

ARANYPAJZS

A CSALÁD VÉDELME NEK TUDOMÁNYA

V. évfolyam 2. szám – 2026.



Magyar Védőnők
Szakmai Szövetsége
MVSZSZ

**A védőnői hivatás átalakulása és mindennapjai Szabolcs-Szatmár-Bereg
vármegyében 1950 és 1989 között**

*The evolution and everyday life of the health visitor profession in Szabolcs-Szatmár-Bereg County
between 1950 and 1989*

Antenatális szorongás és depresszió vizsgálata a szociodemográfiai tényezők tükrében

Antenatal Anxiety and Depression in the Light of Sociodemographic Factors

A magyar lakosság vastagbél-daganat szűrési hajlandósága

Attitude towards colorectal cancer screening in Hungary

Egészségügyi szakképző iskolában tanulók pályaválasztásának és motivációinak a vizsgálata

Examining the career choices and motivations of students in health vocational schools

ARANYPAJZS

A CSALÁD VÉDELMEK TUDOMÁNYA

A Magyar Védőnők Szakmai Szövetsége (MVSZSZ) hozzá kíván járulni a Védőnői Szolgálat, mint a népesedési helyzet javításában, a családgondozásban, a népegészségügyben és a prevencióban, különösen érintett hivatás fejlesztéséhez, a családokkal foglalkozó más szakmaterületek közötti együttműködés erősítéséhez, valamint a tudományos kutatási tevékenységek ösztönzéséhez, a publikációk közzétételéhez, hazai és nemzetközi terjesztéséhez, a tudományos eredmények hasznosításához.

Az MVSZSZ 2021 évi Közgyűlésén a fenti célok teljesülése érdekében döntött arról, hogy létrehozza az AranyPajzs interdiszciplináris tudományos folyóiratot. A folyóirat a Miniszterelnökség NEAE-KP-1-2022/1-000079 sz. egyedi pályázati támogatásának köszönhetően kezdte el működését 2022-ben. Kiemelt cél: Lehetőséget biztosítsunk a családokkal foglalkozó szakemberek számára az AranyPajzs keretei között, tudományos kutatási eredmények és az általuk kidolgozott jó gyakorlatok bemutatására és terjesztésére. A folyóirat nyitott a családokat érintő orvostudományi, egészségtudományi, egészségtechnológiai, pszichológiai, társadalomtudományi (demográfiai, szociológia, stb.) oldalról érkező tudományos közlemények közzétételére is. A Kiadó szívesen fogad magyar és angol nyelven az egészségtudomány és határterületei tárgyköréből eredeti közleményeket, összefoglaló közleményeket, összegző elemzéseket, esettanulmányokat, szakirodalmi áttekintéseket, egyéb elméleti közleményeket, előzetes-, valamint sürgős közleményeket, továbbá kommentárokat, szerkesztőhöz írt leveleket. A megjelenés kritériumai: eredetiség, minőség és a szélesebb olvasóközönség érdeklődése a téma iránt.

A részletes, Szerzőinknek szóló útmutatót, megtalálhatják az AranyPajzs honlapján (www.aranypajzsfolyoirat.hu). A kéziratot és a „Szerzői nyilatkozatot” szerkesztőségünkbe e-mail útján kérjük elküldeni a szerkesztoseg@aranypajzsfolyoirat.hu címre. A formai szempontból megfelelő kéziratot névtelenül (esetenként ismételt) két független bíráló véleményezi. A bírálók személyét nem fedjük fel. Az AranyPajzs az ún. „bírálóan átnézett” (peer-review) folyóiratok közé tartozik. A bírálók javaslatot tesznek módosításokra és a közlemény elfogadására vagy elutasítására, amelyet a Szerkesztőség messzemenően figyelembe vesz. A Szerzőt a Szerkesztőség írásban értesíti a Szerkesztőbizottság döntéséről, de nem indokolja azt. A Szerkesztőség a beérkezett kéziratokkal (elfogadott vagy nem elfogadott) kapcsolatosan biztosítja az érintetteknek vonatkozóan a titkosság elvét: a szerzői jog védelmét, valamint a lektor(ok) – ha másként nem rendelkeznek – személyének titkosságát.

A Szerkesztőség fenntartja a kéziratok megjelenésének idejére, illetve folyóirat stílusának megfelelő módosítások végrehajtására vonatkozó döntés jogát. A benyújtott kézirat nem tartalmazhat korábban már megjelent, vagy korábban benyújtott, de elbírálás alatt lévő, vagy elfogadott, de megjelenés előtt álló kéziratrészletet.

Szerzői jog és másolás: A cikkekben megfogalmazott vélemény, javaslat a Szerző sajátja, és nem feltétlenül esik egybe a szerkesztőség/kiadó álláspontjával. A lapban megjelent cikkek, fotók újraközléséhez a Kiadó írásbeli engedélyre van szükség. A megjelent publikációnak – vagy részének – bármilyen formában történő másolásához, felhasználásához a Kiadó írásos hozzájárulása szükséges.



IMRESSZUM

Alapítás éve: 2022

Alapító: Magyar Védőnők Szakmai Szövetsége

Kiadja, terjeszti

Magyar Védőnők Szakmai Szövetsége

Kiadó székhelye

1118 Budapest, Regös u. 14. 7/31.

Felelős kiadó

Várfalvi Marianna elnök

Főszerkesztők

Karamánné Prof. Dr. Pakai Annamária PhD, habil., Dr. Rákóczi Ildikó PhD

Szerkesztőségi koordinátor

Gebriné Dr. Éles Krisztina PhD

Szerkesztőbizottság

Bábiné Szottfried Gabriella, Dr. Gyulai Anikó PhD, Dr. Karácsony Ilona PhD, habil., Dr. Kovács Attila

Dr. Kósa Zsigmond PhD, Molnárné Dr. Csákvári Tímea PhD,

Prof. Dr. Réthy Lajos Attila PhD, habil., Soósné Dr. Kiss Zsuzsanna PhD, habil

Nyelvi lektorok

Dr. Gyulai Anikó PhD, Dr. Karácsony Ilona PhD, habil., Molnárné Dr. Csákvári Tímea PhD

Szerkesztőségi titkár

Kováts Viktória

Tipográfia, tördelés: Németh Kata, Balás Design

Online megjelenés: Szélesy Krisztián

Szerkesztőség címe

AranyPajzs folyóirat, 1118 Budapest, Regös u. 14. VII.31.

e-mail: szerkesztoseg@aranypajzsfolyoirat.hu; Telefon: +36/30 559 5154 (Kováts Viktória szerkesztőségi titkár)

Megjelenés: évi 4 szám

ISSN 2939-5704 (Nyomtatott), ISSN 2939-595X (Online)

HU ISSN 2939-595X

A folyóirat honlapkiadványként elérhető.

www.aranypajzsfolyoirat.hu

Tárhely szolgáltató

Tárhely.Eu Szolgáltató Kft., 1097 Budapest, Könyves Kálmán körút 12-14.

Telefon: +36 1 789-2-789

Kéziratok beküldése

szerkesztoseg@aranypajzsfolyoirat.hu

Megrendelhető

Kováts Viktória (szerkesztőségi titkár): szerkesztoseg@aranypajzsfolyoirat.hu

ARANYPAJZS

A CSALÁD VÉDELMEK TUDOMÁNYA

The Professional Association of Hungarian Health Visitors (PAHHV) wishes to contribute to the improvement of the Hungarian Health Visitor Service, the population situation, the family care, the public health and prevention, especially to the above-mentioned profession's development, to the strengthening of the cooperation between other professions related to family care, and to encourage the scientific research activities, the dissemination of publications on a national and international level, and to utilize scientific results and findings.

To meet these objectives, the PAHHV has decided on its Annual Meeting of 2021 to establish its interdisciplinary scientific journal, „Golden Shield”. The Journal begins its operation in 2022, thanks to the unique grant 'NEAE-KP-1-2022/1-000079' given by the Prime Minister's Office of Hungary. The primary goal is to provide an opportunity for professionals in family care to present and disseminate scientific research results and good practices, within the framework of Golden Shield. The journal is open to publish studies from the fields of medicine, health sciences, health technology, psychology, social sciences (demography, sociology, etc.) that affect families. The Publisher welcomes original articles, review articles, brief reports, case studies, literature reviews, other theoretical publications, preliminary and urgent publications, as well as comments and letters to the editor written in either Hungarian or English. The main criteria for publication are originality, quality, and interest of the wider readership in the topic.

A detailed instruction for Authors can be found on the website of AranyPajzs (www.aranypajzsfolyoirat.hu). Manuscripts and the Author's Copyright should be assigned to the Editorial Board via e-mail at szerkesztoseg@aranypajzsfolyoirat.hu. The formally correct manuscript is peer-reviewed anonymously (sometimes repeatedly) by two independent reviewers. The identities of the reviewers will not be revealed. The reviewers will decide about acceptance, revision, or rejection of the manuscript, which will be largely taken into account by the Editorial Board. The Author will be notified about the Editorial Board's decision in writing, but without the Board's justification. The Editorial Board respects the principle of confidentiality of those in relation to the received (accepted or rejected) manuscripts: the protection of copyright and – unless otherwise specified – the confidentiality of the identity. The Editorial Board reserves the right to make changes to the timing of the publication and to make changes in the manuscript in accordance with the style of the Journal. The submitted manuscript should not contain parts of manuscripts that have previously been published or have been previously submitted but is under review or accepted but not yet published. The opinions and suggestions expressed in the articles are those of the Author and do not necessarily reflect the views of the Editorial Board / Publisher. Reusing the articles and figures/images published in the Journal requires the written permission of the Publisher. Any form of copying or using the – or part(s) of the – article published by the Journal requires a written consent from the Publisher.



IMPRESS

Year of foundation 2022

Founder

Professional Association of Hungarian Health Visitors (PAHHV)

Publisher's address

14th Regős street, H-1118 Budapest, Hungary, VII. 31.

Responsible Editor

Marianna Várfalvi Chairwoman

Editor in Chiefs

Karamánné Prof. Dr. Annamária Pakai PhD, habil., Dr. Ildikó Rákóczi PhD

Editorial Coordinator

Dr. Krisztina Éles Gebriné PhD

Editorial Board

Gabriella Bábiné Szotzfried, Dr. Anikó Gyulai PhD, Dr. Ilona Karácsony PhD, habil., Dr. Attila Kovács

Dr. Zsigmond Kósa PhD, Tímea Molnárné Dr. Csákvári PhD,

Prof. habil. Lajos Attila Réthy PhD, Soósné Dr. Zsuzsanna Kiss PhD, habil

Language editors

Dr. Anikó Gyulai PhD, Dr. Ilona Karácsony PhD, habil., Tímea Molnárné Dr. Csákvári PhD

Editor's secretary

Viktória Kováts

Typography, layout: Kata Németh, Balás Design

Online design: Krisztián Szélesy

Editorial Office's postal address:

Golden Shield, 14th Regős street, H-1118 Budapest, Hungary, VII. 31.

e-mail: szerkesztoseg@arany pajzsfolyoirat.hu; Phone: +36/30 559 5154 (Viktória Kováts – Editor's Secretary)

Publication frequency: 4 issues per year

ISSN 2939-5704 (Print), ISSN 2939-595X (Online)

HU ISSN 2939-595X

The Journal is available as a website publication at

www.arany pajzsfolyoirat.hu

Hosting service provider

Tárhely.Eu Szolgáltató Kft., H-1097 Budapest, Könyves Kálmán körút 12-14.

Phone: +36 1 789-2-789

Manuscript submission

szerkesztoseg@arany pajzsfolyoirat.hu

Ordering

Viktória Kováts (Editor's secretary): szerkesztoseg@arany pajzsfolyoirat.hu

ARANYPAJZS

A CSALÁD VÉDELMEK TUDOMÁNYA



dr. Hugonnai Vilma (1847-1922)

Az AranyPajzs folyóirat 2022-ben az első magyar
orvosnő és szülésznő tiszteletére alapítva.

