell hívni a családtagok figyelmét arra, hogy azokat a helyzeteket mindenképpen kerüljék el, ahol a dohányfüst érheti őket, vagy gyermekeiket (például játszótér környékén dohányzásra kijelölt helyek), továbbá mindenképpen olyan éttermet, szórakozóhelyeket válasszanak, ahol nem éri őket károsító hatás (figyelni kell erre a környező országokban, illetve olyan területeken, ahol gyenge a szabályozás, vagy egyáltalán nincsen).
- Magyarországon a bevásárlóközpontokban tilos a dohányzás, de a parkolóházakban van dohányzásra kijelölt hely. A szülőket figyelmét fel kell hívni arra, hogy gyermekeiket, ameddig egyikőjük dohányzik, a másik szülő tartsa távol a dohányzásra kijelölt helyektől, hiszen ott magasabb a károsító anyagok koncentrációja.
- A leendő apákban erősíteni kell a társuk és leendő gyermekük védelmét. A családot támogatni kell abban, hogy a hozzájuk látogató személyek esetén kérjék a dohányzás teljes mellőzését. Mindkét szülő figyelmét fel kell hívni a potenciális veszélyforrásokra és segíteni kell őket a dohányzás abbahagyásában. Védőnői kompetencia körébe tartoznak: a minimál intervenció biztosítása, a motivációs beszélgetés, a szülőoktatás az expozíció csökkentésének lehetőségeiről és a segítő szakemberek elérhetőségével kapcsolatos tájékoztatás.



☞ A főbb károsító hatások összefoglalása a szülőoktatás során

- ☞ A csecsemők és a gyermekek a legsérülékenyebbek az expozíció szempontjából, mert légzésszámuk gyorsabb, méregtelenítésük lassabb, és többnyire nem tudják elhagyni a helyiséget, ahol a dohányzás zajlik.
- ☞ Gyakrabban lesz beteg a gyermek, rosszabb az egészségi állapota, kellemetlen vizsgálatokon megy keresztül, szenved, rossz a közérzete, a csecsemők esetén halálos kimenetelű állapot is bekövetkezhet (SIDS).
- ☞ Gyakrabban van kórházban, többször kell az orvosokhoz járni betegségek és kontrollvizsgálatok miatt, lassabb a gyógyulás, megnövekedhet az orvosi kiadások összege (ez mind felnőtt, mind gyermek esetén igaz).
- ☞ A betegségek miatti gyógyszerkiadások jelentős többletet jelentenek a család számára.
- ☞ A gyermekek kiesnek a közösségből (óvodai programok, iskola, tanulás), ez jelentős lemaradást okozhat a fejlődésükben.
- ☞ A szülők közül valakinek otthon kell lennie a beteg gyermekkel, emiatt a munkájából hiányzik, jövedelme csökken, elveszítheti munkahelyét.
- ☞ Az expozíció nagyon káros a várandós anyákra nézve, így közelükben mellőzni kell a dohányzást (kiemelten a zárt térben történő dohányzást).
- ☞ A családban élő nemdohányzó egyének egészségére nézve bizonyítottan nagyon káros a dohányzás, ezért el kell mondani a számos szív- és érrendszeri és daganatos megbetegedés magasabb kockázatát mint következményt.

i. A balesetvédelem szempontjai

A családban dohányzó egyének otthon foglalkozhatnak dohánytöltéssel, amikor saját maguk töltik papírba vagy más eszközbe a dohánylevelet. A családtagok figyelmét fel kell hívni arra, hogy az ehhez használt eszközök, maga a csomagolt dohány, vagy a gyári cigaretta rendkívül veszélyes lehet a csecsemő vagy kisgyermek számára. Ha ezek a kezükbe jutnak, a szájukba vehetik és el is fogyaszthatják azokat, mely halálos következménnyel járhat. Hasonlóan balesetveszélyes az elektronikus cigaretta utántöltő patronja, amely apró, szájba vehető, összerágható, így mérgezést, sérülést is okozhat. Az akkumulátor túlmelegedése és ütdése szikraképződést, tűzesetet és égési sérüléseket eredményezhet így gyermekek elől feltétlenül elzárva tartandó (Használati utasítás Ego-T elektromos cigaretta). A dohánytermékek otthoni tárolására, az ebből eredő balesetek megelőzésére akár többször is fel kell hívni a figyelmet. Látogatások során meg kell kérdezni, hogy hol tárolják azokat. A dohányzás során használt



egyéb eszközöket (például hamutartó, gyufa, öngyújtó, patronok, töltőkészülék) a gyermekek közeléből minden esetben el kell tenni. Abban az esetben, ha valamelyik családtag a lakótérben dohányzik, rendkívül fontos, hogy felhívjuk a figyelmét a károsító hatásokra, melybe az előbb említetteken kívül a harmadlagos dohányzás ártalma is beletartozik. A harmadlagos dohányzás során a lerakódó füst és a gőzhöz tapadó részecskék, mint szennyeződések bejutnak a bőrön, a légutakon és az emésztőrendszeren keresztül, tovább fokozva az ártalmakat (American Cancer Society, 2017), (Kuschner, 2011).

j. Roma közösségek, többszörösen hátrányos helyzetben élők bevonása az intervencióba

A szegregátumokban élők (legnagyobb arányban romák), vagy alacsony szociokulturális státuszú családok egészségi problémáit komplexen kell megközelíteni. A védőnői alapellátáson kívül más szolgáltatók bevonására is szükség lehet, például házi orvosra, aki az egészségmagatartás alakítását támogathatja azok körében, akik őt felkeresik. A roma lakosság egészségügyében a mediátoroknak is kiemelt szerepe lehet, mert a szakemberek és a roma lakosság közötti kommunikációt, megértést jelentősen elősegíthetik. Mediátorok hiányában elsősorban azokat a szülőket, nagyszülőket, vezetőket kell megkeresni a lakosságon belül, akik pozitív mintát jelentenek a közösségen élők számára, akikre a fiatal szülők is hallgatnak, felnéznek.

Az egyéni gondozás során a várandós anyák dohányzásleszokását kell támogatni, és kiemelt jelentőséggel bír a csecsemők, kisdetek otthoni védelme érdekében végzett szülőoktatás is. Együttműködés szükséges a területen lévő óvodákkal és iskolákkal, ugyanis a legfiatalabb korosztályban lehet leginkább megváltoztatni az egészségügygel kapcsolatos attitűdöket. Az iskolai egészségfejlesztő programokba lehetőség szerint be kell vonni a szülőket is (egy példa: rajzpályázat során – melynek témája a dohányzásmegelőzés – kiállítás szervezése az iskolákban vagy egyéb közösségi térben, melyre a szülőket is meghívják). A roma fiatalok bevonása a dohányzásmegelőzési programokba óvodákban és az iskolákban kezdődik, így a pedagógusok, védőnők együttműködésére van szükség.

A roma és hátrányos helyzetű lakosság számára célzott intervenciókat kell létrehozni, melybe aktívan bevonhatók az önkormányzatok és roma önkormányzat tagjai. Fontos kérni a segítségüket a lakosság motiválásához, megjelenéséhez, konkrét programok megszervezéséhez.



Az egészségfejlesztő programokat javasolt alkalmanként megismételni. A közösség számára tartott egészségfejlesztést egyéb támogatásokkal is össze lehet vonni (például adományozásokkal), mert az elképzelhető, hogy nagyobb motivációs erővel bír, és több ember megjelenésére lehet számítani (például melegítelosztás, tartós élelmiszer vagy ruhacsomagok átadása). Ehhez szükséges az egyéb civil vagy egyházi szervezetek, önkormányzatok bevonása is. A roma nemzetiséggel való együttműködés során gyakran tapasztalható az eltérő értékrend, az egészségről alkotott felfogás eltérő volta, a csökkent önértékelés és befogadókészség, az egészségfejlesztő személy elutasítása, a csökkent emlékezőképesség, emiatt a családgondozás során kiemelten fontos az előítélet-mentesség, az empátia gyakorlása, a reális célok meghatározása, a gondozás folyamatosságára való törekvés (Nemzeti Társadalmi Felzárkózási és Roma Stratégia, 2011).

VI. Összegzés

A nők, gyermekek, nemdohányzó családtagok védelme érdekében arra kell törekedni, hogy a mikro- és makrokörnyezetben (közösségi terekben) 100%-ban megvalósuljon a dohányfüstmentes légkör biztosítása. A szabályozások nem terjednek ki a családok otthonára és autójára, így jelenleg azokon a helyszíneken semmilyen korlátozás nincs érvényben, így az ott élők egyéni döntése, hogy kiteszik-e családtagjaikat a dohányzás káros hatásainak. Az elmúlt három évtizedben számtalan kutatás bizonyította az expozíció káros hatásait, és azt is, hogy a csecsemőkre, gyermekekre az élettani állapotuknál fogva ez különösen veszélyes. Emiatt a családon belüli és közösségi intervencióknak az expozíció témájában kiemelt jelentősége van. A környezeti dohányfüst-expozíció (régőbbi elnevezése alapján passzív dohányzás) csökkentésének hatékony módszere a családgondozás során történő ismeretátadás, a családtagok motiválása a leszokásra vagy az otthoni zárt térben történő dohányzás abbahagyására, csökkentésére. Viszonylag kis beavatkozással hatalmas egészséghaszonra lehet szert tenni, amennyiben a dohányzó családtag csak annyit változtat a szokásain, hogy a nemdohányzók jelenlétében zárt térben nem gyújt rá többet. A közösségek bevonásával létrehozott intervenciók kiegészítik a családgondozás célkitűzéseit, hiszen továbbfejleszthető a résztvevők ismerete, attitűdje, változások érhetők el elsősorban az otthoni (vagy bármilyen zárt térben történő) dohányzást illetően. Mindkét módszer során (egyéni/családi vagy közösségi



gondozás) az az elsődleges cél, hogy a résztvevők megértsék, hogy családtagjaik, ismerőseik, a közösség tagjai kiszolgáltatott helyzetben, veszélyben vannak, és egy viszonylag egyszerű döntés jelentősen javíthatja a közösségben vagy családban élő személyek egészségét. Az alapellátás szakemberei közül a védőnők kulcsszerepet játszanak az egészségfejlesztésben. Gyakorlatilag ők az egyetlen egészségügyi szakemberek, akik a család otthonában is megfordulnak. Munkájuk során kapcsolatba kerülnek a várandós nőekkel, a csecsemőket, a kisdetet, a kisgyermeket nevelő szülőkkel, és pontos képet kapnak a családban élő személyek egészségmagatartásáról. A gondozási tevékenységük egy hosszabb folyamat eredménye, melyben lehetőségük nyílik a család egészségmagatartásának megismerésére, a változtatások elérésére különböző módszerek alkalmazása által. A választott módszerek közé tartozik a család felmérése és ez alapján gondozási terv készítése, melyben a szakember közösen a családtagokkal célokat tűz ki arra vonatkozóan, hogyan tudnak káros szokásaikon változtatni, milyen módon tudják családtagjaikat, gyermekeiket megvédeni. Ennek legfontosabb részét a családtagokkal való interaktív kommunikáció képezi. Ezeket kiegészíti a szakemberek által készített szóróanyagok, kisfilmek bemutatása, átadása. Az egészségmagatartás változtatásának hatékony eszköze a közösségi gondozás, mely egy adott helyen élő kisebb csoport oktatását, egészségfejlesztését jelenti. Ebbe beletartozik az óvodai és iskolai prevenció is. Az expozíció csökkentése nemcsak úgy lehetséges, hogy az egészségügyi szakdolgozók oktatják a célcsoportot. A hatás úgy is csökkenthető, hogy az óvodáskorú vagy iskolás gyermek a tanult ismeretei, megváltozott attitűdjei alapján kéri szüleit, hogy a jelenlétében ne gyűjtsanak rá. A közösségi terekben szervezett oktatás több helyszínen is megvalósulhat, és kötődhet egyéb más közösségi programokhoz, tevékenységekhez is. Célja, hogy nagyobb közösséghez jussanak el azok az információk, amelyek változást tudnak előidézni. Ebben járási szinten az Egészségfejlesztési Irodáknak is szerepe lehet, ahol akár egyéni, akár közösségi gondozás végezhető.

Kisebb közösségekhez elsősorban az alapellátás védőnői jutnak el. A védőnő készíthet egy rövid írásbeli összefoglalást, mely átadható a gondozásban álló (vagy jelen lévő) személyeknek. Szóróanyagok átadása, plakátok elhelyezése a károsító hatásokról, további szemléltető eszközök alkalmazása (például „tobacco body” számítógépes program, interaktív CD-k, dohányzással és expozícióval kapcsolatos kisfilmek bemutatása) kiegészítik az interaktív előadások tartalmát, megerősítést adhatnak a változtatásokhoz.



A környezeti dohányfüst-expozíció csökkentése érdekében tett lépések eredményesnek minősülnek, ha a családban élő egyének abbahagyják vagy csökkentik a dohányzást. Ez számukra nehéz változtatás lehet, így a nemdohányzók védelmében jelentős eredménynek minősül, ha a dohányzó családtag nem gyújt rá a nemdohányzóval egy helyiségben, továbbá mellőzi teljesen a lakásban és autóban történő dohányzást.

Az expozíció elkerülése érdekében a közösségekben élő egyének felvilágosítása, informálása tehát pozitív eredményekkel járhat. Bevonhatók iskolások, fiatal felnőttek, családalapítás előtt állók, szülők és nagyszülők. Nem csak az információ egyoldalú átadását kell elvégezni, hanem lehetőséget kell biztosítani arra, hogy a jelenlévők kérdéseket teheszenek fel a másodlagos dohányzás témáival kapcsolatban. Ellenőrizni kell, hogy megértették-e a környezeti dohányzás során keletkező expozíció veszélyeit, a gyermekekre, felnőttekre vonatkozó ártalmait. A közösségi egészségfejlesztés célja, hogy a résztvevő egyének a szakember együttműködésével ne csak megértsék az ártalmakat, de változtatásokra is képesek legyenek, belső indíttatásból tegyenek azért, hogy megóvják szűkebb és tágabb környezetüket.

VIII. táblázat **Lehetséges indikátorok a környezeti dohányfüst-expozíció csökkentésével kapcsolatban**⁵⁶

Indikátorok a területi és iskolai védőnői munkában	
Területi	Iskolai
✓ abbahagyja a dohányzást abban a helyiségben, ahol a többi családtag a legtöbb időt tölti	✓ közösségi oktatások száma a témakörben
✓ csökkenti a lakáson belüli dohányzást	✓ iskolai oktatások száma a témakörben
✓ teljesen abbahagyja a lakáson belüli dohányzást	✓ iskolai oktatásba bevont gyermekek száma
✓ abbahagyja a dohányzást	✓ iskolai oktatásba bevont szülők száma

⁵⁶ Forrás: saját szerkesztés



✓ abbahagyja az autóban való dohányzást	✓ szülőknek szóló speciális programok (kiállítások)
✓ külső terekben is a családjától távolabb gyűjt rá	✓ oktatáshoz beszerzett segédeszközök száma
✓ azon várandósok száma, ahol a várandósság időszakában megszűnt az expozíció	✓ oktatásba bevont speciális szakemberek száma
✓ azon csecsemők száma, ahol megszűnt az expozíció	



VII. Felhasznált irodalom

- Alpár Á., Balku E., Berki J., Demjén T., Kimmel Zs., Kiss J., Kovács G., Taller Á., Varsányi P. (Demjén T. szerk): Dohányzás visszaszorítása 2016. Dohányzás Fókuszpont NEFI, 2016.
- Arató Miklósné: A nagyállói romák egészségi állapota, Nővér 2013, 26 (5), 1–44.
- Az elektronikus cigaretták és a dohányzást imitáló elektronikus eszközök használatának gyakorisága. NEFI Dohányzás Fókuszpont. 2015. november 2.
http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/e_cigaretta_gyakorisag.pdf (letöltés: 2018. április 20.)
- A Tanács ajánlása a dohányfüstmentes környezetről (2009/C 296/02). Az Európai Unió Hivatalos Lapja 2009. november 30.
- A vízipipázás, a vízipipadohány fogyasztás egészségkockázatai és a használat gyakorisága Magyarországon. Dohányzás Fókuszpont, Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2014.
- A WHO Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezménye dohányfüst-expozíció elleni védelemről szóló 8. cikkének végrehajtására vonatkozó irányelvek https://www.antsz.hu/data/cms33309/iranyelv_8_cikkhez.pdf (letöltés: 2018. április 20.)
- Balázs P, Rákóczi I, Grenszer A, Foley KL. (2012) Risk factors of preterm birth and low birth weight babies among Roma and non-Roma mothers: a populationbased study. Eur J Public Health, 23(3): 480–485
- Barnoya J., Navas-Acien A.: Protecting the World From Secondhand Tobacco Smoke Exposure: Where Do We Stand and Where Do We Go From Here? Nicotine Tob Res. 2013 Apr; 15(4): 789–804.
Bedfont webpage: <https://www.bedfont.com/shop/smokerlyzer/micro> (letöltés: 2018. május 5.)
- Bernát A., Páthy-Dencső B.: A roma nők helyzete kelet-európai összehasonlításban az ezredforduló után. http://www.tarsadalomkutatas.hu/kkk.php?TPUBL-A-885/publikaciok/tpubl_a_885.pdf (letöltés: 2018. április 25.)
- Bezzegh P.: Az Egészségfejlesztési Irodák Hálózata. Egészségfejlesztés, LVII. évfolyam, 2016. 1. szám.



- Callan S.: Tobtaxy. A dohánytermékek adózása és az illegális kereskedelem. Európai Unió 2012.
- „Ciki a cigi” iskolai Program, Országos Egészségfejlesztési Intézet Dohányzás Fókuszpont <http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/hu/content/cselekvesi-terv> (letöltés: 2018. április 10.)
- Demjén T., Kiss J., Viski D.: Egészségügyi Világszervezet Dohányzásellenőrzési Keretegyezmény: magyar országjelentések. Egészségfejlesztés, LVIII. évfolyam 2017. 1. szám
- Demjén T., Kiss J., Formanek-Balku E.: Az Egészségügyi Világszervezet Nemzetközi Ifjúsági Dohányzás Felmérésének 2016. évi hazai megvalósításáról. Zárótanulmány. EMMI Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet Dohányzás Fókuszpont, 2016.
- Drope J., Schluger W. N. (szerk): The Tobacco Atlas Sixth Edition American Cancer Society, 2018. <https://tobaccoatlas.org/> (letöltés: 2018. május 5.)
- Eriksen M., Judith Mackay, Neil Schluger, Farhad Islami, Gomeshtapeh Jeffrey Drope The Tobacco Atlas, Fifth Edition, American Cancer Society, 2015.
- Egészségügyi Szakmai Irányelv a Dohányzásról való Leszokás Támogatásról, Emberi Erőforrások Minisztériuma – Egészségügyi Államtitkárság Egészségügyi Szakmai Kollégium, 2014.
- European Tobacco Control Status Report 2013. World Health Organization 2013.
- Fagerström Nikotin Függőségi Kérdőív: Leteszem a cigit. <http://www.leteszemacigit.hu/merje-meg-nikotinfuggeset> (letöltés: 2018. április 20.)
- Gender Women and the Tobacco Epidemic, World Health Organization, 2010. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44342/9789241599511_eng.pdf;jsessionid=0B467523B0AFC7C41E945E4298530954?sequence=1 (letöltés: 2018. április 20.)
- Hackshaw E., Rodeck C., Boniface S.: Maternal smoking in pregnancy and birth defects: a systematic review based on 173 687 malformed cases and 11.7 million controls. Hum Reprod Update. 2011 Sep-Oct; 17(5): 589–604.
- Használati utasítás Ego-T elektromos cigaretta <http://eliquid-aruhaz.com/hasznalati-utasitas-ego-t-elektromos-cigaretta> (letöltés: 2018. május 10.)



- Health Risks of Secondhand Smoke, What is secondhand smoke? American Cancer Society, 2017.
<https://www.cancer.org/cancer/cancer-causes/tobacco-and-cancer/secondhand-smoke.html> (letöltés: 2018. április 20.)
- Kósa Zsigmond: Telepszerű körülmények között élők egészségfelmérése, PhD értekezés, Debrecen, 2006.
- Kovács G., Dohányzás Leszokás Támogatás. Háziiorvosi Továbbképző Szemle 2010. 15:9-15
- Kushner W. G., Reddi S., Mehrotra N., Paintal H. S.: Electronic cigarettes and thirdhand tobacco smoke: two emerging health care challenges for the primary care provider. Int J Gen Med. 2011 Feb 1; 4:115-20.
- Leszokástámogatás.hu (dohányzás leszokás támogatási módszerek/passzív dohányzás/)
<http://leszokaspont.hu/>
- Május 31. Dohányzásmentes Világnap
<https://www.tudokozpont.hu/hirek/majus-31-dohanyzasmentes-vilagnap> (letöltés: 2018. április 20.)
- Neményi M.: Cigány anyák az egészségügyben. Magyar Elektronikus Könyvtár 2003. 10. 02.
<http://mek.niif.hu/01100/01156/01156.htm> (letöltés: 2018. május 3.)
- Nemzeti Erőforrás Minisztérium szakmai protokollja a védőnői szűrővizsgálatokról a várandós anya ellátásában. Védőnői Szakmai Kollégium, 2010. évi 104. szám
- Nemzetközi Ifjúsági Dohányzásfelmérés 2013-2016. Hazai és Külföldi Adatok, tanulmányok. Dohányzás Fókuszpont 2017. 06.13. (letöltés: 2017. 12. 20.)
<http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/hu/content/hazai-es-kulfoldi-adatok-tanulmanyok> (letöltés: 2018. április 20.)
- Nemzeti Társadalmi Felzárkózási és Roma Stratégia tervezetének rövidített összefoglalója: Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégia – Mélyszegénység, Gyermekszegénység, Romák – (2011–2020) Helyzetelemzés, Közigazgatási és Igazságügyi Minisztérium Társadalmi Felzárkóztatásért Felelős Államtitkárság Budapest 2011.



- Northrup T. F., Jacob P., Benowitz N. L., Hoh E., Quintana P. J. E., Hovell M. F., Georg E., Matt G. E., Stotts A. L.: Thirdhand Smoke: State of the Science and a Call for Policy Expansion. Public Health Rep. 2016 Mar-Apr; 131(2): 233–238.
- November 17-e, A ne gyújts rá! Világnap (Hírek) Magyarország Kormánya, Egészségügyért Felelős Államtitkárság. Dr. Ónodi-Szűcs Zoltán 2017.
<http://www.kormany.hu/hu/emberi-eroforrasok-miniszteriuma/egeszsegugyert-felelos-allamtitkarsag/hirek/november-17-e-a-ne-gyujts-ra-vilagnap> (letöltés: 2018. április 20.)
- Odor A. (szerk): A védőnő preventív alapfeladatai, kötelezettsége és felelőssége a megelőző ellátásban. Kiadó: Dr. Bujdosó László Országos Tisztifőorvosi Hivatal, 2004.
- Odor A.: EMMI szakmai iránymutatása a területi védőnői gyermekvédelmi feladatainak ellátásához, különös tekintettel a korai észlelésre és jelzésre. Siófok, 2017. október 11.
- Óvodai Dohányzás Megelőzési Programja Országos Egészségfejlesztési Intézet Dohányzás Visszaszorítása Magyarországon (letöltés: 2017. 12. 29.)
http://dohanyzasvisszaszoritasa.hu/ovodai_dohanyzas_megelozesi_program.html
- Passzív dohányzás hatásai: Daganatok.hu Országos Onkológiai Intézet honlapja
<http://daganatok.hu/a-dohanyzas-es-a-rak/a-passziv-dohanyzas-hatasai> (letöltés: 2018. április 20.)
- Paulik Edit, Rogers Todd, Easterling Doug, Nagymajtényi László, A dohányzással kapcsolatos ismeretek és attitűdök egyenlőtlenségei Magyarországon. Egészségtudomány, LVI. Évfolyam, 2012. 3. Szám
- Percentage of students who smoked cigarettes on at least 1 day during the month preceding the survey, WHO Region: European Population Survey - Global Youth Tobacco Survey (GYTS)
https://nccd.cdc.gov/GTSS/rdPage.aspx?rdReport=OSH_GTSS.ExploreByTopic&isDataSource=&rbTopicMpower=Topic&isTopic= (letöltés: 2018. április 20.)
- Rác J., Relapszusprevenció drogfüggőknél: pszichoterápiás és farmakoterápiás lehetőségek. Neuropsychopharmacologia hungarica 2013. XV. évf. 4. szám
- Rockhill K.M., Tong V. T., Farr S. L., Robbins C. L., D'Angelo D. V., Englad L. J.: Postpartum Smoking Relapse After Quitting During Pregnancy: Pregnancy Risk Assessment Monitoring System, 2000-2011. J Womens Health (Larchmt). 2016 May;25(5):480-8.



- Secondhand smoke. Smoking and Tobacco Use. Centers for disease Control and Prevention. 2017.
https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/index.htm (letöltés: 2018. április 2.)
- Secondhand Smoke Facts. Smoking and Tobacco Use. Centers for Disease Control and Prevention. 2018.
https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/secondhand_smoke/general_facts/index.htm (letöltés: 2018. április 2.)
- Solymosy J. B.: A romák egészségügyi állapota Magyarországon. Egyenlőség, egészség és a roma/cigány közösség. Madrid, 2007. Megjelent az Európai Közösség támogatásával.
- Soon-Young Yoon, Jonathan M. Samet (editors) Gender, Woman and the Tobacco Epidemic, WHO 2010.
- Szabóné K. J.: A magyarországi roma/cigány értelmiség historiográfiája, helyzete és mentális állapota. Gondolat Kiadó Kör, 2012.
- Tanulmány a dohányzás Egészségkárosító hatásairól. Dohányzás visszaszorítása, ÁNTSZ (letöltés: 2017. 12. 20.)
https://www.antsz.hu/felso_menu/temaink/dohanyzas_visszaszoritasa (letöltés: 2018. április 10.)
- Tévhit, hogy az elektronikus cigaretta veszélytelen az egészségre. Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat 2015. 10. 30.
https://www.antsz.hu/felso_menu/temaink/dohanyzas_visszaszoritasa/151030-elektronikus-cigaretta-veszelyek.html
- The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. Centers for Disease Control and Prevention (US); 2006.
- Tobacco Consumption Statistics, Proportion of daily smokers of cigarettes, 2014.
[http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Proportion_of_daily_smokers_of_cigarettes,_2014_\(%25_persons_aged_15_and_over\).png](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Proportion_of_daily_smokers_of_cigarettes,_2014_(%25_persons_aged_15_and_over).png) (letöltés: 2017. december 20.)
- Tobacco consumption 1 in every 4 persons aged 15 or over in the European Union is a smoker and 1 in 5 confronted by passive smoking. Daily exposure to tobacco smoke indoors in the EU Member States, 2016, Eurostat
<http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/7762296/3-07122016-AP-EN.pdf/e6cf7fd2-06a5-45ba-8385-991bccef54fd> (letöltés: 2018. április 2.)



- Új eszközök a dohányzásban. Egészség.hu. Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet 2017.
<http://www.egeszseg.hu/cikk/ui-eszkozok-a-dohanyzasban>
- Vajer P.: (2013) Dohányzásról leszokás támogatás módszerei és a leszokás sikerességét befolyásoló tényezők. PhD értekezés, Budapest, 2013.
http://phd.semmelweis.hu/mwp/phd_live/vedes/export/vajerpeter.d.pdf (letöltés: 2018.április.10.)
- WHO Recommendations for the Prevention and Management of Tobacco Use and Second-Hand Smoke Exposure in Pregnancy. Geneva: World Health Organization; 2013.
- 1999. évi XLII. törvény a nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól
https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99900042.TV (letöltés: 2018. április 2.)
- 2012. évi CXXXIV. törvény a fiatalkorúak dohányzásának visszaszorításáról és a dohánytermékek kiskereskedelméről
<https://mkogy.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1200134.TV> (letöltés: 2018. április 2.)
- 18/2016 EMMI rendelet a felsőoktatási szakképzések alap- és mesterképzések képzési és kimeneti követelményeiről
https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1600018.EMM×hift=ffffff4&txreferer=00000001.TXT (letöltés: 2017. december 18.)
- 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról
https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0400049.ESC (letöltés: 2018. április 20.)
- 26/2014 (IV. 8.) EMMI rendelet a várandósgondozásról
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1400026.emm> (letöltés: 2018. április 20.)
- 26/1997. (IX. 3.) NM rendelet az iskola-egészségügyi ellátásról
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700026.nm> (letöltés: 2018. április 20.)
- 2017. EüK. 12. szám EMMI közlemény az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai iránymutatása a területi védőnő gyermekvédelmi feladatainak ellátásához, különös tekintettel a korai észlelésre, jelzésre és az együttműködésre.



A LESZOKÁS TÁMOGATÁS LEHETŐSÉGEI VÁRANDÓSSÁG ALATTI DOHÁNYZÁS

ESETÉN

I. Bevezetés

A dohányzás egy olyan egészségkárosító magatartásforma, amelyről közismert, hogy számos halálhoz vezető betegség kóroki tényezője. Ismert összefüggés, hogy minél korábbi életkorra tevődik a rászokás, annál erősebb függőség alakulhat ki az évek során. Ennek következtében, azok a párok, akik gyermeket szeretnének vállalni, bár az esetek többségében tudják, hogy nagyon ártalmas a dohányzás, mégis minden elhatározásuk ellenére sem tudják feladni a dohányzást, veszélyeztetve ez által a saját fejlődő magzatuk és a környezetük egészségét is. A megelőzési és leszokás támogatási programok megvalósítása, valójában minden egészségügyben dolgozó szakember feladata, de ebben kiemelt jelentősége van a védőnőknek. Amíg az egészségügyi dolgozók egy része, főleg betegekkel van kapcsolatban, addig a védőnők különböző életkorú fiatalokkal, várandósokkal, gyermeket nevelő családokkal találkoznak és az egészségfejlesztés módszereit alkalmazva jelentős hatást tudnak gyakorolni az egészségmagatartásuk tényezőire. Minden egyes esetben, amikor segíteni tudnak egy várandósnak a dohányzásról való leszokásban, óriási eredményt jelent, hiszen ezáltal a megszületendő gyermek egészségét is jelentősen befolyásolják, nem csak rövid, de hosszú távon is.

Ennek a módszertani anyagnak elsősorban az a célja, hogy támogassa a védőnőket a várandós anyák dohányzásról való leszokásának támogatásában. A módszertani segédlet, nem csak a várandósság alatti dohányzás jellegzetességeit, perinatális következményeit foglalja össze, de gyakorlati módszertani segítséget is jelent, elsősorban az alapellátásban dolgozó védőnők számára. Segítségével nem csak a várandósok, de a környezetükben élő személyek dohányzásmagatartására is hatást tudnak gyakorolni és hatékonyabban tudják segíteni a szülést követő időszakban is a dohányzásra visszaszokás csökkentését.



a. Dohányzással kapcsolatos hazai és nemzetközi adatok

Néhány fontosabb statisztikai adat bemutatása azért szükséges, mert csak összehasonlításokon keresztül lehet megvilágítani a hazai negatív tendenciákat és azt, hogy a probléma kezelésére a jelenleginél hatékonyabb prevenciós beavatkozásokra van szükség.

A World Health Organization (WHO) és a Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) jelentései alapján a dohányzás által leginkább érintett terület a világon az európai régió. A 15 éven felüli korosztály 28%-a rendszeresen dohányzó volt 2013-ban, mely 26%-ra csökkent 2014-ben. A férfiak 31%-a, míg a nők 22%-a dohányzott Európában. Jellemző, hogy korosztályos bontások alapján a 25–39 (33%) és a 40–54 (34%) éves korosztályt nagyobb arányban érinti a dohányzás, mint a többi korcsoportot (*Demjén, 2016*). Hazánkban a lakosság 30%-a naponta dohányzó (régébbi szóhasználattal élve rendszeres dohányzó) volt 2014-ben. A férfiak 38%-a, a nők 23%-a dohányzott napi rendszerességgel. A fiatal felnőtt és középkorú csoportokban az európai átlagnál jóval többen dohányoznak Magyarországon. A 25–39 éves korosztályban 41%, a 40–59 éves korcsoportban 39% naponta dohányzik.