(A fotót a Magyar Nemzeti Múzeum (MNM)-Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár
bocsátotta rendelkezésünkre.)



A JÖVŐT FEJLESZTJÜK A MÁBAN, EGYÜTT VAGYUNK JÓK! – mvszsz.hu

Az AranyPajzs folyóirat létrejöttét támogatta:



Jelen folyóirat a Miniszterelnökség fejezeti irányítása alá tartozó Nemzeti Együttműködési Alapból nyújtott vissza nem térítendő támogatás terhére jött létre, amely forrást a Bethlen Gábor Alapkezelő Zrt., mint Támogató bocsátotta a Magyar Védőnők Szakmai Szövetsége rendelkezésére, a NEAE-KP-1-2022/1-000079 azonosítószámú, „AranyPajzs – a család védelmének tudománya – szakmai tudományos folyóirat megalapítása, szakmai kialakítása és terjesztése” című projekt keretében.

TARTALOM / CONTENT

8

Köszöntő / Greetings

10

Dr. Rákóczi Ildikó PhD. / Bartha Anna / Major Gyöngyi / Gebriné dr. Éles Krisztina PhD.
**A védőnői hivatás átalakulása és mindennapjai Szabolcs-Szatmár-Bereg
vármegyében 1950 és 1989 között**
*The evolution and everyday life of the health visitor profession
in Szabolcs-Szatmár-Bereg County between 1950 and 1989*

25

*Pálmainé Gál Mária Erzsébet / Dr. Karácsony Ilona Hajnalka, PhD., habil. / Dr. Csákvári Tímea, PhD. /
Prof. Dr. Pakai Annamária, PhD. habil*
**Antenatális szorongás és depresszió vizsgálata
a szociodemográfiai tényezők tükrében**
Antenatal Anxiety and Depression in the Light of Sociodemographic Factors

37

*Ábrahámné Simon Zsófia / Prof. Dr. Pakai Annamária, PhD. habil / Dr. Csákvári Tímea, PhD. /
Vízsrlek Beáta*
A magyar lakosság vastagbédaganat szűrési hajlandósága
Attitude towards colorectal cancer screening in Hungary

52

Orbán Csilla / Ferenczy Mónika / Dr. Csákvári Tímea, PhD. / Prof. Dr. Pakai Annamária, PhD. habil
**Egészségügyi szakképző iskolában tanulók pályaválasztásának
és motivációinak a vizsgálata**
*Examining the career choices and motivations of students
in health vocational schools*



Köszöntő

Tisztelt Olvasó!

Köszöntöm a Magyar Védőnők Szakmai Szövetsége „AranyPajzs – a család védelmének tudománya” című, tudományos folyóirat 2026. év második számának megjelenése alkalmából.

A lap megalapításakor célként tűztük ki, hogy erősíteni kívánjuk azt a pajzsot, védőerőt, amelyet a különböző tudományterületekről érkező kutatási eredmények együttesen alkotnak a családok – mint a társadalom természetes alapközösségei – jólléte, fennmaradása és gyarapodása érdekében. A közösen kovácsolt „pajzs” hozzájárul a népesedési helyzetet, egészséget, megküzdőképességet befolyásoló tényezők és folyamatok pontosabb megismeréséhez, javításához, a családgondozás, a népegészségügy és a prevenció, a családokkal foglalkozó szakmaterületek közötti együttműködés fejlesztéséhez, a tudományos kutatási tevékenységek ösztönzéséhez, jó gyakorlatok elterjesztéséhez.

A 2026-ban 111 éve alakult 1915. június 13-án a Védőnői Szolgálat. 11 éve a Szolgálatot törvény jegyezte be a Hungarikumok tárába.

Első cikkünk kapcsolódik a védőnői hivatás történetének bemutatásához, mégpedig Szabolcs-Szatmár-Bereg Vármegye 1950 és 1989 közötti időszakra vonatkozóan kutató elemzéssel, levéltári és korabeli dokumentumokkal interjúkkal mutatja be a Szolgálat helyzetét, fejlesztési folyamatait és annak eredményeit. Második cikkünk egy rendkívül aktuális témát, az antenatális szorongás és depresszió vizsgálatát elemzi szociodemográfiai tényezők tükrében. Harmadik cikkünk egy jelentős népegészségügyi és egészségkommunikációs jelentőségű témát mutat be, a magyar lakosság vastagbél-daganat szűrési hajlandóságáról. Negyedik cikkünk az egészségügyi hivatásválasztás motivációit elemzi egészségügyi szakképző iskolába tanulók vizsgálata alapján. Az idei lapszámban könyvajánlót is olvashatnak, amely a védőnői szolgálat immár 110 évét dolgozza fel és mutatja be bővített, második kiadásban.

Kiadványunk nyitott magyarországi, és nemzetközi szerzők orvos- és egészségtudományi, egészségtechnológiai, pszichológiai, társadalomtudományi (pl.: demográfiai, szociológiai) oldalról érkező tudományos közleményeinek közzétételére. Tudományos folyóiratunkat dr. Hugonnai Vilma emlékére felajánlva indítottuk.

Köszönjük, hogy Magyarország Kormánya, valamint a Miniszterelnöki Kabinetiroda, a Miniszterelnökség pályázati támogatásának köszönhetően, a Bethlen Gábor Alapkezelő Zrt. forrásából az AranyPajzs folyóirat 2026-ban is folytathatja tevékenységét.

Fogadják érdeklődéssel az online és időszakosan nyomtatott formában ingyenesen megjelenő és hozzáférhető kiadványunkat! Várjuk 2026-ban is közleményeiket, javaslataikat.

2026. június 6.

Várfalvi Marianna
a Magyar Védőnők Szakmai Szövetsége
Elnöke, Alapító, Kiadó



Greetings

Dear Reader!

I present to you the second issue of 2026 by 'GoldenShield – The Science of Protecting Families' – a scientific journal by the Professional Association of Hungarian Health Visitors.

By establishing this Journal, we wished to strengthen the shield – a protective force – formed by the results of research in various scientific fields. This is done for the wellbeing, survival, and growth of families (as basic communities in society). This jointly forged 'shield' contributes to a better understanding and improvement of the factors and processes influencing the population situation, health and resilience, as well as the development of cooperation between family care, public health and prevention, other disciplines dealing with families, and the encouragement of scientific research activities.

In 2026, we commemorate the 111th anniversary of the establishment of the Health Visitor Service, founded on 13 June 1915. Eleven years ago, the Service was officially recognized by law and included in the Collection of Hungarikums.

The first article in this issue relates to the historical development of the health visitor profession, presenting a research-based analysis of Szabolcs-Szatmár-Bereg County between 1950 and 1989. Drawing on archival and contemporary documents as well as interviews, it examines the status of the Service, its development processes, and their outcomes. Our second article addresses a highly topical issue by analysing antenatal anxiety and depression in the context of sociodemographic factors. The third article explores a topic of major public health and health communication importance: the willingness of the Hungarian population to participate in colorectal cancer screening. The fourth article examines motivations for choosing a healthcare career, based on a study of students enrolled in vocational healthcare training institutions. This issue also includes a book review presenting the now 110-year history of the Health Visitor Service in an expanded second edition.

Our journal is open to publishing articles from Hungarian and international authors in the fields of medicine and health sciences, health technology, psychology and social sciences (e.g., demography, sociology). Our scientific journal was launched in dedication to the memory of Dr. Vilma Hugonnai.

We are grateful to the Government of Hungary, the Prime Minister's Cabinet Office, and the Prime Minister's Office, from the source of Bethlen Gábor Fund Management Ltd., allowing GoldenShield to operate in 2026.

We hope you find interest in our free issues published and available both online and periodically in print as well. We welcome your articles and comments in 2026.

6 June 2026

Marianna Várfalvi
Chairwoman of the Professional Association of Hungarian Health Visitors
Founder, Publisher



Dr. Rákóczi Ildikó PhD¹
egyetemi docens, szakirányfelelős
ORCID: 0000-0001-8668-9598

Bartha Anna²
védőnő

Major Gyöngyi³
tanársegéd, PhD hallgató
ORCID: 0000-0001-7074-8610

**Gebriné dr. Éles Krisztina
PhD⁴**
adjunktus
ORCID: 0000-0002-6672-0268

Kapcsolattartó szerző:
Dr. Rákóczi Ildikó PhD
4400 Nyíregyháza Sóstói u. 2-4.
rakoczi.ildiko@etk.unideb.hu
06 20 / 423-1493

A védőnői hivatás átalakulása és mindennapjai Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében 1950 és 1989 között

The evolution and everyday life of the health visitor profession in Szabolcs-Szatmár-Bereg County between 1950 and 1989

¹ Debreceni Egyetem

² Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei Vármegyei Kórház

³ Debreceni Egyetem

⁴ Debreceni Egyetem

*„Hivatásod legyen: élni másokért, s mások boldogságában keresni a magadét.”
Johann Heinrich Pestalozzi (1746 – 1827)*

Absztrakt

A vizsgálat célja: Feltárni a védőnői hálózat 1950 és 1989 közötti fejlődését Szabolcs-Szatmár-Bereg vármegyében, és igazolni, hogy a hivatás átalakulása hozzájárult a lakossági életszínvonal növekedéséhez az országos változásokhoz viszonyítva is. **Anyag és módszer:** Levéltári és könyvtári kutatómunka (Magyar Nemzeti Levéltár Szabolcs-Szatmár-Bereg Vármegyei Levéltára, Dr. Kállay Rudolf Orvostudományi Szakkönyvtár, Móricz Zsigmond Megyei és Városi Könyvtár), KSH-statisztikák elemzése, orvosi és szaksajtó feldolgozása (Arcanum, Hungaricana, Matarka adatbázisok), valamint három nyugalmazott, a vizsgálati időszakban aktív védőnővel készített félig strukturált interjú (2024. december 13-14.). **Eredmények:** A csecsemőhalálozás a vármegyében 1950-ben 108,7 ezrelékes csúcsról 1985-re 24,4 ezrelékre csökkent. A gondozási körök száma 91-ről (1954) 133-ra (1963) nőtt, a védőnői állások száma 111-ről 292-re emelkedett 1985-re. A szülőotthoni hálózat 1948-tól fokozatosan épült ki, az intézeten belüli szülések aránya (kórházban és szülőotthonban együttesen) 5,1%-ról (1947) 95,5%-ra (1965) nőtt. Az anyatejgyűjtő állomások létrehozása és működése (Nyíregyháza, Kiszvárd, Nyírbátor) a koraszülöttek ellátásában kulcsszerepet játszott. Az interjúk részletesen bemutatják a falusi és városi életkörülmények közötti különbségeket, a babonák elleni küzdelmet, a roma közösségek speciális egészségügyi kihívásait és a védőnői mindennapok valóságát. **Következtetések:** Szabolcs-Szatmár-Bereg vármegye periférikus elhelyezkedése és szociális hátrányai ellenére képes volt követni az országos fejlődési tendenciákat a védőnői, illetve az élet-

kezdeti időszakban. A védőnők kulcsszerepet játszottak a csecsemőhalandóság csökkentésében, az egészségnevelésben és a hátrányos helyzetű közösségek elérésében. A hivatás négy fejlődési periódusa jól tükrözi a politikai-társadalmi változások egészségügyre gyakorolt hatását.

Kulcsszavak: *védőnő, csecsemőhalálozás, egészségpolitika, Szabolcs-Szatmár-Bereg megye, szocialista egészségügy, hivatástörténet*

Abstract

Objective: To explore the development of the health visitor (HV) network in Szabolcs-Szatmár-Bereg County between 1950 and 1989, and to demonstrate that the transformation of the profession contributed to improving the living standards of the population, even when compared to national trends. **Material and methods:** Archival and library research (National Archives of Hungary, Szabolcs-Szatmár-Bereg County Branch; Dr. Rudolf Kállay Medical Library; Móricz Zsigmond County Library), analysis of Central Statistical Office data, processing of medical and professional press (Arcanum, Hungaricana, Matarka databases), and three semi-structured interviews conducted with retired health visitors (13-14 December 2024). **Results:** Infant mortality in the county declined from 108.7 per mille (1950) to 24.4 per mille (1985). The number of care districts grew from 91 (1954) to 133 (1963), and HV posts from 111 to 292 by 1985. The maternity home network expanded from 1948, raising the rate of institutional deliveries from 5.1% (1947) to 95.5% (1965). Breast milk collection stations (Nyíregyháza, Kisvárd, Nyírbátor) played a key role in caring for premature newborns. Interviews reveal differences between rural and urban practice, the struggle against folk beliefs, the specific health challenges of Roma communities, and the daily realities of health visitor work. **Conclusions:** Despite its peripheral location and social disadvantages, Szabolcs-Szatmár-Bereg County was able to follow national development trends. Health visitors played a key role in reducing infant mortality, in preventive health education, and in reaching disadvantaged communities. The four developmental periods of the profession clearly reflect the impact of political and social changes on healthcare.

Keywords: *health visitor, infant mortality, health policy, Szabolcs-Szatmár-Bereg County, socialist healthcare, history of the profession*

Bevezetés

A magyar védőnői hivatás alapjait olyan meghatározó szakemberek alapozták meg, mint dr. Tauffer Vilmos (1851–1934) szülész, nőgyógyász, egyetemi tanár dr. Bókay János (1858–1937) és dr. Heim Pál (1875–1929) gyermekgyógyász-professzorok. Magyarországon 111 évvel ezelőtt, 1915-ben a „Stefánia Szövetség az anyák és csecsemők védelmére” megalaku-

lásával és tevékenységével hazánkban egyedülálló rendszer jött létre, amelynek tartópillérei a várandós és gyermekágyas anyák gondozása, a csecsemő- és gyermekellátás, valamint a családok szociális támogatása voltak. A Védőnői Szolgálat alapítása óta jelentős fejlődésen ment keresztül: 2013-ban bekerült a Magyar Értéktárba, 2015-ben hungarikummá nyilvánították, így

ma már nemzeti büszkeségeink közé tartozik (Soósné et al., 2025). A szövetség egyik elsődleges feladata a csecsemőhalandóság csökkentése volt. A szervezet keretein belül védőintézetek, tejkonyhák, anyaotthonok, bölcsődék és szülőotthonok kezdték meg működésüket. A 20. század harmadik évtizedében egy új szervezet jött létre, amely 1927-ben a – Rockefeller Alapítvány támogatásával megalakult – Zöldkeresztes Egészségvédelmi Szolgálat elnevezéssel, élén dr. Johan Béla (1889-1983) állt. Ez a szervezet vidéken, falvakban is megteremtette az egészségvédelmi munka alapjait. A Zöldkeresztes hálózat a jelenlegi Szabolcs-Szatmár-Bereg vármegye területén 1934-ben jelent meg, majd 1941-ben a két szervezet – a Stefánia Szövetség és a Zöldkeresztes Egészségvédelmi Szolgálat – egyesült (Kahlichné, 2015).

Az 1948-as politikai fordulat után az egészségügyi ellátás állami fennhatóság alá került, a védőnői hivatásban is gyökeres változások következtek be. Az ötvenes évektől a nyolcvanas évek végéig tartó négy évtized a hivatás egyik legdinamikusabb fejlődési szakaszát jelentette. A védőnői feladatkör folyamatosan bővült, a képzés színvonala emelkedett, az intézményi infrastruktúra kiépült. Mindez különösen fontos kérdéseket vet fel az ország egyik leghátrányosabb helyzetű régiójának, Szabolcs-Szatmár-Bereg vármegyének a szempontjából.

A vármegye az ország keleti peremén helyezkedik el, és az egész vizsgált időszakban a legmagasabb csecsemőhalálozási mutatókkal rendelkező régiók közé tartozott. Az 1950-es évek elején a csecsemőhalálozás 108,7 ezrelék volt, ami magasabb volt az akkori országos átlagnál (85,7 ezrelék). A kedvezőtlen szociális helyzet, az alacsony iskolázottság, a roma közösségek

sajátos egészségügyi kihívásai és a széttagolt tanyavilág mind nehezítette a védőnői munka végzését (Moskovits, 1966; Bodnár, 1989).

Jelen tanulmány három hipotézis köré szerveződik: **(1)** Szabolcs-Szatmár-Bereg megye képes volt követni az országos fejlődést a védőnői hálózat intézményes rendszerét tekintve; **(2)** a csecsemőhalálozás mind országosan, mind a vármegyében szignifikánsan csökkent 1950 és 1989 között; **(3)** a védőnői szolgálatok állandó jelenléte a falvakban hozzájárult az ott élők életvezetésének pozitív irányú változásához. A téma feldolgozása azért bír különleges jelentőséggel, mert egyrészt hiánypótló helytörténeti értékkel rendelkezik, másrészt ráirányítja a figyelmet arra, hogy a múlt tapasztalatainak részletes feltárása hozzájárulhat a jelenlegi és jövőbeli egészségpolitikai döntések megalapozásához is.

Anyag és módszer

A kutatás 2023. szeptembertől 2024. decemberig zajlott, két fő módszertani pillérré támaszkodva: szakirodalmi-levéltári gyűjtésre és félig strukturált interjúkra. A szakirodalmi rész összeállításához elsőként a Móricz Zsigmond Megyei és Városi Könyvtár kerestük fel, ahol az országos egészségpolitikai helyzetre vonatkozó munkákat gyűjtöttük össze. Ezt követően Nyíregyházán, a Jósa András Oktatókórház épületében elhelyezkedő Dr. Kállay Rudolf Orvostudományi Szakkönyvtárban a vármegyei védőnői hálózat fejlődésére vonatkozó forrásokat tártuk fel, továbbá a vármegyei és országos adatok összehasonlító elemzését végeztük el. A Magyar Nemzeti Levéltár Szabolcs-Szatmár-Bereg Vármegyei Levéltárában 2023 októberétől folytattunk kutatást – a szükséges levéltári engedélyt az intézmény az egyetem támogató nyi-

latkozátaival együtt adta ki. A levéltári anyagok az 1950-es évekből viszonylag szűkösen álltak rendelkezésre; 1989 felé haladva egyre több és gazdagabb forrás volt hozzáférhető. A hiányos levéltári adatokat az Arcanum, a Hungaricana és a Matarka adatbázisain elérhető korabeli folyóiratokból, napilapokból és szakmai kiadványokból egészítettük ki. A Debreceni Egyetem Egészségtudományi Karának könyvtára a hivatástörténeti szakirodalom tekintetében nyújtott segítséget. A csecsemőhalálozási és születési adatokat a Központi Statisztikai Hivatal (KSH) kiadványaiból nyertük.

A kvalitatív felmérést három nyugalmazott védőnővel készített félig strukturált interjú alkotta 2024. december 13–14. közötti időszakban. A félig strukturált módszert azért választottuk, mert ez lehetővé tette az előre megfogalmazott kérdések mentén haladást, miközben teret biztosít az interjúalanyok személyes élményeinek, emlékeinek részletes kifejtéséhez. Az interjúalanyokat a következő kritériumok alapján választottuk: az 1950 és 1989 közötti időszakban aktívan dolgoztak védőnőként vagy vezető védőnőként Szabolcs-Szatmár-Bereg vármegyében; különböző munkahelyi körülményeket képviselnek (megyei szint, városi körzet, falusi körzet). Az interjúalanyok: Babosi Györgyné, nyugalmazott megyei vezető védőnő; Bezegh Jánosné, a kisvárdai járás falusi körzetében (Ajak, Rétközberencs, Lövőpetri, Nyírlövő, Pap) dolgozott 1968-tól 2006-ig; Tóth Tamásné, a Nyíregyházi járás városi és tanyavilági körzeteit látta el 1962-től 2005-ig. A hangfelvételek lejegyzésre kerültek, majd a főbb megállapításokat tartalomelemzéssel rögzítettük és tematikusan csoportosítottuk.

Eredmények

1. Az egészségpolitikai keretek alakulása: a Rákosi-korszak (1948–1956)

A második világháború befejeződését követően Magyarország nemcsak gazdasági és politikai veszteségekkel kényszerült szembenézni, hanem a népesség számbeli csökkenésével is. A 25–45 éves korosztályú férfiak hadban elvesztett, hadirokkantakká vált vagy fogságba esett tömege drasztikusan csökkentette a születésszámot. Ebben a helyzetben a Magyar Dolgozók Pártja által irányított Magyar Népköztársaság Minisztertanácsa (elnöke Rákosi Mátyás volt 1952 augusztusa és 1953 júliusa között) a születésszám növelését a szocialista állam egyik prioritásává emelte. Az abortusz kérdése a pártpolitika középpontjába kerülve, Ratkó Anna (1903–1981) egészségügyi miniszter 1953. február 8-án kiadta az 1004/1953. (II. 8.) Minisztertanácsi határozatot az anya- és gyermekvédelem továbbfejlesztéséről. A rendelkezés számos szociális juttatást vezetett be, mint a meghosszabbított szülési szabadságot, megemelt családi pótlékot, ingyenes babakelengyét és szoptatási szabadságot. Minden járásban szülőotthonok jöttek létre. Az abortuszok tiltása ellenére az orvosi indokból kért terhességmegszakítás lehetséges maradt az első 28 héten belül, bizottság engedélyével. Ha a bizottság elutasította a kérelmet, a körzeti védőnő hat alkalommal volt köteles felkeresni a várandóst (Cora et al., 2020). A KSH adatai szerint az élveszületések száma 1950-es 195 567-ről 1954-re 223 347-re emelkedett – ez, az időszak legmagasabb értéke a háborút követően (KSH, 2024a). A születéskor várható élettartam az 1950-es évek végére nőknél 70 évre, férfiaknál 66 évre nőtt. A 8100-1/1953. EüM. utasítás a terhességek kötelező orvosi bejelentéséről értelmében min-

den egészségügyi dolgozó, köztük a védőnők is kötelező bejelentési és nyilvántartási feladatokat kaptak, számba kellett venniük a várandósokat, a vetéléseket és a méhüri beavatkozásokat. A gyermektelenek adójáról szóló 8/1953. (II. 8.) MT rendelet a magánéletbe való beavatkozás egy újabb formájaként érintette a 20. életévüket betöltött, önálló keresettel rendelkező, gyermektelen személyeket, kivéve a 24 éves korig főiskolai tanulmányokat folytatókat (Mezey, 2023). A Rákosi-korszak egészségpolitikai üzenete egyértelmű volt: a védőnők propagandamunkája elengedhetetlen a rendszer céljainak megvalósításához. A jelmondat – Jó propagandamunkával az egészségesebb anyákért és gyermekekért! – nemcsak szlogen volt, hanem valódi munkaszervezési elvként érvényesült a mindennapi gyakorlatban.