Nemzetközi összehasonlítások alapján a 15 éves kor feletti dohányzásában a magyar nők az első három helyen szerepelnek (*Demjén, 2016*). Várandósság szempontjából meghatározó női életkori csoportokban a dohányzás a következőképpen alakult az Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF) és az Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF) eredményei alapján. A 18–34 éves korosztályban a naponta dohányzók aránya 29%, míg 35-64 év közöttieknél 27% volt. A nők körében legnagyobb arányban a középfokú végzettséggel rendelkezők dohányoznak, arányuk 26,2%, az alacsony iskolai végzettségűek körében a dohányzás 22,2%, míg a felsőfokú végzettséggel rendelkezők esetén 18,1% a naponta dohányzók aránya (*Balku, 2012; Demjén, 2011*). A férfiak dohányzása a 2009-es egészségfelméréshez képest jelentősen növekedett (6% ponttal) a 18-34 éves életkori csoportban 42%-uk rendszeresen dohányzott 2014-ben (*KSH, 2015*). A fiatalok kiemelt csoportot alkotnak, mivel az első rágyújtás és a rászokás is az esetek többségében még 18 éves kor előtt következik be. A Global Youth Tobacco Survey (GYTS) Ifjúsági Dohányzásfelmérés adatai szerint a 13–15 éves korosztályban a kipróbálás aránya 32%, a naponta dohányzók aránya 2008-ban 6% volt, 2012-ben 7,5%, 2013-ban 9,5%, 2016-ban 6,5% volt. A lányok ebben a korosztályban azonban magasabb arányban dohányoznak, mint a fiúk (*GYTS, 2016*).



b. Várandósság alatti dohányzási adatok

A várandósság alatti dohányzás alakulását nehéz a nemzetközi trendekhez viszonyítani, ugyanis az adatgyűjtés területenként különböző. Az Amerikai Egyesült Államokban 2014-ben a várandósság teljes időszakában a várandósok 8,4%-a dohányzott. A területi különbségek óriásiak voltak. A legjobb arányszám 1,8%, míg a legrosszabb 16,8% volt (Curtin, 2016). Európában a várandósság alatti dohányzás gyakorisága szintén nagy szórást mutat. A III. trimeszterben is dohányzó nők aránya Litvániában és Svédországban a legalacsonyabb, 5%. Az Egyesült Királyságban és Franciaországban a legmagasabb: 16–19% közötti ez az érték (European Perinatal Health Report, 2010).⁵⁷ Magyarországon a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSZI) adatszolgáltatása alapján 2014-ben a várandós dohányzó nők dohányzási gyakoriságának országos átlaga 21,6% volt. A legalacsonyabb arány Vas megyében (9,3%), míg a legmagasabb Heves megyében (46,4%) volt (GYEMSZI, 2014). Egy 2009-es felmérés alapján Magyarország két hátrányos helyzetű megyéjében, Szabolcs-Szatmár-Beregben és Borsod-Abaúj-Zemplénben a várandósság alatti dohányzás arányának átlaga 29,8%, az önmagukat romának valló várandós nők csoportjában 47,3% volt (Balázs, 2013). A fenti adatok alapján elmondható, hogy országon belül is óriási különbségek vannak az arányszámokban, valamint igen fontos megállapítás, hogy a várandósság alatti dohányzás aránya helyenként rendkívül magas.

II. A védőnői egészségfejlesztési tevékenységben alkalmazandó tematikus jogszabályok és protokollok a várandósság alatti leszokás támogatásához kapcsolódóan

➤ Egészségügyi Szakmai Irányelv – A dohányzásról való leszokás támogatásáról

A dohányzásleszokás-támogatás irányelvei szerint minden felsőfokú végzettséggel rendelkező egészségügyi dolgozó kötelessége, hogy ellátási helyzetének megfelelően támogatást nyújtson a leszokáshoz, valamint tanácsolja a leszokást. Az alapellátásban dolgozók számára ajánlás, hogy minden esetben rákérdezzenek a kliens dohányzási szokásaira, amikor találkoznak, dokumentálja azt, majd javasolja a dohányzás abbahagyását. A Dohányzásellenőrzési Keretegyezmény (FCTC) állásfoglalása szerint a leszokástámogató rendelkezéseken dolgozó

⁵⁷Ebben az összehasonlításban számos olyan európai ország nem szolgáltatott adatokat, ahol egyébként nagyon magas a nők dohányzási aránya.



szakemberek számára kifejezetten ajánlott az ehhez kapcsolódó továbbképzés elvégzése. Ezt jelenleg az Országos Dohányzás Leszokás Támogatási Módszertani Központ végzi (Egészségügyi Szakmai Irányelv, 2014).

➤ Törvény a magzati élet védelméről

„A fogantatással induló magzati élet tiszteletet és védelmet érdemel; a magzati élet védelme a gyermeket váró nőkről történő fokozott gondoskodással valósítható meg, ugyanakkor a magzat egészséges fejlődését biztosító feltételek megteremtése elsődlegesen a szülők felelőssége.”
(1992. évi LXXIX. tv a magzati élet védelméről)

➤ A területi védőnői ellátásról szóló rendelet

A védőnő feladatai közé tartozik a nővédelem, a családtervezési tanácsadás, az anyaságra való felkészülés segítése, a várandós anyák gondozása, a gyermekágyas időszakban történő segítségnyújtás és tanácsadás, kiemelten az egészségi állapottal és az életmóddal kapcsolatban. Családlátogatás és tanácsadás során célzott szükségleteken alapuló gondozást kell nyújtani, valamint az egészséges életmódhoz szükséges ismereteket szükséges a család számára átadni. Ha az anya fekvőbeteg-ellátó intézményben tartózkodik, a megelőző ellátása abban az esetben is folytatódik a kórházban vagy klinikán. A gondozott családokban szükséges az egészségi, környezeti veszélyeztetettség megelőzése, segítségnyújtás a helyes életvitelhez, egyéni és közösségi egészségfejlesztési, egészségvédelmi programok tervezésében és szervezésében, megvalósításában való részvétel. A védőnő szakmai tevékenysége során együttműködik a szak és alapellátásban dolgozókkal.

Ha a védőnő a minimálisan meghatározott tanácsadási időben (40 órás munkahét esetén hetente egy alkalommal 2 órában) nem tudja ellátni a tanácsadást, akkor a tanácsadási munkaidő növelhető a szakmai felügyelet beleegyezésével. Mivel a rendelet kitér a védőnő munkamódszereire is, melyeknek része a csoportos egészségfejlesztő foglalkozások tartása is, ezért igény esetén, előre tervezetten, speciális foglalkozások tartása szervezhető. A kötelezően felajánlott családlátogatások száma várandósság alatt 4, de abban az esetben, ha a várandós fokozott gondozást igényel, havonta egy alkalommal vagy szükség szerint ez tovább növelhető (ESZCSM rendelet a területi védőnői ellátásról, 2004). A rendeletben megfogalmazottak alapján a dohányzó nők, várandósok támogatása egyéni és csoportos formában is megvalósítható.



➤ EMMI rendelet a várandósgondozásról

A várandósgondozási rendelet legfőbb célja a várandós nő és a magzatának egészségvédelme, az egészséges fejlődés biztosítása mellett a veszélyeztetettségük időbeni felismerése. A várandósgondozásban a résztvevő felek együttműködése szükséges lehet szakmai kérdésekben (házi orvos, védőnő, szülészorvos, szülésznő), de kifejezetten igaz ez magasabb rizikójú várandósság esetén. A várandósgondozás során az egyik fő tevékenység (5. § e) tájékoztatni a várandóst az egészséges életmódról, különös tekintettel a dohányzás, az alkoholfogyasztás, és a drogfogyasztás elkerüléséről, illetve részletesen ezek károsító hatásairól. Emellett szükség esetén informálnia kell a várandós anyát a leszokást támogató programokról, továbbá minimál intervenció alkalmazása szükséges a dohányzás leszokást támogató szakmai irányelvekben leírtak szerint minden olyan várandós esetén, aki dohányzik. A védőnő köteles a várandós egészségügyi dokumentációját vezetni (9. §), gondozási tervet készíteni, saját megállapításait rögzíteni, hiszen a gondozásban részt vevő teamtagok számára is jelentős lehet a dohányzási magatartásra vonatkozó beírás. Emellett magasabb rizikóbesorolás alapját képezi, ha az anya napi 10 szálnál több cigarettát szív el. A házi orvos és szülész-nőgyógyász számára nem ismert tény az anya lakókörnyezetében fellelhető károsító hatások jelenléte vagy mértéke. A védőnő azonban a családlátogatás során olyan veszélyeztető tényezőket tárhat fel, melyek más gondozó személyek számára nem láthatók (például környezeti dohányfüst expozíció esetén). A védőnő kötelessége a gondozás során tudomására jutott minden olyan információ megosztása a felelős személlyel, melyek a magzat egészséges fejlődését károsíthatják (9. §) [Az emberi erőforrások minisztere 26/2014. (IV. 08.) EMMI rendelete a várandósgondozásról].

➤ A Kormány rendelete az intézeten kívüli szülés szakmai szabályairól

A rendelet ugyan kitér az intézeten kívüli szülés kizáró okaira, ebben a dohányzás is szerepel, de csak abban az esetben, ha a várandós erős dohányos. A rendelet nem definiálja az „erős dohányos” kifejezést, így a rizikófelméreken szereplő szálgyakoriság figyelembevétele ajánlható, mely napi 10 szálnál többet szívó várandósokra vonatkozik (A Kormány 35/2011. rendelete az intézeten kívüli szülés szakmai szabályairól, feltételeiről és kizáró okairól).



III. Fogalmi meghatározások és rövidítések

a. Dohányzási kategóriák

A WHO állásfoglalása szerint két fő csoport van, amelyek további alcsoportokra bonthatók (Neumann, 2013, Schane, 2010).

IX. táblázat **Dohányzási csoportok**⁵⁸

<p>1. Nem dohányzó az a személy, aki a felmérés pillanatában egyáltalán nem dohányzik.</p>	<p>2. Dohányzó az a személy, aki a felmérés pillanatában napi rendszerességgel, vagy alkalmanként dohányterméket fogyaszt.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soha nem dohányzó: nem dohányzik és élete során kevesebb, mint 100 szál cigarettát szívott el. ▪ Már nem dohányzó (exdohányos): korábban naponta dohányzó volt, de abbahagyta a dohányzást. ▪ Valaha alkalmi dohányzó (exalkalmi dohányos): alkalmi dohányos volt, de abbahagyta a dohányzást. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alkalmi dohányzó: nem minden nap dohányzik: <ul style="list-style-type: none"> ➢ egyre kevesebbet szív, el akarja hagyni a dohányzást; ➢ folyamatosan dohányzik, de nem naponta; ➢ kísérletezik a dohányzással. ▪ Naponta dohányzó: naponta legalább egyszer dohányzik. ▪ Az elszívott cigaretták száma alapján (nem egységes nemzetközileg) <ul style="list-style-type: none"> ➢ könnyű dohányos: <10szál/nap elszívása esetén; ➢ erős dohányos: >20 szál/nap elszívása esetén.

b. Dohányzással kapcsolatos alapfogalmak

- **Dohánytermék fogalma:** Cigaretta, szivar, szivarka, pipadohány és más fogyasztási dohány, dohányzásra szánt dohány alapú termék, mely részben vagy egészben géntechnológiával módosított, vagy nem módosított dohánnyt tartalmaz (2012. évi CXXXIV. törvény).
- **„5A” módszer:** Egy öt lépésből álló rövid intervenciós program, melyben szakértők segítségével történik a dohányzásleszokás-támogatás folyamatának kontrollja, segítése. Megerősítést és folyamatos támogatást, nyomon követést biztosít a résztvevőknek.

⁵⁸ Forrás: WHO FCTC, Indicator Compendium, 2013.



Várandósság esetén hatékonyabb a minimál intervenciónál, így számukra lehetőség szerint ez az ajánlott támogatási forma (Egészségügyi Szakmai Irányelv, 2014; Smoking Cessation During Pregnancy, 2011).

- **Minimál intervenció:** Az „5A” leszokás támogatási módszer rövidített változata, annak első három eleme, mely csupán néhány percet vesz igénybe (1. dohányzási szokásokra való rákérdezés, 2. dohányzás esetén a leszokás tanácsolása, 3. a leszokási szándék feltérképezése) (1. számú melléklet).
- **Motivációs interjú:** A leszokás motiválására alkalmas módszer, mely az empátia kifejezésén, az ellentmondásosság (vannak célok, de nincsen cselekvés) felismertetésén, a vita, utasítás elkerülésén, az ellenállás okainak tisztázásán és az önbizalom megerősítésén alapul.
- **Nikotinfüggőség:** A nikotinfüggőség abban az esetben áll fenn, ha az alábbi 7 jellemző közül legalább 3 megtalálható a dohányzó egyénnél: erős dohányzás iránti vágy, kontroll nélküli dohányzás, csökkent fogyasztás esetén megvonási tünetek, folyamatos dohányzás, a dohányzás más tevékenységek elé helyezése, magas tolerancia, nikotinmegvonás tünetei (Egészségügyi Szakmai Irányelv, 2014).
- **Fagerström Nikotin Dependencia Teszt:** Hat kérdésből álló mérőeszköz, mely a fizikai nikotinfüggés mértékének gyors felmérésére alkalmas (2. számú melléklet). Minél magasabb ennek pontszáma, annál erősebb a függés (Egészségügyi Szakmai Irányelv, 2014). A hat kérdésből két kérdésnek kiemelt jelentősége van a „dohányzás súlyossága index” megállapítása során, mely erősebb függőséget jelez. Az egyik az ébredést követő első rágyújtás ideje, illetve a naponta elszívott cigaretták száma (Vajer, 2013).

IV. Tevékenység és téma

a. A dohányzás egészségre gyakorolt hatásairól általában

A dohányzás világszerte a leginkább megelőzhető haláloknak számít, azonban évente közel 7 millió ember haláláért felelős, melyből 890 000-en közvetetten, a passzív dohányzás okán veszítik életüket. Közbeavatkozás hiányában 2030-ra a dohányzás éves szinten több mint 8 millió ember halálát fogja követelni. Ezeknek az elkerülhető halálozásoknak több mint 80%-a az alacsony, illetve közepes jövedelmű országokat érinti. Magyarországon, 2010-ben 20 470 ember



halt meg dohányzás következtében, ami az összes halálozás egyhatodát (16%) tette ki (WHO, 2018). A 65 éven aluliak halálozásának 1/3-a Magyarországon a dohányzás következtében alakul ki. Nemzetközi standardok alapján a dohányzás 15 diagnóziscsoportban okoz bizonyítottan megbetegedéseket. Ide tartoznak a légúti krónikus betegségek, rosszindulatú daganatok, szív-érrendszeri és cerebrovasculáris betegségek, emésztőrendszeri, vese és húgyhólyag betegségei, rosszindulatú elváltozásai (29. ábra). A nőgyógyászati kórképek mellett, jelentős a perinatális időszakban okozott negatív hatások előfordulása, melyekkel részletesen a következő fejezetek foglalkoznak (Vitray, 2012).



29. ábra A dohányzás leggyakoribb ártalmai⁵⁹

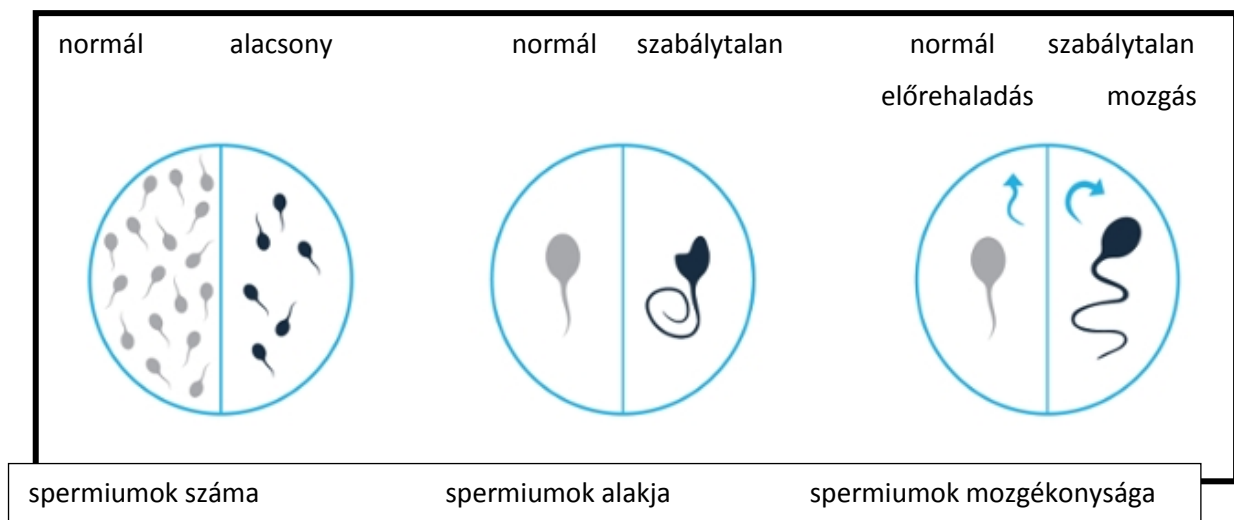
A dohányzás hatása a férfiak fertilitására

A dohányzás általános egészségre gyakorolt konzekvenciái többnyire ismertek a laikusok és a szakemberek számára. A dohányzást elsősorban a felső- és alsólégúti betegségek, valamint a daganatos betegségek fokozott kockázatával azonosítják, azt azonban kevesebben tudják, hogy jelentős hatást gyakorol a távolabbi szervekre és azok élettani működésére is. A gyermekvállalás időszakában a nők, de a férfiak egészségére is mind az aktív, mind a környezeti dohányfüst-expozíció jelentős negatív hatást gyakorol. Mindkét nem esetén csökkenti a termékenységet. A férfiak esetén már viszonylag kicsi nikotinkoncentráció is csökkenti a spermiumok mozgékonyágát, a hatások dóziszfüggőek, ha valaki többet dohányzik, csökken a spermiumok életképessége, a fejt körbevevő membrán működése, a rendellenes spermiumok

⁵⁹Forrás: <http://leszokaspont.reblog.hu/a-dohanyzas-nemcsak-a-tudot-szinte-minden-szervunket-karositja> (letöltés: 2018.07.02.)

képződése tehát fokozódik, valamint a nemi hormonok szintjére is károsan hatnak a cigarettában lévő mérgeanyagok. A nehézfémek felhalmozódása (kadmium, ólom) kimutathatóvá válik nem csak a szérumban, de a spermiumokban is, amelyek jelentősen csökkentik azok mozgékonyágát. Az asszisztált reprodukció sikerességét is csökkenti a dohányzás. 30 éves kor felett a potenciazavarok jelentősen nőnek, ez a hatás azonban szintén dóziszfüggő (Dai, 2015).

A dohányzás olyan oxidatív stresszt okoz, melynek következtében molekuláris szinten a spermiumok DNS-ében számos törés jöhet létre (30. ábra), mely csökkentheti a termékenységet. A dohányzás, mint környezeti hatás epigenetikusan is megváltoztatja a gének szabályozott működését, és ez a változás továbbörökíthető.



30. ábra A dohányzás hatása a spermiumok számára, alakjára és mozgékonyágára⁶⁰

A dohányzás az erektilis diszfunkciók kockázati tényezője, azonban abbahagyását követően több nemzetközi vizsgálat is bizonyította, hogy a merevedési zavarok jelentősen javulnak (Harlev, 2015).

A dohányzás olyan oxidatív stresszt okoz, amelynek következtében molekuláris szinten a spermiumok DNS-ében számos törés jöhet létre (31. ábra), mely csökkentheti a termékenységet. A dohányzás, mint környezeti hatás epigenetikusan is megváltoztatja a gének szabályozott működését, és ez a változás tovább örökíthető.

⁶⁰Forrás: <https://blog.episona.com/does-smoking-cause-infertility-in-men/> (letöltés: 2018. 05. 10.)



31. ábra A spermiumok feji részében található DNS spirál törései⁶¹

A dohányzás az erektilis diszfunkciók kockázati tényezője, azonban abbahagyását követően több nemzetközi vizsgálat is bizonyította, hogy a merevedési zavarok jelentősen javulnak (Harlev, 2015).

A dohányzás hatása a női fertilitásra

Nők esetén a fertilitás szintén csökken. A dohányban lévő kémiai anyagok a petesejtek folyadékában is kimutathatóak (pl. policiklusos aromás szénhidrogének, PAH), mivel a tüszőnövekedés gátlódik, ugyanakkor a folliculáris fázis gyorsabb, így a menstruációs ciklus rövidebbé válik. A dohányzás károsítónak hat a tubák működésére, csökken az izomösszehúzódásuk, a csillók mozgása, a tubák fertőzései gyakoribbak, összességében a meddőség előfordulása is magasabb (Radin, 2015). A premenstruális tünetegyüttes főleg a fiatal nők között kétszer gyakoribb dohányzás esetén (Bertone-Jonhson, 2008). Nagyobb populáción végzett vizsgálatok alapján elmondható, hogy a várandósság előtti dohányzás negatívan befolyásolja a megszületett utódok későbbi kognitív képességeit is, még akkor is, ha időközben az anya abbahagyja a dohányzást. Mind a matematikai, mind a nyelvi képességek csökkennek az anya iskolai végzettségétől függetlenül (Mund, 2013).

Várandósság alatti dohányzás hatásai

Abban az esetben, amikor a várandósság alatt dohányzás történik, két személy megbetegedésének kockázata fokozódik. Az egyik a dohányzó várandósé, a másik a magzatáé. A várandós anyánál – hasonlóan a felnőttek dohányzásához – növekedhet a dohányzással összefüggésbe hozható betegségek előfordulása. A függőség kialakulása mellett a szimpatikus idegrendszer folyamatos stimulálásnak van kitéve, emiatt nő a várandós anya vérnyomása, szívfrekvenciája, szívizom-kontraktilitása, az erek endothel sejtjeinek sérülése (32. ábra). A dohányzás szerepe a tumoros megbetegedések kialakulásában is jelentős. A legújabb

⁶¹Forrás: <https://blog.episona.com/does-smoking-cause-infertility-in-men/> (letöltés: 2018. 05. 10.)

vizsgálatok eredményei alapján elmondható, hogy várandósság alatti dohányzás esetén a 3. generáció egészségkárosodására is nagyobb az esély. A nagyszülők (nagyamák) koravárandóssági dohányzása befolyásolja még az unokák egészségi állapotát is. 1–6 éves gyermekeknél fokozódik az asztma előfordulásának kockázata 10–22%-kal (Lodge, 2015).

☞ A perinatális időszak egyéb tényezőit is figyelembe véve a várandósok dohányzása és környezeti dohányfüsttartalma az első számú fő kockázati tényezőnek minősül. Ez a negatív környezeti hatás elkerülhető, és emiatt kiemelt közegészségügyi prioritásként kell kezelni.

A dohányzás során nemcsak a nikotin, hanem a cigarettából származó égéstermékek és azok melléktermékei okozzák a fő problémát. A várandósság alatti dohányzás feladása az egyik legmeghatározóbb pozitív magatartás-változásnak minősül, mivel rengeteg előnyt jelent az anyára és megszületendő gyermekekre nézve is.

A várandósság alatti dohányzás negatív hatásaiért, a benne található mintegy 7000 károsító komponens a felelős. A mérgeanyagok az anyai vérből a magzati keringésbe is átjutnak. A nikotin magasabb koncentrációt ér el a magzatban, mint az anyában, hatására a magzat tüdejének térfogata, tömege, funkciója csökken.

☞ A dohánytermékekben található szabadgyökök, az erek belső falában az endothelek belső sérüléseit okozzák, emellett DNS károsító hatással is rendelkeznek (38. ábra).



32. ábra Dohányzás következtében kialakuló endothel sérülés és gyulladás⁶²

Várandósság során az expozíció károsítja a magzati szerveket, köztük a veséket, májat, idegrendszert, a magzati tüdőt és a méhlepényt, az áramlási paraméterek romlanak, csökken az aminosavak átáramlása a méhlepényen keresztül, emellett a szén-monoxid csökkenti a magzati szövetek oxigén szintjét, így hypoxiás állapot alakul ki. Egy 50 év kutatási anyagait feldolgozó

⁶² Forrás: <http://slideplayer.com/slide/4246619/> (letöltés:2018.06.12.)

szisztematikus áttekintés alapján, amely 1959-2010 között publikált cikkek adatait vetette össze, a fejlődési rendellenességek előfordulása 22%-kal magasabb a dohányzó várandósok esetében (Hackshaw, 2011). Az anyai dohányzás emeli a szívfejlődési rendellenességek, a csont-, az izomrendszeri, az arc és a gyomor–bél fejlődési rendellenességeinek arányát. A dohányzás növeli a vetélések, koraszülések (<37. hét), halvaszülések kialakulásának kockázatát, legismertebb következménye az alacsony születési testtömeg (<2500 gramm) és a méhen belüli retardáció kialakulása, amely esetén a magzat születési súlya a gesztációs hetek várható átlagértékének 10 percentilise alá esik (Räisänen, 2014; Hackshaw, 2011). Nagy mintán végzett elemzések alapján, abban az esetben, ha a várandós dohányzása meghaladja a napi 10 szálát, szignifikánsan növekszik az idő előtti burokrepedés kockázata az oxidatív stressz kialakulása következtében. A betöltött 28. hét előtt 5-szörös, a 28. és a 32. hét között 2,3-szoros, míg a betöltött 32. hét után 1,9-szeres eséllyel következik be idő előtti burokrepedés. Minél több cigarettát szív el a várandós, annál nagyobb eséllyel következnek be az említett rendellenességek. (X. táblázat) (England, 2013).

X. táblázat **Várandósság alatti dohányzás perinatális következményei**⁶³

Perinatális időszakra gyakorolt hatások	
Korai, késői vetélések	Korai lepényleválás, lepénnytapadási rendellenességek
Fejlődési rendellenességek	Amnion gyulladás
Koraszülés (<37. hét)	Idő előtti burokrepedés
Légzőrendszer éretlensége, légzőrendszert érintő megbetegedések, gyakoribb fertőzések	Halvaszülés
	Alacsony születési súly (<2500 gramm)
	Méhen belüli retardáció

A várandósság alatti dohányzásnak nemcsak a perinatális időszakban vannak következményei, hanem késői hatásai is lehetnek (XI. táblázat). A gyermekek körében gyakoribbá válnak a tüdő megbetegedései, az asztma, a kognitív fejlődés visszamaradása, az intelligencia csökkenése,

⁶³ Forrás: <https://nl.dreamstime.com/stock-illustratie-concept-nicotineconsumptie-zwanger-roken-image71476345>, England, 2013.

emellett gyakrabban jelentkeznek a figyelemhiányos hiperaktivitási zavar tünetegyüttes. Hosszú távú hatás, hogy csökken az immunválasz, ezért a magasabb genetikai kockázatú gyermekekben néhány daganatos megbetegedés előfordulása is gyakoribbá válik. A szülők dohányzása, a passzív dohányfüsttartalom növeli a Sudden Infant Death Syndrome (SIDS), azaz a hirtelen csecsemőhalál, a középfülgyulladás és a szív- és érrendszeri megbetegedések kockázatát (Barrington-Trimis, 2013).

*XI. táblázat: Az expozíciós időszakok reprodukzív és perinatális eredményekre gyakorolt legfőbb hatásainak összefoglalása*⁶⁴

Az expozíció káros hatásai	DOHÁNYZÁS IDŐSZAKA		
	Praeconcep-tionalis (fogantatás előtti)	Prenatalis (méhen belüli fejlődés időszaka)	Postnatalis (Születés utáni időszak)
Fertilitásra gyakorolt hatás	X		
Spontán abortusz	X	X	
LBW ⁶⁵	X	X	
IUGR ⁶⁶	X	X	
Koraszülés (<37 hét)	X	X	
Fejlődési rendellenességek	X	X	
Csecsemőhalálozás, SIDS ⁶⁷	X	X	X
Kognitív fejlődés visszamaradása	X	X	X
Gyermekkori magatartási zavarok	X	X	X
Csecsemők, gyermekek testi fejlődésének eltérései (testtömeg, testhossz)	X	X	X
Gyermekkori tumorok kialakulása	X	X	X

⁶⁴ A Guide for Counseling Women who Smoke

⁶⁵ LBW (low birth weight) 2500 gramm alatti testtömeg

⁶⁶ IUGR (Intrauterine growth restriction), méhen belüli növekedés visszamaradása

⁶⁷ SIDS (Sudden Infant Death Syndrome) hirtelen csecsemőhalál



Szojtatás alatti dohányzás

Szülést követően a visszaszokás esélye óriási. Azok, akik a dohányzást a várandósság időszakában hagyják abba, 50%-uk az első 6 hónapban visszaszokik. Azonban azok, akik a szülést követően legalább az első 8 hétben szojtatnak, a visszaesés veszélye alacsonyabb, amely betudható a szojtatás jótékony lelki és hormonális rendszerre gyakorolt hatásának. A szojtatási időszak alatti visszaesés kockázata magasabb az alacsonyabb iskolai végzettségűek, illetve az alacsonyabb jövedelmű anyák esetén, illetve, ha gyermeküket egyedül, vagy nem stabil párkapcsolatban nevelik. A szojtatásnak vannak kontraindikációi, de a cigarettázás nem tartozik ezek közé, ami valószínűleg azzal magyarázható, hogy a szojtatás jótékony hatásai még mindig nagyobb védelmet jelentenek a csecsemők számára, mint a tápszeres táplálás a passzív dohányfüstös helységekből. A szülés utáni leszokás támogatás folytatásának, a gyakori megerősítéseknek, motiválásnak ezért kiemelt szerepe van ebben az időszakban (American Academic of Pediatrics, 2012).

Alternatív dohánytermékek és a várandósság

Magyarországon a felnőttek körében – a nemzetközi trendekhez hasonlóan – egy év alatt megduplázódott az e-cigaretta (elektronikus cigaretta) fogyasztásának aránya (2012-ben 2%, 2013-ban 4% volt) (33. ábra). A várandósság során jellemzően cigarettát (gyári vagy sodort) használnak a nők, de mivel egyre inkább terjed az e-cigaretta fogyasztása, így várhatóan a várandósság alatti e-cigaretta-használat is nőni fog. Az e-cigaretta várandósság alatti hatásai közé tartozik a bennük lévő nikotintartalom miatti függőség kialakulása, emellett a hangulati állapot zavarai, negatívan befolyásolják emellett az agy fejlődését a magzati életben, növelik a SIDS kockázatát, halláskárosodást, figyelemzavart okozhatnak. A patronok számos gyártótól származhatnak, így a nikotin mellett egyéb káros, karcinogén anyagok is jelen vannak a folyadékban és annak párájában is (propilén-glikol, glicerin, aromák, nitrózaminok, egyéb szerves vegyületek, policiklusos aromás szénhidrogének), ezek a vegyületek a nikotinmentes formákban is jelen vannak. A nikotin rendszeres fogyasztása kisebb mennyiségekben is káros. A függőség kialakítása mellett szerepet játszik az érlemeszesedés, szívinfarktus kialakulásában, a tumoros megbetegedések kapcsán az áttétképződésben, újszülöttek esetén a keringési, a légző-, valamint a szaporodás szervrendszerének károsodásában, és negatív hatást gyakorol a kognitív funkciókra. Nikotinmentes formája is károsítóan hat a tüdőfunkcióra. A propilén-glikol szem-, légcső- és torokirritációt okoz, elősegíti az asztma és a tüdőgyulladás előfordulását. Az



egészségre gyakorolt hatások esetén figyelembe kell venni, hogy fogyasztása gyenge, átlagos, vagy erős, valamint, hogy az expozíció meddig éri a szervezetet (NEFI Dohányzás Fókuszpont, Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, 2015, Surgeon General Report, 2016).



33. ábra Elektronikus cigaretta⁶⁸

Egyéb alternatív dohánytermékek közül a vízpipa-használat egyre népszerűbb a fiatalok körében. Körülbelül 400 éve használják (leginkább az afrikai és a dél-kelet ázsiai országokban), az 1990-es évektől kezdett elterjedni alkalmazása az amerikai és az európai országokban, elsősorban egyetemisták és középiskolások között (34. ábra).



34. ábra Vízpipa használata⁶⁹

Magyarországon a 2012-es GYTS eredményei alapján a 7. és 9. évfolyam tanulóinak 20%-a, a 2013-as felmérés szerint 17%-a a felmérést megelőző 30 napban használt vízpipát. Ez az eredmény a 2016-os felmérés eredményei alapján tovább csökkent (9% volt), ennek ellenére elmondható, hogy

⁶⁸ Forrás: <http://www.termesztar.hu/anyagok/tabak/tabak.htm> (letöltés: 2018.06.22.)

⁶⁹ Forrás: https://ru.123rf.com/photo_61268347_stock-vector-vintage-sketch-hookah-tobacco-smoking-vector-illustration.html (letöltés: 2018.05.14.)

a cigarettázás után a fiatalok körében ez a második legkedveltebb dohányzási forma (35. ábra) (Dohányzás Fókuszpont, 2014, 2015). Sokan azt gondolják, hogy kevésbé ártalmas, mint a hagyományos cigarettázás, de ez nem igaz. A vízpipát tévesen a csoportos relaxáció egyik formájának is tekintik, ami azt az illúziót keltheti, hogy ez egy egészséges tevékenység, továbbá elterjedt tévhit, hogy a vízen keresztül jutó füstben kiszűrődnek a káros anyagok. A vízpipa szervezetre gyakorolt hatásait meghatározza a használat módszere, időintervalluma, a vízpipadohány minősége, a víztartály és a szívócső mérete is. A szervezetbe az első percek során a szén-monoxid (CO) többszöröse áramlik be, mely a vérplazmából is kimutatható. A nikotinbevitel mennyisége hasonló a hagyományos cigaretta elszívásához, az ízesítetlen dohánytermékben azonban mennyisége jóval magasabb, mint az ízesített dohányban. Bár a kátrány mennyisége alacsonyabb, de a poliaromás szénhidrogének (PAH) bevitelére jóval magasabb, emellett a jelenlévő benzolok és nehézfémek kromoszómaváltozásokat, DNS töréseket okoznak, alkalmazásának erősebb a genotoxikus hatása, mint a hagyományos cigarettának (Alsatari, 2012). A vízpipából felszívódó anyagok számos tumoros megbetegedésért felelősek (tüdő-, légcső-, szájüregi, húgyhólyag-, nyelőcső-, gyomorrák), emellett szív- és érrendszeri károsító hatással rendelkeznek, és fertilitási zavarokat okoznak. Használatuk esetén a spontán abortuszok, a magzati retardáció és a koraszülés aránya is megnő (Azab, 2013), (Dohányzás Fókuszpont OEFI, 2014).



vízipipa



e-cigaretta



klasszikus cigaretta formájú e-cigaretta

35. ábra Leggyakrabban használt alternatív dohánytermékek⁷⁰

A leszokás támogatás nehézségei várandós nőknél – avagy miért olyan nehéz leszokni?