2. A Kádár-rendszer egészségpolitikája (1956–1989)

Az 1956-os forradalom és szabadságharc leverése után kialakuló Kádár-rendszer más megközelítést alkalmazott az egészségpolitikában: a kényszer helyett fokozatosan a szociális ösztönzők kerültek előtérbe. Az 1956. júniusában hatályba lépő 2/1956. (VI. 24.) EüM rendelet legálissá tette az anyai kérésre a terhesség 12. hetéig kért terhességmegszakítást. Ennek következményeként az élveszületések száma drasztikusan csökkent, 1962-ben érte el a 20. századi mélypontot. Ugyanakkor az abortuszok okozta szövődmények – köztük a végleges meddőség – széleskörű egészségügyi és társadalmi problémát eredményezett (Mezey, 2023; Svégel, 2023). A Kádár-rendszer szociális intézkedései fokozatosan hoztak javulást. Az 1967-ben bevezetett GYES (gyermekgondozási segély) Európában egyedülálló volt: egy-másfél évre biztosított anyagi háttérrel a gyermekneveléshez. 1973-ban

ismét szigorítást vezettek be a nem orvosi indokból kért abortuszhoz megemelt ápolási díjat kellett fizetni, a 35 év feletti nők, a súlyos lakhatási gondokkal küzdők és a három vagy több gyermeket nevelők kivételével. A KSH adatai szerint 1975-ben volt a legmagasabb az élveszületések száma az adott időszakban: 194 240 fő (KSH, 2024a).

A védőnőképzés fejlesztése szintén jelentős lépést tett ebben az időszakban. 1954-től a kettős végzettség (ápoló-védőnő) megszüntetésével önálló védőnői oklevelet adtak a végzett hallgatóknak. Az 1973-as **1046/1973. (XII. 29.) számú minisztertanácsi határozattal** 1975-től egészségügyi főiskolai képzés indult budapesti és szegedi központtal, amelynek elvégzését és így a főiskolai oklevél megszerzését a korábban 10 hónapos tanfolyamon végzett védőnők számára törvényileg kötelezővé tették. Az egészségügyi dolgozók anyagi megbecsülése is javult: 1957-től folyamatosan emelkedő bérek, éjszakai pótlék és rövidebb munkaidő jellemezte az ágazatot (Kahlichné, 2007). A Kádár-korszak végére a védőnők feladatköre négy pillérré támaszkodott: az anya- és csecsemővédelemre, a gyermekvédelemre, az iskolaegészségügyre és a nővédelmi tanácsadásra. Az 1973-as rendelet módosítása után a családlátogatás ismét a hivatás legfontosabb elemévé vált, míg az egészségnevelés – beleértve a fogamzásgátlás kérdését is – egyre nagyobb hangsúlyt kapott (Fazekas, 1974).

3. A védőnői hálózat kiépülése a jelenlegi Szabolcs-Szatmár-Bereg vármegye területén

A 4343/1949. (XII. 14.) MT rendelet értelmében Szabolcs-Szatmár megye 1950. január 1-jétől 12 járásra tagolódott Nyíregyháza székhellyel. A vármegye keleti részében az aprófalvas, szatmári és beregi területek, a középső nyírségi ré-

szen a középfalvas szerkezet, a nyugati részen pedig a nagyobb városok voltak jellemzők. A tanyabokor-rendszer – mintegy 60, Nyíregyházától északnyugatra, nyugatra és délnyugatra elhelyezkedő tanyacsoport – különleges kihívást jelentett az egészségügyi ellátás szempontjából (Varga, 1984).

A két megye 1950-es egyesítését követően 1954 végére 91 gondozási kör működött, lefedve a megye területének 93%-át. A 111 betöltött védőnői állás azonban a magas élveszületési számokhoz és a betöltetlen állásokhoz képest kevésnek bizonyult. Az 50-es évek elején sok tanácsadó bérelt helyiségekben, méltatlan körülmények között működött. A Járási Egészségügyi Szolgálat (JESZ) 1952-ben, a Mozgó Szakorvosi Szolgálat (MSZSZ) 1958-ban jelent meg a vármegye területén; a szakorvosi tanácsadásokat eleinte kéthavonta, majd három-négy hetente tartották. Figyelemre méltó kivétel a fehérgyarmati járás volt, ahol a JESZ egyáltalán nem működött (Bodnár, 1989).

A megyében 1963-ra 133 gondozási kör működött 169 védőnővel, 1985-re a körzeti védőnői létszám 292-re emelkedett, ami jelentős lefedettségi arányt jelentett. Az I. számú táblázat – Csecsemőhalálzási adatok Szabolcs-Szatmár-Bereg vármegyében 1950–1985 – számadatai alapján jól látható, hogyan párhuzamosítható a védőnői lefedettség növekedése a csecsemőhalálzás csökkenésével.

Az 1974. január 1-jétől megszervezett Megyei Család- és Nővédelmi Tanácsadó megalapozta a tanácsadói hálózat megyei rendszerét. A Vásárosnaményi járás hátrányos helyzetű területein 1977 körül különleges családtervezési akciókat indítottak, míg a Nyíregyházi járásban anya- és gyermekvédelmi modellkísérletet vezettek be,

amelynek keretében a zsúfolt tanácsadókat nővédelmi szakrendelések váltották fel. Kisvárdán és Fehérgyarmaton a koraszülött-utógondozást is bővítették (Fazekas, 1974).

Babosi Györgyné, volt megyei vezető védőnő az interjú során így értékelte a hálózat helyzetét: *„Nem voltunk annyira lemaradva. Magasabb volt a csecsemőhalálzás, mint az ország számos területén, azonban a születésszám is magas volt, 10 000 fölötti akkoriban. Az Országos Intézethez tartoztunk és folyton értekezletekre hívtak minket Budapestre, ott mindenről megkaptuk a tájékoztatást. Összességében elmondható volt, hogy az egységes működésre törekedtek mindenhol.”*

Ugyanez a vezető védőnő emelt ki egy különlegesen fontos egészségügyi kihívást: *„A hátrányos helyzetű nőkre, főként a fogamzásgátlásra is nagy figyelmet fordítottunk. Akkoriban központilag megvettük a tablettát és odaadtuk annak a személynek, aki szerette volna szedni.”*

4. Csecsemőhalálzási adatok – országos és vármegyei összehasonlítás

A csecsemőhalálzás az egészségügyi ellátás hatékonyságának egyik legfontosabb mutatója, ugyanakkor közvetlen következménye a szociális helyzetnek, az egészségügyi infrastruktúrának és a prevenció munká eredményességének. Szabolcs-Szatmár vármegye a II. Világháborút követően 158 ezrelékes csecsemőhalálzással az ország legelesettebb területei közé tartozott (Simonovits, 1972).

Országos szinten az ezer élveszülöttre jutó csecsemőhalálzás 1950-es 85,7 ezrelékes értékről 1989-re 15,7 ezrelékre csökkent (KSH, 2024b). Szabolcs-Szatmár-Bereg vármegye adatait az I. táblázat foglalja össze.

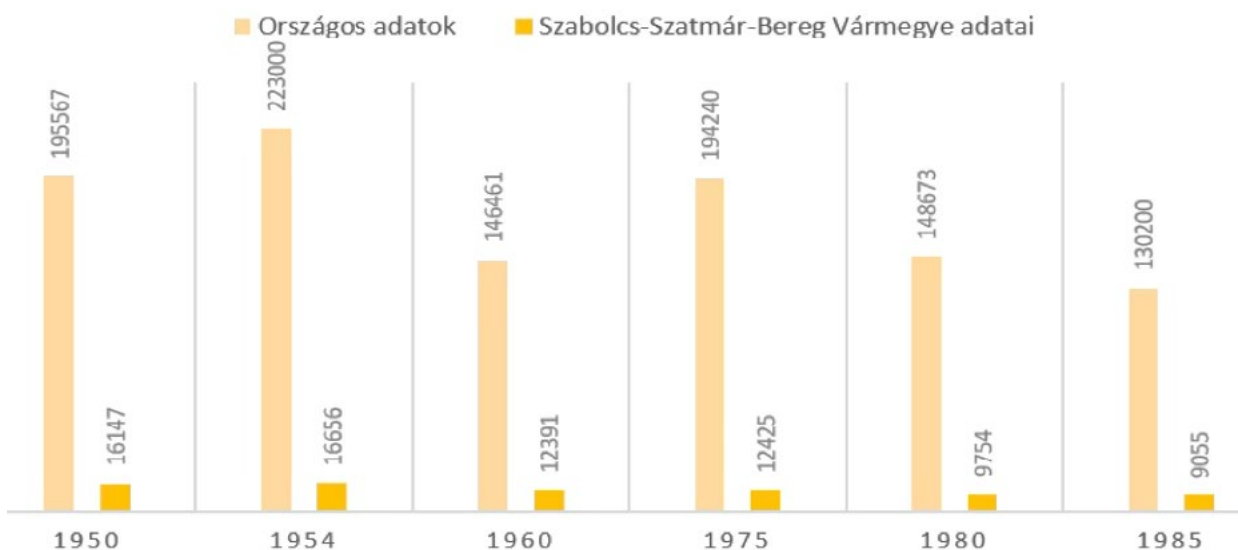
I. táblázat: Csecsemőhalálzási adatok Szabolcs-Szatmár-Bereg vármegyében (1950–1985)

Év	Élveszületések (fő)	Csecsemőhalottak (fő)	Csecsemőhalálozás (ezrelék)	Művi vetélések (db)
1950	16 147	1 755	108,7	75
1955	16 656	1 159	69,6	380
1960	12 391	745	60,1	5 776
1965	10 125	368	36,3	7 596
1970	10 557	401	38,0	8 779
1975	12 425	486	39,1	4 155
1980	9 754	222	22,8	3 109
1985	9 055	221	24,4	3 606

Az adatsor elemzésekor három jól elkülönülő pozitív periódus azonosítható. Az első 1950 és 1955 közé esik, amikor mintegy 600 fővel csökkent az egy éven aluli halálozások száma – ez összefügg a Rákosi-korszak egészségügyi infrastruktúra-fejlesztéseivel és a védőnői hálózat bővülésével. A második fordulat 1960 és 1965 közé datálható, amikor közel 400 fővel kevesebb csecsemő veszítette életét – ezt a szülőot-

toni hálózat teljes kiépülése és így az intézeti születek arányának drasztikus növekedése magyarázza. A harmadik fordulópontra 1975 és 1980 közé esik, amikor a csecsemőhalálozás több mint felére csökkent – ez összefügg a védőnőképzés főiskolai szintre emelésével, a koraszülött-ellátás fejlesztésével és az anyatejgyűjtő állomások bővülésével (Sárkány, 1962; Simonovits, 1972).

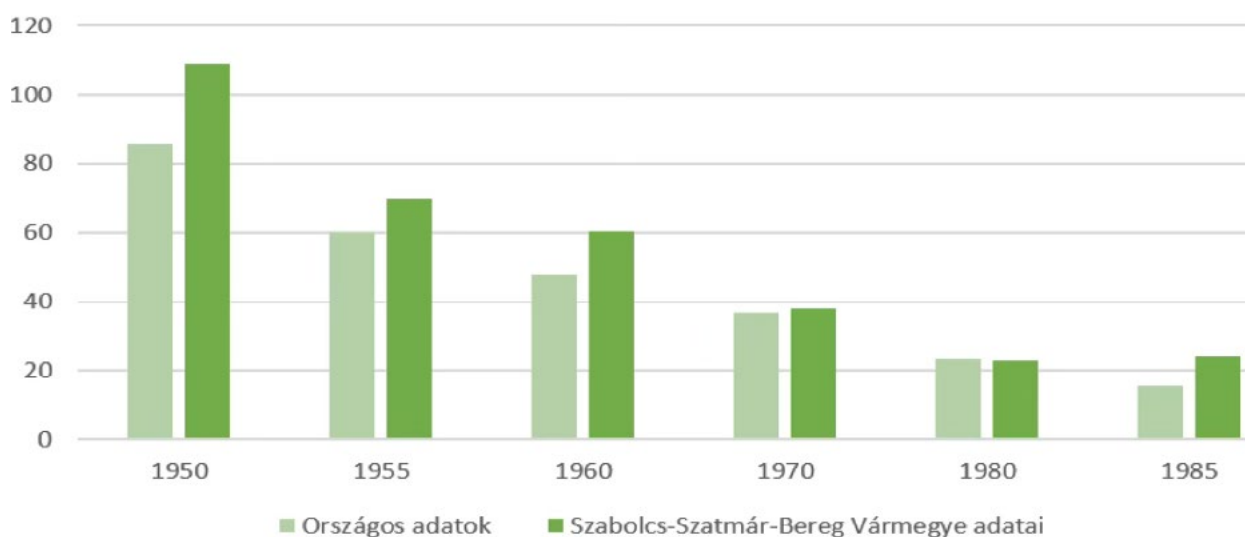
1. ábra: Élveszületések száma Szabolcs-Szatmár-Bereg vármegyében és országosan (1950–1985)



Forrás: KSH (2024a) alapján saját szerkesztés.

Az élveszületések aránya a megye és az ország viszonylatában is jelzésértékű: 1950-ben a teljes hazai élveszületési szám 8%-ra csökkent Szabolcs-Szatmár-Bereg vármegyében, 1975-ben 6%-ra, 1985-ben ismét 7%-ra (1. ábra). Ez az arány bizonyítja, hogy a megye a vizsgált időszakban a hazai születési szám jelentős hányadát adta, ami önmagában is indokolja a védőnői hálózat fejlesztésének kiemelt fontosságát.

2. ábra: Csecsemőhalálozás alakulása Szabolcs-Szatmár-Bereg vármegyében és országosan, ezrelékben (1950–1985)



Forrás: KSH (2024b) és Magyar Nemzeti Levéltár Szabolcs-Szatmár-Bereg Vármegyei Levéltára alapján saját szerkesztés.

Csecsemőhalálozás tekintetében országos szinten és megyei szinten is szemmel látható a csökkenő tendencia az évekre levetítve. Az ábrából látható, hogy az országos átlaghoz képest a Szabolcs-Szatmár-Bereg vármegyei adatok 1950 és 1960 között jelentősen magasabbak voltak, 1970 és 1980 között közelítettek egymáshoz, míg 1985-ben ismételten a megyei adatok meghaladták az országos átlagot és az előző 5 év megyei átlagát (2. ábra).

Az anya- és csecsemővédelmi szervezeti fejlesztések sorában kiemelkedő az 1957-ben megalakult Országos Anya- és Csecsemővédelmi Központ és megyei intézeteinek kiépülése. Az intézményi szülések arányának ugrásszerű növekedése (1947-es 5,1%-ról 1965-re 95,5%-ra) az egyik leglátványosabb eredménye a szülőotthoni hálózat fejlesztésének Szabolcs-Szatmár-Bereg vármegyében (Bodnár, 1989).

5. A védőnői hivatás feladatkörének bővülése

A védőnői hivatás feladatkörének alakulása négy fejlődési periódusra osztható (Kahlichné, 2015). Az 1948 előtti alapozó szakaszban a Stefánia Szövetség és a Zöldkeresztes Egészségvédelmi Szolgálat keretein belül az anya- és csecsemővédelem volt a legfontosabb feladat, a tanácsadók tejkonyhákkal, szociális gondozással és egészségügyi felvilágosítással egészültek ki, Szabolcs vármegyében összesen öt védőintézet működött. A Zöldkeresztes Szolgálatban 1933-tól az iskolaegészségügyi munka, a tbc és a nemi betegségek elleni küzdelem is megjelent a feladatok között.

Az 1948 és 1961 közötti állami egészségvédelmi szakaszban az 1951-es Egészségügyi Miniszteri utasítás (3350/Kör./66/1951) az egységes gyógyító-megelőző gyermekellátást szabályozta. A védőnők a terhesgondozásban kiemelt szerepet kaptak: kötelező volt a korai várandósok felkutatása és a veszélyeztetettek fokozott gondozása. Orvosi felügyelet alatt oltásokat végeztek, injekcióztak, és havi rendszerességgel vehettek részt szakrendeléseken. A bölcsődék, óvodák és iskolák kötelező látogatása szintén előírás volt; ennek elmulasztását közegészségügyi hiányosságként könyvelték el.

A 37/1961. Eü.M.sz utasítás szűkítette ugyan a feladatkört – az általános családgondozás, a rákszűrés és a tbc-s betegek gondozása megszűnt kötelező elemként –, ugyanakkor megjelent az Anyák Iskolája program. Ez a negyedévenként szervezett, 8 alkalmas tanfolyam a leendő édesanyáknak, apáknak és nagymamáknak egyaránt nyitva állt, és szülészeti tanácsadást, fertőző betegségek ismertetését, terhességi szövődmények kockázati tényezőinek bemutatását, valamint a dohányzás és alkohol magzatra gya-

korolt hatásainak ismertetését foglalta magában (Kóbor et al., 1966). Az 1973-as rendelet ezt az irányt erősítette meg: a nővédelmi munkában való részvétel, a csecsemő- és kisgyermekgondozás az alapellátásban, valamint az iskolai egészségnevelés ismét hangsúlyos elemekké váltak, miközben a hivatás legfontosabb pillére, a rendszeres családlátogatás, visszakerült a középpontba. Szabolcs-Szatmár vármegyében 1974. január 1-jétől megalakult a Megyei Család- és Nővédelmi Tanácsadó, amely a tanácsadói hálózat megyei rendszerének alapját képezte (Fazekas, 1974).

6. Anyatejgyűjtő állomások a vármegyében

Az anyatejgyűjtő állomások az anya- és csecsemővédelem intézményes szintjének egyik legjelentősebb innovációját képviselték. Szabolcs-Szatmár vármegyében a koraszülési arány 100 élveszülöttre vetítve 1950-ben 3,0%, 1965-ben 10,0%, 1975-ben 11,9%, 1985-ben 11,4% volt, a két utóbbi érték meghaladta a 11,2%-os, illetve 10,0%-os országos átlagot (Kende és Békési, 1979). A koraszülöttek életben maradásának kulcsa az anyatejes táplálás volt, amelyet nem minden édesanya tudott biztosítani.

A nyíregyházi állomás 1954 júliusában nyílt meg a Sztálin téren (mai Benczúr Gyula tér 18.), amely az egészségházzal és a körzeti tanácsadókkal egy épületben kapott helyet. Naponta átlagosan 12 liter anyatejet gyűjtöttek össze 20 adományozótól (Kelet-Magyarország, 1962). 1962-ben felújításra és bővítésre került sor; fennállása óta 3767 liter anyatejet juttattak el a rászoruló csecsemőkhöz. A kisvárdai állomás 1960-ban kezdte meg működését; 1964-es adatok szerint évi 2286 litert gyűjtöttek (Kelet-Magyarország, 1964).

Az állomások működési szabályzata előírta, hogy a begyűjtött tej nem lehet fertőzött vagy szennyezett, meghatározta a bakteriális minőségi követelményeket, és pasztörözési eljárást írt elő. A budapesti kisebb állomásokat 1968-ban vonták össze az egységes Női Tejgyűjtő Központban. A nyíregyházi, kisvárdai és nyírbátori állomások ezzel párhuzamosan önállóan, kórházi közelségben folytatták tevékenységüket, és Bezzegh Jánosné visszaemlékezése szerint a kisvárdai kórházi anyatejgyűjtőből a falusi körzetek is kaphattak anyatejet a legkiszolgáltatottabb csecsemők számára.

7. Városi és falusi körülmények: az interjúk tanulságai

A falvak és városok közötti egészségügyi különbségek az egész vizsgált időszakban fennmaradtak. Míg a városokban specializált ellátás zajlott (külön anya- és csecsemővédelem, nőgyógyászati, gyermekgyógyászati szakrendelés), addig a falvakban az általános családgondozás volt a főfeladat, amelybe beletartozott a tbc-s és nemi betegek gondozása is. Az 1956 utáni urbanizációs hullám – amely a falvak népességét csökkentette – tovább rontott a vidéki életkörülményeken, miközben a roma közösségek egyre inkább a peremterületek lakóivá váltak.

Az interjúk tükrében a falusi munkát néhány visszatérő kihívás jellemezte. A babonák és hagyományos szokások elleni küzdelem szinte minden területen jelen volt: Bezzegh Jánosné Ajakról beszámolt arról, hogy a gyermekágyasok párnájuk alatt rumos üveget tartottak, mivel azt hitték, hogy tisztulni kell. Tanácsadásra nem hozták fel a gyermeket addig, amíg a pap meg nem keresztelte. Komlóssy Imréné sz. Sándor Lenke az 1950-es évek Újfehértójáról szá-

molt be arról, hogy olyan babonákban hívő családdal is találkozott, aki gyógyszert nem adott a gyermeknek, csupán az ágy alá tette, hogy majd így gyógyul meg (Bodnár, 1989).

A roma közösségek egészségügyi ellátása mindhárom interjúalany számára meghatározó tapasztalatot jelentett, bár eltérő módon. Babosi Györgyné visszaemlékezése szerint Újfehértón a roma idősebb asszonyok azt mondták a fiataloknak, hogy szót kell fogadni a védőnőnek, mert azt hitték, a védőnő is roma – ez a tévedés paradox módon megkönnyítette a munkát. Tóth Tamásné Tímáron ezzel szemben a nagyarányú analfabétizmus és szegénység nehézségeivel szembesült, és egyszer meg is fenyegettek. Bezzegh Jánosné Aranyosapátiban töltött öt éves helyettesítéséről viszont pozitívan szólt, kiemelve, hogy jobban megbecsülték a védőnői ellátást, bár a lakáskörülmények fokozott figyelmet igényeltek, és a település vezetője a polgármester is segítette a rászoruló családokat.

Az infrastrukturális hiányosságok szintén alapvető kihívást jelentettek. Komlóssy Imréné Újfehértón egészségház hiányában a kultúrházban rendezett be tanácsadót; a fejtetvesség kezelésére nem volt megfelelő szer, petróleum-napraforgóolaj keveréket alkalmaztak, mosószappan híján sziksót használtak (Bodnár, 1989). Tóth Tamásné emlékezetes pillanatként idézte fel, amikor az egyik faluban egy dombba vájt kunyhóban lakó családot keresett fel, ahol az ágy és a csecsemő egyetlen helyiségben zsúfolódott össze. Mindezek ellenére a védőnők tekintélyét és elfogadottságát az interjúk egybehangzóan megerősítik: Tóth Tamásné hangsúlyozta, hogy a tanácsokat még Tímáron is, ahol magas az írástudatlanok száma, is megfogadták, Bezzegh Jánosné pedig azt emelte ki, hogy a gon-

dozottak általában várták és szívesen fogadták a látogatásokat, bár az idősebb rokonok tekintélye – az anyós, a szomszédok – olykor felülírták a szakmai útmutatásokat.

8. Járásszintű sajátosságok

A vizsgált járások mindegyike egyedi képet mutat, amelyből a vármegyei fejlődés általános tendenciái mellett az eltérő helyi adottságok is jól körvonalazódnak. A Nagykállói járás az 1950-es évek elején mindössze 2 betöltött védőnői állással, önálló épület nélkül, bérelt helyiségekben működött. Az 1955-ös bővítés – amelynek keretében 10 új védőnői állást hirdettek meg – és az 1962-ben megnyílt Járási Rendelőintézet döntő fordulatot hozott: a gyermekgyógyászati és nőgyógyászati szakellátás elérhetővé vált. A 15 körzeti védőnő munkájának köszönhetően 1968-ra a járás a legjobb csecsemőhalálozási mutatóval rendelkezett a vármegye összes járása közül. Mindezt árnyalja, hogy a tanyavilág 1969-es felszámolása a 40 000 fős lakosság közel 30%-át érintette, és a szétszórt tanyai életmód megszüntetése hosszú távon könnyítette az egészségügyi ellátást (Csepelyi et al., 1970).