Ennek az alfejezetnek az a célja, hogy komplexen közelítse meg a várandósok dohányzásának okait, ennek megértése segíti az empatikus hozzáállást, a támogató attitűd erősítését. A dohányzás aránya és a családok jövedelemszintje közötti összefüggés régóta ismert. A

⁷⁰Forrás: www.e-cigarettak.hu; <http://vizipacentrum.hu/vizipipa> (letöltés: 2018. 05. 10.)



legalacsonyabb jövedelmű csoportokban a nők, társaik és családtagjaik esetén gyakoribb a dohányzás, ez a várandós anyákra is fokozottan igaz. A fizetésükkel elégedetlen egyének körében a dohányzás előfordulása magasabb, mint 50% (Balku, 2012). Alacsony iskolázottság esetén (≤ 12 év) a várandós nők nagyobb arányban dohányoznak, a leszokás körükben nehezebb (Curtin, 2014). Az alacsony szociális és gazdasági státusz tehát együtt jár a várandósság alatti nagyobb arányú dohányzással és a passzív dohányzással is, ami alapvetően ellentmondásos helyzet, hiszen alacsony jövedelmi szint mellett a dohánytermékekre fordított kiadás aránya magas lesz a családban. Egyszerre több családtag dohányzása a leszokást megnehezíti, mert ha a várandós jelenlétében történik, az növeli a sóvárgást, az elvonási tüneteket fokozza, a visszaszokás esélye így megnő. A Magyarország hátrányos helyzetű megyéiben történt felmérések alapján elmondható, hogy az alacsony jövedelmű, magasabb termékenységgű, fiatalabb életkorú, egyedülálló vagy házasságon kívüli kapcsolatban élő nők nagyobb arányban dohányoznak (Fogarasi, 2013). A dohányzás az említett tényekből fakadó nehezebb élethelyzet egy sajátos stresszkezelésének is felfogható (Hauge, 2012). Az is bizonyított, ha a család nem tervezte meg a várandósságot, jóval nagyobb eséllyel dohányzik a várandós nő. Összességében az alacsony szociális, gazdasági státuszban élőknel gyakoribb ez a jelenség (Foley, 2011).

A leszokásban a pszichoszociális tényezőknek is nagy jelentősége van. Kutatások bizonyítják, hogy a dohányzó várandós anyáknál az interperszonális kapcsolatok (családon belüli és a távolabbi) nehezebben működnek, ami gátja lehet a leszokás időszakában szükséges támogatásnak. Esetükben gyakoribb a csökkent én-hatékonyság, magasabb a stressz-szint, és további nehézséget okozhat a leszokásban az alacsonyabb szociális helyzetben élő nők kórtörténetében előforduló gyermekkori traumák nagyobb esélye és a prenatális depresszió előfordulása (Miyazaki, 2015). A konfliktuskezelés eszközrendszerei ebben a csoportban azonban szegényesek, így a problémák megoldása gyakrabban vezet addiktív magatartás kialakulásához (Scharle, 2012). Ez annyiban jelenthet nehézséget, hogy ha egy többszörösen hátrányos helyzetű egyének stresszoldó technikákat javasolnak, nem ismeri, vagy nem tudja alkalmazni azokat. A leszokás arányát csökkenti, ha a várandós és családja vidéki környezetben él, ha alacsony iskolai végzettségű és mélyszegény, ebben az esetben a visszaszokás is gyakoribb (Fogarasi, 2013). A roma fiatalok pre- és pubertáskori dohányzási aránya jóval magasabb a nem-romákénál. Ennek oka a roma családokban lévő megengedőbb attitűd és az otthon látott minta. A roma populációban a 18–44 év közötti nők közel 60%-a dohányzik, ez és



az egészséggel kapcsolatos ismeretek hiánya megnehezíti annak megértését, hogy miért kell abbahagyni várandósság során a dohányzást (Ádány, 2011).

Az első fő fejezetben (hazai és nemzetközi adatok) néhány olyan tendencia és jellegzetesség bemutatása történt, melyek ismerete nélkülözhetetlen a probléma megértéséhez és a hatékony beavatkozások megtervezéséhez. A közösség demográfiai, szociális, nemzetiségi, kulturális hátterének megismerése szükséges a hatékony közösségi és egyéni gondozás tervezéséhez, kivitelezéséhez. A GYTS felmérések adatai alapján azt láthattuk, hogy a 13–15 éves korosztály tanulóinak 1/3-a már kipróbálta a dohányzást, és az elmúlt években 6,5 és 9,5% között volt a rendszeresen dohányzó iskolások aránya. Minél korábban kezdődik a kipróbálás és a rászakás, annál erősebb függőség alakul ki az évek során. A felnövekvő generációk naponta dohányzó fiataljai nagyobb eséllyel maradnak felnőttként is rendszeresen/naponta dohányzók. Az első gyermek vállalásának ideje az elmúlt évtizedekben kitolódott (KSH, Statisztikai Tükör, 2014), emiatt a dohányzással eltöltött évek száma egyre több, és ebben az esetben a függőség is egyre erősebb lesz. Mire az anya a gyermekvállalás időszakába jut, ez az élettani függőség tovább nehezíti a leszokási szándék kivitelezését, a leszokás folyamatát. A dohányzás következményeiről elég sokat lehet hallani, viszont a magzatokra, a szülés körüli időszakra vonatkozó ártalmakat (perinatális ártalmakat) jóval kevesebben ismerik. A leszokástámogatás egy másik nehézsége várandósok esetén, hogy a magatartástudományi eszközöket főleg pszichológusok és képzett dohányzásleszokás-támogató trénerok tudják alkalmazni. A gyógyszeres kezeléseket, a nikotinpótló és kombinált módszereket elsősorban a háziorvos és a pulmonológus alkalmazhatja, de várandósság alatti alkalmazásuk aggályokat vet fel. A vidéken élő várandósok számára a szakellátás nem mindenhol elérhető. Ezek a tények nehezítik a várandósok számára a sikeres leszokást. A védőnők a várandósokkal rendszeresen találkoznak, ami alapvető feltétele lenne a sikeres dohányzástól való mentésnek, viszont rendkívül sokrétű feladataik és a magas gondozotti létszámok miatt a támogatás ezen a területen is nehézségekbe ütközik. A várandóssal való rendszeres törődés, a minimál intervenció alkalmazása, a motiváló beszélgetések és a szakember részéről tanúsított türelem és empátia azonban a leszokást egyértelműen elősegíti.

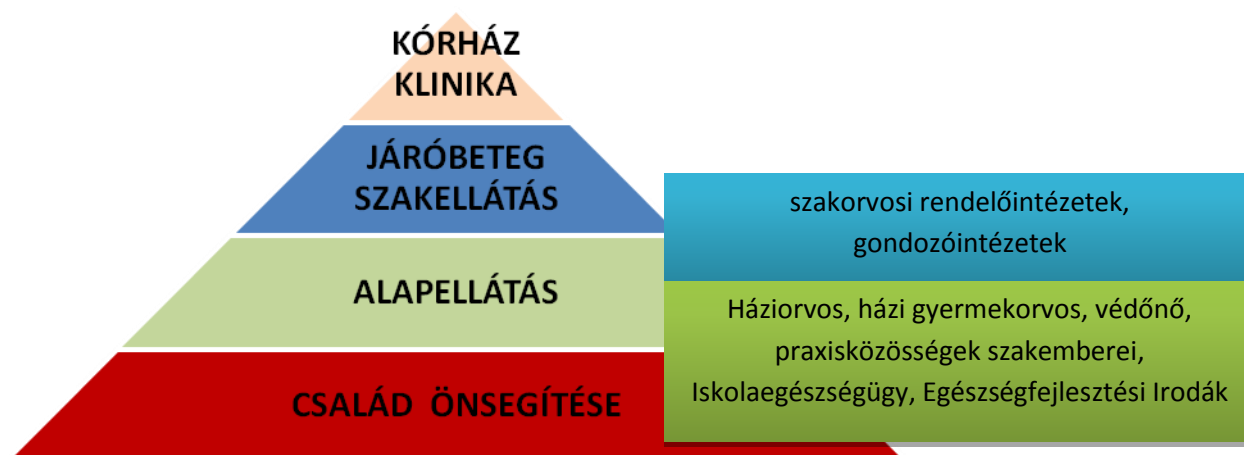


b. Védőnői kompetenciák a várandósok dohányzásról való leszokásának támogatásában

Szakemberek a leszokás támogatásban

A várandósok dohányzásról való leszokásának támogatása, az ahhoz nyújtott segítség adása nehéz feladat, hiszen a várandósság az egyik legnagyobb motivációja lehetne az azonnali feladásnak. Mindamellet a legkisebb eredménynek, változásnak is örülni kell, amiről a várandós beszámol. A hétköznapi gyakorlatban elsősorban négyszemközti beszélgetés formájában történhet a probléma kezelése, aminek több oka van. A várandósság alatti dohányzás általános társadalmi megítélése nagyon negatív, emiatt ezt a szokást gyakran eltitkolják a várandósok, ami megnehezíti a probléma kezelését is. A negatív megítélés több tényezőtől is ered. A WHO egészségügyi katasztrófának nevezi a dohányzás jelenségét, mivel emiatt halnak meg legtöbben a világon, számos egészségre vonatkozó negatív hatást okoz (lásd III. fejezet), ugyanakkor speciális helyzet a várandósság, mivel a magzat kiszolgáltatott helyzetben éli át anyja dohányzását. A téma felvetése a védőnő–várandós–családtagok rendszerében nem könnyű feladat, mivel az anya felelős a magzata egészségéért, így megfelelő körülmények, oldottabb, bizalmon alapuló kapcsolat szükséges hozzá. Emellett a védőnő előítélet-mentessége is elvárás, hiszen sikert úgy tud elérni, ha megpróbálja megérteni a várandós dohányzása mögött meghúzódó kulturális és magatartási tényezőket, a pszichoszociális okokat, a függőség szintjét. A leszokástámogatás megvalósulhat kisebb közösségek együttműködésével is, csoportban, de ahhoz, hogy ezt a problémát egy várandós mások jelenlétében (a közösségben élő hasonló élethelyzetben élő várandós csoportban) is fel tudja vállalni, alapvetően bízni kell az őt vezető szakemberben és a csoport többi tagjában is. A segítő szakemberek alapvetően két szinten tudják támogatni a dohányzásleszokást, az egyik az alapellátás szintjén megvalósuló támogatás, a másik a szakellátók által nyújtott lehetőségek (36. ábra).





36. ábra Az egészségügyi rendszer felépítése⁷¹

A szakellátási lehetőségek a tudógondozók tevékenységéhez kötődnek elsősorban. A tudógondozók feladata, hogy egyéni beszélgetések formájában elsősorban gyakorlati tanácsokkal lássák el a dohányzó személyeket. A dohányzás elhagyása kapcsán számos problémával szembesülhet az egyén, melyek leküzdéséhez gyógyszeres terápiára is szükség lehet, de ennek egyéni eldöntése orvosi kompetenciába tartozó kérdés. Várandósság esetén a gyógyszermentes leszokás módszerei alkalmazhatók enyhébb nikotinfüggés esetén. A dohányzásleszokás támogatásában eleinte több vizit beillesztése szükséges, majd követni kell a leszokásban érintett egyént, folyamatosan támogatást nyújtani, monitorizálni, értékelni, motiválni, szóróanyagokkal ellátni és dokumentálni a leszokás folyamatát. Ezt kiegészítheti a telefonos tanácsadás módszere. A folyamatos megerősítés adása a legkisebb eredmények esetén is lényeges. Erősebb függőségi szint esetén a magatartástudományi eszközökön kívül szükséges lehet a nikotinpótló terápia (Nicotine Replacement Therapy – NRT) alkalmazására is. A pulmonológiai rendelések, a szakellátók országos lefedettsége a nagyvárosokra korlátozódik, emiatt a várandósok ellátásában jelenleg az alapellátásnak jut inkább a kiemelt szerep. A Dohányzás Leszokást Támogató Módszertani Központ online felülete további segítséget biztosít a leszokás támogatásához, szakemberek és elérhető programoknak elérhetőségéhez. A központ részt vesz a leszokástámogatásban szerepet játszó szakemberek képzésében, támogatásában, szakmai munkájuk összehangolásában, valamint ingyenes telefonos elérhetőséget biztosít a rászorulóknak számára (www.leszokaspont.hu).

ELÉRHETŐSÉGEK

- ✓ Országos Dohányzás Leszokás Támogató Módszertani Központ www.leszokaspont.hu honlap, ingyenes zöld szám: 06/80/44-20-44
- ✓ www.leteszemacigit.hu honlap, ingyenes zöld szám: 06/80/200-493



Az alapellátásban a házi orvos, de leginkább a védőnő biztosítja a várandósok gondozását, egészségfejlesztését. Ezt kiegészíthetik az Egészségfejlesztési Irodák (EFI) tevékenysége is, de jelenleg még nincsen országos lefedettségük, összesen 61 EFI működik az országban. Az EFI a lakosság egyéni és közösségi egészségfejlesztését hivatott támogatni, ezáltal az alapellátás munkáját további szakértők bevonásával erősíti (Bezzegh, 2017). A házi orvosi és védőnői ellátás többnyire minden várandós számára elérhető Magyarországon. A várandósok ellátásában a primer, szekunder, terciér prevenció elsősorban védőnői feladat, így ezeknek a szakembereknek kiemelt szerepe van a leszokás-támogatásban.

Védőnői kompetenciák a minimál intervencióhoz és a leszokástámogatáshoz

A védőnőnek a következő kompetenciákkal kell rendelkeznie a minimál intervenció és a motivációs beszélgetés elvégzéséhez, illetve a közösség számára tartott egészségfejlesztő foglalkozások megtartásához.

Ismeretek szintjén: Részletesen ismernie kell a kommunikáció alapelemeit, formáit, irányait, csatornáit, az életkoroknak megfelelő kommunikációs stratégiákat, a problémafeltáró és -megoldó, valamint ösztönző kommunikációt. Ismernie kell a személyiség jellemzőit, az önértékelés aspektusait, az életkori szakaszok fejlődés-lélektani alapjait, a konfliktusok fajtáit, okait, a terapeuta munka alapelveit, intervenciók szintjeit. Részletesen ismernie kell a népbetegségeket, a rizikófaktorokat, a népegészségügyi törekvéseket, az addikciók pszichés és fizikális alapjait, a leggyakoribb típusait, az önéngítő programok és csoportok jelentőségét, a kezelési és leszokási lehetőségeket. Átfogóan ismernie kell az egészségfejlesztés fogalmait, módszereit, az egészségfejlesztő tevékenységeket, a modelleket és az egészség-tanácsadás lényegét.

Képességek szintjén: A védőnő képes felismerni az egészséget károsító tényezőket, kompetenciájának megfelelően képes lépéseket, javaslatot tenni a megoldásra. Képes adekvát, partnerhez igazított szakmai kommunikációt folytatni, hatékonyan tud kommunikálni a családokkal, közösségekkel, a gondozott személlyel. Képes arra, hogy egyéni és közösségi szinten is felmérje a lakosság egészségi állapotát, ehhez képes hatékony beavatkozások megtervezésére és végrehajtására is. Hatékonyan együttműködik a népegészségügyi kérdések megoldásában, egészségfejlesztő anyagok készítésében. Egyéni egészségtervet készít, egészség-tanácsadást végez, és együttműködik más közösségi egészségfejlesztő teamtagokkal. Képes



felismerni és integrálni az ellátórendszerben az addikcióval küzdő egyéneket, azonosítani az addiktív viselkedésben szerepet játszó rizikó- és védőfaktorokat, az egyéneket képes a megfelelő ellátórendszerbe irányítani. A védőnő képes arra, hogy megválassza azokat a pedagógiai módszereket, amelyekkel hatékonyan tud egyéneket és közösségeket oktatni az egészséges életmóddal kapcsolatban, figyelembe véve a gondozásban részesülő életkorát, társadalmi státuszát, értelmi és érzelmi képességét.

A védőnő attitűdjei a minimál intervenció elvégzéséhez és a motivációs beszélgetéshez a következőkben foglalhatók össze: nyitott az új eljárások irányába, holisztikus szemléletmóddal rendelkezik, proaktív. Az egészségvédelmet középpontba állítva törekszik a korrekt szakmai magatartásra. Nyitott mások véleményére és az együttműködésre. A prevenció szemléletét követi, empátikus, felelősségteljes, a veszélyeztető tényezők felismerésére törekszik. Elfogadó, előítélet-mentes attitűddel rendelkezik.

Autonómia és felelősség tekintetében: Tudományos és gyakorlati megalapozottsággal, felelősséggel végzi az egészségnevelő feladatokat, készségeit folyamatosan fejleszti. Módszertanilag megalapozott döntéseket hoz és a következményeit is felvállalja. Önállóan is képes az egyén vezetésére.

Speciális kompetenciák: A várandósság alatti élettani és kóros állapotokat ismeri, akárcsak az egészséget károsító magatartásformák kialakulásának folyamatát és következményeit is, emellett reális gondozási célokat tud meghatározni, képes a káros szokások, szenvedélyek megelőzésére, a leszokáshoz segítségnyújtás adására, szakemberhez történő irányításra. Mindeközben figyelembe veszi az egyéni élettörténeteket és megküzdési stratégiákat, az eltérő szocializációs háttérrel a tevékenysége megvalósításához (18/2016. EMMI rendelet a felsőoktatási szakképzések, alap és mesterképzések képzési kimeneteli követelményeiről).



V. Alkalmazható módszerek és eszközök

a. A leszokás-támogatás lehetséges helyszínei az alapellátásban

A szakember és a várandós konzultációk legideálisabb helyszínei – amennyiben védőnő vezeti a minimál intervenciót vagy motivációs beszélgetést – a védőnői tanácsadó vagy a leendő anya (a család) otthona. A kismamák gyakran megjelennek az őket gondozó személynél a szűrővizsgálatok elvégzése céljából és az azt kiegészítő egészségfejlesztési konzultációk miatt. A tanácsadó helységeiben biztosított a négy szemközti beszélgetés, ha a területen nagyobb a várandós gondozottak létszáma, erre kevés idő marad a tanácsadások alkalmával, ez csökkentheti a hatékonyságot. A minimál intervenciót ugyanakkor a várandósgondozás során mindig alkalmazni kell, mely csak néhány percet vesz igénybe a tanácsadási időből. Azonban a leendő anya motivációjának fokozásához, támogatásához, a szülőoktatáshoz sokszor több időre van szükség. A család otthona ideális helyszín lehet, figyelembe véve azt a tényt is, hogy a családtagok bevonása is fontos az eredményes leszokástámogatáshoz. Gyakran a családtagok, együtt élő rokonok is dohányoznak, ezáltal jelentősen növelhetik a várandós nő környezeti dohányfüstterhelését. A leszokástámogatás része a passzív dohányzás csökkentése, emiatt a partnerek, családtagok mielőbbi bevonása. Fontos feltérképezni, hogy a várandós környezetében ki az a személy, aki állandó otthoni támogatást tud biztosítani a leszokáshoz. A környezeti dohányfüstterhelés csökkentéséhez készült szakmai módszertani iránymutatás segíti a várandósok, nem dohányzó családtagok és gyermekek védelmét (A passzív dohányzás megelőzéséhez részletes szakmai módszertani útmutató készült az EFOP 1.8.0 VEKOP-17-2017-00001-es projekt keretében).

Közösségi színterek lehetnek a tanácsadók nagyobb helységei, ahol egészségfejlesztő előadásokat lehet tartani a várandósoknak, vagy a földrajzi területhez tartozó egészségházak, művelődési központok és egyéb tanácstermek is. Az EFI-k is alkalmasak lehetnek egyéni vagy kiscsoportos támogatáshoz. A lakossági egészségfejlesztő programok esetén gyakran használnak sátrakat, illetve szabad tereket is egészségfejlesztés céljára, de fontos kiemelni, hogy a várandósság alatti dohányzásleszokás-támogatás szempontjából ezek nem megfelelőek, mert az intim légkör biztosítása ebben a témában zárt csoportokban vagy egyénileg, illetve családtagok részvételével lehetséges. A hagyományos egészségfejlesztési módszerek ebben az



esetben: egyéni tanácsadás, egészségügyi oktatás, közösségek csoportos találkozója, beszélgetése, de ezeket kiegészíthetik egyéb ösztönzések, például az alacsonyabb szociális helyzetben élők esetén szociális támogatások nyújtása (példa: roma önkormányzatok által szervezett összejövetel, melyeken közös főzés, ruha-, vagy játékosztás van ösztönzésképpen, eközben rövid egészséget támogató előadás tartása illeszthető a programba a nők vagy a várandósok számára).

A leszokástámogatás általános alapelvei

- ☞ A legfőbb alapelv, hogy minden várandósnak és lehetőség szerint a hozzátartozóknak is tájékoztatást szükséges adni a várandósság alatti dohányzás káros hatásairól és az őket érő passzív dohányzás (környezeti dohányfüst-expozíció) kedvezőtlen, egészséget károsító hatásáról.
- ☞ A várandósnak tudnia kell, hogy munkahelyén és nyilvános helyeken, zárt terekben (a törvény által meghatározott helyeken) joga van a füstmentes környezethez.
- ☞ Minden várandósgondozásban jelen lévő szakembernek kötelessége az anya dohányzási magatartására rákérdezni (múltbeli és jelen dohányzásra); amennyiben az anya dohányzik, minden egyes találkozás alkalmával ismét meg kell kérdezni a dohányzás jellemzőit, illetve, ha változik a munka vagy életkörülménye (például, ha elköltözik és új családtagok veszik körül), akkor ismételt adatfelvételre lehet szükség.
- ☞ A leszokást támogató szakembernek meg kell ismernie a várandós függőségi szintjét, a leszokásban szerepet játszó motivációit.
- ☞ Az egyik legfőbb motiváló faktor a támogatás során a magzati egészséget (a leendő gyermek egészségét) középpontba állító kommunikációs elem.
- ☞ Az együttműködés során minden körülmények között ítéletmentesnek kell lenni, és nem lehet megbélyegző magatartást tanúsítani a dohányzó várandóssal szemben. Figyelembe kell venni a kulturális és társadalmi háttérrel, a különbségeket.
- ☞ A várandós nő dohányzási státuszának megállapítása mellett a környezetében élő személyek dohányzási szokásait is fel kell mérni.



- ☞ Minden dohányzási forma (a füsttel járó és füstmentes formák is) dohányzásnak minősül.
- ☞ A leszokástámogatásban részt vevő szakemberek számára továbbképzéseket és tréningeket kell biztosítani, hogy hatékonyabban tudják ellátni a támogató feladatukat, képzettségük fokozása nagyon fontos, emellett szóróanyagokkal, módszertani leírással, iránymutatással kell ellátni őket, melyek kiegészítik a tanácsadásokat, a csoportos oktaást.

b. A leszokástámogatás módja várandós nők esetén: minimál intervenció és „5A”

Várandós nők esetén az életmód-tanácsadások során vagy bármilyen eseti tanácsadás kapcsán bármikor alkalmazható a minimál intervenció („3A”), illetve az „5A” módszer, mely annak kissé kibővített változata (1. számú melléklet). Mindkettő elterjedt a nemzetközi gyakorlatban, hazai viszonyok esetén is alkalmazható, hiszen rövid, beilleszthető a mindennapi tanácsadási rendbe (37. ábra), minden része néhány percet vesz csak igénybe. A minimál intervenciónak az a célja, hogy a fennálló problémát egy rövid interakcióban feltárja a szakember, és megfelelő együttműködés esetén motiválást, támogatást indítson el annak érdekében, hogy ez az adott probléma elmozduljon a megoldás irányába. A dohányzás problémájáról szóló minimál intervenció középpontjában az a törekvés áll, hogy segítsen elindítani azt a folyamatot, amely a leszokás irányába vezet, segítsen mérlegelni és értékelni ezt a helyzetet.



37. ábra Védőnői tanácsadás⁷²

⁷²Forrás: <https://www.doversherborn.org/page.cfm?p=76> (letöltés: 2018. 03. 05.)

A minimál intervenció az „5A” módszer első három lépését tartalmazza, ezek a következők:

I. „Ask” A várandóst meg kell kérdezni a dohányzási szokásairól

Ennek első lépcsője, hogy megkérdezzük, hogy jelenleg dohányzó-e, illetve a múltban dohányzott-e (közvetlenül várandósságát megelőzően, vagy jóval korábban).

☞ Minden esetben azonosítani kell a várandós nők dohányzási státuszát, függőségi szintjét, az alkalmazott dohánytermék típusát.

A dohányzásra minden találkozás (tanácsadás, családlátogatás) alkalmával rá kell kérdezni, és dokumentálni kell annak tényét, valamint az ezzel kapcsolatos változásokat is fel kell jegyezni a várandós dokumentációjában.

☞ Sok szakember attól fél, hogy negatívan befolyásolhatja a kapcsolatot, ha a dohányzásra rákérdez, de tudatosítani kell a várandós nőben, hogy ha dohányzott és leszokott várandósság előtt, vagy az első trimeszterben, vagy ha csak csökkentette annak mértékét, a visszaesés kockázata akkor is magas, és emiatt szükséges a folyamatos kérdés, kommunikáció és támogatás, a megerősítések folyamatos adása.

A kérdés kényelmetlenségét, ezáltal a kellemetlen helyzetet azzal lehet csökkenteni, ha nem eldöntendő kérdésként teszi fel a szakember a dohányzásra vonatkozó kérdését, hanem egyszerre több válaszlehetőséget is felsorol, vagy egy adatlapon több válaszlehetőség is szerepel írásos forma esetén. A várandóstól nem azt kell megkérdezni, hogy „dohányzik-e”, el kell kerülni azt a kérdésfeltevést is, hogy „ugye nem dohányzik”, így az igen/nem válasz helyett lehetősége lesz arra, hogy bővebben kifejtse a válaszát, mert elképzelhető, hogy még dohányzik, de már kevesebbet szív. Ez lehetőséget ad az egyénnek arra, hogy bemutassa, lépéseket tett már a leszokás irányába, a dohányzás csökkentése érdekében. A lehetséges kérdésfelvetés és válaszok megadása a következő lehet:

➤ **Az alábbi állítások közül melyik jellemzi leginkább Önt a dohányzással kapcsolatban?**

- Soha nem dohányoztam, illetve 100 szál cigarettánál kevesebbet szívtam el.
- A várandósságot megelőzően abbahagytam a dohányzást.
- Miután kiderült, hogy várandós vagyok, abbahagytam a dohányzást, jelenleg nem dohányzom.



- A várandósság kiderülésekor csökkentettem a cigaretták mennyiségét, de jelenleg is dohányzom.
- Rendszeresen dohányzom, és körülbelül annyi szálát szívok, mint várandósságot megelőzően (dohányozhat többet is, ha például serdülő).

A fiatalos (serdülő) várandósok esetén külön figyelmet érdemel, hogy nagyon gyorsan függővé válnak, és nem biztos, hogy már 100 szál cigarettát elszívtak életük során, tehát ott pontosítani kell a kérdést és azt kell megkérdezni, hogy milyen gyakran dohányzik, a dohányzás milyen formáját részesíti előnyben, naponta hány szál cigarettát szív el.

Dohányzás során a nikotin kimutatható testváladékokból is, például nyálból, vizeletből, de a leszokáshoz adott tanácsokhoz, támogatáshoz alapvetően nem szükséges ezek kimutatása (ezt főleg klinikai kutatások esetén használják).

☞ A kilélegzett levegő szén-monoxid (CO) tartalmának meghatározása CO mérő készülék (38. ábra) segítségével azonban jól használható motivációs eszközként. A várandós saját szemével látja, hogy egyik napról a másikra hogyan csökken a szervezetében található CO szint az abbahagyás hatására, vagy a dohányzó családtagok (expozíció) elkerülése esetén, így javasolt kifejezetten várandósok/serdülők számára készített készülék beszerzése tanácsadónként.



38. ábra Kilélegzett szén-monoxid-mérő monitor alkalmazása a gyakorlatban ⁷³

- **A következőkben tisztázni kell a függőség szintjét.** Ennek egyik lehetősége a Fagerström Nikotin Dependencia kérdőív alkalmazása (2. számú melléklet), amely hat kérdés megválaszolásán keresztül tudja mérni a fizikai függés szintjét. Idő hiányában, a kérdőívben is szereplő két kérdés segíthet a függőségi szint gyorsabb megállapításában.
 1. Felkelést követően mennyi időn belül gyújt rá? 2. Naponta hány szál cigarettát szív el?

⁷³ Forrás: <https://bit.ly/2GVoYen> (letöltés: 2018.05.10)

Amennyiben 30 percen belül történik az első cigaretta elszívása, és naponta 10 száznál többet dohányzik a várandós, függőségi szintje erősebb (Vajer, 2013; Egészségügyi Szakmai Irányelv, 2014). A nikotin megerősítő hatása egyrészt erőteljesen érvényesül a rászakás időszakában, de megmutatkozik a leszokás nehézségei kapcsán. Abban az esetben, ha erősebb függőség alakult ki vele szemben, a megvonási tünetek nehezebben leküzdhetők, és ezáltal a visszaesés kockázata is fokozódhat (Urbán, 2017).

- **Dohányzás esetén tisztázni kell, hogy milyen típusú dohányterméket részesít előnyben** (cigaretta, szivar, szivarka, pipadohány, vízipipa, e-cigaretta, e-szivar, e-pipa stb.). Amennyiben hagyományos dohányterméket használ, gyárilag előállított vagy kézzel sodort cigarettát szív-e, hol szerzi be a dohányterméket, illetve a hozzávalókat. Ez utóbbi kérdés segíthet annak tisztázásában, hogy gyárilag előállított dohányt használ-e, ugyanis a csempész dohányárak nehézfém-tartalma többszöröse a hagyományos dohányboltban kapható cigarettáénak (Joossens, 2011).
- **Rá kell kérdezni arra, hogy az elmúlt 12 hónapban megpróbált-e leszokni a dohányzásról.** A leszokás sikerét meghatározza a függőség szintje, valamint az elhatározás mértéke. Meg kell kérdezni, hogy ennek érdekében mit tett eddig az egyén (www.leszokaspont.hu).
- **A környezeti dohányfüst-expozíció értékelése nagyon fontos minden találkozás alkalmával.** Tisztázni kell a partner és a várandóssal együtt élő családtagok dohányzását, annak gyakoriságát, formáját, hogy a lakáson belül milyen helyiségekben történik a dohányzás, és hogy autóban, vagy csak a lakáson kívül fordul-e elő.
 - Meg kell kérdezni a várandóstól, hogy milyen gyakran tartózkodik otthonában zárt légtérben, dohányfüstös környezetben.
 - Milyen gyakran tartózkodik az otthonán kívül zárt légtérben, dohányfüstös környezetben?
 - Előfordult-e, hogy munkahelyén az elmúlt 30 napban rágyújtottak a környezetében?

A családtagok szerepe kiemelt a leszokási folyamatban, fontos, hogy a partner is támogatást kapjon, ugyanis számos tanulmány bizonyítja, hogy ha az apa is lemond a dohányzásról, a várandós is sokkal könnyebben hagyja abba azt. Érdeemes rákérdezni, hogy melyik családtag tudja leginkább motiválni, támogatni a várandóst a leszokási folyamatában. A családtagokat és



a várandóst szülés után is támogatni kell, mert nagy a visszaesés kockázata a posztpartum időszakban (Soon-Young Yoon; WHO, 2010).

☞ **Aki már a várandósság előtt vagy a várandósság alatt abbahagyta a dohányzást, az egy olyan absztinens személy, aki bármikor visszaeshet, így a családtagok támogatásának megnyerése rendkívül fontos a leszokástámogatás folyamatában.**

Az adott válasz pontos dokumentálása a várandós törzslapjában vagy a csatolt betétlapon, illetve egy erre elkészített formanyomtatványon lehetséges, így a változások folyamatosan nyomon követhetőek. Erős függőség, magas szálgyakoriság esetén, a várandósgondozási könyvben érdemes a gondozásban résztvevő szakemberek felé jelezni a problémát, hiszen jelentősen befolyásolhatja a perinatális kimeneteli eredményt.

II. „Advise” Minden várandósság alatt dohányzó személynek a dohányzás abbahagyását kell javasolni

Egyértelműen, világosan, határozottan, de egyénre szabottan megfogalmazva a dohányzás abbahagyását kell javasolni. A leghatékonyabb módszer annak egyértelmű megfogalmazása, hogy a „legjobb tanácsom az Ön számára az, hogy hagyja abba dohányzást mindkettőjük egészségi állapota védelmében”. Ezt követően a pozitív előnyök összefoglalása, megfogalmazása szükséges (3. sz. melléklet). A leendő anya ezzel a helyes döntésével minimalizálhatja a szülés körüli és a hosszú távú negatív hatásokat. Ha csak a negatív következmények felsorolását végzi el a szakember, az nem hatékony módszer, ugyanis sok várandós ismer olyan eseteket, ahol az anya dohányzott, de a gyermek mégis látszólag egészségesen született, így úgy érezheti, hogy ő sem kockáztat sokat. A beszélgetés során megkérhető a várandós arra, hogy ő azonosítsa be azokat a tényezőket, mellyel a legtöbbet nyerheti a dohányzásfeladással. Erősítsük meg, hogy a dohányzás feladása segíthet abban, hogy jobban érezze magát (jobb legyen a közérzete), a baba számára is megfelelő fejlődést biztosíthasson és a környezetében élők egészségét is megóvhatja ezáltal (Egészségügyi Szakmai Irányelv a dohányzásról való leszokás támogatásról, 2014).