A Mátészalkai járás a KSH felmérése alapján a megye egyik legfejlettebb városa köré szerveződött. Az 1932-ben felépült kórház és az 1950-ben felavatott rendelőintézet szilárd alapot biztosított az anya- és csecsemővédelemnek. A járásban a szegénység mindvégig érezhető volt: 1964-ben 81 édesanya közül 79 kapott ingyenes csecsemőkelengye-utalványt a védőnők közreműködésével (Csomár, 1968). Kiemelkedő kezdeményezés volt az 1959-ben Fülöp Józsefné védőnő által elindított egészségőr-képzés, amelyet az Ifjúsági Vöröskereszt Szervezettel együttműködve szervezett meg – ez az egészségnevelő munka máig folytatódik.

A Kisvárdai járáshoz tartozó 23 település a sokgyermekes családok arányában feltűnő különbségeket mutatott: Kisvárdán 24%, Ajakon 75%, Dombrádon 36,3% volt ez az érték az 1950-es évek elején. Bezzegh Jánosné 1968-tól 2006-ig dolgozott a járás falusi körzeteiben, és tapasztalatai szerint az oltási lefedettség – amelyet a Közegészségügyi és Járványügyi Állomás (KÖJÁL) rendszeresen ellenőrzött – Szabolcs megye egyik legfontosabb eredménye volt: az oltóanyagok és a szükséges felszerelések folyamatosan rendelkezésre álltak, és a megye az oltási lefedettség tekintetében országos szinten is vezető helyen állt.

A Nyíregyházi járást a városi és tanyai ellátás kettőssége jellemezte. Tóth Tamásné 1962-től 2005-ig dolgozott Nyíregyháza városi körzeteiben és a hozzá tartozó bokortanyákban (Mohosbokor, Kovácsbokor, Gerhátbokor). A 9.-ként kinevezett városban dolgozó védőnőként évtizedeken át tanúja volt a hálózat látványos bővülésének. A Ratkó-korszak hatásait a járás körzeteiben személyesen is megélte: Balsán az ottani házi orvos illegális abortuszt végzett, az asszony belehalt. A börtönbe került orvost helyettesítő kolléga a fiatal kezdő védőnőre bízott feladatokat, köztük intravénás injekció beadását is – ez szemléletesen mutatja, milyen önállóságra és gyors alkalmazkodásra volt szükségük a korabeli védőnőknek.

9. A védőnői munka főbb helyszínei

Az 1950 és 1989 közötti időszak védőnői munkájának megértéséhez elengedhetetlen azoknak az épületeknek az ismertetése, amelyek a mindennapi tevékenység helyszínéül szolgáltak. Nyíregyházán a Walder Gyula tervei alapján 1937–1938-ban emelt, utcára néző épület a tanácsrendszer idején Járási Hivatalként működött.

dött – ez volt a védőnői hálózat közigazgatási centruma. Ma Katolikus Idősek Otthonaként nyújt ellátást. Az 1907-ben emelt, 1908-ban dr. Bókay Árpád által felavatott egészségház (Sztálin tér 18., ma Benczúr Gyula tér 18.) a Stefánia Szövetség, majd a Zöldkeresztes Egészségvédelmi Szolgálat otthona volt, végül az 1950-es évektől az anyatejgyűjtő állomásnak és a körzeti tanácsadóknak adott helyet. Sóstón, a Berenát utca 25. szám alatt álló kétemeletes épület az 1970-es években szolgálati lakásként és az ahhoz kapcsolódó tanácsadóként működött; magyógyosztár és orvosi rendelő van a helyén.

Megbeszélés

Az eredmények összességében alátámasztják mindhárom kiinduló hipotézist, ugyanakkor árnyalt képet mutatnak a fejlődés üteméről és korlátairól. Az első hipotézist – Szabolcs-Szatmár-Bereg vármegye képes volt követni az országos fejlődést az intézményes rendszer tekintetében – az adatok megerősítik, de fontos fenntartással. A megye minden lényeges intézményes fejlesztést végrehajtott: szülőotthoni hálózatot épített ki, anyatejgyűjtő állomásokat hozott létre, csecsemőotthonokat nyitott (Máriapócs 1951, Nyírbátor 1951, Sóstói Anyás-Csecsemőotthon 1966). Ugyanakkor a fejlesztések általában késéssel és nehezebb körülmények között valósultak meg, mint az ország nyugati vagy Közép-magyarországi régióiban. A Pest vármegyével való összehasonlítás jól illusztrálja ezt: 1950-ben Pest vármegyében 243, Szabolcs-Szatmár-Bereg vármegyében csupán 90 védőnő dolgozott; 1985-re ez az arány 491:292 lett 10 000 lakosra vetítve – a különbség csökkent, de fennmaradt. A második hipotézist – a csecsemőhalálozás mind országosan, mind a vármegyében csökkent – az adatok egyértelműen igazolják. Az 1950-es 108,7 ezrelékről 1985-

re 24,4 ezrelékre csökkent értékek jól tükrözik a megelőző intézkedések kumulatív hatását. Érdemes kiemelni, hogy a csökkenés üteme a vármegyei adatokban nem egyenletesen következett be: az 1970–1975 közötti átmeneti stagnálás vagy enyhe emelkedés részben az abortusz-liberalizáció után bekövetkező demográfiai változásokkal, részben a koraszülési arány növekedésével magyarázható. Ugyanakkor a meredek esés az 1975–1980 közötti időszakban – amely a csecsemőhalálozást felére csökkentette – a koraszülött-ellátás, az anyatejgyűjtő hálózat és a védőnőképzés egyidejű fejlesztésének eredménye. A harmadik hipotézis – a védőnői jelenlét hozzájárult a falvak pozitív életvezetéséhez – a kvalitatív adatok tükrében a legösszetettebb értékelést igényli. Az interjúk tanúsága szerint a védőnők hatása lassú, hosszú folyamatban érvényesült: a babonák fokozatosan oszlottak el, az oltási lefedettség folyamatosan nőtt, és az egészség tudatosság fejlődött. Mindhárom interjúalany megerősítette, hogy munkájuk végeredménye pozitív volt, és szívesen választanák újra a hivatást. A 30-40 éves pályafutások alatt megismert generációk életvezetésében érzékelhető változások – a természetes táplálás terjedése, a védőoltások elfogadása, az intézményi szülések normává válása – a védőnői jelenlét tartós, strukturális hatásainak bizonyítékai.

A kutatásunk eredményei összhangban vannak Kahlichné dr. Simon Márta (2015, 2025) átfogó hivatástörténeti munkájával, Bodnár Lóránt (1989) megyei krónikájával és a Szabolcs-Szatmár-Szemle (1991) tematikus összeállításával, ugyanakkor ezeket az 1950–1989 közötti időszakra vonatkozóan helyi szintű, interjúkkal gazdagított, összehasonlító adatokkal egészíti ki. A hiátus, amelyet ez a kutatás részben betölt, a korábbi és a jelenlegi munkákhoz képest ab-

ban rejlik, hogy a statisztikai adatokat egyszerre kapcsolja össze a politikai, az egészségpolitikai kerettel, az intézménytörténeti fejlődéssel és az egyéni tapasztalatokkal.

A kutatás korlátait elsősorban a levéltári forrásanyag egyenetlensége jelenti: az 1950-es évekből kevesebb, az 1970-es évektől egyre több dokumentum állt rendelkezésre. Az interjúk esetében a visszaemlékezésből adódó szubjektív és az emlékezet torzulása figyelembe veendő tényező, amelyet a dokumentumokkal való keresztellenőrzéssel igyekeztünk kezelni.

Következtetések

A kutatás eredményei összességében igazolják a kiinduló hipotéziseket. Szabolcs-Szatmár-Bereg vármegye az 1950 és 1989 közötti időszakban intézményes szinten képes volt követni az országos fejlődést: szülőotthoni hálózat, anyatejgyűjtő állomások, csecsemőotthonok, Járási Egészségügyi Szolgálat és Mozgó Szakorvosi Szolgálat épültek ki, a fejlesztések üteme és iránya következetes volt, még ha az elért eredmények minden mutatóban elmaradtak is a kedvezőbb helyzetű régiókéitól.

A csecsemőhalálozás 108,7 ezrelékről 24,4 ezrelékre csökkent a vizsgált időszakban, ami szoros összefügg a szülőotthoni hálózat kiépítésével, a védőnők számának növekedésével, a csecsemőellátó intézményhálózat bővítésével és a megelőző egészségnevelés terjedésével. A csökkenés nem volt egyenletes: az 1970-es évek közepi átmeneti stagnálás után az 1975–1980 közötti időszak hozta a legjelentősebb visszaesést, amelyet a koraszülött-ellátás és az anyatejgyűjtő állomások fejlesztése magyaráz. A védőnői jelenlétet a falvakban a helyi közösségek általában elfogadták és pozitívan álltak az ellátáshoz. A rendszeres családlátogatáson alapuló személyes jelenlét döntő tényezőnek bizonyult a babonák visszaszorításában, az egészség tudatosság növelésében és a rászoruló közösségek – köztük a roma lakosság – elérésében. A hivatás hatékonysága nem csupán az intézményi keretektől és a jogszabályi háttértől függött, hanem az egyéni tényezőktől a védőnők elhivatottságától, kreativitásától és kapcsolatteremtő képességétől is. Az interjúalanyok – akik 30-40 éves pályafutásukat egységesen a legszebb hivatásnak nevezték – ezt ékesen bizonyítják.

A jövőbeli kutatások számára érdemes lenne az 1950–1989-es periódust összekapcsolni az azt megelőző (1915–1950) és az azt követő (1990–) korszak elemzésével, és összehasonlító vizsgálatot végezni a szomszédos, hasonlóan periférikus helyzetű vármegyékkel, így Hajdú-Biharral vagy Borsod-Abaúj-Zemplénnel.

Szerzői munkamegosztás

RI – szakértés, módszertani leírás, elemzés

BA – szakértés, módszertani leírás, elemzés

MGY – formázás, szerkesztés

GÉK – formázás, szerkesztés

Támogatások és/vagy érdekeltségek

A tanulmány elkészítése anyagi támogatásban nem részesült.

A szerzőknek nincsenek érdekeltségei.

Etikai nyilatkozat

Az interjúk elkészítéséhez minden résztvevő tájékoztatáson alapuló beleegyezését adta. Az interjúalanyok azonosítható személyes adatai írásbeli beleegyezésükkel kerültek feltüntetésre.

A kutatáshoz formális etikai engedély nem volt szükséges, mivel a vizsgálat archiv adatokon és önkéntesen vállalt interjúkon alapul.

Irodalomjegyzék

4343/1949. (XII. 14.) MT rendelet a megyék nevének, székhelyének és területének megállapítása tárgyában.

2/1956. (VI. 24.) EüM rendelet a terhesség megszakításával kapcsolatos eljárási szabályozásról.

8/1953. (II. 8.) MT rendelet a gyermektelenek adójáról.

37/1961. (Eü. K. 19) Eü.M.sz utasítás a körzetben dolgozó védőnők működési szabályzatáról.

1004/1953. (II. 8.) Minisztertanácsi határozat az anya- és gyermekvédelem továbbfejlesztéséről.

Bodnár, L. (1989) Védőnői krónika. Historica medicina 5. Nyíregyháza: szerző kiadása. 55-57.

Bodnár, L. (1991) Az anya-, csecsemő- és gyermekvédelem fejlődése Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében. Szabolcs-Szatmár-Szemle 26. szám. (401-413. o.)

Csepelyi, T. et al. (szerk.) (1970) A nagykállói járás múltja és jelene. Nagykálló, 339-346.

Cora, Z., Kiss, M. R., Olasz, L. (szerk.) (2020). Fejezetek a magyarországi társadalom- és szociálpolitika történetéből II. kötet. Szövegek a kiegyezéstől a rendszerváltásig. Belvedere Meridionale, Szegedi Egyetemi Kiadó, Szeged ISBN 978-615-6060-30-3

Csomár, Z. (1968) Mátészalka Mátészalka, 373-377.

Domány, Z. (1970). Szülészet és Nőgyógyászat. Orvosi Hetilap, 111(26), 1306. Egészségügyi Dolgozó, Orvos Egészségügyi Dolgozók Szakszervezete Lapja (1961) Több az eredmény, mint a kudarc – a falusi védőnőkről. 5(1-12)7. Elérhető:https://adt.arcanum.com/hu/view/EgeszsegugyiDolgozoLattlet_1961/?pg=0&layout=s

Fazekas, Á. (1974) Anya- és csecsemővédelem Szabolcs-Szatmárban. Szabolcs-Szatmári Szemle, 9(2), 65-74.

Gaál, I. (1983) Négy évtized szociálpolitika története életrajzok tükrében Szabolcs-Szatmár megyében 1938-1983. Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Levéltár Kiadványai, 7. (144-154. o.)

Kahlichné Simon, M. (2007) A hazai védőnőképzés története. Semmelweis Kiadó. VIII. évfolyam, 7. szám.

Kahlichné Simon, M. (2015) A védőnői hivatás története. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.

Kelet-Magyarország (1962) Pótmama szolgálat Nyíregyházán. 19(169).

Kelet-Magyarország (1964) 21(120).

- Kende, É., Békési, Zs. (1979) Az anyatejgyűjtés járványügyi jelentősége. Egészségügyi Munka, 26 (1-12).
- KSH (2024a) Élveszületések száma. https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0006.html (Látogatva: 2024. 07. 09.)
- Központi Statisztikai Hivatal (KSH)(2024b) Csecsemőhalálozási adatok. https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0009.html (Látogatva: 2024. 09. 15.)
- Kóbor, J., Than, N., Tóth, L., Temes, Gy. (1966) Az Anyák Iskolája a korszerű terhes védelemben. Egészségügyi Felvilágosítás, 7(1-6).
- Kovács, J. (1957) Védőnő és szakszervezet. Egészségügyi Dolgozó, 1(2). 3.
- Mezey, A. (2023) Abortusz-kultúra és ellenkultúra a Kádár-korszak első felében. Budapest: Szent István Intézet. 4-21.
- Mihalec, G., Bakó, D., Boróczki, B., Jámbor-Szabó, É., Urbán, T. (2011) A családi életre nevelés története, módszertana és gyakorlata. Új Pedagógiai Szemle. https://folyoiratok.oh.gov.hu/sites/default/files/article_attachments/upsz_2011_1-5_09.pdf (Látogatva: 2024. 07. 17.)
- Moskovits, K. (1966). Szabolcs-Szatmár egészségügyéről. Szabolcs-Szatmár Szemle, 1(1-2), 19-26.
- Nagy, B. (1964) Újabb adatok a csecsemőhalálozás értékeléséhez. Orvosi Hetilap, 105(1-4), 70-71.
- Sárány, J. (1962) A csecsemőhalálozás elleni küzdelem eredményei Magyarországon. Népegészségügy, 43(1-12), 353-363.
- Simonovits, I. (1972). A hazai csecsemőhalálozás alakulásáról, helyzetéről. Népegészségügy, 53(3).
- Svégel, F. (2023) Ortutay Zsuzsanna és a Kádári népesedéspolitika. XX. századi történeti források, 23(2).
- Soósné K, Zs.Sebők Z. Schmidt P. (2025) Változások az orvosok, védőnők és egészségügyi szakemberek gyermekvédelmi munkájában, ajánlások és további munkához, Tanulmány a Védőnői Szolgálat 110 éves évfordulója alkalmából. Orvosi Hetilap, 166(35): 1391–1400. doi:10.1556/650.2025.33367
- Varga, L. (1984) A Magyar Földrajzi Társaság XXXVII. Vándorgyűlése a Nyírségben 1984. július 2-4-én. Földrajzi Közlemények. 148.



Pálmainé Gál Mária Erzsébet¹
szakvédőnő

Dr. Karácsony Ilona Hajnalka
PhD., habil.²
egyetemi docens
ORCID: 0000-0003-3336-9376

Dr. Csákvári Tímea, PhD.³
adjunktus
ORCID: 0000-0002-3339-4953

Prof. Dr. Pakai Annamária
PhD. habil⁴
egyetemi tanár
ORCID: 0000-0002-2849-1310

Kapcsolattartó szerző:
Dr. Csákvári Tímea, PhD.
8900 Zalaegerszeg,
Landorhegyi út 33.
timea.csakvari@etk.pte.hu
+36 92 / 323- 020

Antenatális szorongás és depresszió vizsgálata a szociodemográfiai tényezők tükrében

Antenatal Anxiety and Depression in the Light of Sociodemographic Factors

¹ Óbuda-Békásmegyer Védőnői Szolgálat

² PTE ETK Egészségtudományi Alapozó, Szülésznői és Védőnői Intézet, Prevenációs és Perinatális Tanszék

³ PTE ETK Egészségbiztosítási Intézet, Egészség-gazdaságtani és Egészségügyi Szervező Tanszék

⁴ PTE ETK Sürgősségi, Egészségpedagógiai és Ápolástudományi Intézet

Absztrakt

A vizsgálat célja: Felmérni a depresszió és szorongás mértékét, valamint azok összefüggéseit szociodemográfiai tényezőkkel várandósok körében. **Anyag és módszer** Kvantitatív, keresztmetszeti vizsgálatunkat 2023 október-december között végeztük a 7-40. terhességi hetet betöltött várandósok körében (N=105). Saját készítésű és validált kérdőívvel (Edinburgh Postnatal Depression Scale [EPDS], Beck Szorongás Leltár [BAI]) gyűjtött adatainkat leíró és matematikai statisztikai módszerekkel (korrelációanalízis, ANOVA, t-próba, ²-próba) SPSS program használatával elemeztük ($p < 0,05$). **Eredmények:** A megkérdezettek átlagéletkora $30,09 \pm 6,15$ év. Az EPDS átlagpontszám $5,95 \pm 4,33$ pont, míg a BAI átlaga $18,05 \pm 8,50$ pont. Az alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezők, az alacsonyabb jövedelemszinten élők, valamint az egyedülállók depresszió rizikóskálán mért értékei magasabbak voltak ($p < 0,05$), azonban az EPDS pontszáma a kórelőzményben szereplő vetéléssel és a gesztációs korrallal nem mutatott szignifikáns különbséget ($p > 0,05$). **Következtetések:** A várandósság alatti depresszió növelheti a postpartum depresszió megjelenését. Fontos időben szakemberhez irányítani a kiszűrt várandósokat. A veszélyeztetett csoport számára megfelelő ellátási vonal felkínálása hozzájárul az anya jól-létének és a csecsemő optimális fejlődésének, egészségi kimenetelének elősegítéséhez.

Kulcsszavak: depresszió, szorongás, várandósság, EPDS-skála, védőnő

Abstract

Objectives: To assess the level of depression anxiety and related sociodemographic factors among pregnant women in Hungary. **Materials and methods:** We conducted a cross-sectional study among pregnant women between the 7th- 40th weeks of gestation (N=105). Self-designed and validated questionnaires (Edinburgh Postnatal Depression Scale [EPDS], Beck Anxiety Inventory [BAI]), were used analyzed by descriptive statistics and ANOVA, t-test, χ^2 -test with SPSS software ($p < 0.05$). **Results:** The mean age was 30.09 ± 6.15 years. The mean EPDS score was 5.95 ± 4.33 , the mean BAI score was 18.05 ± 8.50 . Participants with lower educational attainment, lower income levels, and those living alone showed higher scores on the depression scale ($p < 0.05$) but did not differ significantly in relation to a history of miscarriage or gestational trimester ($p > 0.05$). **Conclusions:** Antenatal depression may increase the likelihood of postpartum depression. It is important to refer at-risk pregnant women to specialists. Offering an appropriate care pathway for the at-risk group contributes to the mother's well-being and promotes the infant's optimal development and health outcomes.

Keywords: depression, anxiety, pregnancy, EPDS-scale, health visitor

Rövidítések jegyzéke

EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale (Edinburgh Posztnatális Depresszió Skála)

BAI: Beck Anxiety Inventory (Beck Szorongás Leltár)

BMI: Body Mass Index (testtömegindex)

Bevezetés

A várandósság a legtöbb esetben pozitív, vágyakozással teli időszak kezdetét jelenti, ugyanakkor a szülővé válás folyamata a fejlődéslélektan szempontjából normatív krízisnek tekinthető, amely jelentős pszichés és környezeti alkalmazkodást igényel. E fokozott terhelés talaján a várandósság ideje alatt egyes nőknél klinikailag jelentős mentális zavarok, elsősorban szorongásos és depresszív tünetek alakulhatnak ki. A depresszió klinikai képére jellemző lehet a tartós lehangoltság, az örömtelenség, a testtömeg- és alvásváltozások, az alacsony önértékelés, a fáradtság, valamint a halállal vagy öngyilkossággal kapcsolatos gondolatok megjelenése; a pontos diagnózis felállításához azonban elengedhetetlen a tünetek meghatározott időtartamon át történő fennállása a diagnosztikai

kritériumoknak megfelelően. (Kopcsó, 2020) A Kohorsz '18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat adatai szerint a várandós nők 15,7%-a arról számolt be, hogy az idő nagy részében idegesnek, szorongónak vagy feszültnek érzi magát. A szorongásos tünetek jóval gyakoribbak azok körében, akik nem élnek együtt partnerrel, negyedik vagy további gyermeküket várják, a háztartásuk jövedelme az alsó ötödbe tartozik, 24 év alattiak, alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkeznek, illetve a teherbe esés időpontja nem az általuk tervezetteknek megfelelő. A szüléssel kapcsolatos aggodalmak tekintetében a várandósok 38,2%-a tartott attól, hogy a vajúdas vagy a szülés nehéz vagy komplikált lesz, 37% a magzat egészségével kapcsolatban érzett félelmet, míg 32,4%-uk a magzat méhen

belüli fejlődése és gyarapodása miatt aggódott. Ezzel szemben a depresszióra utaló tünetek átlagosan nagyon alacsony gyakorisággal jelentkeztek, és még ritkábban fordultak elő azoknál, akik házasságban élnek, első gyermeküket várják, magasabb iskolai végzettséggel és jövedelemmel rendelkeznek, valamint a terhességet előre megtervezték (Veroszta et al., 2021).

A családalapításra vagy -bővítésre irányuló első próbálkozások nem minden esetben sikeresek, ami jelentős lelki megterheléssel járhat. Az így kialakuló érzelmi nehézségek feldolgozása – szükség esetén szakember bevonásával – kiemelten fontos annak érdekében, hogy ne alakuljon ki tartós szorongás vagy depresszió. Az első trimeszterben jelentkező fizikai tünetek (pl. fáradtság, hányás, hányinger, fogyás) mellett a lelki rizikófaktorokkal is meg kell küzdeni (pl. fejlődő magzat egészsége miatti félelem). Általában a 2. trimeszter egy nyugodtabb szakasza a várandósságnak, azonban a 3. trimeszterben újra fokozódhatnak a szorongásos tünetek a szülés közeledtével, testkép megváltozásával, hangulatingadozásokkal, a szülés utáni kérdésekkel (pl. „*Elég jó anya leszek?*”).

Megfigyelhető az is, hogy szociodemográfiai adatok is befolyással lehetnek a depresszióra való hajlamra. Az alacsony iskolázottság, kedvezőtlen szocioökonómiai helyzet, munkanélküliség, párkapcsolati státusz (egyedülállóság, nem együttélés partnerrel) mind a terhesség alatti depresszió fokozott kockázatával járnak (Bödecs et al., 2013). Egy felmérésben azok a várandós nők értek el magasabb pontszámot az Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) kérdőíven, akik egyedülállóak voltak, fokozottan tartottak a várandósság alatti szövődményekről, anamnézisükben krónikus betegség és halvaszülés szerepelt, terhességük nem volt

tervezett, korábban egy vagy több negatív életeseeményt éltek át, valamint intim partnerrel kapcsolatos erőszaknak voltak kitéve (Beyene et al., 2021).