☞ **A várandósban tudatosítani kell, hogy igaz, mindenképpen előnnyel jár, ha a várandósság bármely időszakában abbahagyja a dohányzást, de a legtöbb egészségre gyakorolt pozitív hatás csak úgy érhető el, ha mielőbb abbahagyja azt.**



Sokan úgy döntenek, hogy csökkentik a cigaretták számát, de nem hagyják abba a dohányzást. Ebben az esetben tudatosítani kell bennük, hogy a kockázatot csak kissé mérsékelik, de valójában csak úgy tudják jelentősen csökkenteni azt, ha a dohányzást teljesen abbahagyják. A várandósság alatti dohányzásnak sincs biztonságos szintje.

Mivel közepes, erős vagy nagyon erős függőség során nehéz a függőségből eredő sóvárgás kezelése, ezért javasolni kell a háziorvos, vagy szakellátás felkeresését, akik további támogatást tudnak nyújtani a gyógyszeres kezelés elkezdésére, nikotinpótló terápia alkalmazására.

ELÉRHETŐSÉGEK:

- **Országos Dohányzás Leszokás Támogatási Módszertani Központ:** www.leszokaspont.hu honlap, ingyenes zöld szám: 06/80/44-20-44
- **EMMI Dohányzás Fókuszpont:** www.leteszemaciqit.hu honlap, ingyenes zöld szám: 06/80/200-493

Ha valaki már nem dohányzik, mert nemrég abbahagyta, akkor gratulálni kell neki a már elért sikeréhez. Ezen túlmenően folyamatos biztatásra van szüksége, további megerősítések adására ahhoz, hogy el tudja kerülni a dohányzókat és azokat a helyzeteket, amelyekben általában rágyújtott.

III. „Assess” A dohányzás feladására való hajlandóság értékelése (szeretné-e abbahagyni a dohányzást?)

Ebben a fázisban értékelni kell, hogy az egyén jelenleg készen áll-e a leszokásra, a dohányzás abbahagyására. Ezt lehet egy skálán is értékelni (például 1-től 10-ig terjedő skálán, ahol a 10-es a „teljesen kész vagyok az abbahagyásra” gondolatot jelenti). Ez a rész azért fontos, mert folyamatosan, minden találkozásnál értékelhető, hogy van-e változás a magatartásban, illetve előrelépés a döntést illetően, van-e elmozdulás a konkrét változtatási szándék irányába. Ha az egyén még nem áll készen a dohányzás abbahagyására, akkor motivációs beszélgetések, tanácsadások segíthetik a beállítódásának megváltoztatását. A motivációs interjúk során a



leszokást erősítő tényezők összegyűjtése elősegítheti, hogy ebben változás álljon be (3. sz. melléklet). A változásra való készség szakaszait a 5. sz. melléklet foglalja össze.

Az apró feladatok adása a helyzet reális értékelését támogatja (ilyen feladat lehet, hogy a leszokás lehetséges okait a kliens saját maga gyűjtse össze, azokat feljegyezze, emellett motivációt tartalmazó cetliket helyezzen el a lakás különböző pontjain). A dohányzással kapcsolatos „dohányzási napló” vezetése segíthet azonosítani a rágyújtás körülményeit, időpontjait és a negatívan és pozitívan ható tényezőket, élethelyzeteket, a hangulati állapotot, melyek a leszokás elkezdésének útjában állnak, vagy az abbahagyást éppen erősítik (letölthető: http://www.leteszemacigit.hu/sites/default/files/dohanyzasi_naplo.pdf) (Egészségügyi Szakmai Irányelv a Dohányzásról való Leszokás Támogatásról, 2014; www.leteszemacigit.hu).

IV. „Assist” Támogatás, segítség nyújtása a dohányzás abbahagyásához

Az egyén a tanácsadás ezen részében meghatározza a kilépés dátumát. A szakember ebben a helyzetben felteheti úgy is a kérdést, hogy megkérdezi, melyik nap tudná elkezdni a dohányzást, vagy esetleg megkérdezi, hogy hogyan érzi a várandós, mi lenne leginkább megfelelő: egy hétköznapi vagy hétvégi időpont meghatározása az abbahagyás elkezdésére. A „függetlenség napjának” kitűzése legjobb, ha egy 2–3 héten belüli időpontra esik, de ha valaki ennél rövidebb időszakot határoz meg, mindamelllett, hogy ez egy örömteljes tény, fokozott támogatást igényel (Vajer, 2013). Ebben a szakaszban rengeteg támogatást igényel a várandós. Ha már abbahagyta a dohányzást, a sikerében meg kell erősíteni, önhatékonyt támogatni kell. Problémamegoldó technikákat kell javasolni, emellett a problémás helyzetek közös azonosítását el kell végezni, melyek odafigyeléssel elkerülhetőek.

☝ A védőnő felajánlhat ebben a helyzetben több találkozást (tanácsadást, otthoni látogatást), telefonálást, hiszen a várandósoknak megerősítésekre van szüksége, ajánlható az ingyenes zöld szám hívása is (06/80/44-20-44 vagy 06/80/200-493).

A várandóst motiválni kell arra, hogy félelmeit, problémáit megfogalmazza (félhet például az elvonási tünetektől, sóvárgástól, melyről elmondható, hogy egyre ritkábban jelentkezik majd és ez alatt az idő alatt különféle tevékenységekkel csökkenthető. Sóvárgás esetén telefonálhat az őt támogató szakembereknek, vagy a zöld számra is. Félhet attól is, hogy anyagcseréje



megváltozik, ebben az esetben életmódbeli tanácsokkal látható el, félhet a környezetében lévő kapcsolatok elvesztésétől, a családtagok bevonása ezért nagyon fontos a fenntartás szakaszában). A várandós minden kísérletéhez pozitívan kell hozzáállni. Ki kell emelni a várandós bevonásával, hogy milyen pozitív változásokat tapasztalt az abbahagyás óta, hogy miért tartja ő maga fontosnak, hogy leszokjon, ki kell emelni a kockázati tényezőket a várandósság során, át kell beszélni a lehetséges további előnyöket. Segíteni kell annak felismertetésében, hogy miért nem volt sikeres az eddigi leszokási szándék (akár a múltbeli is). A várandósok általában az egyéni konzultációkat igénylik, de tartható (igény szerint) csoportos oktatás, támogatás számukra is. Ennek megszervezésekor ki kell emelni a csoport közös munkájában lévő erőforrások lehetőségét. A folyamat során írásos szóróanyagok is adhatók a megerősítés fokozásához.

A támogatást folyamatosan ismételni kell. A dohányzás okozta függőség (annak élettani, magatartási és kulturális aspektusai miatt) nagyon erős. Emiatt ajánlani kell a „Dohányzás Leszokást Támogató Módszertani Központ” segítségét. Egyrészt jó lehetőség a honlapon található információk tanulmányozása (<http://leszokaspont.hu/>), a sikertörténetek megismerése, de lehetőség van egyéni vagy csoportos tanácsadáson való részvételre, a telefonon hívható zöld számon, azonnali segítséget kaphatnak a dohányzó személyek (elérhetősége az előző fejezetben látható). A Módszertani Központ speciális szakképzések támogatásával és pályázati forrásokból létrehozta a **„Dohányzás Leszokási Pontokat”**, melyek a tüdőgondozókban várják a leszokni vágyó embereket. A motiváló beszélgetések során mindig hangsúlyozzuk az elérhető egészségnyereséget, amelynek egy része a dohányzó személy családtagjaira is kiterjed.⁷⁴

V. „Arrange” Nyomonkövetés

A nyomonkövetés a dohányzás feladását követően is szükséges, mert a várandósnak megerősítésekre van szüksége ahhoz, hogy ne kezdjen el ismét dohányozni. Adódhatnak olyan események és élethelyzetek, amelyek elősegítik a dohányzás ismételt elkezdését. A nikotinfüggés az abbahagyást követően kellemetlen tüneteket, panaszokat produkálhat, amiatt folyamatos megerősítésekre van szüksége a kliensnek ahhoz, hogy ne kezdjen el ismét

⁷⁴ Az egészségnyereségek összefoglalása elérhető a www.leszokaspont.hu vagy a http://www.leteszemacigit.hu/sites/default/files/pozitiv_kovetkezmenyek.pdf weboldalon is.



dohányozni. A nikotinmegvonási tünetekről és azok csökkenéséről tájékoztatást kell nyújtani. A nyomon követés történhet személyesen vagy telefonon. A várandóst ekkor ösztönözni kell arra, hogy folytassa a dohányzásmentes életet, a támogatás mellett az elismerést is ki kell nyilvánítani (www.leszokaspont.hu).

Motivációs interjú várandósok esetén

Hasonló élethelyzetben élő és hasonló problémával küzdő egyének esetén is más lehet a motiváció egy-egy probléma kezelésében, ezért érdemes az egyéni motivációkat megismerni. Vannak olyan egyének, akik viszonylag kisebb motiváltságot mutatnak, mégis elegendő számukra egy motivációs beszélgetés, hogy elköteleződjenek, mások motiválnak tűnnek, mégsem sikerül lépéseket tenni a változtatás irányába, többszöri támogatás esetén sem. Vannak olyan személyek, akiknél a változást a külső környezet, családtagok idézik elő és vannak, akik önmagukért szeretnének változtatni a negatív szokásaikon.

☞ A motivációs interjú célja, hogy a várandós belső motivációi erősödjenek, eközben a probléma felismerésre kerüljön, a saját célkitűzések és a fennálló viselkedés közötti ellentmondások a várandós számára is láthatóvá váljanak.

A motivációs interjú alapelvei Miller és Rollnick szerint (Pilling, 2017)

- empatis viselkedés a beszélgetés során,
- segítség adása a célkitűzések és a jelenlegi viselkedés közötti ellentmondásosság feltárására,
- a viták és győzködések elkerülése, ne utasítsuk az egyént,
- ellenállás okainak feldolgozása,
- önbizalom támogatása, megerősítése.

A motivációs beszélgetés során meg kell kérni a várandóst, hogy értékelje, mennyire szeretne változtatni, ezt egy 10-es skálán tegye meg. Kérdés, hogy hol helyezné el magát. Ha lehet, nyitott kérdésekkel kommunikáljon a védőnő. Beszélni kell a várandós céljairól, mesélje el, hogy milyenek szeretné az életét, milyen a jelenlegi élethelyzete, hogyan tud viszonyulni a meghatározott céljaihoz. Részletesen beszélni kell a jelenlegi negatív egészségmagatartásának



az előnyeiről és hátrányairól. A várandós fogalmazza meg, hogy miért lenne számára jó a változtatás és miért nem.

Azoknál a várandósoknál, akik még nem akarnak leszokni a dohányzásról, az „5R” módszer alkalmazható, melynek lényege, hogy a leszokás jelentőségét mindinkább hangsúlyozni kell, a dohányzásból eredő kockázati tényezőket ki kell emelni, az abbahagyás előnyeit meg kell ismerni, az abbahagyás nehézségeit fel kell tárni, végül a leszokást javasolni. Ebben az esetben bátorítani kell a várandóst, hogy fogalmazza meg ő azokat az okokat, ami a dohányzásfeladást nehezíti (például a gyermekeire hivatkozik, ebben az esetben azonban lehet segíteni abban, hogy a gyermekeket, mint motivációt azonosítsuk). A beszélgetés során kérjük meg, hogy azonosítsa azokat a negatív kockázati tényezőket, amelyek az egészségét és a magzat egészségét veszélyeztethetik.

Példamondat

” Bár megértem, hogy még nem áll készen a dohányzás abbahagyására, hallott-e már arról, hogy milyen kockázatokat okozhat a várandósság alatti dohányzás?”

Ez egy közös beszélgetés kezdeményezése is lehet, melyben a várandósság alatti kockázati tényezőket áttekinthetjük. Ha az anya úgy ítéli meg, hogy szerinte a dohányzás várandósság során nem ártalmas, hiszen ismer egészséges anyákat és csecsemőiket, ahol a dohányzás várandósság során fennállt, ebben az esetben el kell mondani számára, hogy minden várandósság más és más, és az, hogy jelenleg semmilyen tünet, komplikáció nincs, nem garantálja, hogy a jövőben sem lesznek következmények. Ha a várandós együttműködő, kérni kell, hogy írja le a dohányzás abbahagyása milyen pozitív hatásokkal járhat együtt a jövőben. Például: több energiája lesz, jobban vigyáz ezáltal a saját és magzata egészségére, nő a megtakarítása, így több pénze marad a babára, kevesebbet kell orvoshoz járni, elkerülhető számos gyermekbetegség, a bőre egészségesebb lesz, nem lesz füstszagú stb. Aki jelenleg semmilyen változtatásban nem partner, annak fel kell ajánlani, hogy bármikor meggondolja magát, segítséget igényelhet a védőnőtől és a háziorvostól (Smoking Cessation During Pregnancy, 2011).



A leszokást támogató kiegészítő terápiák, módszerek

A leszokás támogatásának folyamatában, a viselkedés megváltoztatására tett törekvések mellett olykor szükséges lehet a gyógyszeres terápia is, ugyanis a visszaeséseket a megvonási tünetek, a sóvárgás idézi elő leginkább. Közepes vagy erős nikotinfüggés esetén megoldás lehet ezek alkalmazása. A farmakoterápiás kezeléseknek kétféle típusa ismert. Az egyik a nikotinpótló terápiák alkalmazása, a másik a nikotinmentes készítményeké. **Nikotinpótló terápiával** a cigarettában található nikotint próbálják helyettesíteni. A tapasztokból a nikotin általában lassabban szívódik fel, így akut sóvárgás csökkentésére kevésbé alkalmas, míg a szopogató tablettából, rágógumiból, inhalálóból vagy orrsprayből gyorsabban történik a felszívódás. Magyarországon ezek a termékek vény nélkül kaphatók, és bizonyítottan növelik a viselkedésterápiák hatékonyságát (Vajer, 2013). Az „Egészségügyi szakmai irányelv – A dohányzásról való leszokás támogatásáról” szakmai anyag ajánlása alapján a nikotinpótlás lehetősége nem javasolt a kismamáknak, csak abban az esetben, ha a várható haszon nagyobb, de ennek eldöntése orvosi kompetenciába tartozó feladat (Egészségügyi Szakmai Irányelv, 2014; Yoon S.Y. 2010).

A **nikotinmentes** gyógyszerek használata esetén (Bupropion, Vareniklin), a hangulati állapot javítható, valamint a nikotin antidepresszáns hatása pótolható, neurológiai folyamatok megváltoztatása révén csökkenthető a dohányzás. Ezeknek a készítményeknek az alkalmazása, kontrollja orvosi kompetenciába tartozik, és általában 3 hónapig tart.

Az **önsegítés** módszerei a kevésbé hatékony eljárások alapjait képezik, ugyanakkor fontos kiegészítői a támogatásoknak. Ebben az esetben ismeretterjesztő anyagok, broszúrák, videófelvételek, számítógépes programok, honlapok segítik a leszokást. Ezt kiegészítheti az **önmegfigyelés** módszere, amikor az egyén dohányzási naplóba vezeti azokat az eseményeket, melyek a leszokását kísérik. Ez lehet egy helyzet, hangulati állapot, vagy más személyekkel együtt töltött idő és esemény, a rágyújtás körülményei. A dohányzási napló vezetése elősegíti a rágyújtás körülményeinek azonosítását, ezért használata ajánlott a leszokás során.

A leszokás sikerességéhez szükség lehet az **„ingerkontroll”** módszerének alkalmazására, melyekkel elkerülhetők azok az ingerek, melyek a dohányzással kapcsolódnak össze. Ezek olyan kulcsingerek, melyek akár hosszú évek óta jelen vannak egy dohányos életében, és tudattalanul is a dohányzásra szólítanak fel. A módszer ezek tudatos elkerülésén alapszik (Vajer, 2013).



Támogatás a szülést követően

A szülést követő időszakban rengeteg változás áll elő az új élethelyzetben, melyhez az alkalmazkodás is olykor nehezebb. Akár spontán hagyta abba valaki a dohányzást, akár intervenció segítségével, a relapszus esélye magas. Ennek főleg az alváshiány, a kimerültség, a stressz és a testtömeg visszanyerése a legfőbb oka. Ismert az az összefüggés, ha az anya szoptat, akkor a dohányzás elkerülése is jobb eredményeket mutat, így a hosszantartó szoptatás protektív tényező. Emellett erősíteni kell az anyában az új élethelyzetet, az új élet születésével együtt járó lehetőséget egy egészségesebb életre, valamint az ahhoz való hozzájárulást, hogy a gyermek mentesül a passzív dohányzás ártalmai alól.

A támogatásba a partnereket is be kell vonni, ugyanis a relapszus előidézésében legnagyobb szerepet a várandós partnere és családtagjai játsszák. Az apák leszokástámogatásában a várandósságnak és a szülésnek pozitívan motiváló szerepe van. A szülőknak írásos szórólapok átadása, közös tanácsadás tartása javasolt, emellett az apák bevonása a csecsemőgondozás folyamatába. A környezeti dohányfüst-expozíció káros hatásaira is hangsúlyt kell helyezni, kiemelve az újszülött egészségének védelmével.

8 Gondolja át, hogy saját körzetében milyen eszközökkel, módszerekkel tudná legjobban segíteni a leszokást tervező várandós gondozottjait!

VI. Összegzés

A várandósság alatti leszokás támogatásában a dohányzás abbahagyásának legtöbb előnye a magzatra és a gyermekekre összpontosít, de hozzájárul a várandós egészségi állapotának javulásához, számos krónikus betegség vagy tumoros megbetegedés kockázatának csökkentéséhez is. A várandósság egy olyan állapot, mely lehetőséget ad a dohányzó nőknek egy jelentősebb változás elindításához, a magzat és a csecsemő expozíciójának csökkentéséhez, befolyással bírhat a partnerre, az együtt élő családtagokra és arra, hogy egy valóban „füstmentes” család jöjjön létre. A gyermekek rászakásának megelőzésében az egyik legjelentősebb protektív faktor maga az a tény, ha a szülők sem dohányoznak, hiszen ismert összefüggés, hogy a dohányzó szülők gyermekei gyakrabban válnak önmaguk is dohányzóvá. A „serdülők dohányos karrierjében” egyszerre több tényező is szerepet játszik, mégis igen jelentős faktor, hogy a közvetlen környezetében milyen minta van előttük (Urbán, 2007). A



komplex dohányzás visszaszorítási stratégiának része, hogy a Dohányzásról Leszokást Támogató Módszertani Központ (DLTK) egyéni, csoportos és telefonos segítségnyújtása mellett, önálló leszokástámogató szakrendelések tudjanak létrejönni és működni, melyekben a prevenció és a rehabilitációs tevékenység egyaránt megvalósulhat (Nemzeti Stratégia a Dohányzás Visszaszorítására, 2011). A dohányzásnak jelentős költségei is vannak, melyek ez által csökkenthetők, de az egészség, mint érték középpontba helyezése rendkívül fontos, és nem csak egyéni, de társadalmi érdek is.

A dohányzással kapcsolatban a preventív beavatkozások hangsúlyozása kiemelt feladat, hiszen általában korai életkorban (13–15 éves kor között) kezdődik a kipróbálás, a rászokás is jellemzően 18 éves kor alatt történik. Ebben a szakemberek feladata, hogy lehetőséget biztosítsanak a korai gyermekkorban elkezdett, életkori sajátosságokat figyelembe vevő, komplex, időben elosztott dohányzásprevenciós programok kialakítására, alkalmazására, a folyamatosság fenntartására, a különböző szakemberek és kortárs csoportok bevonásával. Ezek kezdeti megvalósítása a közösségi szintereken (óvodákban, iskolákban) történik. Azonban ahhoz, hogy a gyermekek számára az ideális környezeti feltételeket, a pozitív minta megvalósulását elősegítsük, már a gyermekvállalás előtt álló párok esetén hangsúlyozni kell a dohányzás abbahagyását, a tervezett várandósság előtti 6 hónapban. A készülődés időszakában (a tervezett fogantatás előtt) javasolt a családtervezési tanácsadáson való részvétel, melynek részét képezi a leszokáshoz nyújtott támogatás. Ez az egészségügyi szolgáltatók részéről több szakember bevonásával is megvalósulhat (védőnő, szülésznő, közösségi ápoló, háziorvos, genetikus, egészségfejlesztő). Ha valaki várandósság alatt is dohányzik, rendkívül fontos, hogy a dohányzásleszokás-támogatás érdekében tett első segítségadás a lehető legkorábban elérjen hozzá, ugyanis a dohányzás abbahagyása jelenti a legfőbb lépést ilyenkor a magzat, későbbiekben a csecsemő és a gyermekek életében. A motiválás középpontjában a magzati és az anyai egészség áll.

A leszokás-támogatás folyamatába lehetőség szerint szükséges a partner vagy családtagok bevonása, ugyanis ez jelentősen növeli a várandós leszokásának esélyeit, valamint csökkenti a relapszus lehetőségét. A szülést követő időszakban (első 12 hónapban) a visszaesés esélye nagyon magas, így szülést követően a támogatást az otthoni látogatások során folytatni kell, folyamatos lehetőséget biztosítva az egyéni tanácsadásokhoz.



A várandósság során dohányzó nők nagyobb arányban élnek nehezebb életkörülmények között, sokszor többszörösen hátrányos helyzetben. A támogatás ebben az esetben még inkább átfogó kell, hogy legyen. A korai gondozásba vétel és a gyakoribb találkozások mellett szükséges a szociális támogatási lehetőségek felderítése, a juttatások biztosítása. A dohányzó várandós nők érzékenyek lehetnek, hiszen a társadalom elítélően reagálhat a várandósság alatti dohányzásra, emiatt is szükséges a szakember részéről a tapintatos megközelítés és empatikus légkör kialakítása minden egyes találkozás során. A minimál intervenciót minden esetben alkalmazni kell, de az csak a kezdete a leszokástámogatásnak, a megfelelő motiválásra folyamatosan szükség lehet a dohányzásmentesség fenntartásához. Azoknál a nőknél, akik a dohányzást még a későbbi trimeszterekben is folytatják, további tanácsadásokra, ösztönzésre van szükség, elő kell segíteni a szálgyakoriság csökkentését, vagy az absztinencia fenntartását kritikusabb időszakokban. A védőnők által végzett konzultációk – akár nővédelmi tanácsadási formában a várandósságot megelőzően, akár várandósgondozás során – jelentősen képesek változtatni a dohányzási magatartást, és ezáltal csökkentik a negatív következményeket.

XII. táblázat Az eredmények/indikátorok a leszokástámogatás folyamatában

INDIKÁTOROK
<ul style="list-style-type: none"> ➤ dohányzásleszokás-támogató konzultációk száma, ➤ várandósság előtti abbahagyás, ➤ a várandósság minél korábbi időszakában történő abbahagyás (I. trimeszter), ➤ a várandósság bármely időszakában történő abbahagyás, ➤ megbetegedések során történő absztinencia, ➤ abbahagyás közvetlenül szülés előtt, ➤ dohányzásmentesség a szoptatási időszakban és/vagy azt követően is, ➤ dohányzásmentesség hosszú távon, ➤ szálgyakoriság csökkentése, ➤ többszöri leszokási próbálkozás várandósság alatt, ➤ a partner leszokása, átmeneti szüneteltetése, ➤ környezeti dohányfüst-expozíció teljes megszüntetése, ➤ környezeti dohányfüst-expozíció csökkentése, ➤ előrelépések a változtatási szándékban.



A legkisebb változtatás is képes a perinatális eredményeken javítani. Csökken ezáltal a méhen kívüli várandósságok száma, a spontán vetélések, a halvaszülések, a fejlődési rendellenességek, amagzati retardáció és a koraszülés aránya. Emellett a csecsemőkori és a gyermekkori megbetegedések (alsó-, felsőlégtúti és fűlfertőzések, krónikus betegségek) előfordulása, a SIDS, a tumoros megbetegedések, a magatartás- és figyelemzavarok kialakulásának kockázata is lecsökken.



VII. Felhasznált irodalom

- Alpár Á., Balku E., Berki J., Kimmel Zs., Kiss J., Kovács G., Taller Á., Varsányi P. Demjén T. (szerk.): Dohányzás visszaszorítása, 2016. Dohányzás Fókuszpont Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet.
<http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/hu/content/hazai-es-kulfoldi-adatok-tanulmanyok> (letöltve: 2018. 04. 10.)
- Alsatari E., Azab M., Khabour O. F., Alzoubi K. F., Sadiq M. F.: Assessment of dna damage using chromosomal aberrations assay in lymphocytes of waterpipe smokers. *Int J Occup Med Environ Health*. 2012 Jun; 25(3): 218–224.
- Azab M., Khabour O. F., Alzoubi H. K., Anabtawi M. M., Quttina M., Khader Y., Eissenberg T: Exposure of Pregnant Women to Waterpipe and Cigarette Smoke, *Nicotine Tob Res*. 2013 jan; 15(1): 231–237.
- A vízpipázás, a vízpipadohány-fogyasztás egészségkockázatai és a használat gyakorisága. Magyarországon. Dohányzás Fókuszpont Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2014.
http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/vizipipa_oefi_df_20140616.pdf
- Az elektronikus cigaretták és a dohányzást imitáló elektronikus eszközök használatával járó kockázatok. NEFI Dohányzás Fókuszpont, Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, 2015.
http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/e_cigaretta_oss_zefoglalo_DF_OTHKF_OKTPI_OGYEI_OKBI_20151108_4.pdf
- Ádány R.: Dohányzás, Népegészségügyi Genomika Debreceni Egyetem 2011.
http://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/0019_1A_Nepegeszsegugyi_genomika/ch05s02.html
- Balázs P., Rákóczi I., Grenszer A., Foley K. L.: Risk factors of preterm birth and low birth weight babies among Roma and non-Roma mothers: a population-based study *Eur J Public Health*. 2013 Jun; 23(3): 480–485.
- Balku E., Demjén T., Vámos M., Vitrai J.: Felnőtt Dohányzáfelmérés 2012. Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest 2012.



- Barrington-Trimis J. L., Searles Nielsen S., Preston-Martin S., Gauderman W. J., Holly E. A., Farin F. M., Mueller B. A., McKean-Cowdin R.: Parental smoking and risk of childhood brain tumors by functional polymorphisms in polycyclic aromatic hydrocarbon metabolism genes. 2013. PLoS One, 18;8(11): e 79110. doi: 10.1371/journal.pone.0079110.
- Bertone-Johnson E. R., Hankinson S. E., Johnson S. R., Manson J. E.: Cigarette Smoking and the Development of Premenstrual Syndrome, 2008. Am J Epidemiol. 2008 Oct 15; 168(8): 938–945.
- Bezzegh P., Az Egészségfejlesztési Irodák Hálózata, Egészségfejlesztés, LVII. évfolyam, 2016. 1. szám
http://epa.oszk.hu/02900/02987/00001/pdf/EPA02987_egeszsegfejlesztes_2016_01_57-59.pdf (letöltve: 2018. 04. 10)
- Birger N., Chen C., Third-Hand Smoke, Cancer Prevention and Treatment Fund 2017. (letöltve: 2017. 12. 10.)
<http://www.stopcancerfund.org/pz-diet-habits-behaviors/third-hand-smoke/>
- Bóti E., Koncz B., Vitrai J., Demjén T. (szerk.): A felnőttek dohányzására vonatkozó magyarországi felmérések adatai 2000-2009. Dohányzás Fókuszpont, 2011.
http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/dohanyzasra_vonatkozo_felmeresekek_adatai_2000_2009.pdf
- Breastfeeding and the use of human milk. Section on breastfeeding. (2012) American Academy of Pediatrics. Pediatrics, Volume, 129 Number 3, 2012
<http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2012/02/22/peds.2011-3552.full.pdf>
- Curtin S.C., Matthews T.J.: Smoking Prevalence and Cessation Before and During Pregnancy: Data From the Birth Certificate, 2014. Natl Vital Stat Rep. 2016 Feb 10;65(1):1-14
- Csákányi Zs., Czinner A., Spangler J., Rogers T., Katona G.: Relationship of environmental tobacco smoke to otitis media (OM) in children. 2012. Int J Pediatr Otorhinolaryngol, 76(7): 989–993. doi: 10.1016/j.ijporl.2012.03.017
- Dai J. B., Wang Z. X., Qiao Z. D.: The hazardous effects of tobacco smoking on male fertility, 2015. Asian J Androl. 2015 Nov-Dec; 17(6): 954–960.



- Dohányzás, alkoholfogyasztás és droghasználat a roma fiatalok körében. Semmelweis Figyelő 2012.
http://semmelweisfigyelo.hu/hu/osszes_rovid_hir/hir/2335_dohanyzas_alkoholfogyasztas_es_droghasznalat_a_roma_fiatalok_koreben
- E-cigarette Use Among Youth and Young Adults A Report of the Surgeon General, Executive Summary 2016 US Department of Health and Human Service
https://e-cigarettes.surgeongeneral.gov/documents/2016_SGR_Exec_Summ_508.pdf
- Egészségügyi Szakmai Irányelv a Dohányzásról való Leszokás Támogatásáról (2014) Emberi Erőforrások Minisztériuma Egészségügyi Államtitkárság, Egészségügyi Szakmai Kollégium <https://tudogyogvasz.hu/Media/Download/12698>
- England M.C., Benjamin A., Abenheim H.A.: Increased risk of preterm premature rupture of membranes at early gestational ages among maternal cigarette smokers. Am J Perinatol. 2013 nov;30(10):821-6.
- Európai lakossági egészségfelmérés, 2014. KSH Statisztikai Tükör 2015/29. 2015. április 30. <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/elef14.pdf> (letöltés: 2018. 04. 10.)
- Feldolgozott adatgyűjtések (2014) Védőnői jelentés összesített táblái/százalékos összesített jelentés 2014. Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet portál 2015.
<http://193.225.50.35/webgy/regbe/belepes.php>
- Fogarasi-Grenczer A.: Socioeconomic factors of tobacco smoking during pregnancy, In: Balázs P. (szerk.), Increasing Capacity for Tobacco Research in Hungary 2008–2013. Magyar Tudománytörténeti Intézet, Budapest, 2013. (137–149).
- Foley K.L., Balázs P., Grenszer A., Rákóczi I.: Factors Associated with Quit Attempts and Quitting among Eastern Hungarian Women who Smoked at the Time of Pregnancy. 2011. Cent Eur J Public Health, 19 (2): 63–66
- GYTS Nemzetközi Ifjúsági Dohányzásfelmérés 2016, Dohányzás Visszaszorítása Magyarországon, Dohányzás Fókuszpont
<http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/hu/content/hazai-es-kulfoldi-adatok-tanulmanyok> (letöltés: 2018. 04. 10.)
- Hackshaw A., Rodeck C., Boniface S.: Maternal smoking in pregnancy and birth defects: a systematic review based on 173 687 malformed cases and 11.7 million controls, 2011. Human Reproduction Update 1-16. doi:10.1093/humupd/dmr022



- Harlev A., Agarwal A., Gunes S. O., Shetty A., S. S. Plessis: Smoking and Male Infertility: An Evidence-Based Review. 2015. *World J Mens Health*. Dec; 33(3): 143–160.
- Hauge L.J., Torgersen L., Vollrath M.: Associations Between Maternal Stress and Smoking: Findings from a Population-Based Prospective Cohort Study. *Addiction*. 2012 Jun; 107(6): 1168–1173.
- Joossens L., Raw M.: From cigarette smuggling to illicit tobacco trade. *Tobacco Control* 2012; 21:230e 234.
- Lodge C., Lowe A., Dharmage S., Olsson D, Forsberg B., Bråbäck L.: Late-Breaking Abstract: Does grandmaternal smoking increase the risk of asthma in grandchildren? 2015. *European Respiratory Journal* 2015. 46: OA4762;
- Miyazaki Y., Hayashi K., Imazeki S.: Smoking cessation in pregnancy: psychosocial interventions and patient-focused perspectives, *Int J Womens Health*. 2015; 7: 415–427
- Mund M., Louwen F., Klingelhoefer D., Gerber A.: Smoking and Pregnancy — A Review on the First Major Environmental Risk Factor of the Unborn, 2013. *Int J Environ Res Public Health*. 2013 Dec; 10(12): 6485–6499.
- Nemzeti Stratégia a Dohányzás Visszaszorítására - 2011-doh-nemzeti-strategia.pdf
<http://www.mnsza.hu/docs/2011-doh-nemzeti-strategia.pdf>
- Népesedési folyamatok társadalmi különbségei. Statisztikai Tükör. KSH 2014. december 15. <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/nepesedes.pdf>
- Neumann T., Rasmussen M., Heitmann B.L., Tønnesen H.: Gold Standard Program for Heavy Smokers in a Real-Life Setting. 2013. *Int J Environ Res Public Health*, 10:(9), 4186-4199;
- Pilling J., A motivációs interjú használata a pulmonológiában. AMEGA Mindennapi gyakorlat, 2017. április
http://real.mtak.hu/74664/1/Motivacios_interju_a_pulmonologiaban_u.pdf
- Rácz J., Relapszusprevenció drogfüggőknél: pszichoterápiás és farmakoterápiás lehetőségek. *Neuropsychopharmacologia hungarica* 2013. XV. évf. 4. szám
- Radin R. G., Hatch E. E., Rothman K. J., Mikkelsen E. M., Sørensen H. T., Riis A. H., Wise L. A.: (2015) Active and Passive Smoking and Fecundability in Danish Pregnancy Planners, *Fertil Steril*. Author manuscript; available in PMC 2015 Jul 1.
- Räisänen S., Sankilampi U., Gissler M., Kramer M.R., Hakulinen-Viitanen T., Saari J., Heinonen S.: Smoking cessation in the first trimester reduces most obstetric risks, but



not the risks of major congenital anomalies and admission to neonatal care: a population-based cohort study of 1,164,953 singleton pregnancies in Finland. 2014. J Epidemiol Community Health, 68(2): 159–64.

- Schane R.E., Ling P.M., Glantz S.A.: (2010) Health Effects of Light and Intermittent Smoking, Contemporary Reviews in Cardiovascular Medicine, American Heart Assotiation. Circulation, 2010;121:1518-1522
- Scharle Á.: A tartós szegénység csökkentésének lehetséges eszközei Magyarországon Felemelkedés Közös Erővel: A tartós mélyszegénység csökkentése célhoz kötött támogatások révén. Haza és Haladás Közpolitikai Alapítvány Társadalomkutatási Intézet, Budapest, 2012.
- Secondhand smoke (SHS) Facts Centers for Disease Control and Prevention http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/secondhand_smoke/general_facts/#what (letöltés: 2017. 12. 20.)
- Smoking Cessation During Pergenancy, A Clinical Guide to Helping Pregnant Women Quit Smoking, 2011 Self-instructional Guide and Tool Kit an Educational Program from the American College of Obstetricians and Gynaecologist <https://www.acog.org/~media/Departments/Tobacco%20Alcohol%20and%20Substance%20Abuse/SCDP.pdf> (letöltés: 2018. 04. 10.)
- Soon-Young Y. (szerk.), Jonathan M. Samet: Gender, Women and the Tobacco Epidemic, 9. Quitting, Pregnancy and postpartum cessation, WHO A Guide for Counseling Women who Smoke
- http://www.who.int/tobacco/publications/gender/en_tfi_gender_women_pregnancy_postpartum_smoking_cessation.pdf (letöltés: 2018.04.10.)
- Újváriné Siket A., Szögi N.: Közösségi ápolás, 2014. TÁMOP-4.1.2 A1 és a TÁMOP-4.1.2 A2 könyvei http://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412A/2010_0020_kozossegi_magyar/1_az_alapvet_egszsggyi_elltsalapellts_az_egszsggyi_ellrendszer_felptse_mkdse.html (letöltés: 2018. 04. 10.)
- Urbán R.: (2007) A dohányzás egészségpszichológiája. Nyitott Könyvműhely, 2007. Budapest
- Urbán R.: (2017) Az egészségpszichológia alapjai. ELTE Eötvös Kiadó, 2017. Budapest



- Vajer P.: (2013) Dohányzásról leszokás támogatás módszerei és a leszokás sikerességét befolyásoló tényezők. PhD értekezés, Budapest, 2013.
http://phd.semmelweis.hu/mwp/phd_live/vedes/export/vajerpeter.d.pdf (letöltés: 2018. 04. 10.)
- Vitrai J. (szerk). A dohányzás társadalmi terhei Magyarországon; Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet; Budapest; 2012. május;
http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/dohanyzas_tarsadalmi_terhe_OEFI_2012_.pdf (letöltés: 2018.04.10.)
- WHO Framework Convention on Tobacco Control, Indicator Compendium 1st edition, 2013.
- <http://leszokaspont.hu/static/online-segitseg-a-leszokas-tamogatashoz2/hirek2> (2018. 04. 10.)
- WHO recommendation for the prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy, 2013 WHO
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94555/9789241506076_eng.pdf;jsessionid=96424B414456A22BE30A0C060C9165EF?sequence=1
- Zeitlin J., Mohangoo A., Delnord M. (szerk.): Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010. European Perinatal Health Report (pp 63)
http://www.europeristat.com/images/doc/EPHR2010_w_disclaimer.pdf (letöltés: 2018. 04. 10.)
- 3 ways smoking can cause infertility in men <https://blog.episona.com/does-smoking-cause-infertility-in-men/> (letöltés: 2018. 03. 10.)
- 1992. évi LXXIX. tv a magzati élet védelméről
https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99200079.TV (letöltés: 2017. 12. 20.)
- 1999. évi XLII. törvény a nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99900042.TV> (letöltés: 2017. 12. 20.)
- 2012. évi CXXXIV. törvény a fiatalok dohányzásának visszaszorításáról és a dohánytermékek kiskereskedelméről
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1200134.tv> (letöltés: 2017. 12. 20.)
- 18/2016 (VIII.5.) EMMI rendelet a felsőoktatási szakképzések alap- és mesterképzések képzési és kimeneti követelményeiről

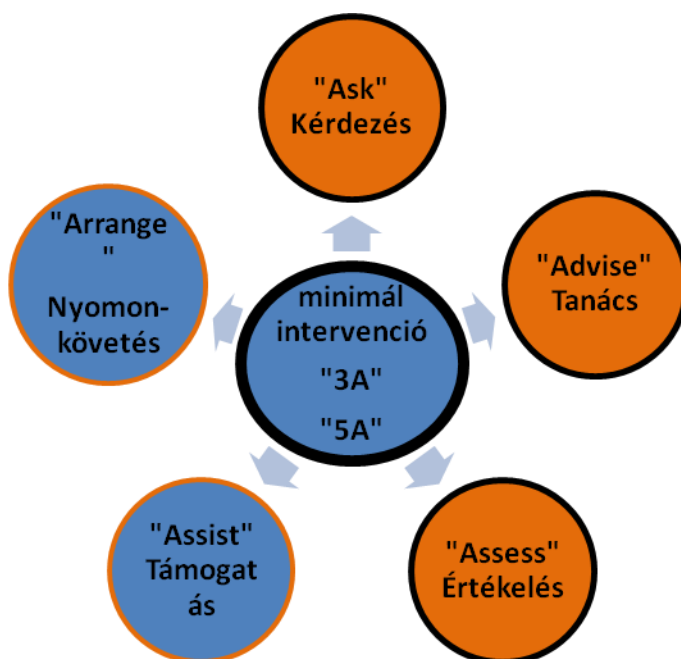


- https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1600018.EMM×hift=ffffff4&txreferer=00000001.TXT (letöltés: 2017. 12. 20.)
- 26/2014. (IV.8.) EMMI rendelete a várandósgondozásról
<http://www.mave.hu/uploads/file/varandosgondozas.pdf> (letöltés: 2017.12.20.)
- 35/2011. (III.21.) Kormány rendelete az intézeten kívüli szülés szakmai szabályairól, feltételeiről és kizáró okairól
<http://www.kozlonyok.hu/kozlonyok/Kozlonyok/6/PDF/2011/8.pdf> (letöltés: 2017. 12. 20.)
- 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról
https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0400049.ESC (letöltés: 2017. 12. 20.)



VIII. Melléklet

1. számú melléklet

A MINIMÁL INTERVENCIÓ MODELLE ⁷⁵

- **"Ask" Kérdezés**
- **"Advise" Tanács**
- **"Assess" Értékelés**
- **"Assist" Támogatás**
- **"Arrange" Nyomonkövetés**
- **Dohányzási szokások feltérképezése.**
- **Dohányzó személyek számára a dohányzás abbahagyását kell javasolni.**
- **A dohányzás abbahagyására való hajlandóság értékelése, a leszokás szándékára való rákérdezés. Motiváció felkeltése.**
- **A leszokási folyamat támogatása.**
- **A leszokás folyamatának követése, visszaesések megelőzése.**

⁷⁵Forrás: Egészségügyi Szakmai Irányelv – a Dohányzásról való Leszokás Támogatásáról, 2014.



2. számú melléklet:

FAGERSTRÖM-FÉLE NIKOTINFÜGGŐSÉGI TESZT

Válaszoljon az alábbi kérdésekre!

1. Ébredés után mennyi idővel gyújt rá az első cigarettára?

60 perccel később 0 pont

31–60 perc között 1 pont

6–30 perc között 2 pont

5 percen belül 3 pont

2. Problémát okoz-e Önnek, ha olyan helyen van, ahol nem lehet rágyújtani?

Igen 1 pont

Nem 0 pont

3. A nap folyamán melyik cigarettát élvezzi a legjobban?

A reggeli első rágyújtást 1 pont

Bármilyen más alkalommal 0 pont

4. Naponta hány cigarettát szokott elszívni?

10 szál vagy kevesebb 0 pont

11–20 szál között 1 pont

21–30 szál között 2 pont

31 szál vagy annál több 3 pont



5. Többet szív reggel, mint a nap hátralévő részében?

Igen 1 pont

Nem 0 pont

6. Rá szokott-e gyújtani olyankor is, amikor olyan beteg, hogy fel sem tud kelni az ágyból?

Igen 1 pont

Nem 0 pont

Adja össze a pontszámait: ...

Az Ön függésének szintjét a kérdőívben kapott pontszámával jellemezhetjük:

0–2: Nagyon alacsony	3–4: Alacsony
5: Közepes	6–7: Magas
8–10: Nagyon magas	



3. számú melléklet

A leszokás rövid és hosszútávú pozitív hatásai⁷⁶	
<p>20 perc múlva</p> <p>A vérnyomás és a pulzusszám normalizálódik, melegszik a keze és a lába, mert javul a vérkeringése a végtagjaiban.</p>	<p style="text-align: center;"><u>Hosszú távon</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Csökken a gége krónikus irritációja, így a hangja is kellemesebb lesz. ✓ A levegő utáni kapkodás, a nehéz légzés és a köhögés csökken. ✓ Csökken a gyomorfekély kockázata, javulnak a gyomorral és emésztéssel kapcsolatos tünetei. ✓ Ritkábbak lesznek a felső légúti megbetegedései. Az asztmás és allergiás tünetei enyhülnek. ✓ Több energiát érez, és az életkedve is jobb lesz. ✓ A dohányzás már nem csökkenti tovább a megfogantatás esélyét. Ne feledje, a férfi és a nő dohányzása külön-külön is komolyan csökkenti annak esélyét, hogy a kisbaba megfogadjon! ✓ A cigaretta letétele a várandósság előtt és alatt csökkenti a veszélyét annak, hogy a baba kis súllyal születik. ✓ Csökkennek a pánikrohamai, ha ilyen problémától szenved.
<p>8 óra múlva</p> <p>A vér nikotin- és szénmonoxid-szintje a felére csökken, az oxigénszint normalizálódik. A szívinfarktus kockázata csökkenni kezd.</p>	
<p>24 óra múlva</p> <p>A tüdő kezd tisztulni, az ízlelés és a szaglás jelentősen javul.</p>	
<p>72 óra múlva</p> <p>A légzés könnyebb lesz, megkezdődik a légutak feltisztulása. Nő a szervezet energiaszintje.</p>	
<p>3 hónap múlva</p> <p>A köhögés, a zihálás és a légzési nehézségek csökkennek, vagy teljesen megszűnnek, a tüdőkapacitás lényegesen javul. Az íny megbetegedései jelentősen csökkennek.</p>	
<p>1 év múlva</p> <p>A szívroham kockázata a dohányosokkal összehasonlítva mintegy felére csökken.</p>	
<p>10 év múlva</p> <p>A tüdőrák kockázata a dohányosokénak a felére csökken, azonos lesz azokéval, akik</p>	

⁷⁶Forrás: http://www.leteszemacigit.hu/sites/default/files/pozitiv_kovetkezmenyek.pdf (letöltés: 2018. 04. 20.)



soha nem dohányoztak. A csontritkulás veszélye is csökken.

15 év múlva

Már nincs különbség a leszokott dohányos és a nemdohányzó között az egészségi veszélyek és a korai halálozás tekintetében.

Néhány nem egészségügyi haszon

- ✓ Több költőpénze marad.
- ✓ A ruhái és a haja nem lesz büdös cigarettaszagú.
- ✓ A sikeres leszokás nyomán növekedni fog a tekintélye a családban, a barátai és munkatársai körében.
- ✓ Fehérebbek lesznek a fogai, és frissebb lesz a lehelete.
- ✓ Az ízlelőbimbók újra életre kelnek, és a szaglása javul.
- ✓ Csökken a tüzesetek kockázata.
- ✓ Nem érzi magát fáradtnak egész nap, ráadásul jól alszik éjszaka.



4. számú melléklet

„A LESZOKÁS LÉTRÁJA”
Keresse meg, hogy jelenleg hol áll!
10. <u>LESZOKTAM</u> A DOHÁNYZÁSRÓL, ÉS SOHA NEM FOGOK ÚJBÓL DOHÁNYOZNI.
9. <u>LESZOKTAM</u> A DOHÁNYZÁSRÓL, DE MÉG MINDIG <u>AGGÓDOM, HOGY VISSZAESEM</u> , MÉG DOLGOZNI KELL AZON, HOGY CIGARETTA MENTES MARADJAK.
8. <u>MÉG MINDIG DOHÁNYZOM</u> , DE MÁR ELKEZDTEM VÁLTOZTATNI EZEN A SZOKÁSOMON AZZAL, HOGY <u>CSÖKKENTEM AZ ELSZÍVOTT CIGARETTÁK SZÁMÁT</u> . KÉSZ VAGYOK EGY NAPOT MEGJELÖLNI, AMIKOR LETESZEM A CIGARETTÁT.
7. HATÁROZOTTAN AZT TERVEZEM, HOGY AZ ELKÖVETKEZŐ <u>30 NAPBAN LESZOKOM A CIGARETTÁRÓL</u> .
6. HATÁROZOTTAN AZT TERVEZEM, HOGY AZ ELKÖVETKEZŐ <u>6 HÓNAPBAN LESZOKOM A CIGARETTÁRÓL</u> .
5. <u>GYAKRAN</u> GONDOLOK ARRA, HOGY LESZOKOM A DOHÁNYZÁSRÓL, DE MÉG NEM KÉSZÍTETTEM TERVET ERRE VONATKOZÓAN.
4. <u>NÉHA</u> GONDOLOK ARRA, HOGY LESZOKOM A DOHÁNYZÁSRÓL, DE MÉG NEM KÉSZÍTETTEM TERVET ERRE VONATKOZÓAN.
3. <u>RITKÁN</u> GONDOLOK ARRA, HOGY LESZOKOM A DOHÁNYZÁSRÓL, DE MÉG NEM KÉSZÍTETTEM TERVET ERRE VONATKOZÓAN.
2. <u>SOHASEM</u> GONDOLOK ARRA, HOGY LESZOKOM A DOHÁNYZÁSRÓL, ÉS MÉG TERVEKET SEM KÉSZÍTETTEM ERRE VONATKOZÓAN.
1. SZERETEK DOHÁNYOZNI, ÉS <u>NINCS SZÁNDÉKOMBAN LESZOKNI A DOHÁNYZÁSRÓL A HÁTRALEVŐ ÉLETEMBEN</u> . NEM ÉRDEKEL A LESZOKÁS.

Forrás: <http://www.leteszemacigit.hu/mennyire-motivalt-dohanyzasrol-valo-leszokasra-keresse-meg-hogy-leszokas-letrajan-hol-all-kattintson>



5. számú melléklet

Változásra való készség szakaszai Prochaska és Di Clemente szerint (Rácz, 2013)

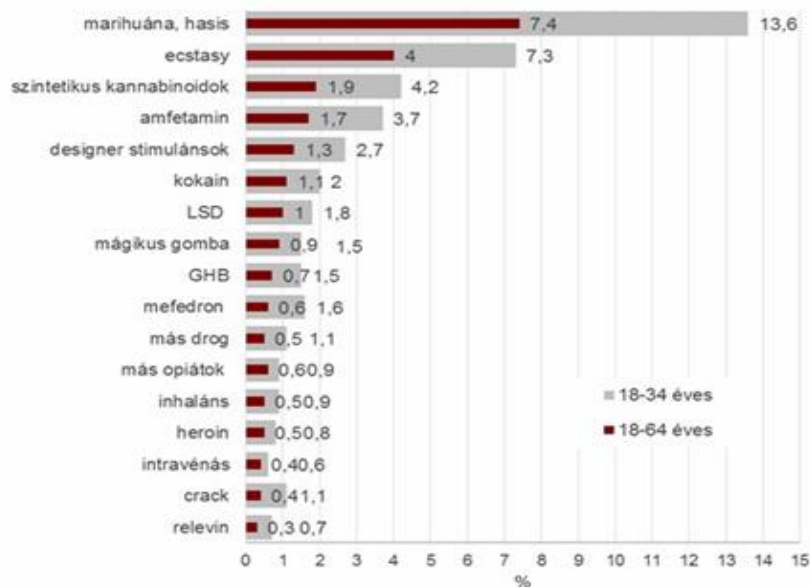
<ul style="list-style-type: none"> • Tagadás (prekontempláció): Ebben a szakaszban az egyénnek segíteni kell a céljainak meghatározásában, további információk nyújtása szükséges a dohányzásról, az önhatékonyság fokozása céljából ki kell emelni, hogy képes a változtatásokra.
<ul style="list-style-type: none"> • Töprengés (kontempláció): Ebben a szakaszban az egyén ambivalens, így a kitűzött célok és viselkedésének ellentmondásait kell feltárni, melyek azok a hívószavak, amivel önmagát tudja motiválni.
<ul style="list-style-type: none"> • Elhatározás (determináció): Elszánja magát a változtatásra, ebben az esetben a változtatás megerősítése a cél.
<ul style="list-style-type: none"> • Cselekvés (akció): Konkrétan változtat, elkezd a dohányzás szüneteltetését. Ebben a szakaszban a feladás kapcsán új akadályok merülhetnek fel, így azok felismertetése, és a veszélyes helyzetek elkerülése lehet a cél. Kerülni kell a dohányzó családtagokat, ismerősöket, akik éppen rágyújtanak.
<ul style="list-style-type: none"> • Fenntartás: Ebben a szakaszban a viselkedésváltozás stabil lehet, de itt utógondozásra, családtagok gondozására, támogatására lehet szükség. Ha a családban krízishelyzet van, akkor annak kezelése szükséges (családterápia, párterápia, önsegítő módszerek bevetése, segítők, aktivisták bevonása stb.).
<ul style="list-style-type: none"> • Relapszus (visszaesés): A nem kívánt magatartásforma visszatér. Az egyén megerősítése szükséges ahhoz, hogy ne adja fel a céljait, újra szükséges az elhatározás meghozatala, a motiválás.

DROGPREVENCIÓS TEVÉKENYSÉGEK A VÉDŐNŐI MUNKA SORÁN

I. Bevezetés

Az emberiség történetében mindig is jelenlévő kábítószer és a kábítószer-fogyasztás más-más megítélést kapott a társadalom részéről, ahogyan a kábítószert fogyasztó ember megítélése is korszakonként, kultúránként változott. A mai társadalom megítélése szerint a drogfogyasztás devianciaként jelenik meg, mivel negatív hatással van az emberi értékrendre, valamint a szerfogyasztók társadalmi kirekesztettségét eredményezi. Folyamatosan jelen lévő társadalmi kérdés, kik és miért is fogyasztanak drogot, mi minősül drognak, mi a közvélemény megítélése a drogfogyasztó emberekkel kapcsolatban, milyen problémát jelent a drogfogyasztás, mint jelenség, hogyan kezelhető. Ezekre a kérdésekre korszakonként, időszakonként eltérő válaszokat kapunk, de egy dologban egyezőségeket mutatnak: a kábítószer egészségkárosító hatása miatt társadalmi szintű preventív és gyógyító intézkedésekre van szükség.

Napjainkban a kábítószerfogyasztás jelensége komoly problémát jelent. A 39. ábra adataiból jól látható, hogy a 18–34 éves korosztályban a drogfogyasztás szinte 50%-kal nagyobb, mint a 18–64 éves korosztályban hazánkban.




39. ábra Szerenkénti életprevalencia értékek a 18–64 éves és a 18–34 éves populációban, 2015-ben (%) ⁷⁷

⁷⁷ Forrás: Paksi et al. 2015, Nemzeti Drog Fókuszpont – Éves Jelentés 2016.



A 18–34 éves időszak egy ember életében a családalapítás, a gyermekvállalás időszaka, ezért nagy jelentőséget kell szentelni a gyermeket vállaló nők, férfiak, várandós nők kábítószerfogyasztása kérdés- és problémakörének. Mivel a kábítószerfogyasztás és a kábítószer-függőség nem csak az anya, apa megbetegedését jelenti, hanem a magzatét is, ezért számos preventív és beavatkozó intézkedésre van szükség a családtervezés, a várandósgondozás alatt.

A kábítószerfogyasztó anyák esetében, amennyiben nem veszik igénybe a várandósgondozást, a fontos várandósság alatti betegségek (magzati fejlődési rendellenességek, a méhen belüli magzati fejlődés elmaradása, várandósság alatti magasvérnyomás-betegség, vagy az akár életveszélyt is okozó préeklampszia, toxémia) nem kerülnek időben felismerésre és megoldásra. Az anya, de a magzat egészségét is veszélyezteti, hogy a kábítószerfogyasztás gyakran együtt fordul elő súlyos fertőző betegségekkel, mint például a B és C típusú májgyulladás, vagy a HIV (AIDS) fertőzés, ami fertőzött injekcióstűvel vagy a kábítószerfogyasztó fokozott kockázatot vállaló szexuális viselkedésével függ össze. Jellemző lehet az anya súlyos alultápláltsága, étvágytalansága, a vitaminok és ásványi anyagok hiánya, illetve a fentiekén kívül más szexuális úton átvihető fertőző betegségek is. Mindezek felismerésében, megfelelő kommunikációjában ad segítséget a várandós nők, gyermeket nevelő családok megsegítésére kidolgozott védőnői módszertani útmutató.

 A szerhasználati prevenciók és beavatkozó intézkedések legfőbb célja a kábítószerfogyasztás életet befolyásoló következményeiről történő tájékoztatás nyújtása a drogfogyasztó várandós anyák számára.



II. A védőnői egészségfejlesztési tevékenységben alkalmazandó tematikus jogszabályok

A kábítószer-fogyasztás Magyarországon bűncselekmény. Az illegális drogokkal kapcsolatos minden magatartás büntetendő. A megszerzésen és a tartáson kívül tilos a drogok elállítása, termesztése, kínálása, átadása, és az azokkal való kereskedés.

A kábítószerrel kapcsolatos jogi szabályozást⁷⁸ az Országgyűlés által 2012. június 25-én elfogadott új Büntető Törvénykönyv (a továbbiakban: Btk.) tartalmazza. A Btk. a XVII. fejezetben (Az egészséget veszélyeztető bűncselekmények) hat tényállásban rendelkezik a kábítószerrel kapcsolatos bűncselekményekről: kábítószer-kereskedelem, kábítószer birtoklása, kóros szenvedélykeltés, kábítószer készítésének elősegítése, kábítószer-prekuzorral visszaélés, új pszichoaktív anyaggal visszaélés.

Ha valaki több embernek is ad drogot, akkor az forgalomba hozatalnak számít, ha pedig rendszeresen árusítja, akkor kereskedésért fogják felelősségre vonni. Fontos tudni, hogy bizonyos eseteket szigorúbban büntetnek. Ha a drog átadása, kínálása, forgalomba hozatala vagy az azzal való kereskedés valamilyen „védett helyszínen”, vagy annak közvetlen közelében történik, a büntetési tétel jóval magasabb, mint ha máshol követik el a bűncselekményt. Védett helyszíneknek számítanak az óvodák, általános és középiskolák, a felsőoktatási intézmények, a kollégiumok, a művelődési házak stb. Az is szigorúbban büntetendő, amikor egy nagykorú személy ad drogot egy 18. évét még be nem töltött fiatalnak. A törvény különbséget tesz alkalmi fogyasztók és kábítószerfüggők között, az utóbbiak általában enyhébb büntetésekre számíthatnak. A büntetőeljárásban igazságügyi orvosszakértői vizsgálat alapján dől el, hogy ki melyik kategóriába tartozik.

A törvény szerint, ha valaki csak kisebb súlyú drogos bűncselekményt követ el, és részt vesz egy legalább hat hónapos folyamatos „drogkezelésen”, akkor nem fogják megbüntetni (ezt nevezik elterelésnek). A büntetőeljárást azonban ezekben az esetekben is megindítják, de amikor a gyanúsított okirattal igazolja a hat hónapos kezelés befejezését, akkor az ügyét meg kell

⁷⁸ A jogi szabályozás főbb tartalmi elemei a Nemzeti Drog Fókuszpont 2016-os ÉVES JELENTÉS (2015-ös adatok) az EMCDDA számára összefoglaló elemzés alapján készült.



szüntetni. Az elterelést kábítószerfüggők esetében drogfüggőséget gyógyító kezelésen, alkalmi droghasználók esetében kábítószer-használatot kezelő egyéb ellátáson, vagy felvilágosító–megelőző szolgáltatáson való részvétellel kell teljesíteni. Elterelésre elsősorban akkor van lehetőség, ha valaki ellen személyes használatra szolgáló csekély mennyiség drog megszerzése vagy tartása miatt indul eljárás.

Kiszabható büntetések (Btk. 176–180. §):

- Csekély mennyiséget megszerz, tart, elállít, termeszt, behoz, kivisz, átvisz: 2 évig terjedő szabadságvesztés (de elterelhet).
- Csekély mennyiséget kínál, átad: 2 évig terjedő szabadságvesztés.
- Védett intézményben és annak közvetlen környezetében kínál, átad, forgalomba hoz, kereskedik: 5–10 évig terjedő szabadságvesztés (csekély mennyiség esetén: 5 évig terjedő).
- Jelentős mennyiséget elállít, termeszt, megszerz, tart, országba behoz, innen kivisz vagy országon átvisz: 5–10 évig terjedő szabadságvesztés.
- Jelentős mennyiséget kínál, átad, forgalomba hoz, kereskedik: 5–15 évig vagy életfogytig tartó szabadságvesztés.
- 18. évét betöltött 18 év alattinak átad, kínál, forgalomba hoz, kereskedik: 5-10 évig terjedő szabadságvesztés (csekély mennyiség esetén: 5 évig terjedő szabadságvesztés).

Ha rendőrségi bejelentés, feljelentés vagy segítségkérés során fény derül droghasználatra, akkor büntetőeljárás indul a kábítószerhasználó személy ellen.

A drogfüggő személyek gyógyítása drogambulanciákon, valamint rehabilitációs otthonokban történik. A gyógyításra történő beutalás a szerhasználó személy önkéntes vállalása esetén történik egészségügyi szolgáltatók útján. A védőnő tevékenysége ez esetben a tájékoztatás lehet szóban vagy írásban (szórolapok, kiadványok) a gyógymódok, segítő szakemberek igénybevételének lehetőségeiről.

Amennyiben a védőnő feladatellátása során felmerül a gyanú, vagy tudomására jut, hogy gyermeket vállaló párok, várandós nők, anyák szerhasználat miatt veszélyeztetik önmaguk, gyermekük egészségét, a gyermekvédelmi jelzőrendszer működésének és működtetésének szakmai módszereit alkalmazva kell eljárnia a gyermekvédelmi törvény alapján (1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról).



A 1992. évi LXXIX. törvény a magzati élet védelméről szabályozza, hogy a várandósság időtartama alatt kialakult veszélyeztetettséget is jeleznie kell a védőnőnek a jelzőrendszer tagjai felé. A gyermeket vállaló párok, várandós anyák droghasználat esetén veszélyeztetik a születendő gyermek, magzat egészséges fejlődését, előidézhetik súlyos fogyatékoságok, károsodások kialakulását a magzatban, amelyért felelősségre vonhatók.

A védőnői feladatellátáshoz kapcsolódó tájékoztató dokumentumok, kiadványok, webes hivatkozások:

- Megelőző-felvilágosító szolgáltatás (elterelés) területi ellátási kötelezettsége
<http://nrszh.kormany.hu/download/6/6e/00000/Megel%C5%91z%C5%91-felvil%C3%A1gos%C3%ADt%C3%B3%20ell%C3%A1t%C3%A1s%20ter%C3%BCleti%20k%C3%B6telezetts%C3%A9ge.pdf>
- Nemzeti Drog Fókuszpont: Éves Jelentés a kábítószerhelyzetről
http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/HU_National_Report_2016_HU.pdf
- Jó gyakorlatok, módszerek: „Gyermekvállalás és droghasználat” - Józan Babák Klub (Budapest, 2011.)
<https://www.scribd.com/doc/85093220/Droghasznalo-varandos-n%C5%91k-es-gyermekeik-ellatasa-Rigo-Janos-Jr-Oberth-Jozsef-Sogorka-Ildiko>

III. Fogalmi meghatározások és rövidítések

Drog: Annak eldöntése, hogy mi számít kábítószernek/drognak, többféle értelmezés szerint történhet. Általánosságban elmondható, hogy minden olyan anyag, amely a szervezetbe kerülve az agyra hat, és módosítja annak működését, drog. A Drog Fókuszpont hivatalos definíciója alapján: *„Drog: hazánkban minden legális és illegális, tudatmódosításra alkalmas természetes vagy mesterséges anyag (alkohol, kábítószer, nikotin, koffein).”*

Addiktológiai értelmezés szerint a drog azon anyagok összessége, amelyek a központi idegrendszerre hatva hangulati és gondolkodásbeli változásokat okoznak, és hatásaik potenciálisan károsak a szervezet testi–lelki folyamataira.

Jogi értelmezés szerint megkülönböztetünk legális és illegális szereket. A jogi besorolás függ a kulturális hagyományoktól, illetve a társadalmi elvárásoktól, amelyek változékony képet



mutatnak. A jogi besorolásnál fontos megjegyezni, hogy nem képezi le a szerek ártalmasságát, veszélyességét, vagyis egészségügyi, pszichológiai szempontból lényegtelen, hogy egy adott tudatállapot elérését szolgáló anyag legálisnak vagy illegálisnak minősül-e társadalmunkban. Az alkohol, a dohány, a kávé és egyes gyógyszerek ugyanúgy pszichoaktív szerek, drogok, mint a szintetikus, félszintetikus és természetes anyagok, amelyeket a drog, kábítószer kategóriával jelölünk. A drog és kábítószer szavak a köznyelvben szinonimaként jelennek meg. Tudományos meghatározásuk: pszichoaktív szerek.

Pszichiátriai értelemben azokat a kémiai anyagokat nevezik így, amelyek mesterséges „kémiai megerősítő”-ként hatnak; hasonlóan kellemes érzést okoznak, vagy kellemetleneket szüntetnek meg, mint a „természetes megerősítő”, amilyenek például a művészetek (művelése vagy csak műélvezet), a sport, a szexuális tevékenység vagy a barátság.

Pszichoaktív szereknek⁷⁹ nevezük azokat a természetes vagy mesterséges anyagokat, amelyek az élő szervezetbe kerülve a központi idegrendszerre hatva megváltoztatják annak működését, funkcióját, illetve hiányuk elvonási tünetekkel jár. Hatásmechanizmusuk alapján a pszichoaktív szerek csoportosítása (40. ábra).

- **Depresszánsok**

Ebbe a csoportba a pszichoaktív hatású *gyógyszerek, nyugtatók, altatók, szorongásoldók* tartoznak, illetve a hatás- és kereszttolerancia miatt ide soroljuk az *alkoholt* is. Gyakori az alkohol és a gyógyszerek együttes használata. Hatásmechanizmusuk alapján a központi idegrendszerre kifejtett nyugtató hatás miatt ugyancsak a depresszánsok közé tartoznak az *opiátok* (ópium, morfium, heroin, kodein, metadon) is.

A depresszánsok a szorongásoldáson, a nyugtatóhatáson, esetenként az altatóhatáson túlmenően eufóriát okozó szerek. Csökkentik a szorongást, a testi és lelki fájdalmat, a kényelmetlen, fokozott aktivitást, elmúlik a szégyen és a megalázottság érzése, megszűnik az érzelmi elidegenedettség, oldódik a magány és a bűntudat érzése.

- **Stimulánsok**

A központi idegrendszer stimulánsai közé sorolhatók a *kokain, az amfetaminszármazékok, az ecstasy* (MDMA, mint hallucinogén hatással is bíró vegyületet, így egyes besorolások a

⁷⁹ A definíciók forrása: Mészáros P., Oberth J., Sógorka I.: Drogok hatása a várandóságra (2008)



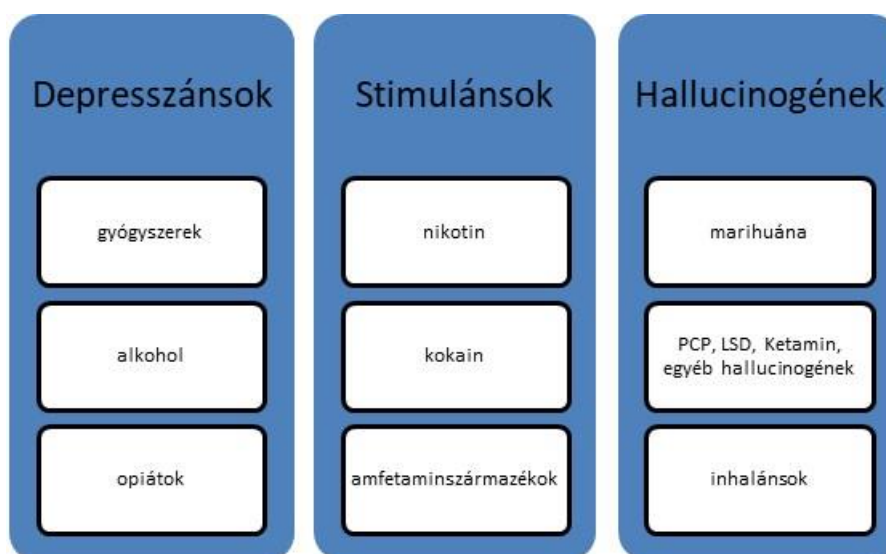
hallucinogének közt említik), és néhány rokon vegyület (MDA, MDEA, MBDB), valamint a *nikotin és a koffein*.

Ezen szerek fokozzák a pszichés aktivitást, növelik az erő és az energetizáltság érzését. A kokain- és amfetaminhasználók gyakran alkalmaznak valamilyen más szert a hatás moderálására, a kellemetlen tünetek (szorongás, paranoiditás) kivédésére, így heroint, alkoholt, marihuánát, depresszáns gyógyszereket.

- **Hallucinogének, pszichedelikus szerek**

A hallucinogén vagy pszichedelikus szerek közé tartozik az *LSD, a meszkalin, a psilocibin, a DMT* (dimetil-triptamin), a *DOM* (dimetoxi-metilfetamin), a *PCP* (phenciklidin), valamint a *szerves oldószerek és a cannabis származékok* (marihuána, hasis, hasis-olaj: ezek hatóanyaga a THC, tetrahydro-cannabinol; a cannabist gyakran külön csoportban említik).

E szerek legfőbb jellegzetessége a megváltozott gondolkodás, érzések, észlelés, melyek a szokásos módon nem tapasztalhatók (kivéve álmokban, vallásos révületben).



40. ábra A pszichoaktív szerek legáltalánosabb csoportosítása⁸⁰

Usus/abusus: A kábítószerekre még jellemző, hogy a fogyasztásuk nem a szokásos, a társadalmi normák által elfogadott használatnak („*usus*”) felel meg, hanem rendellenes szerhasználatról, „*abusus*”-ról van szó.

⁸⁰ Forrás: saját szerkesztés „Mészáros P., Oberth J., Sógorka I. Drogok hatása a várandóságra (2008)” c. kiadványa alapján

Addikció: A drogokhoz való hozzászokás (*addikció*) jelenti az egyik leggyakoribb problémát. Az addikció rendszerint toleranciával, szenzitizációval és dependenciával jár együtt, és gyakorlatilag mindegyik esetben a kémiai anyagból fogyasztott mennyiség a függőségbe került személynél állandóan növekszik, hogy a megfelelő kellemes hatást elérje.

A kémiai addikció jellegzetes ismertetőjelei közé tartozik a kényszeres viselkedés („*push*” és „*pull*” mechanizmus, a kellemes élmények felé való „húzódás” és a kellemetlenektől való „eltávolodás”), a sóvárgás (*craving*) az újabb adag elfogyasztásig, az igen erős, izgatott készlet az adag megszerzéséért és az elfogyasztása utáni átmeneti kielégültség, megnyugvás állapota, valamint igen jellemző a kockázatkereső viselkedés. Az addikció során akár súlyos kockázatokat is vállal az illető a drogélmény megszerzéséért.

A kockázatkereséshez tartozik az az igen jelentős probléma is, hogy a drogfüggőség mellett gyakran jelentkezik az AIDS, a hepatitis és az egyéb intravénás szerhasználattal terjedő fertőző betegségek. Jellemző, hogy a drogok által nyert élmény miatt a drogoknál kereszthelyettesítés lép fel, vagyis egyik megerősítőszer egy másik helyettesítheti, pl. a heroinról való leszoktatás esetén a metadonalkalmazás ezen az elven történik. Jelentős a másodlagos kondicionálás szerepe is, ami azt jelenti, hogy a droggal való kellemes élményt kondicionálják bizonyos külső tényezők, pl. a fecskendő vagy a drogos kanál látványa, egy drogos barát jelenléte, és ezek az élmények akár több éves absztinencia után is visszaeséshez vezethetnek; gyakorlatilag ezt az egyén életéből nem lehet kiiktatni.

A drogprevenció általános meghatározása, célja

A drogprevenció olyan tevékenységet foglal magában, amelynek során az első és legfontosabb cél a szerhasználat kialakulásának megakadályozása – ezt nevezzük *elsődleges prevenciónak*. Ha egy probléma már kialakult, akkor a prevenció célja e probléma súlyosbodásának és további következmények kialakulásának megakadályozása – ez a *másodlagos prevenció*. A *harmadlagos prevenció* a már leszokott droghasználók visszaesésének megakadályozását jelenti.



☞ Az elsődleges prevenció legfontosabb célja, hogy kialakítson a drogfogyasztókban egy olyan egészségszemléletet, amelynek hatására képessé válnak visszautasítani a drogokat.

A másodlagos prevenció a gyógyítást foglalja magában. Ennek célja, hogy a drogfogyasztás korai stádiumában lévő embereket gyorsan, hatékonyan lehessen megóvni, segíteni abban, hogy a lehető legkisebb biológiai, pszichológiai és társadalmi károkat szenvedjék el. Fontos, hogy a használók tisztában legyenek tetteik, szerhasználatuk következményeivel, lehetőségeikkel és egyéb a kábítószerhez kapcsolódó kérdésekkel. Ezzel nem csak önmagukat óvhatják meg, hanem a társadalom többi tagját is.

A harmadlagos prevenció célja a leszokott, vagy szermentes droghasználók visszaesésének megakadályozása, visszaillesztése a társadalomba. A szermentes emberek folyamatos kísérése, támogatása mellett érhető el a legnagyobb eredmény.

Az érintett célcsoport meghatározásához feltétlenül szükséges, hogy tudjuk, ki számít droghasználónak. E tekintetben a Marihuána és Drog Abúzus Elleni Nemzeti Bizottság felosztása használatos, amely a drogfogyasztás ötféle viselkedésmintáját azonosítja:

- A kísérletező személy életében összesen tíznél kevesebb alkalommal használ drogokat.
- A szociális-rekreációs használó megközelítőleg hetente használ drogot, de azt valamilyen társadalmi eseményhez (kikapcsolódás, szórakozás) kötődően teszi.
- A szituációs droghasználó hetente több alkalommal használ drogokat, aki valamilyen feszültséggel járó helyzetet (ismerkedés, szereplés) próbál kezelni szorongásoldás céljából.
- Az intenzifikált használó hosszú időn keresztül naponta használ valamilyen drogot.
- Kényszeres használó naponta többször, folyamatosan, hosszú időn keresztül használ drogot.

A drogfogyasztók beazonosítását követően fontos tudni, hogy mikor, hány évesen kezdenek el drogot fogyasztani az emberek, annak érdekében, hogy minél hatékonyabb preventív beavatkozásokat lehessen tervezni.

A drogfogyasztással leginkább érintett emberek életkora 18–34 év közötti, amely a gyermekvállalás leggyakoribb időszaka.

Fent leírtakból adódóan az érintett célcsoport:

- drogfogyasztó gyermeket vállaló nők, várandós anyák,

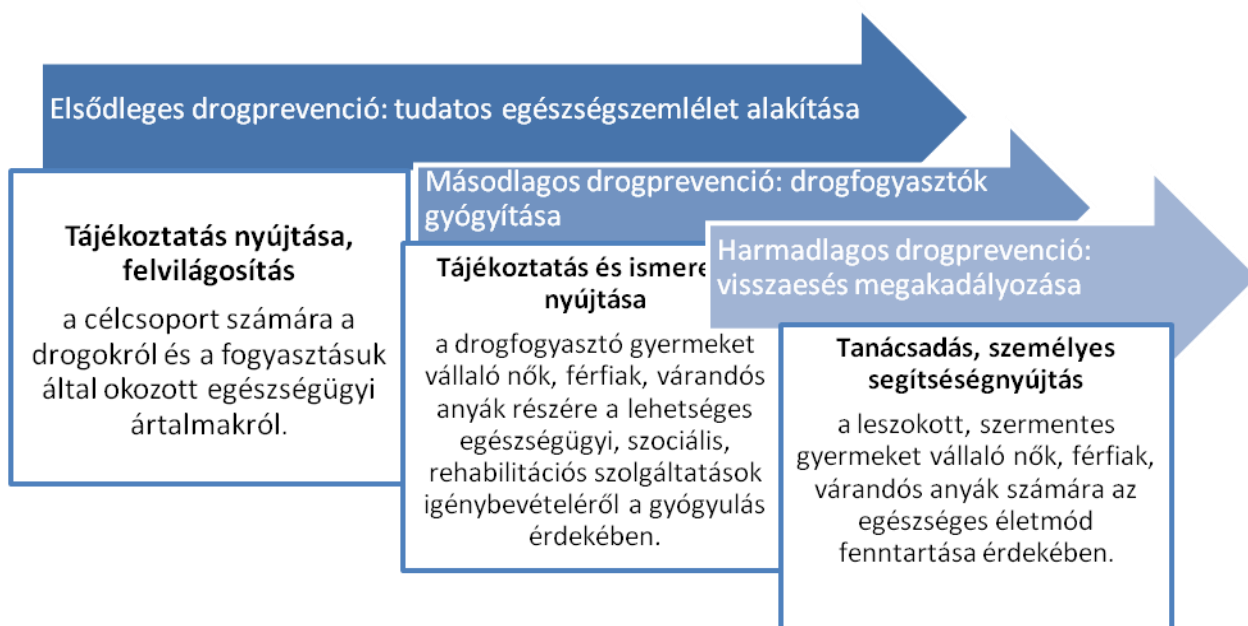


- drogfogyasztó gyermekvállalás előtt álló férfiak,
- 0–6 éves gyermek.

IV. Tevékenység és téma

a. Védőnői feladatok és kompetenciák a drogprevenció témakörében

A drogprevenciós védőnői feladatok meghatározása az általános drogprevenció céljaiból vezethető le (41. ábra).



41. ábra Védőnői drogprevenciós feladatok⁸¹

Az elsődleges drogprevención belül a leghangsúlyosabb védőnői feladat a tudatos egészségszemlélet kialakítása, formálása. Az egészségnevelés ebben az esetben a gyermeket vállaló családok egészségi állapotáról való tájékozódást jelenti, amely során a védőnő képet kap a gyermekvállalás előtt álló párok egészségi állapotáról, illetve figyelemfelhívással él az egészségkárosító életmód, magatartás elkerülésére, illetve következményeire a párok, valamint a születendő gyermekekre vonatkozóan.

⁸¹ Forrás: Saját szerkesztés

Az alapeladatból adódó drogpreevenció védőnői tevékenységek

- Családtervezés, gyermekvállalás során a párok egészségi állapotának felmérése fókuszálva az esetleges szerhasználatra.
- Figyelemfelhívás gyermekvállalás esetén az egészséges életmód betartására, a droghasználat egészségkárosító hatásaira.
- Írásos tájékoztató, ismeretnyújtó dokumentumok átadása a célcsoport számára (fiatalok, gyermekvállalást tervező párok, várandós anyák, nők) a különböző drogokról, a fogyasztásuk által okozott egészségügyi károkról, negatív hatásokról.
- Tájékoztató előadások tartása a drogfogyasztás következményeiről, káros hatásairól – jelzett igény esetén – azonosított célcsoport számára (középkorú fiatalok, gyermekvállalás előtt álló párok stb.).
- Együttműködések kialakítása és működtetése drogpreevencióval foglalkozó egészségügyi, szociális, köznevelési intézményekkel, szervezetekkel, helyi csoportokkal (KEF, civil szervezetek, kortárs csoportok). Az együttműködés keretén belül preventív előadásokon, esetmegbeszéléseken, tájékoztatókon, workshopokon, tréningeken való részvétel.

A másodlagos drogpreevenció a védőnői feladatellátás tekintetében a már szerhasználó nők, férfiak, várandós anyák gyógyításában való közreműködést, a további biológiai, pszichológiai, és társadalmi ártalmaktól való megóvást jelenti.

A droghasználat észlelését, illetve tudomásra jutását követően a megbetegedett ember egészségi állapotának visszanyerése érdekében a védőnő feladata tájékoztatás nyújtása a gyógyulást nyújtó lehetőségekről, szakemberekről, segítőkéről. Maga a gyógyítás orvosi feladat, ezért a gyógyításban közreműködő orvosokkal, szakemberekkel való együttműködés szintén fontos védőnői feladat.

Az alapeladatból adódó drogpreevenció védőnői tevékenységek:

- Szerhasználó nők, férfiak, várandós anyák azonosítása saját beismerés alapján.
- Szerhasználó nők, férfiak, várandós anyák azonosítása tünetek alapján; használat elismertetése.
- Szerhasználók önkéntes vállalása alapján a gyógykezelésbe való bevonódás elősegítése tájékoztató beszélgetések során.



- A társadalmi környezet attitűdformálása a gyógykezelésben részt vett személyek környezetében (legfőképp a család, munkahely).
- Felvilágosítás nyújtása szóban, írásban a gyógyításban közreműködő szakemberek, szervezetek, intézmények igénybevételéről.
- A gyógyító ellátást végző orvos útmutatásainak betartásának támogatása a tanácsadás során.
- Célcsoport egészségi állapotának és környezetének követése.
- Egyeztetés, kölcsönös együttműködés a gyógyításban közreműködőkkel.
- A gyermekvédelmi törvény 17. §-a által meghatározott gyermekvédelmi észlelő- és jelzőrendszer tagjaként a droghasználat miatt kialakult várandós anya, illetve gyermek veszélyeztetettségének jelzése a gyermekjóléti szolgálat felé.
- A védőnői tájékoztatás a droghasználat miatt krízishelyzetbe kerülő várandós anyák, nők azonnali segítségkérés lehetőségeiről (2. sz. melléklet).

A harmadlagos prevenció során a leszokott, szermentes nők, férfiak, várandós anyák visszaesésének támogatása jelenik meg védőnői feladatként a további egészségkárosodások elkerülése érdekében mind az anya, apa, gyermek érdekében. Nagyon fontos a családi élet egyensúlyának megteremtése, újraépítésének támogatása, valamint a családi, közösségi integráció elősegítése a gyógyulást követően.

Az alapfeladatból adódó drogprevenciós védőnői tevékenységek:

- A leszokott, szermentes nők, férfiak, várandós anyák, gyermekek egészségi állapotának és környezetének nyomon követése.
- Támogató tanácsadás egyéni jelzés alapján.
- Konzultációs lehetőségek felajánlása az esetlegesen felmerülő problémák, kérdések megbeszélésére.

b. Védőnői feladatokból adódó drogprevenciós tevékenységek a várandósgondozás során

A védőnőknek a drogprevenció területén a leghangsúlyosabb feladatuk a fiatalok (középiskolások), a gyermeket vállaló párok, a várandós nők, anyák számára felvilágosító tájékoztatás, ismeretek nyújtása a droghasználat káros következményeiről és hatásairól, megelőzés, illetve a már használó személy esetében a gyógyításba való bevonás céljából. Ehhez megfelelő ismeretekkel kell rendelkezniük a pszichoaktív szerekéről. A módszertani útmutató 1.



sz. melléklete tartalmaz egy összefoglalót a napjainkban leghasználatosabb pszichoaktív szerekéről, amely segítséget nyújt a védőnők számára meglévő ismereteik rendszerezésére, bővítésére, ahhoz, hogy használatuk káros következményeiről felvilágosító ismereteket, tájékoztatást tudjanak nyújtani a célcsoport számára.

A célcsoport számára nyújtott ismeretek, tájékoztatás mellett a védőnők a tanácsadások során megfigyelést végeznek, fókuszálva olyan jelekre, tünetekre, amelyek szerhasználatra utalhatnak. Ezért fontos védőnői tevékenység a megfigyelés, az esetleges szerhasználat felismerése a gyermeket vállaló nők, férfiak, várandós nők esetében.

Hogyan vehetjük észre a szerhasználatot?

A védőnő a drogfogyasztásra utaló körülmények vizsgálatát, tünetek megfigyelését a gyermeket vállaló párok, várandós nők, anyák, illetve a családtagokkal való találkozások, kommunikációs helyzetek alkalmával teheti meg.

A kábítószerhasználatra **utaló jelek** gyanút kelthetnek a védőnőkben, amely jelek a leggyakrabban a következők:

- Megváltozik a szerhasználó emberek viselkedése (érdeklődési kör, barátok, szabadidő eltöltése, hangulatok).
- Gyakori mulasztásszegések, hazugságok.
- Pénzgazdálkodási problémák jelentkeznek.
- Súlyosabb konfliktusok alakulnak ki (viták, veszekedések, zsarolások, fenyegetések).
- Gyanút keltő droghasználatra utaló tárgyak azonosítása a környezetben (tabletták, kapszulák, bélyegek, injekciós tű, fecskendő, ampullák, érszorító, cigaretta-füstsűrő, citrom, kockacukor, orvosi vények, napszemüveg stb.).

A közvetlen környezet vizsgálata mellett a **testi változások** vizsgálata is fontos a drogfogyasztásra utaló tünetek tekintetében:

- A bőr elszíneződése, beesett, hamuszürke arc.
- Tűszúrások a testen, véraláfutások.
- Szájszárazság, orrfolyás.
- A szokottnál szűkebb vagy tágabb pupillák.
- Étvágytalanság, erős fogyás.



A drogfogyasztó emberek **pszichés állapota** megváltozik, amelyek leggyakoribb tünetei a következők:

- Depresszió, levertség, közönyösség, kedvetlenség.
- Túlérzékenység, személyiség- vagy tudatzavar.
- Feldobottság, színes álmok, látomások, idegesség, érzékenység, szorongás.
- Ok nélküli örömkitérések.
- Koncentrációképesség zavara, feledékenység.
- Indokolatlan fáradtság, gyors kimerülés.
- Alvászavarok, rémálmok, álmatlanság.
- Koordinációs zavarok, tér- és időérzékelés zavara.
- Túl sok, gyakran összefüggéstelen beszéd.
- Indokolatlan félelem- és pánikézés.

Magatartásbeli változások jelennek meg a pszichés állapotváltozások mellett, amelyek vizsgálata kapcsán a következők utalhatnak drogfogyasztásra:

- Túlzott költekezés, kölcsönkérés.
- Pénz és egyéb értékek eltűnése.
- Bármilyen teljesítmény (pl. munkahely) hirtelen romlása.
- A családon belüli kapcsolatok megromlása.
- Kritikátlan tervek, „szabadságra törekvés”.
- Kiégettség, üresség érzése, zárkózottság.
- A korábbi, megszokott életmód megváltozása.
- Illatszerek túlzott használata.
- Beilleszkedési nehézségek.
- Kimaradozás, iskolakerülés, munkakerülés.
- Új barátok eltitkolása, elmagányosodás.

A droghasználat felmerülő gyanúja és igazolása, illetve a droghasználó kinyilatkoztatása esetén a védőnő alapvető *feladata a gyermeket vállaló párok, várandós nők, anyák felvilágosítása a szerhasználat jogi, biológiai következményeiről, valamint a lehetséges káros hatásairól.*



A felvilágosítás a következő tematika szerint ajánlott:

- Magzati életben az anyától szerzett fogyatékossgot okozó ártalmak a drogmérgezés következtében.
- Szülés közben szerzett fogyatékossgok a koraszülöttség következtében.
- Születés utáni időszak fogyatékossgai.
- Droghasználat hatásai az anya, magzat, megszületett gyermek egészségére.

c. Védőnői feladatokból adódó drogprevenciós tevékenységek a 0–6 éves gyermeket nevelő családok gondozása során

A védőnő drogprevenciós feladatai a várandósgondozást követően a családgondozói, gyermekneveléssel kapcsolatos tevékenységeken belül jelenik meg.

A gyermek születését követő időszakban a védőnői tanácsadás fókuszában a gyermek szakszerű gondozása, nevelése, a család egészséges életmódjának megteremtése, illetve fenntartása áll.

A védőnői tanácsadás során fontos megfigyelni a családban esetlegesen felmerülő életvezetési nehézségeket, körülményeket. A *megfigyelés, tájékozódás* mellett a rizikószűrés-kérdőívek felvétele is segíthet. Ezek során derülhet fény arra, nincs-e olyan egészségkárosító tényező, amely mögött kábítószerhasználat, vagy ebből adódóan egyéb már probléma (pl. pszichés) áll fenn.

A védőnő egyéni feltáró beszélgetés keretében tudja feltárni az észlelt, esetlegesen felmerülő veszélyeztető körülményeket (mint pl. droghasználat), amelyhez célzott, szakszerű kommunikációt kell alkalmaznia.

Probléma észlelése esetén a védőnő saját kompetenciáján belül mérlegel, szükség esetén bevon a folyamatba a családdal kapcsolatban álló külső szakembert, egyéb személyt a helyes döntés meghozatala érdekében (pl. orvos, gondozónő, óvodapedagógus, pedagógus stb.).

A családi körülmények megfigyelésében a szülők személyisége, a gyermekkel összefüggő rizikófaktorok jelenlétének vizsgálata fokozott figyelmet igényel.



Rizikótényező/probléma észlelése esetén a védőnő vizsgálati szempontjai:

- az adott helyzet jelent-e közvetlen veszélyt a gyermekre, családra, szükséges-e azonnali beavatkozás életük, testi épségük megóvása érdekében;
- fennáll-e a gyermek családban neveléséhez szükséges alapvető szükségletek biztosításának hiánya.

A védőnői megfigyelést, vizsgálatot követően be kell azonosítani, hogy a felmerülő probléma igényel-e beavatkozást. A beavatkozást igénylő helyzeteket protokoll⁸² szabályozza.

Az azonosítást követően, amennyiben nem áll fenn veszélyeztetettség körülménye, a védőnő saját kompetenciakörében eldöntheti, hogy ő maga tud-e segíteni a probléma megoldásában. Amennyiben igen, a szükségletnek megfelelően *fokozott gondozás* (edukáció, családlátogatás, tanácsadás) keretében, saját eszköztárának felhasználásával (ismeret, képesség, készség), megkezdheti a probléma kezelését.

A védőnő a fokozott gondozás mellett *felvilágosítást, tájékoztatást nyújt* a vélt vagy valós szerhasználók számára (gyermeket vállaló párok, várandós nők, anyák, apák) egy esetleges krízishelyzet kialakulása során az *azonnali segítségkérés lehetőségeiről* (segélyhívó számok, krízistelefonszámok, ld. 2. számú. melléklet)

Amennyiben droghasználat miatt a veszélyeztetettség gyanúja fennáll, a védőnőnek *jelzési kötelezettsége* van a család- és gyermekjóléti szolgálat felé.

A 0–6 éves gyermeket nevelő családokra vonatkozó drogprevenciós védőnői tevékenységek

1. A nem kielégítő fejlődést előidéző folyamatok felismerése, problémák, életvezetési nehézségek, a gyermekkel összefüggő rizikótényezők korai felismerése, megfigyelése tájékozódás, tanácsadás útján.
2. Célzott, szakszerű kommunikációval egyéni feltáró beszélgetés folytatása a családtagokkal.
3. MÉRLEGLÉS/VIZSGÁLÓDÁS – szükség esetén egyéb szakemberek bevonása.
4. Beavatkozás kezdeményezése:
 - 4.1. Veszélyeztetettség esetén jelzés a család- és gyermekjóléti szolgálat felé.
 - 4.2. Védőnői hatáskörben fokozott védőnői támogatás nyújtása.
5. Együttműködések (gyermekorvos, háziorvos, szakemberek, család- és gyermekjóléti szolgálat, gyámhatóság) kialakítása.



V. Alkalmazható módszerek és eszközök

a. Védőnői munka során alkalmazható drogrevenációs tevékenységek ajánlott jó gyakorlatai, módszerei a várandósgondozásban és a 0–6 éves gyermeket nevelő családok gondozásában

A várandósgondozásban alkalmazható, ajánlott eljárások, módszerek azonosítása a Józan Babák Klub szakmai, módszertani ajánlása alapján készült.⁸³

Kommunikáció kialakítása, kapcsolatépítő beszélgetések

A kábítószer–használat felismerése szempontjából a leglényegesebb *kommunikációs módszer a kapcsolatépítő beszélgetés*. A beszélgetés során van alkalma a védőnőnek arra, hogy információkat szerezzen a várandós anyák, nők életéről, esetleges felmerülő problémákról, előtérbe helyezve – droghasználat gyanúja esetén – a szerhasználatra utaló tünetek, jelek vizsgálatát, megfigyelését. Sok jel utal arra egy beszélgetés során, hogy egy ember használ valamilyen pszichoaktív szert, amelyet rendszeres, tartalmas kommunikáció során fel lehet tárni.

Együttműködések kialakítása

A pszichoaktív szerhasználó várandós anyák, nők bevonása a várandósgondozásba.

Az együttműködés szempontjából figyelembe kell venni, hogy a pszichoaktív szerhasználó várandós nők több okból másoktól eltérően kapcsolódhatnak be a várandósgondozás folyamatába. Elérésük, bevonásuk nehezebb, ezért célszerű a következő szervezetekkel együttműködések kialakítása:

- nevelési tanácsadók,
- családsegítő és gyermekjóléti központok,
- ifjúsági szervezetek,
- addiktológiai szervezetek,

⁸³Józan Babák Klub javaslata a várandósgondozásról szóló 26/2014. (IV. 8.) EMMI rendelethez kapcsolódó addiktológiai szakmai irányelvre, Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség-és Szervezetfejlesztési Intézet (GyEMSzI) részére



- drogambulanciák,
- rehabilitációs otthonok,
- egyéb egészségügyi, szociális, gyermekvédelmi szervezetek,
- helyi Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok és prevenciót végző civil szervezetek.

Kérdőíves felmérés

A várandósgondozás folyamatában a védőnők egy kérdőív felvételével információkat szerezhetnek arról, hogy a gyermeket vállaló párok, várandós nők, anyák használtak vagy használnak-e pszichoaktív szereket. Ajánlott a standard kérdőívek⁸⁴ alkalmazása vagy saját kérdőív összeállítása a következő kérdéskörökkel:

- a használt pszichoaktív szer(ek) megnevezése,
- az aktuális használat gyakorisága,
- az aktuálisan használt mennyiség meghatározása,
- az esetleges korábbi addiktológiai ellátások felsorolása, az ismert kezelő intézmény(ek) megnevezése.

A kérdőív feldolgozását követően alakítható ki a kezelési stratégia, amely azonosítja az addiktológiai kockázatokat és az ellátási, beavatkozási szükségleteket:

- „alacsony kockázatú” eset: a várandósgondozás rendszerében elégséges tájékoztatni *„a várandóst a várandósság alatt követendő egészséges életmódról, különös tekintettel a dohányzás, az alkohol- és kábítószer-fogyasztás várandósságra gyakorolt káros következményeiről,”*
- „magas kockázatú” eset: tájékoztatni szükséges a szülész-nőgyógyászt, valamint addiktológus szakorvos bevonása szükséges.

⁸⁴SUR-P = Substance Use Risk Profile – Pregnancy; alkohol és szerhasználati szokások kockázata, 3 ítemes papír-ceuza módszer, alkalmazása a prenatális kezelésben javasolt. (Yonkers, K. A., Gotman, N., Kershaw, T., Forray, A., Howell, H. B., & Rounsaville, B. J. (2010). Screening for prenatal substance use: development of the Substance Use Risk Profile-Pregnancy scale. *Obstet Gynecol*, 116(4), 827–833.)



Esetkezelés/esetmenedzselés

Pszichoaktív szerhasználó várandós nők ellátásában a védőnők esetkezelést alkalmazhatnak. Az esetkezelés során a védőnők kiemelt tevékenységei: azonosítják a szerhasználó várandós nők segítőt, a segítők szerepeit, kompetenciáit, a szükséges tevékenységeket, az intézmények közötti eligazodását, összehangolják és koordinálják a teljes gondozási folyamatot.

Az esetmenedzser lehet a várandósgondozás valamely szereplője, addiktológiai szolgáltató (vagy más egészségügyi, szociális, gyermekvédelmi stb. szervezet) munkatársa. Az esetmenedzser kiválasztásában minden esetben el kell fogadni a várandós nő döntését, mivel az esetmenedzselés akkor lehet hatékony, ha a várandós nő és az esetmenedzser között önkéntes és bizalmi viszony áll fenn.

Tájékoztatás

A védőnő tájékoztatja a gyermekvállalást tervező párokat, a várandós nőket, anyákat a pszichoaktív szerhasználat következményeiről és káros hatásairól preventív jelleggel.

A szerhasználó várandós anyák, nők esetében a tájékoztatás a pszichoaktív szerek fogyasztásáról történő leszokást támogató programok, lehetőségek ismertetését is jelenti: elérhető, folyamatosan frissülő helyi intézményi, szolgáltatási jegyzékek, amelyek tartalmazzák az addiktológiai szolgáltatások, rehabilitációs szerhasználatot helyettesítő, illetve absztinenciaorientált programokat, valamint az ezeket segítő, kiegészítő szociális szolgáltatások profiljait.

A védőnői tájékoztatás ki kell, hogy terjedjen a droghasználat miatt krízishelyzetbe kerülő várandós anyák, nők azonnali segítségkérés lehetőségeinek informálásáról (2. sz. melléklet).

Önsegítő csoportok ajánlása

A védőnő figyelemfelhívással élhet a droghasználó személy irányában a közvetlen környezetében található szakemberek által vezetett önsegítő csoportok támogató tevékenységeire. Az önsegítő csoportfoglalkozások során az érzelmi biztonság megteremtése a cél, ahol a hangsúly a droghasználó személy döntéshozás, érdekérvényesítő, aszertív képességfejlesztésén van.



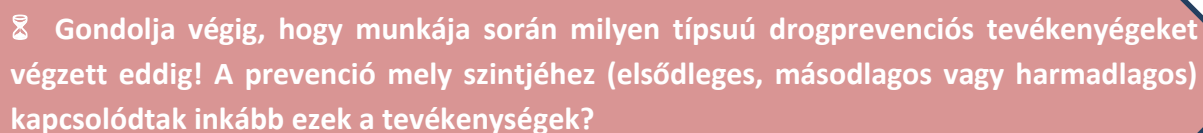
Egyre gyakoribb az online önszolgáltató csoportok működtetése, amelyeket leginkább a szenvedélybetegségekkel foglalkozó szervezetek működtetnek. Az online felületek ajánlása a szervezetek ismeretében történhet, amelyet a 2. sz. melléklet tartalmaz.

Mentorálás/személyes támogatás

A gyógyító kezelés során a szerhasználatot elhagyó gyermekvállalás előtt álló párok, várandós nők, anyák segítő támogatása egy kompetens személy által, akinek fő feladata a visszaesés megelőzése. Kompetens személy lehet egy volt „drogos”, egy érzelmileg közel álló személy, akár a védőnő, vagy egyéb más szakember, akit a gyermekvállalás előtt álló párok, várandós nő, anya elfogad, és folyamatos kapcsolatot tart vele. A védőnő a drogmentes leszokott személyt személyes tanácsadással, valamint a közvetlen környezetében található személyek érzékenyítésével tudja támogatni.

Esetmegbeszélő csoport működtetése

Igény esetén esetmegbeszélő csoportfoglalkozás szervezése vagy ajánlása külső szakember bevonásával. Az esetmegbeszélések témája azok a sikertörténetek, amelyek pozitív mintaként szolgálnak a gyermekvállalást előtt álló párok, szerhasználó várandós anyák, nők, férfiak körében, amelyek mentén saját problémáik, elképzeléseik, terveik feldolgozásra kerülnek.

 **⌘ Gondolja végig, hogy munkája során milyen típusú drogprevenciós tevékenységeket végzett eddig! A prevenció mely szintjéhez (elsődleges, másodlagos vagy harmadlagos) kapcsolódtak inkább ezek a tevékenységek?**

VI. Felhasznált irodalom

- A drog hatása a gyermekek fejlődésre. Kis Bocs Baba – Mama Közhasznú Egyesület
- Dr. Kovács Attila: A kábítószeres és az alkohol magzatkárosító hatásai
- Mészáros P., Oberth J., Sógorka I. (2008): Drogok hatása a várandóságra. Józan Babák Klub, Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium (Kábítószeres, ennek veszélyei és a megelőzés)
- Nemzeti Drog Fókuszpont (2016): 2016. évi jelentés az EMCDDA számára
- Pszichoaktív szerhasználó várandós nők ellátásának speciális eljárásai a várandósággondozásban. Józan Babák Klub
- Yonkers, K. A., Gotman, N., Kershaw, T., Forray, A., Howell, H. B., & Rounsaville, B. J. (2010): Screening for prenatal substance use: development of the Substance Use Risk Profile-Pregnancy scale. *Obstet Gynecol*, 116(4), 827–833.



VII. Melléklet

1.számú melléklet

Összefoglaló a jelenleg használatos drogokról (forrás: saját szerkesztés)

DEPRESSZÁNSOK					
GYÓGYSZEREK		Általános jellemzők	Leggyakrabban használt gyógyszerek	Használatuk és káros következményeik	Szerhasználat tüneteinek felismerése
	Barbiturátok	régebben használt altató vagy nyugtató hatású készítmények	Etoval, Dorlotyn, Novopan, Hypnoval, Seval	<p><u>A várandósság ideje alatt:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - a fejlődési rendellenességek száma megemelkedik (nyúlajak–farkastorok), - csökken a születési súly, - az agy hiányosan fejlődhet, - megvonási tünetek jelentkezhetnek az újszülöttnél (ingerlékenység, étkezésnél és válaszreakcióknál jelentkező lassúság, tompaság), - szegényes szopás, - gyenge sírás, - csökkent izomtónus. <p><u>Szoptatás alatt:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - alacsony, orvosi felügyelet melletti gyógyszeradagolás, amely kisebb koncentrációt eredményez az anyatejben. 	<p><u>Újszülött tünetei:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ingerlékenység, - súlyos fokú remegés, - erős sírás, - hasmenés, - nyugtalanság, nyugtalan alvás, - hányás, - légzési nehézségek. <p><u>Újszülött folyamatos figyelemmel kísérése:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - étkezés, - súlygyarapodás, - kedélyállapot.
	Benzodiazepinek	altató és szorongásgátló készítmények	<p><u>altatók:</u></p> <p>Eunochtín, Rohypnol, Signopam, Dormicum</p> <p><u>szorongás-gátlók:</u></p> <p>Elenium, Libium, Seduxen, Rudotel, Xanax, Rivotril</p>		
	Nem benzodiazepin típusú benzodiazepinrecept or-agonisták	új, jó hatású altatók	Imovane, Stilnox		



DEPRESSZÁNSOK		
	A használat és káros következményei	Szerhasználat tüneteinek felismerése
ALKOHOL	<p><u>Alkoholhasználat a várandósság ideje alatt:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - az alkoholhasználat szoros összefüggést mutat a teratogenezissel: szervek, gerinc- és/vagy végtagok fejlődési rendellenességeivel, - gátolhatja a magzati növekedést, fejlődést, - ritkán kis mennyiségű alkoholt fogyasztók esetében nem valószínűsíthető magzati károsodás, - rendszeres kismennyiségű alkoholfogyasztás magzati károsodást, növekedési visszamaradást eredményezhet. <p><u>Alkoholhasználat a szoptatás ideje alatt:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Az alkohol akadálytalanul átjut az anyatejbe, és közvetlenül befolyásolja az anyatej-elválasztást: nehezebben indul meg a szoptatás. - Alkalmanként 1 pohár bor fogyasztása nem káros a gyermekre, ha az ital fogyasztása és a szoptatási idő között 4-5 óra telik el. <p><u>Alkoholhasználatnak kitett csecsemők:</u> magzati alkoholhatás (FAE) és súlyosabb kórképe a magzati alkoholszindróma (FAS) az anyai alkoholfogyasztás következtében létrejövő rendellenességek összefoglaló neve.</p>	<p><u>Magzati alkoholszindróma tünetei:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - növekedési elmaradás testhosszban, testsúlyban és fejkörfogatban, - arcrendellenességek: rövid szemrés, belső szemzugot fedő bőrrredő, vékony felső ajak, gótikus szájpad, gyengén fejlett arccsont, mélyen ülő fülek, - homlok és szemöldöktáji erős szőrnövekedés, - szívhibák, - kisízületi és végtag-rendellenességek, - lassú fejlődés és szellemi elmaradás. <p><u>Megvonási szindróma tünetei újszülöttnél (akár 18 hónapos korig):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - sírás, - ingerlékenység, - gyenge szopás, - remegés, - alvászegénység, - fokozott izzadás, - emelkedett légzésszám.

DEPRESSZÁNSOK		
Leggyakrabban használt szerek	Használatuk és káros következményeik	Szerhasználat tüneteinek felismerése
OPIÁTOK ópium, morfium, heroin, kodein, metadon	<p><u>Opiáthasználat a várandósság ideje alatt:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Az opiátfüggő nők nehezen ismerik fel a várandósságukat, mivel elvonási tünetként értékelhetik a várandósság korai jeleit (fáradtság, hányinger, fejfájás, görcsök). Ennek következménye, hogy megemelik drogadagjukat, amely a magzat számára jelentős veszélyt jelent (halálos mérgezés). - Az opiáthasználat intravénás alkalmazása egyéb szövődményeket okozhat. <p><u>Opiátfogyasztás következményei:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Emelkedik a méhen belüli magzati elhalás rizikója. - Emelkedik a méhen belüli fejlődési retardáció rizikója. - Emelkedik az egyéb nőgyógyászati komplikációk rizikója. - Kialakul a magzat fizikai függősége. - Az opiátmegvonás, méregtelenítés vetéléshez, koraszüléshez vezethet. <p><u>Opiáthasználat a szoptatás ideje alatt: a</u> gyermeknél hányást, étvágytalanságot, remegést okozhat.</p>	<p><u>Megvonási szindróma tünetei újszülöttnél:</u> a tünetek a gyermeknél 2–7. nap között jelentkeznek, de akár 3 hét is eltelhet a tünetek megjelenéséig:</p> <ul style="list-style-type: none"> - láz, - remegés, - tüszentés, - ingerlékenység, - hasmenés, - folytonos sírás, - rohamok, - görcsállapot.



STIMULÁNSOK				
		Általános jellemzők	Használatuk és káros következményeik	Szerhasználat tüneteinek felismerése
STIMULÁNSOK	NIKOTIN	<p>A várandós nők körében leggyakoribb pszichoaktív szer az alkohol mellett. A dohányfüst összetevői közül a nikotin, a cyanid és a szén-monoxid jelenti a legnagyobb veszélyt a magzati fejlődésre.</p> <p>A passzív dohányzás is veszélyes a várandós nőre.</p> <p>A harmadlagos dohányfüst-expozíció (tárgyakon, bútorokon, ruhákon lerakódott káros méreganyagok) is káros hatással van a csecsemő egészségére.</p>	<p><u>A várandósság ideje alatti dohányzás:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - összefüggés mutatkozik a csecsemőkori hirtelen halál és a dohányzás között, - növekszik a méhen belüli elhalás valószínűsége a várandósság utolsó szakaszában, - növekszik a spontán abortusz rizikója, - nő a korai burokrepedés és a koraszülés veszélye, - a szülés körüli halálozás egytizedének oka a dohányzás, - alacsony születési súly, - kisebb fejkörfogat, - fejlődési rendellenességek alakulhatnak ki (pl. ajakelváltozás). <p><u>Szoptatás alatt:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - a dohányzó nőknek kb. 30%-kal kevesebb tejük van, - az anyatej kellemetlen ízű. <p><u>Dohányzásnak kitett csecsemők:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - gyakoribb légzőszervi megbetegedések, - gátlólag hathat a gyermek fizikai és szellemi fejlődésére (olvasási - és beszédképesség), - fiúknál gyakori rizikófaktor a magatartási zavar kialakulása. 	<p><u>Megvonási szindróma tünete az újszülöttnél:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - remegés, - izomfeszülés változása.



STIMULÁNSOK			
	Általános jellemzők	Használatuk és káros következményeik	Szerhasználat tüneteinek felismerése
STIMULÁNSOK KOKAIN	A legismertebb megerősítő szer: fokozza a pszichés aktivitást, megszabadítja a használót a depressziótól, kiábrándultságtól, szomorúságtól, az elveszettség érzésétől. Növekszik az önértékelés, a kommunikáció, a kreativitás, erőteljes fantáziálás jellemző.	<p><u>Használat várandósság ideje alatt:</u> A kokain akadály nélkül áthatol a placentán és bekerül a magzat szöveteibe, ahol norkokainná, mérgező vegyületté alakul, amely napokig a magzatvízben és a magzat fejlődő szervezetében maradhat. Szűkíti a placenta ereit, így a szövetek oxigénellátottsága gyengül, ennek következtében a magzat lassabban fejlődik, a fejlődésben különböző rendellenességek alakulhatnak ki. E mellett előfordulhatnak idegrendszeri tünetek is: görcs, szélütés, agyérrendszeri összeomlás, idegrendszeri vérzéses szövődmény.</p> <p>A várandósság korai hónapjaiban a kokainhasználat növelheti a vetélés kockázatát, koraszülést indíthat el, illetve a magzat elégtelen fejlődését eredményezheti.</p> <p>Gyakori a gyermek megszületése után az első széklettel ürülő sötétzöld-fekete színű béltartalom (meconiumürítés), a lepényleválás, valamint az anyánál a szülés alatti fájásgyengeség.</p> <p>Előfordulhat halvaszületés.</p> <p><u>A szoptatás ideje alatt a kokaint használó anyák csecsemőinél:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - hasmenés, hányás, - görcsös állapotok figyelhetők meg. 	<p>Újszülött korban súlyos egészségügyi problémákkal küzdenek:</p> <ul style="list-style-type: none"> - maradandó károsodások, mentális fejlődési rendellenességek, - enyhe viselkedési zavarok, - idegesség, ingerlékenység, - gyengéd érintésre vagy hangra rosszul reagálnak, megriadnak, - sírnak, nehezen vigasztalhatók, - elutasítók, - gyakori a hirtelen csecsemőhalál, - enyhe tanulási és viselkedésbeli problémák jelentkezhetnek: később kezdődő beszéd, figyelemzavar. <p><u>Megvonási szindróma tünetei:</u> a babák idegrendszeri mérgezés tüneteit mutathatják:</p> <ul style="list-style-type: none"> - átmeneti ingerlékenység, - remegés, melyet csökkent aktivitás, letargia követ, de ez még nem bizonyított kutatások által egyértelműen.



STIMULÁNSOK			
	Általános jellemzők	Használatuk és káros következményeik	Szerhasználat tüneteinek felismerése
STIMULÁNSOK ECSTASY, METAMFETAMIN ÉS EGYÉB AMFETAMINOK	<p>Extasy, metamfetamin (ice) és egyéb amfetaminszárma azékok a központi idegrendszerre hatva erős stimuláló, élénkítő hatással vannak, eufóriát okoznak.</p> <p>Korszerűbb gyógyszerszárma zékok: Adipex és a Regenon tabletták.</p>	<p><u>Használatuk a várandósság alatt:</u> Preeklampsziát, spontán vetélést, korai méhlepény-leválást okozhat. Előidézhet a szerhasználat magzati károsodást: agyi infarktust, alacsony születési súlyt, kisebb fejméretet. Megnöveli a koraszüléssel és a méhlepénnyel kapcsolatos komplikációkat. Előfordulhatnak koponyán belüli vérzések, infarktusok, lágyulások. A szerhasználat következményeinek kezelésére nincs speciális eljárás. Alacsony dózisban magzatkárosító hatásuk nem ismert. A szerhasználó anyák tekintetében a veleszületett szívrendellenességek, valamint kizárólag lány csecsemőknél a dongaláb csontfejlődési rendellenesség előfordulásának lehetséges növekedése azonosítható.</p> <p><u>Ecstasy, metamfetamin és egyéb amfetaminok használatának kitett csecsemőknél</u> megfigyelhető születési rendellenességek (szívrendellenesség, nyúlajak, szájpádlás-deformitás), de kutatásokkal még nem támasztották alá, hogy ezek a rendellenességek a droghasználat következményei.</p> <p><u>Használatuk szoptatás ideje alatt:</u> Az anyatejbe kerülve a csecsemőnél izgatottsághoz, alvászavarhoz vezetnek.</p>	<p><u>Megvonási szindróma tünetei:</u> A születésük előtt amfetaminhasználatnak kitett babáknál a születést követően megvonáshoz hasonló tüneteket, remegést, álmoságot, légzési problémákat figyeltek meg, a hosszútávú hatások azonban egyelőre nem ismertek.</p>



HALLUCINOGÉNEK				
		Általános jellemzők	Használatuk és káros következményeik	Szerhasználat tüneteinek felismerése
HALLUCINOGÉNEK	MARIHUÁNA	<p>A marihuána az indiai kender nőivarú növényeinek csúcshajtása. A hasis a növény gyantájából készül. Cigarettdában, pipában elszívva használják, ritkábban süteménybe, vagy egyéb ételbe sütve megeszik. Hatására megváltozik az érzékelés, megszűnik a tér- és időérzet, eufória és nevetési kényszer léphet fel, csökken az agresszió, hallucinációk fordulnak elő.</p>	<p>A gyermeket vállaló pároknál a termékenységet csökkenti a szerhasználat, nehezebb a teherbeesés.</p> <p><u>A várandósság ideje alatti használat:</u> Egyértelmű bizonyíték nincs a szerhasználat következményeire. Általában jelentkező következmények:</p> <ul style="list-style-type: none"> - lassú magzati növekedés, - növekedhet a koraszülés kockázata, - alacsony születési súly. <p>Marihuána-használatnak kitett gyermekeknél tanulási és koncentrációs zavarok valószínűsíthetők.</p> <p><u>Szoptatás ideje alatti szerhasználat:</u> A használók 1 éves csecsemőinél csökkent motorikus mozgásokat figyeltek meg. A marihuána szívás – csakúgy, mint a dohányzás – a füst miatt és az abban található káros anyagok miatt is káros a babára.</p>	<p><u>Megvonási szindróma tünetei az újszülöttnél:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - finom remegés, - kifejezett Moro-reflex, - ingerlékenység, - túlzott mértékű sírás.



<p style="text-align: center;">PCP, LSD, KETAMIN ÉS EGYÉB HALLUCINOGÉNEK</p>	<p>A hallucinogén szereket szájon át használják és a gyomorban szívódnak fel. A központi idegrendszerre hatva módosítják a tudatállapotot. Használójuk látási, hallási, érzésváltozások, hallucinációkat él át, a valóságot torzultan érzékeli. A szer hatása alatt izgalmas, fantasztikus élmények, szorongásteli, félelmetes érzések tapasztalhatók.</p>	<p><u>Használata várandósság ideje alatt:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - születési rendellenességek, - végtag- és szemészeti rendellenességek, - tanulási és viselkedésváltozások, - növekszik a vetélés kockázata. <p>Ezek a következmények jelentkezhetnek, de ezek egyértelműen nem bizonyítottak.</p> <p><u>Szoptatás idején:</u></p> <p>Az anyatejbe kerülve súlyos egészségügyi problémákat idézhetnek elő.</p>	<p><u>Megvonási szindróma tünetei:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - magas vérnyomás, - letargia váltakozása remegéssel, - táplálkozási problémák (rossz étvágy, rendellenes táplálkozási ritmus).
<p style="text-align: center;">INHALÁNSOK</p>	<p>Festékek, ragasztószerek, higítók, lakkok, csavarlazító, spray – szereket inhalálják, gőzüket belélegzik. Néhány perctől egy óráig tart a hatás. Különböző mértékű tudatzavar állhat be, eufóriás hatással, változó észleléssel, hallucinációkkal. Ezt az aluszékonyság, bódultság követi. Amnézia is előfordulhat.</p>	<p>Inhalánsok használatát követően szív- és légzőrendszeri zavarok, májműködési zavarok, veseelégtelenség, és vérképzőszervek zavara jön létre, valamint súlyos agykárosodás gondolkodászavarral, mozgáskoordinációs zavarokkal, elbutulással.</p> <p><u>Az inhalánsok várandósság alatti használata:</u></p> <p>vetéléshez, elégtelen magzati növekedéshez, koraszüléshez, légzési nehézségekhez, születési rendellenességek kialakulásához vezethet, megnövekszik a fertőzések kockázata. Fejlődési rendellenességek kockázata fennáll.</p>	<p><u>A megvonási szindróma tünetei az újszülöttnél:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - sírás, ingerlékenység, - gyenge szopás, - remegés, - alvászegénység, - fokozott izzadás, - emelkedett légzésszám, <p>Későbbi életszakaszban tanulási és beszédproblémák.</p>

A pszichoaktív szerek ismertetése és hatása a várandósságra összefoglaló táblázatok a Józan Babák Klub szakmai-módszertani anyaga⁸⁵ alapján készült.

⁸⁵ Mészáros Piroška, Oberth József, Sógorka Ildikó. Zsebkönyv - várandósság, szülés, szoptatás és droghasználat kapcsolatáról. Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány - Józan Babák Klub. 2008. Támogatta: Szociális és Munkaügyi Minisztérium.



2. számú melléklet

Ingyenesen hívható országos drogvonal telefonszámok⁸⁶

- Budapest Drog Stop Tel.: (80) 505-678
- “Drogfree” (1) 2151-397 (S.O.S. Telefonszolgáltatás 12-24 óráig)
- Kék Vonal 06 80 505 000 Gyermekek és Ifjúsági Telefonszolgálat Ingyenesen hívható minden nap 13-21 óráig
- Sziget Droginformációs Alapítvány Tel.: (1) 3225-572 (nem ingyenes vonal)
- Szakember-szakember vonal - gyermekekkel foglalkozó szakemberek számára. Minden kedden, csütörtökön és pénteken 10-14 óráig hívható a (06-1) 302-0944, illetve elérhető a köv. email címen is: szakemberek@kek-vonal.hu
- Debrecen Drogambulancia Tel.: (80) 505-088
- Miskolc Drogambulancia Tel.: (46) 431-310
- Pécs Drog Krízis Telefon Tel.: (80) 200-430
- Pécs Drogambulancia Tel.: (80) 332-600 ingyenes a megye területén
- Székesfehérvár Addiktológiai Gondozó Fejér megyei Szent György Kórház Tel.: (22) 340-062 / alkohol- és drogvonalas telefonos tanácsadás
- Ajka SOS Telefon Tel.: (88) 312-817
- Békéscsaba Tini Telefon Tel.: (66) 447-750
- Budapest Fehérkereszt Tel.: (80) 505-006
- Budapest Kék Vonal, Budapest Tel.: (80) 505-000
- Debrecen Rejtőzködő Ifjúsági Lelkisegély Tel.: (80) 505-013

⁸⁶ Forrás: <https://sites.google.com/site/szipusok/linkek/ingyenesen-hivhato-drogvonalak-orszagszerte> (letöltés: 2018.05.16.)



- Érd Ifjúsági Lelkisegély Tel.: (80) 505-007
- Kaposvár SOS Telefon Tel.: (80) 505-011
- Miskolc Esély Lelkisegély Csanyik Tel.: (80) 505-012
- Miskolc Miskolci Krízisügyelet Gyermekek-ifjúsági Vonal Tel.: (80) 505-003
- Ózd Lelkisegély-szolgálat Tini Vonala Tel.: (80) 505-004
- Pápa Ifjúsági Telefon Tel.: (89) 324-713
- Pécs Drog Krízis Telefon Tel.: (80) 200-430
- Sárospatak Ifjúsági Lelkisegély Tel.: (80) 505-008
- Sopron Diákrót Tel.: (80) 505-002
- Szeged Tini Telefon Tel.: (62) 311-000
- Székesfehérvár FAL Ifjúsági Telefon Tel.: (80) 505-005
- Tiszaújváros Segítség Egy Jobb Életért Tel.: (80) 505-009
- Veszprém Ifjúsági Telefon Tel.: (88) 407-426
- Győr M-M Vonal Tel.: (80) 505-001

Éjjel-nappal folyamatosan működő lelki elsősegély telefonszolgálatok:

- SOS országos lelki segély szolgálat 116-123
- BUDAPEST ÉLET Lelki Elsősegély Telefonszolgálat 80-505-525
- BÉKÉSCSABA SOS Telefonos Lelkisegély Szolgálat 66-441-300
- DEBRECEN „SEGÍTŐKÉZ” Lelkisegély Telefonszolgálat 80-505-510
- GYŐR SOS Telefonos Lelkisegély Szolgálat 80-505-507



- MISKOLC Lelkisegély Telefonszolgálat 80-505-515
- SZEGED SOS Telefonos Lelkisegély Szolgálat 62-420-111
- SZOLNOK „BIZALOM” Lelkisegély Szolgálat 80-505-501
- Napi 12 órás vagy annál rövidebb ideig működő szolgálatok
- Ajka S.O.S. Telefon Szolgálat 88-312-817
- Balassagyarmat Lelkisegély Telefonszolgálat 80-505-502
- Budapest Caritas Lelkisegély Szolgálat 80-505-503
- Református Telefon Lelkigondozás 1-201-0011
- Dunaújváros ÉLET-Esély Telefonszolgálat 25-411-111
- HEVES megyei Lelki Elsősegély (Hatvan-Eger-Gyöngyös) 80-505-506
- Hódmezővásárhely Lelkisegély Szolgálat 62-249-529
- Kaposvár SOS Élet Telefonszolgálat 80-505-509
- Kecskemét Lelki Elsősegély Telefonszolgálat 80-505-511
- Makó Lelkisegély Szolgálat 62-212-515
- Miskolc “Esély” Lelkisegély Telefonszolgálat 80-505-512
- Mosonmagyaróvár Telefonos Lelkisegély Szolgálat 80-505-513
- Ózd Lelki Segély Szolgálat 80-505-014
- Pápa SOS Telefonos Lelkisegély Szolgálat 89-324-713
- Salgótarján S.I.T.I. Lelkisegély Telefonszolgálat 32-311-600
- Sopron Lelki Elsősegély Telefonszolgálat 80-505-516
- Székesfehérvár Telefonos Lelkisegély Szolgálat 80-505-517



- Szekszárd SOS Telefonos Lelkisegély Szolgálat 80-505-518
- Szombathely Lelki Segély Telefonszolgálat 80-505-519
- Veszprém „KAPCSOLAT” Telefonos Lelkisegély Szolgálat 88-422-205



A SZEXUÁLIS ÚTON TERJEDŐ BETEGSÉGEK MEGELŐZÉSE, TÁJÉKOZTATÁS A SZŰRÉS LEHETŐSÉGÉRŐL A GYERMEKVÁLLALÁS ELŐTT ÁLLÓ PÁROKNÁL, VÁRANDÓSOKNÁL ÉS A 0–6 ÉVES KORÚ GYERMEKEKET NEVELŐ CSALÁDOKNÁL

I. Bevezetés

A védőnő részvétele az elsődleges, másodlagos prevencióban alapvető feladat, az egészséggel kapcsolatos ismeretek átadása, bővítése, az egészséges magatartásra vonatkozó információk átadása, a kockázatok felismerésére révén. A védőnői gondozás része a tanácsadás, családlátogatás, kiegészítő eleme az egészségi állapot felmérése, a kialakult kóros anomáliák és betegségek szűrése (A Nemzeti Erőforrás Minisztérium szakmai protokollja a védőnői szűrővizsgálatokról a várandós anya ellátásában. Védőnői Szakmai Kollégium, 2010).

Jelen módszertani ajánlás célja a védőnők, mint az egészségügyi alapellátásban aktívan közreműködő, az ellátott területen élőkkel sokszor közeli kapcsolatban lévő szakemberek bevonása a szexuális úton terjedő fertőzések (STI) prevenciós programjába. A nemi úton terjedő fertőzések megelőzéséhez fontos a nemi betegségek, illetve azok tüneteinek ismerete, valamint a megfelelő kommunikációs stratégiák használata, amellyel a magas rizikójú csoportokat azonosíthatjuk, megfelelő szűrővizsgálatokra irányíthatjuk, és tanácsadás, életmódvezetési stratégiák felállításával a további rizikót csökkenthetjük. A szexuális úton terjedő betegségek nem csak a várandóst, a várandósság előtt álló párokat érinti – a fel nem ismert, kezeletlen állapot betegség a születendő gyermek egészségét is veszélyezteti.

Egy olyan szakmai útmutató került összeállításra, amely tartalmazza a betegségek és azok hátterének, jelentőségének általános ismertetésén túl a konkrét megelőzéssel kapcsolatos szakmai javaslatokat, kommunikációs irányelveket is. A megelőzés célcsoportja a várandósság előtt álló párok, a várandósok, partnerük, és rajtuk keresztül 0–6 éves korú gyermekeik.



a. Epidemiológiai helyzetkép

A WHO becslései szerint a világon naponta több mint 1 millió ember fertőződik STI-vel. Évente mintegy 499 millió új, gyógyítható STI-vel találkozunk, ideértve a gonorrhoeat, chlamydiát, syphilis és trichomonas fertőzéseket. 536 millió ember él együtt herpes vírus fertőzéssel, 291 millió nő fertőződik élete során valamikor HPV fertőzéssel (WHO, Sexually transmitted infections).

Magyarországon 2015-ben a bejelentett syphilis fertőzések száma az előző évhez képest nem változott, a gonorrhoeas fertőzések száma negyedével, az akut urogenitalis chlamydiasisok száma 14%-kal csökkent a 2014. évihez viszonyítva (XIII. táblázat). Feltehetően a csökkenések háttérében nem a megbetegedések számának kedvező alakulása, hanem a bejelentések elégtelensége áll. 2015-ben három lymphogranuloma venereum (trópusi venereás megbetegedés) került a nyilvántartásba.

Magyarországon 2016-ban 110 intézményben jelentek meg STI fertőzött páciensek (KSH, 2017).⁸⁷

XIII. táblázat Bejelentett, szexuális úton terjedő fertőző megbetegedések számának alakulása Magyarországon (2011–2015)⁸⁸

Betegség	2011	2012	2013	2014	2015
Syphilis	565	621	629	623	617
Gonorrhoea	1369	1487	1526	1620	1246
Lymphogranuloma venerum	-	1	2	3	3
Acut urogenitalis chlamydiasis	858	1060	1130	1121	965

A XIV. táblázat adatai alapján jól látszik, hogy a bejelentett STI-k száma a férfiak esetében minden betegségtípus esetében magasabb, többszöröse a nők körében tapasztalható értékeknek.

⁸⁷ Az adat forrása: Központi Statisztikai Hivatal (STADAT, 2017.)

(http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_fek004.html, letöltve: 2018. 02. 25.)

⁸⁸ Forrás: Epiinfo 23. évfolyam 19-20. szám 2016. május 27. (OEK)



XIV. táblázat **Bejelentett, szexuális úton terjedő fertőző megbetegedések számának nemek szerinti alakulása Magyarországon (2015)**⁸⁹

Betegség	Férfi	Nő	Együtt
Syphilis	455	159	617
Gonorrhoea	977	268	1246
Lymphogranuloma venerum	3	-	3
Acut urogenitalis chlamydiasis	719	246	965

Mind a syphilis, mind a gonorrhoea és a chlamydia fertőzések legnagyobb számban a fővárosban fordultak elő, a 20–24 és a 25–29 évesek korcsoportjában mutatva a legmagasabb korszpecifikus morbiditást (XV. táblázat).

XV. táblázat **Bejelentett, szexuális úton terjedő fertőző megbetegedések számának korcsoport szerinti alakulása Magyarországon (2015)**⁹⁰

Korcsoport (korév)	Syphilis	Gonorrhoea	Lymphogranuloma venerum	Acut urogenitalis chlamydiasis
0–2	1	-	-	-
2–9	-	3	-	-
10–14	-	9	-	3
15–19	34	139	-	86
20–24	109	279	1	284
25–29	102	266	-	236
30–34	99	192	1	150
35–39	93	138	-	101
40–44	59	88	-	50
45–49	39	60	1	29
50–	81	72	-	26
Összesen	617	1246	3	965

⁸⁹ Forrás: Einfo 23. évfolyam 19-20. szám 2016. május 27. (OEK)

⁹⁰ Forrás: Einfo 23. évfolyam 19-20. szám 2016. május 27. OEK



II. A védőnői egészségfejlesztési tevékenységben alkalmazandó tematikus jogszabályok

Jelenleg Magyarországon a 26/2014. (IV. 8.) EMMI rendelet alapján a várandósgondozás során a szexuális betegségek közül a syphilis, valamint a hepatitis-B szűrése történik kötelező jelleggel.

További kapcsolódó joganyagok:

- Szexuális úton terjedő betegségek kivizsgálása és kezelése: Bőr- és nemibetegségek Szakmai Kollégiuma, 2011.
- 8/1998. (VI. 3.) NM rendelet a fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről).

III. Fogalmi meghatározások, rövidítések

a. A szexuális úton terjedő fertőzések

A szexuális úton terjedő fertőzések korábbi megnevezése szexuális úton terjedő betegségek (angolul: sexually transmitted disease, STD) volt, azonban tekintettel arra, hogy számos esetben nem, vagy csak később kerül felismerésre a kórkép, miközben a hordozó egyén tovább fertőz, újabban a szexuális úton terjedő fertőzések (sexually transmitted infection, STI) nevet is használják a szakirodalomban. Terjedésükben a nemi aktus a meghatározó, beleértve annak különböző (genitovaginalis, genitoanalis, orogenitalis, oroanalis) formáit. A szexuális kórokozók közül számos átvihető vér útján, transfúzió, intravénás kábítószerhasználat révén, az anyáról a magzatra és az anyatejjel is.

A nemi betegségek a szakmai előírásokat tekintve megkülönböztetett figyelemmel kezelt STI-k, amennyiben felismerésre kerül, a nemi beteg gondozók bevonása által kötelező a partnerek felkutatása, vizsgálata. A szexuális úton terjedő fertőzések társadalmi és népegészségügyi jelentősége nagy. A tünetmentes hordozók fertőzésük ismeretének hiányában tovább fertőznek, ezért nevezik „néma járvány”-nak például a chlamydia fertőzést.



Az STI-k a leggyakoribb sürgősségi ellátást igénylő állapotok közé sorolhatók világszerte. Több mint 30 nemi úton átvihető fertőzést tartunk számon, ezek közül a 4 leggyakoribb a *Chlamydia trachomatis* (chlamydia), a *Neisseria gonorrhoeae* (gonorrhoea, kankó), a *Trichomonas vaginalis* (trichomoniasis) és a *Treponema pallidum* (syphilis, vérbaj, lues) előfordulása. Ez a négy fertőzés a méhnyak, a húgycső gyulladását és genitális fekélyek megjelenését okozza, de súlyos, hosszútávú következményként kismencedei gyulladáshoz, méhen kívüli várandóssághoz, meddőséghez, krónikus kismencedei fájdalomhoz, felnőttkorban ideg- és szívérrendszeri megbetegedéshez, újszülöttkori halálhoz, koraszüléshez, vaksághoz vagy súlyos fejlődési rendellenességekhez, valamint a HIV fertőzés elősegítéséhez vezethet. Nagy jelentőségű STI az elmúlt évtizedekben aktív kutatás tárgyául szolgáló, különböző daganatos megbetegedésekkel egyértelműen összefüggésbe hozható humán papillomavírus (HPV) fertőzés, a HIV fertőzés, a krónikus megbetegedést okozó hepatitis B, C és a gyakran előforduló, újszülöttet veszélyeztető herpesz vírus is. Az STI-k gyakran stigmatizációval, sztereotipizálással, szégyennel társulnak, és összefüggésbe hozhatók a különböző társadalmi csoportok ellen irányuló agresszióval is (Global Estimates of the Prevalence and Incidence of Four Curable Sexually Transmitted Infections in 2012. Based on Systematic Review and Global Reporting, 2017).

A szexuális úton terjedő fertőzések nem írhatók csupán a „fiatalság, bolondság” számlájára, hiszen társadalmi–gazdasági helyzettől, kortól, nemtől, iskolázottságtól és szexuális orientációtól függetlenül bárkit érinthetnek. Az STI-k terjedése szorosan kapcsolódik az emberek szexuális magatartásához: a fokozott kockázatú szexuális viselkedés, promiszkuitás hatványozottan növeli a fertőzés lehetőségét, különösen, ha ez óvszer és egyéb barrier módszer mellőzésével társul.

A szexuális úton terjedő fertőzések a történelem kezdete óta ismertek, számos leírásuk létezik, azonban az emberiség szexuális szokásai, és ezzel egyidejűleg a korokozók is változtak. Számos baktérium rezisztenssé vált a korábban használatos antibiotikumok ellen, így állítva új kihívások elé az orvostudományt. Ezért is különösen fontos a megelőzés és a megelőzésre fordított tevékenység (Fuchs, Brockmeyer, 2014).



b. A szexuális úton terjedő betegségek tünettana és diagnosztikája

Syphilis

A syphilis kórokozója a *treponema pallidum*, egy fakultatív anaerob baktérium, amely nemi érintkezéssel, transplacentarisan és vér útján terjed. A syphilis (más néven bujakór, lues, franc) napjainkban reneszánszát éli.

Klinikai tünetek

A betegség lefolyása három stádiumra osztható, amelyben aktív tünetes és tünetmentes időszakok váltogatják egymást. Az elsődleges syphilis tünetei 9–90 nappal a fertőzés után jelennek meg, a behatolási kapuban felhányt szélű, fájdalommentes fekély, az ún. Sanker formájában. A primer fekély megjelenését követő 1–2 héten belül a környéki nyirokcsomók fájdalommentesen megduzzadnak. Kezelés nélkül 4–8 héten belül gyógyul. A másodlagos syphilis a fertőzéstől számított 9. hét körül, a hematogén szórás következtében alakul ki, a beteg általános tüneteket tapasztal, úgy, mint étvágytalanság, fogyás, láz, izom, ízületi és csontfájdalom, eleinte klasszikus nem viszkető kiütések és egyéb bőrtünetek kíséretében. A betegek 75%-a a másodlagos szakasza után tünetmentessé válik, 25%-ukban fejlődnek ki 10–12 év latenciát követően a harmadlagos syphilis tünetei, klasszikus bőrelváltozásokkal, a belső szerveken gummosus elváltozásokkal, cardiovascularis és neurológiai tünetekkel.

Diagnózis

A syphilis diagnosztikája során direkt kórokozó kimutatás, valamint szerológiai vizsgálatok is lehetségesek.

Kezelés

A syphilis elsődleges kezelési módja a Penicillin. A beteg szűrése szükséges egyéb STI-k irányában.

Gonorrhoea

A gonorrhoea kórokozója az 1789-ben, Albert Neisser által leírt Gram negatív baktérium, a *Neisseria gonorrhoeae*. Történelmi említése és leírása a Bibilában, Mózes 3. Könyvében is megjelenik. A *Neisseria gonorrhoeae* a hengerhám sejteket fertőzi. Antibiotikum-rezisztenciát



a penicillinek, a makrolidok, a tetraciklinek és a fluorokinonok ellen is leírtak már. A baktérium ellen nem fejlődik ki immunitás, az ismételt fertőződés lehetséges és gyakori.

Klinikai megjelenés

A gonococcus fertőzés a genitális, rectalis, garati és extragenitális régiókat is érintheti. A férfiaknál általában a fertőzést követő 2–6 nap múlva gennyos váladékozás jelenik meg. A gonorrhoeas urethritis a megbetegedések kb. 20%-áért felelős. Jellegzetes klinikai tünetek a mucopuruens váladékozás és fájdalom, a betegek leírása szerint „mintha törött üveget ürítenének”. A tünetek enyhébbek is lehetnek. A gonorrhoeat pusztán klinikai képe alapján nem lehet megkülönböztetni a nem gonococcalis, nem chlamydiás urethritistől, a betegek 20%-ában a két fertőzés egyszerre lehet jelen. A fertőzötteknél a férfi nemi szervek gyulladása, akár sepsis, máj körüli gyulladás (perihepatitis), endocarditis (szívbelhártya gyulladás), meningitis (agyhártyagyulladás), gonarthrit (ízületi gyulladás) is kialakulhat.

A nők 50%-ában a fertőzés tünetmentes. Az elsődleges fertőzés általában a méhnyakat érinti, megnövekedett hüvelyi folyást okozva. Izolált húgyúti fertőzés is megjelenhet. A fertőzött nők 50%-ában alakul ki akut salpingitis vagy kismencedei gyulladás, gyakran a Bartholin-mirigy is érintett. A kórokozó nagy fertőzőképessége miatt az óvszer használata csak mintegy 60%-ra csökkenti a fertőzés arányát.

Diagnózis

A diagnózis gold standardja a tenyésztés volt, de ma a DNS amplifikációs tesztek elterjedésével, magas specificitásuk, valamint az egyidejű chlamydia fertőzések kimutathatósága miatt ezen teszteket részesítjük előnyben, habár az esetleges rezisztencia lehetősége miatt a tenyésztés is fontos vizsgálat marad. Az igazolt gonorrhoeás betegeknél a többi STI szűrése (chlamydia, syphilis, HIV) kötelező.

Szövődmények

Nők esetében a leggyakoribb szövődmények a gonococcalis arthritis és a felszálló fertőzések.



Terápia

A korábbi, első vonalbeli 2. generációs cephalosporin monoterápia helyett jelenleg kétvonalbeli kezelést alkalmazunk, amely 2g Ceftriaxon i.m. és 1.5 Azythromycin per os adását jelenti. A partnerek kezelése kötelező.

Chlamydia

A chlamydia trachomatis egy Gram-negatív baktérium, amely csak a fertőzött sejten belül, a gazdasejt anyagcseréjétől függően tud szaporodni. Elsődleges célsejtje a mucosális epithelium.

Klinikai megjelenés, diagnózis

A Chlamydia trachomatis L1–L3 serovariánsok a 4. klasszikus fertőzésként számontartott lymphogranuloma venerum kórképet okozzák. Az A, B, C serovariánsok a trachoma nevű krónikus conjunctivitisért felelősek, amely kezeletlenül vaksághoz vezethet. A D-K serovariánsok elsődlegesen szexuális kapcsolat révén terjednek, és a nono-gonorrhoealis urethritis, salpingitis, proctitis, epididymitis kialakulásáért felelősek. A többi serovariáns nem szexuális úton terjedő fertőzéseket okoz.

A D-K serovariánsok férfiaknál kezdetben urethritist okoznak, nőknél a cervix gyulladása alakul ki. 4 naptól 1 hónapig tartó inkubációs perióduson belül átlátszó, néha purulens váladékozás jelenhet meg. Fájdalom jelen lehet, de a nők jelentős része tünetmentes. A felszálló fertőzések férfiakban húgyúti panaszokat, prostatitist, nőkben salpingitist, kismedencei gyulladást és következményesen meddőséget okozhatnak.

Szűrés, megelőzés, diagnosztika

Rutin vizsgálat javasolt minden 25 év alatti nő esetén. A chlamydia trachomatis kimutatása PCR vizsgálat segítségével történik.

Terápia

2x100mg Doxycyclin 7 napig, 1x150mg Azythromycin.



Trichomoniasis

A trichomoniasis kórokozója a trichomonas nevű protozoon, amely csak a nemi szerveket betegíti meg.

Klinikai tünetek

A nők kb. 50%-ánál tüneteket nem találunk, tünetként enyhe fluor vagy bőséges, sárgászöldes, habos folyás jelentkezhethet, amelyhez gyakori vizelés, a vulva irritációja, dyspareunia (fájdalmas szexuális élet), viszketés társulhat.

Férfiaknál a tünetek jóval ritkábbak, enyhe áttetsző húgycsőváladékozást, epididymitist, prostatitist, felszínes hímvessző ulcerációt okozhat.

Diagnózis

Natív kenetben láthatók a mozgó protozoonok, tenyésztés és PCR vizsgálat is lehetséges.

Terápia

2g Metronidazol vagy 2g Tinidazol, alternatívaként 2x500mg Metronidazol 7 napig. A szexuális partner vizsgálata és kezelése szükséges.

Human Papilloma Vírus (HPV)

A humán papilloma vírus a 3. leggyakoribb STI a világon. A HPV egy duplaszálú DNS vírus, amelyből kb. 130 genotípust azonosítottak, közel harmaduk nemi úton terjed.

Klinikai megjelenés, diagnózis

A klinikailag legjelentősebb kb. 40 vírus az anogenitalis régiót fertőzi. Onkogén potenciáljuk alapján 2 nagy csoportra sorolhatók, az ún. alacsony rizikójú (LR, low risk) illetve a magas rizikójú (HR, high risk) típusokra. Becslések szerint a szexuálisan aktív emberek kb. 80%-a esik át HPV fertőzésen élete során, a legmagasabb átfertőzöttség a 20–30 éves korosztályban jellemző. Az egészséges emberek 90%-ában a HPV fertőzés 1-2 éven belül eltűnik, immunhiányos állapot esetén azonban fennmaradva rákmegelőző és rákos állapothoz vezethet. Az alacsony rizikójú vírusok a condyloma nevű szemölcsös elváltozásért felelősek.



A leggyakoribb LR típusok a 6, 11, HR típusok a 16, 18, 33, 35, 45. A HPV 16, 18 felelős a méhnyakrákok, rákmegelőző állapotok 70%-ának kialakulásáért. Látens fázisban tünet nincs, a kórokozó jelenléte szűrővizsgálattal kimutatható.

Szűrés, megelőzés, diagnosztika, terápia

Szűrés a DNS alapú PCR módszer segítségével történik a méhnyakból, péniszről vett mintából.

A fertőződés ellen az óvszer nem nyújt 100%-os védelmet. A megelőzésben a HPV elleni védőoltásnak fontos szerepe van. Hatékony kezelés a vírus ellen nem létezik.

HIV fertőzés

A humán immundeficienciavírus (HIV) egy retrovírus, amely a lentivírusok genuszába tartozik, egyszálú RNS vírus.

Tünetek, diagnózis

A HIV fertőzés egy rövid, akut retrovírus szindrómát követően éveken keresztül át vezet egy olyan immunhiányos állapothoz, amely végül a fertőzések, daganatos betegségek kontrollálatlan terjedése révén az életet veszélyezteti. Ez a késői stádium a szerzett immunhiányos tünetegyüttes, az AIDS állapota, amely átlagosan a fertőzéstől számított 11 év múlva alakul ki. A fertőzöttek egy része nincs tisztában saját állapotával.

Szűrés, megelőzés, terápia

A HIV szűrés elsődlegesen vérből vett mintában a HIV antitestek kimutatására szolgáló ELISA módszerrel történik, reaktív eredmény esetén megerősítő tesztek történnek.

A jelenleg rendelkezésre álló kezelések révén a beteg életminősége és várható élettartama jelentős mértékben javult. A HIV megelőzésében a legfontosabb tényező az óvszer megfelelő használata és a promiszkuitástól való tartózkodás.



IV. Tevekénység és téma

a. Az STI-re irányuló prevenció célkitűzései

☞ A U.S. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention klinikai megelőzési útmutatója alapján az STI megelőzés és kontroll a következő 5 stratégián alapul:

1. Megfelelő rizikófelmérés, oktatás és tanácsadás a rizikócsoportokban a szexuális viselkedés formálásáról és a megelőzés javasolt módszereiről.
2. Azon STI-k esetén, ahol védőoltás áll rendelkezésre, a védőoltás beadásának szorgalmazása lehetőség szerint a nemi élet megkezdése előtt.
3. A tüneteket nem mutató, valamint tünetekkel rendelkező fertőzöttek azonosítása.
4. Hatékony diagnosztika, kezelés, tanácsadás, utánkövetés az STI fertőzött egyénnél
5. Hatékony kivizsgálás, kezelés, tanácsadás az STI fertőzött egyén partnere(i)nél (Workowski, Bolan, 2015).

Célunk a védőnők támogatása abban, hogy az egyéni és közösségi egészségfejlesztés során, valamint az anamnézis felvételekor megfelelő kompetenciával rendelkezzen a szexuális úton terjedő betegségek témáját illetően, valamint részt vegyen ezek megelőzésében az ismeretek átadása révén, személyes találkozások (tanácsadás, családlátogatás) alkalmával a várandósság előtt álló fiatal párok, várandósok, kisgyermekes családok esetén. Az intrauterin, vagy perinatalisan átvitt STI-k súlyosan károsító hatással lehetnek mind a várandósra, mind a partnerre és a magzatra. Minden várandóst, várandósság előtt állót ki kell kérdeznünk a szexuális úton terjedő betegségekkel kapcsolatban, felmérni az esetleges életmódeli, partnerrel, partnerekkel kapcsolatos rizikót, felvilágosítani a lehetséges perinatális szövődményekről, valamint megfelelő információkkal ellátni a szűrés lehetőségeiről és módjáról, adott esetben szűrővizsgálatra irányítani. Személyes találkozás (tanácsadás, családlátogatás) alkalmával is előkerülhet ez a téma, itt az első találkozás alkalmával az anamnézis felvételekor kérdezhet rá a védőnő.



V. Alkalmazható módszerek és eszközök

a. STI rizikófelmérés

A prevenció első lépése a viselkedési formákból adódó és a biológiai kockázatok azonosítása. Célunk, hogy a pácienssel való találkozás, praeconceptionalis tanácsadás, várandós gondozás során a szexuális életre vonatkozó kérdéseket feltegyük, így azonosítva az esetleges problémákat, és a páciens kérdéseire megfelelő válaszokat adjunk.

Kulcspontok egy eredményes beszélgetés folytatásához a szexuális élet témakörében

1. Érezzük magunkat kényelmesen a szexuális élet témában. Ha kellemetlenül érint minket a témakör, a páciensünk is kellemetlenül fogja magát érezni a beszélgetés során.
2. Mielőtt érzékenyebb kérdéseket érintenénk, teremtsünk bizalmas légkört.
3. Próbáljuk elkerülni az előítéleteket.
4. Ne reagáljunk nyíltan, akkor sem, ha kellemetlenül érezzük magunkat, esetleg szégyenkezünk az elhangzottak miatt, figyeljünk a testtartásra és a gesztusokra is.
5. Ha a páciens vonakodik a válaszadástól, esetleg támadónak érzi a kérdésünket, ismételjük meg, és röviden magyarázzuk el, hogy miért fontos a válaszadás és számunkra és az ő érdekében.
6. Próbáljunk általános kijelentéseket használni, ez elfogadhatóvá teszi a páciens számára, hogy a szexuális egészség kérdései általánosak.
7. Tisztázzuk, hogy a használt kifejezések mindkét fél számára ugyanazt jelentik-e? (National Coalition for Sexual Health: Sexual Health and Your Patients: A Provider's Guide).

Az alapvető szexuális egészségre vonatkozó kérdések (42. ábra)

- A szexuális egészségre vonatkozó kérdéseket az általános anamnézis részeként kell feltenni.
- Értessük a pácienssel, hogy a kérdéseink nem személyre szabottak, mindenkinél feltesszük őket.⁹¹

⁹¹ Forrás: A guide to taking a sexual history. US CDC



Néhány páciens kellemetlenül érezheti magát, ha a szexuális életének előzményeiről, partnereiről, szokásairól kell beszélni. Próbáljuk megértetni a pácienssel, hogy a szexuális anamnézis fontos a saját egészsége és születendő gyermekének egészsége szempontjából egyaránt.

Párbeszéd a gondozottal (néhány gyakorlati példa):

- *Néhány kérdést fogok Önnek feltenni a szexuális egészségéről és szokásairól. Megértem, hogy ezek a kérdések nagyon személyesek, de fontosak az általános egészsége szempontjából.*
- *Ezeket a kérdéseket mindenkinek feltesszük, ugyanolyan fontosak, mint a szellemi és a testi egészség. Csakúgy, mint beszélgetés többi része, ezek az információk is bizalmasak. Van bármilyen kérdése, mielőtt elkezdenénk?*

b. A szexuális egészség 5 „P”-je – a kérdező vezérfonala

1. Partnerek
2. Practices: szokások
3. Protection from STI:(STI-k elleni védelem
4. Past history of STI: STI a gondozott korábbi anamnézisében
5. Prevention of pregnancy: nem kívánt várandósság elleni védekezés

1. Partnerek

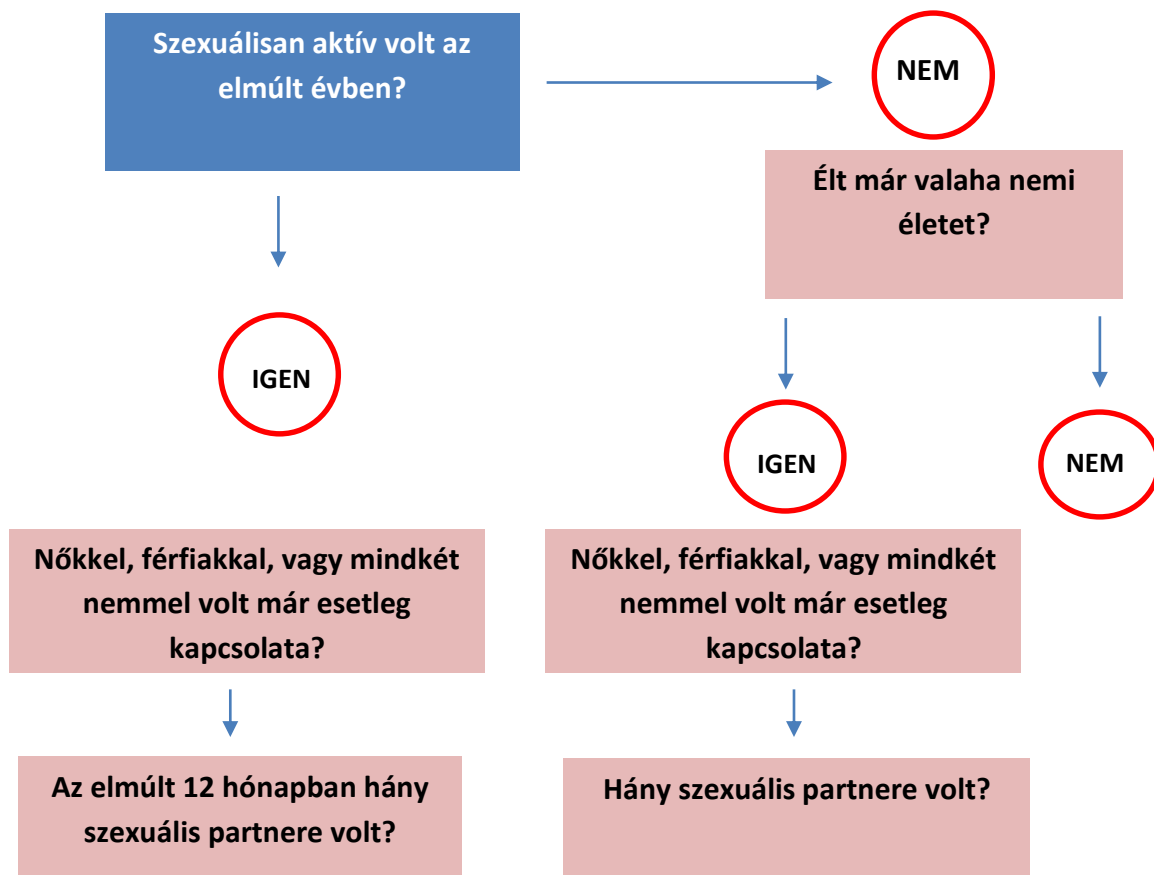
Ahhoz, hogy felmérjük a páciens tényleges rizikóját, ismernünk kell a szexuális partnerek számát. Ha ez elmúlt 12 hónapban a gondozottnak csak egy partnere volt, kérdezzük meg a kapcsolat hosszáról. Kérdezzük meg a partner rizikófaktorairól úgy, mint a jelenlegi vagy korábbi partnerek száma, droghasználata.

Ha az elmúlt 12 hónapban több mint 1 partnere volt, kérdezzünk az óvszer használatáról, a partnerek rizikófaktorairól.

Párbeszéd a gondozottal:

- *Jelenleg szexuálisan aktív?*
- *Az elmúlt hónapokban hány szexuális partnere volt?*
- *Az elmúlt 12 hónapban hány szexuális partnere volt?*





42. ábra Alapkérdések a gondozottal/pácienssel való párbeszédhez⁹²

2. Szokások

Ha a páciensnek az elmúlt 12 hónapban több mint 1 partnere volt, vagy a szexuális partnernek több partnere volt, érdemes megkérdezni a szexuális szokásairól, óvszerhasználatról, így tisztázhatjuk az esetleges egészségi kockázatokat.

3. Nemi úton terjedő betegségek elleni védekezés

Ahhoz, hogy többet megtudhassunk a gondozott szexuális szokásairól, nyitott kérdéseket kell feltenni, a válaszok alapján módosítva a beszélgetés irányát.

Párbeszéd a beteggel:

⁹² Forrás: Saját szerkesztés „A guide to taking a sexual history” alapján (forrás: <https://www.cdc.gov/std/treatment/sexualhistory.pdf>)

- Védekeznek-e a párjával a nemi úton terjedő betegségek ellen?
- Ha nem, meg tudja mondani, hogy miért nem?
- Ha igen, milyen módszert alkalmaznak?
- Milyen gyakran használják ezt a módszert?
- Van bármilyen kérdése a nemi úton terjedő betegségek elleni védelemmel kapcsolatban?

4. Szexuális úton terjedő fertőzés a gondozott anamnézisében

A korábban már kimutatott és kezelt nemi úton terjedő fertőzések ismerete jelezheti a páciens nagyobb kockázatát.

Párbeszéd a beteggel:

- Mutattak-e ki Önnél valaha nemi úton terjedő betegséget? Mikor? Milyen kezelésben részesült?
- Voltak-e valaha visszatérő panaszai vagy újabb diagnózis?
- Vizsgálták-e valaha HIV fertőzésre vagy más nemi úton terjedő betegségre?
- Mutattak-e ki jelenlegi vagy korábbi partnereinél nemi úton terjedő fertőzést? Ha igen, Önt vizsgálták-e? Hogyan kezelték?

5. Nem kívánt várandósság elleni védelem

Az előző kérdések alapján felmérhetjük, hogy amennyiben nem kívánnak gyermeket, mekkora a lehetősége a teherbeesésnek, és elláthatjuk megfelelő tanácsokkal a fogamzásgátlást illetően.

A beszélgetés végén a gondozott megoszthat olyan információkat, amelyeket előtte még nem volt kész elmondani. Ezt követően köszönjük meg a páciens őszinteségét és nyitottságát.



A hatékony kérdező jellemzői

- A megfelelő légkör, bizalmas kapcsola létrehozásához rendkívül fontos a páciensünk iránti tisztelet, elhivatottság, bíraskodástól mentes attitűd a kérdező részéről, empátias odafigyelés
- Kérdezési technikák:
 - Nyitott kérdések
 - o Olyan kérdés, amelyre bőven, kifejtetően kell válaszolni („Hogyan készültek a várandósságra, milyen lépéseket tett annak érdekében, hogy egészséges gyermeke szülessen?”)
 - Megértő, bíraskodástól mentes nyelvezet
 - o Visszatükröző meghallgatás, amelynek során éreztetjük a pácienssel, meghallgatjuk őt, kíváncsiak vagyunk az érzéseire, véleményére. Célunk, hogy megértsük, amit közvetíteni akar nekünk, visszajelezzük, hogy megértettük a mondandóját, ítélet, megjegyzés, reakció hozzáfűzése nélkül. („Nem mertem elmenni szűrésre, mert félttem, hogy kiderül, hogy beteg vagyok.” „Értem, tehát félt az esetleges nemi betegség diagnózisától.”)
 - Normalizálás
 - o egyes érzések természetességének, univerzalitásának kifejezése („Természetes, hogy aggasztja az, hogy a várandósság során nem fog-e ez a korábban felismert betegség szövődményt okozni, ilyen helyzetben mindenki aggódna.”)

c. STI tanácsadás

Magas rizikójú betegeknél intenzív életviteli tanácsadás, rizikócsökkentési módszerek, személyre szabott célok kitűzése lehet szükséges. Jellemzői:

- interaktív,
- személyes célok beállítása,
- rövid üzenetek.



d. Az STI prevenció lehetőségei

- **Védőoltások**

Jelenleg Magyarországon az STI-k közül a hepatitis B és a humán papilloma vírusok megelőzésére áll rendelkezésünkre védőoltás.

- Hepatitis B elleni védőoltás

A hepatitis B vírus ellen hazánkban 2 törzskönyvezett oltóanyag kapható. Az alapimmunizálás mindkét oltóanyag esetén, gyermekeknél és felnőtteknél egyaránt 3 oltásból áll.

Ma Magyarországon hepatitis B elleni védőoltásában részesülnek a gyermekek 14 éves korban az iskolai kampányoltások keretében. Amennyiben a várandós hepatitis B pozitív, az újszülött számára aktív immunizálás adható, hepatitis B immunglobulin formájában, amelyet a szülést követő 12 órán belül, de legkésőbb 1 héten belül kell megkezdeni.

- HPV elleni védőoltás

Jelenleg Magyarországon iskolai kampányoltás keretében HPV elleni védőoltásban részesülhetnek a 12. életévüket betöltött lányok. Az oltások végzéséhez jelenleg a Cervarix oltóanyag áll rendelkezésre. Az iskola-egészségügyi szolgálat értesíti az érintett szülőket/gondviselőket és az oltásra jogosult lányokat az önkéntes, térítésmentes HPV védőoltás lehetőségéről és annak időpontjáról. Tekintettel arra, hogy az oltás önkéntes, a szülőnek/gondviselőnek nyilatkoznia kell arról, hogy igényli-e a védőoltást.

A humán papillóma vírus (HPV) okozta megbetegedések megelőzésére három készítmény áll rendelkezésre. Mindhárom oltóanyag rekombináns, a humán papillóma vírus meghatározott szerotípusainak tisztított fehérjéit tartalmazza.

- A CERVARIX a humán papillóma vírus 2 típusának (16-os és 18-as) tisztított fehérjéit tartalmazza. Az oltás a magas kockázatú HPV vírusok által okozott méhnyakrák, méhnyakrák-megelőző állapot és perzisztáló fertőzés megelőzésére szolgál, 9 éves kortól alkalmazható.
- A SILGARD a humán papillóma vírus 4 típusának (6-os, 11-es, 16-os, 18-as) tisztított fehérjéit tartalmazó vakcina. Az oltás a HPV bizonyos onkogén típusai által okozott



premaligus genitális leziók (rákmegelőző állapotok), méhnyakrák, végbélrák, valamint genitális szemölcsök megelőzésére szolgál 9 éves kortól. A gyártó cég az új vakcina megjelenése miatt bejelentette ezen vakcina gyártásának beszüntetését.

- A GARDASIL9 a legújabb készítmény, fiúknál és lányoknál 9 éves kortól alkalmazható, a humán papillóma vírus 9 típusa (6-os, 11-es, 16-os, 18-as, 31-es, 33-as, 45-ös, 52-es, 58-as) által okozott alábbi betegségek ellen véd: a méhnyakot, a szeméremtestet vagy hüvelyt, valamint a végbélnyílást érintő rákmegelőző elváltozások és rosszindulatú daganatok, továbbá specifikus HPV típusok által okozott genitális szemölcsök megelőzésére szolgál. A készítményt 3 adagos ütemezés szerint alkalmazzák, a 0., a 2. és a 6. hónapban 1–1 adag.

Mindhárom vakcinát törzskönyvezték az Európai Unióban. A vakcinák a szexuálisan még nem aktív korosztályban a leghatékonyabbak, azonban alkalmazhatók későbbi életkorban is, a védőoltás beadása hátránnyal vagy kockázattal nem jár (Az Országos Epidemiológiai Központ módszertani levele a 2016. évi védőoltásokról).

- **A partnerek számának csökkentése, absztinencia**

Az STI-k elkerülésének legmegbízhatóbb módja a szexuális élet minden formájától történő tartózkodás, vagy hosszú távú, monogám kapcsolat létesítése egy ismerten fertőzésmentes egyénnel. Az épp kezelés álló páciensek esetén rendkívül fontos őket tájékoztatni arról, hogy a kezelés idejére tartózkodjanak a nemi élettől.

- **Óvszerhasználat**

Megfelelő használat mellett az óvszer rendkívül hatékony az STI-k elleni védelemben. Fontos a megfelelő óvszerhasználat oktatása. A nem barrier alapú fogamzásgátlási módszerek (szájon keresztül szedhető fogamzásgátlók, sterilizáció stb.) nem alkalmasak az STI-k elleni védelemre, ezért az ezen módszerrel védekező páciensek számára javasolni lehet kiegészítő védekezésként az óvszer használatát is. A spermicid gélek megbonthatják a hám integritását, így ezek még növelhetik is a fertőzés kockázatát (Workowski, Bolan, 2015).

VI. Összegzés

Annak ellenére, hogy mind a kezelés, mind a megelőzés terén nagy előrelépés történt az elmúlt években, a szexuális úton terjedő fertőzések számos megbetegedést okoznak, számuk az elmúlt években nem csökkent, egyes betegségek reneszánszukat élik. Az STI-k és szövődményeik jelentős megterhelést jelentenek a egészségügyi ellátó rendszer és a gazdaság számára.

Az egyéni kockázati tényezők a fertőződésre a kockázatos viselkedésformákkal függenek össze (pl. több szexuális partner, magas rizikójú partnerek, szexuális élet intoxikált állapotban, szex pénzért). Ezen viselkedésformák alapvetően az egyén előzetes tudása, attitűdje, képességei, öntudata, és bizonyos környezeti tényezők gátló vagy elősegítő hatásain alapulnak. Mindezek alapján azt mondhatjuk, hogy ezeken az egyéni kockázati viselkedésformákon lehet és kell változtatni. Populációs szinten rizikófaktorok szerint az egyes társadalmi csoportokban magasabb a nemi úton terjedő fertőzések kockázata. Ezen kockázati tényezők olyan speciális csoportok megnövekedett betegségmutatóihoz is vezetnek, mint pl. a várandós nők. Evidenciákkal alátámasztott, hogy a viselkedési intervenció tanácsadás csökkenti a rizikócsoport felnőtt és adolescens populációban a nemi betegségek előfordulását és azok szövődményeit, valamint az ezek által a társadalomra hárított terheket.

A védőnő a várandósgondozás során, vagy már ezt megelőzően kapcsolatba kerül a várandóssal. A várandósgondozásban, megelőzésben való részvételt segíti a gondozottakkal kialakított közvetlen viszony. Fontos a megfelelő környezet megteremtése, a kommunikációs technikák használata, amelyek segítségével azonosíthatóak a magas rizikójú páciensek, akik szükség esetén a megfelelő centrumba, további szűrésre irányíthatók.

A nemi betegségekről, azok terjedéséről rengeteg tévhit él a köztudatban. Ezek tisztázása, a megelőzésre vonatkozó tanácsadás rendkívül fontos a társadalom egészsége szempontjából. Fontos, hogy a várandós információt kapjon arról, hogy fel nem ismert fertőzése a magzat és saját maga számára is veszélyes lehet. Meg kell adnunk a lehetőséget, hogy saját kétségeire, kérdéseire is választ kapjon.



Tekintettel arra, hogy a védőnői rendszer alapvető feladata a prevenció, így ennek részévé téve, az egészséges társadalom megteremtését célozva igen fontos szerepet kap a szexuális úton terjedő fertőzések megelőzésének kérdése, a széles körben történő ismeretterjesztés, rizikófelmérés is.



Felhasznált irodalom

- A bőr-, nemi és pszichiátriai betegek gondozása. Központi Statisztikai Hivatal, 2018.
forrás: http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_fek004.html
- A guide to taking a sexual history. US CDC forrás:
<https://www.cdc.gov/std/treatment/sexualhistory.pdf>
- A Nemzeti Erőforrás Minisztérium szakmai protokollja a védőnői szűrővizsgálatokról a várandós anya ellátásában. Védőnői Szakmai Kollégium, 2010. forrás:
<http://www.mave.hu/uploads/file/VSZK%20Protokoll%20Varandos%20szurovizsgalatok.pdf>
- Epiinfo, 23. évfolyam, 19–20. szám. Országos Epidemiológiai Központ, 2016. május 27.
forrás: http://epa.oszk.hu/00300/00398/00684/pdf/EPA00398_epinfo_2016_19-20.pdf
- Fuchs, W., Brockmeyer, N. H.: Sexually transmitted infections. Dtsch Dermatol Ges, v. 12, n. 6, p. 451-63, Jun 2014. forrás: <http://dx.doi.org/10.1111/ddg.12310>
- Global Estimates of the Prevalence and Incidence of Four Curable Sexually Transmitted Infections in 2012 Based on Systematic Review and Global Reporting. 2015. forrás:
<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0143304>
- Kárpáti S., Kemény L., Remenyik É.: Bőrgyógyászat és venerológia. Medicina Könyvkiadó, 2012.
- Radcliffe, KW, Flew, S., Poder, A., Cusini M.: 2012 European guideline for the organisation of a consultation for sexually transmitted infections. forrás:
https://www.iusti.org/regions/europe/pdf/2012/European_guideline_onSTIconsultation2012final.pdf
- Sexually transmitted infections. WHO, 2013. forrás: [http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
- Workowski, K. A.; Bolan, G. A. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep, v. 64, n. Rr-03, p. 1–137, Jun 5 2015. forrás:
<http://dx.doi.org/>



- 18/1998. (VI. 3.) NM rendelet a fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről forrás:
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99800018.nm>
- 1/2014 (I. 16.) EMMI rendelet forrás:
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1400001.emm>
- 26/2014. (IV. 8.) EMMI rendelet - a várandósgondozásról forrás:
http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=a1400026.emm



Zárszó

Az „EFOP-1.8.0-VEKOP-17-2017-00001 Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése” elnevezésű projekt keretén belül, az A/II. – Egészségtudatosság fejlesztése a koragyermekkorban (családtervezéstől a gyermek 6 éves koráig) munkacsoport által kifejlesztett kiadvány szakmai tartalmát a védőnők mindennapi munkájukban alkalmazva az egyéneket képessé tehetik az egészségük feletti kontroll megszerzésére annak érdekében, hogy javuljon az egészségi állapotuk és az életminőségük. Ezek a célok akkor érhetőek el, ha az egyes célcsoportok elsajátítják a megfelelő egészségismereteket, készségeket és attitűdöket. A módszertani szakanyag a védőnői egészségfejlesztési munkához kapcsolódó általános elméleti ismeretek bemutatásán túlmenően a speciális szakterületekhez (energiaegyensúly: táplálkozás és testedzés, lelki egészségfejlesztés, dohányzás visszaszorítása, drogprevenció és a szexuális úton terjedő betegségek megelőzése) kapcsolódó minimálintervenció támogatását is szolgálja.

A kiadványban az aktuális hazai népegészségügyi helyzet és a főbb epidemiológiai jellemzők felvázolásán túl nemzetközi és hazai egészségmodellek, egészségfejlesztési elméletek bemutatását is megcéloltuk, ráirányítva a figyelmet arra, hogy mennyire befolyásolják a felnőttkorban megélt egészséget a gyermekkori pozitív és negatív egészséghatások, az egyéni adottságok, az életmódi és környezeti tényezők. Ezért is van kiemelkedő jelentősége annak, hogy a gyermekekkel különböző életszakaszokban foglalkozó, gondozásukat és ellátásukat végző szakemberek korszerű egészségfejlesztési ismeretekkel, hatékony módszerekkel rendelkezzenek. A védőnők folyamatosan jelen vannak a családok életében, különösen egy nagyon szenzitív életszakaszban: a gyermekvárás és a korai gyermekkor időszakában, amikor a szülők még sokat tehetnek gyermekük egészsége érdekében, de a későbbiek során is fontos gyakorlati segítséget nyújtva számukra, hogy a fiatalok a lehető legoptimálisabb egészségi állapotban kezdjék a felnőttkort, megfelelő ismeretekkel rendelkezzenek az egészségkárosító tényezőkről, képesek legyenek egészségtudatos döntések meghozatalára.

A családok körében végzett egyéni egészségfejlesztési tevékenység a védőnők elsődleges feladatai közé tartozik, amelyhez segítséget kíván nyújtani ez a gyakorlati-módszertani



útmutató, amely kiemeli az egészségfejlesztés jelentőségét és lehetőségeit, a megközelítés módszereit, kommunikációs formáit és az alkalmazható minimálintervenciós lehetőségeket. A védőnői ellátás keretében végezhető, az egészségfejlesztési feladatok megvalósítását támogató, strukturált módszertani anyag összeállítása szakmai segédletként szolgálhat a konkrét feladatok megvalósítása során és biztosítja azt, hogy egységes, megbízható színvonalon valósuljon meg a preventív tevékenység a családok megfelelő támogatásának érdekében.

Kedves Kolléga!

Tudjuk, hogy milyen jelentős érték ösztársadalmi szinten a lakosság egészsége, életminősége – egyéni és közösségi szempontból is. A saját és a gondozottak életminőségének, egészségi állapotának javítása, fejlesztése munkánk kiemelt célkitűzése.

Bízunk benne, hogy a kiadványban felvetődött gondolatok hozzájárulnak munkája sikerességének további fokozásához, és személy szerint Önt is megerősítik abban a hitben, hogy az egészség fejlesztésének érdekében hozott lépések meghozzák a várt eredményeket.

Éljünk tehát az egészségfejlesztés adta lehetőségekkel, és folyamatosan vizsgáljuk felül saját tevékenységeinket, annak érdekében, hogy munkánk még több ember számára teremtsen esélyt az egészséges és boldog élethez! Javasoljuk, hogy használja ezt a módszertani anyagot bizalommal, olvassa el akár többször is, lapozgassa a programok tervezése során is.

Sikeres és eredményes egészségfejlesztést!