A védőnőknek kiemelt szerepük van a várandósság alatti és a szülést követő időszak mentális egészségének prevenciójában és a pszichés zavarok korai felismerésében, mivel a családokkal szoros, rendszeres szakmai kapcsolatot tartanak fenn (Rákóczi et al., 2024; Rákóczi et al., 2025). A védőnő feladata, hogy a várandós és a gyermekágyas időszakban segítse az édesanyát a testi-lelki változások megértésében, a kóros tünetek felismerésében, és abban, hogy szükség esetén időben jelezni tudjon, illetve megfelelő szakmai segítséget vegyen igénybe. Különbféle egyéni vagy csoportos foglalkozások keretében – az olyan (korábban már említett) rizikótényezők, mint az egyedüllét, a nem tervezett terhesség vagy a korábbi negatív életeseemények feldolgozásán keresztül – a szorongás jelentősen csökkenthető, és mérsékelhető a depresszió kialakulásának kockázata. Az ismeretlentől való félelmet lehet csökkenteni azzal, hogy információt adunk a várandós anyáknak, így már kevésbé lesz ijesztő számukra a kialakult helyzet (pl. testkép változás, hormonok hatásai, szüléstől való félelem). A folyamatos kapcsolattartás megerősíti a várandóst abban, hogy nincs egyedül, van mellette egy olyan szakember, akire számíthat, akivel megoszthatja a félelmét, problémáját. Amennyiben sikerül elérni, hogy a félelmek miatt ne alakuljon ki nagyfokú depresszió vagy szorongás, akkor egy boldog és változatos időszak átéléséhez tudjuk hozzásegíteni a kismamákat.

A kutatásunk célja, hogy felmérjük a várandósság alatti depresszió és szorongás mértékét, valamint összevessük azokat egyes szociodemográfiai változókkal.

Anyag és módszer

Kvantitatív, keresztmetszeti, leíró jellegű vizsgálatunkat egy budapesti, III. kerületi védőnői szolgálatnál végeztük 2023 október és december között. A mintavételhez nem véletlenszerű, célirányos kiválasztás módszerét alkalmaztuk. Beválasztási kritérium volt, hogy a gravida minimum 7., maximum a 40. terhességi hetét betöltse. Kizártuk azokat, akiknél diagnosztizált pszichiátriai betegség szerepelt kórelőzményükben, illetve azokat, akik a kérdőív >70%-át nem töltötték ki. Az így kialakult végső elemszám összesen 105 fő volt.

Az adatgyűjtéshez egyrészt saját készítésű kérdőívet használtunk, mely az alábbi kérdésköröket tartalmazta: szociodemográfiai adatok (életkor, lakhely, családi állapot, iskolai végzettség, egy főre jutó jövedelem, munkaerőpiaci aktivitás), paritás. A szorongás és depresszió mértékét validált eszközökkel mértük: az Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Nagy et al., 2011), valamint a Beck Anxiety Inventory-t (BAI) használtuk (Beck et al., 1988). Az EPDS egy a depresszió rizikó mértékét vizsgáló validált teszt, mely 10 kérdésből áll, és az elmúlt hét érzelmi állapotára kérdez rá (pl. az elmúlt héten érzett-e ok nélkül félelmet, szorongást, sírt-e, illetve voltak-e önbántalmazással kapcsolatos gondolatai). A kérdőíven elérhető legmagasabb pontszám 30, és minél magasabb értéket ér el a válaszadó, annál nagyobb a depresszió kockázata. Az EPDS kérdőív értelmezése ugyanakkor több szempont együttes mérlegelését igényli. Amennyiben a 10. kérdésre („Eszébe jutott-e, hogy kárt tehetne magában?”) legalább 1 pontot jelöl a kitöltő, a kapott összpontszámtól függetlenül indokolt pszichológushoz vagy pszichiáterhez irányítani. A pontszámok alapján történő értékelésnél 12 pont alatt ele-

gendő a családi és védőnői támogatás, 12 ponttól felfelé pedig szakember felkeresése javasolt. A BAI az elmúlt hónap során tapasztalt, szorongással összefüggő tünetek gyakoriságát méri. A kérdőív 20 állítást tartalmaz, amelyekre 0–3 pontos Likert-skálán adható válasz. A maximumon elérhető pontszám 60; 22 pont feletti eredmény esetén a jelentkező tünetek miatt szakember segítségének igénybevétele javasolt.

A kutatás során leíró statisztikai elemzést (átlag, szórás, minimum, maximum, abszolút gyakoriság, relatív gyakoriság), matematikai statisztikai próbákat (ANOVA, t-próba, 2-próba, Pearson korrelációanalízis) alkalmaztuk a változók közötti összefüggések vizsgálatára. A feldolgozott eredményeket átlag- és gyakoriság megbízhatósági tartománnyal prezentáltuk. Az eredményeket $p < 0,05$ mellett tekintettük szignifikánsnak. Az adatfeldolgozás SPSS 27.0 szoftverrel valósult meg.

A válaszadók a kérdőív kitöltésével adták beleegyezésüket a kutatásban való részvételre. A kérdőív kitöltése teljes mértékben anonim és önkéntes volt, a benne szereplő adatokat kizárólag tudományos célokra használtuk fel, egyéni azonosításra alkalmatlan módon gyűjtöttük és kezeltük azokat. Minden tekintetben a kutatás a Helsink Deklaráció figyelembevételével került lebonyolításra.

Eredmények

A minta jellemzése

A kérdőívet 105 olyan válaszadó nő töltötte ki, akik a kérdőív kitöltésekor várandósságuk 7-38. hetét töltötték. A kérdőívet megválaszolók átlagéletkora $30,09 \pm 6,15$ év, a legfiatalabb kitöltő 18 éves, míg a legidősebb várandós 44 éves. A legfontosabb szociodemográfiai adatokat az I. táblázat tartalmazza.

I. táblázat: A minta szociodemográfiai jellemzői (N=105)

Változó		Elemzészám (fő)	Megoszlás (%)
KORCSOPORT	18-30 éves	58	55,24
	31-44 éves	47	44,76
CSALÁDI ÁLLAPOT	Házass / élettársi kapcsolatban él	85	80,95
	Elvált / özvegy	20	19,05
ISKOLAI VÉGZETTSÉG	8 általános	4	3,81
	szakiskola	4	3,81
	középfokú	57	54,28
	felsőfokú	40	38,1
FOGLALKOZÁS	Aktív dolgozó	75	71,43
	Nem végez keresőtevékenységet	30	28,57
EGY FŐRE JUTÓ JÖVEDELEM	100.000 forint alatt	16	15,24
	100.000-300.000 forint	45	42,86
	300.000-600.000 forint	39	37,14
	600.000 felett	5	4,76

A testtömegindex (BMI) alapján a várandósok 9,52%-a (n=10) a sovány, 10,48%-a (n=11) a túlsúlyos, 3,81%-a (n=4) az elhízott kategóriába tartozott, míg a többség a normál tartományba esett (76,19%, n=80). Az átlagos BMI-érték $22,25 \pm 3,29$ kg/m² volt, az egyéni értékek 14,20 és 34,06 kg/m² között alakultak.

A várandósság adatait tekintve a megkérdezettek átlagosan $22,51 \pm 7,50$ terhességi hetüket töltötték. A megadott adatok alapján 11,43% (n=12) tartozott az első trimeszterbe (12. hétig), 60,00% (n=63) a második trimeszterbe (13-27. hét), míg 28,57% (n=30) a 3. trimeszterben volt (28-40. hét). A nők több mint fele (60%, n=63 fő)

az első gyermekét várta, 24,76%-uknál (n=26) a jelenlegi a második, 13 fő a harmadik (12,38%) és három fő a negyedik gyermekét várta a kérdőív kitöltésekor (2,86%).

A kérdésre adott válaszokból kimutatható, hogy a minta kétharmada tervezte a gyermekvállalást (66,67%, n=70), a többi esetben (33,33%, n=35) nem volt tervezett a teherbe esés.

A következő kérdés arra irányult, hogy a kitöltők kértek-e az elmúlt időszakban szakembertől (pszichológustól, pszichiátertől) segítséget. A kérdésre adott feleletek alapján következtethetünk arra, hogy a várandósság során fellépő

hormonális és pszichoszociális hatások milyen mértékű érzelmi állapotváltozásokat idézhetnek elő az egyes személyeknél. Csupán a minta 2,86%-a (n=3) vett igénybe szakemberi segítséget, míg a válaszadók döntő többsége nem részesült orvosi vagy pszichológiai kezelésben (97,14%, n=102).

A kutatás során a megkérdezettek jelentős részénél (91,43%, n=96) nem fordult elő semmilyen komplikáció előző várandósságai során, összesen 8,57%-uknál (n=9) nem zajlott problémamentesen. Utóbbi alcsoportban a leggyakrabban előforduló probléma a várandósság alatti vérzés (33,33%, n=3), a terhességi vészes hányás és koraszülés (22,22%, n=2 mindkettő esetben), valamint méhlepény leválás, és hegszétválás (11,11 %; n=1 mindkettő esetben). A válaszadók 38,10 %-ánál (n=40) fordult elő korábbi vetélés, és 2,86%-a (n=3 fő) előzményében szerepelt halvaszülés. Alacsony százalékos aránynak tűnik, ugyanakkor a családok életében ez rendkívül súlyos veszteség, amelynek feldolgozása során számos esetben szükség lehet szakember segítségére. Maga a veszteségélmény jelentősen növelheti a depresszió kialakulásának kockázatát.

A kérdőív kitért arra is, hogy a válaszadó nők körében milyen pszichés tünetek – például hangulatingadozás, alvászavar vagy étvágytalanság – fordulnak elő. Hangulatingadozással rendelkeztek a legtöbben (40,95%, n=43), míg 35,24 %-nál (n=37 fő) alvászavar is előfordult, a legkisebb mértékben pedig az étvágytalanságot jelölték (23,81%; n=25). Megvizsgálva azt is, hogy volt-e olyan tünet, ami többször fordult elő egy-egy várandósnál az az eredmény született, hogy egy tünettel rendelkezett a válaszadók 69,53%-a (n=73), a felsorolt három tünet közül kettőtől szenvedett 12,38% (n=13), minimálisan, mindösszesen 1,90%-nál (n=2) fordul elő mind-

három tünet. 16,19%-uk (n=17) a felsorolt tünetek közül egyiket sem jelölte meg.

Az EPDS és BAI kérdőívek eredményei

Kutatásunk eredményei szerint a vizsgálatban résztvevő várandósok 91,43%-a (n=96) 12 pont alatti értéket ért el az EPDS kérdőíven, ami esetükben nem indokolja szakember bevonását, míg 8,57%-uknál (n=9) a kapott pontszám alapján a fennálló probléma megfelelő szakmai kezelése javasolt. A minta 3,81%-ánál (n=4) a 10 kérdésre legalább 1 pontot jelöltek, és közülük kettő esetében a teljes EPDS-pontszám önmagában is indokolta volna szakember bevonását. Az átlagpontszám $5,95 \pm 4,33$ pont, az értékek 0 és 21 pont között alakultak.

A BAI kérdőívvel mért átlagpontszám $18,05 \pm 8,50$ pont. A minimum elért pontszám 0, míg a maximum pontszám 45 volt a 60-ból. A várandósok 75,24%-a (n=79) 22 pont alatti pontszámot ért el, 24,76%-a (n=26) pedig meghaladta a 22 pontot, mely esetében szakember igénybevétele javasolt. Összességében erős, pozitív korrelációt találtunk a két kérdőív pontszáma között: elmondható, hogy a magasabb szorongás a depresszív tünetek magasabb előfordulásával is jár ($r=0,777$; $p<0,001$).

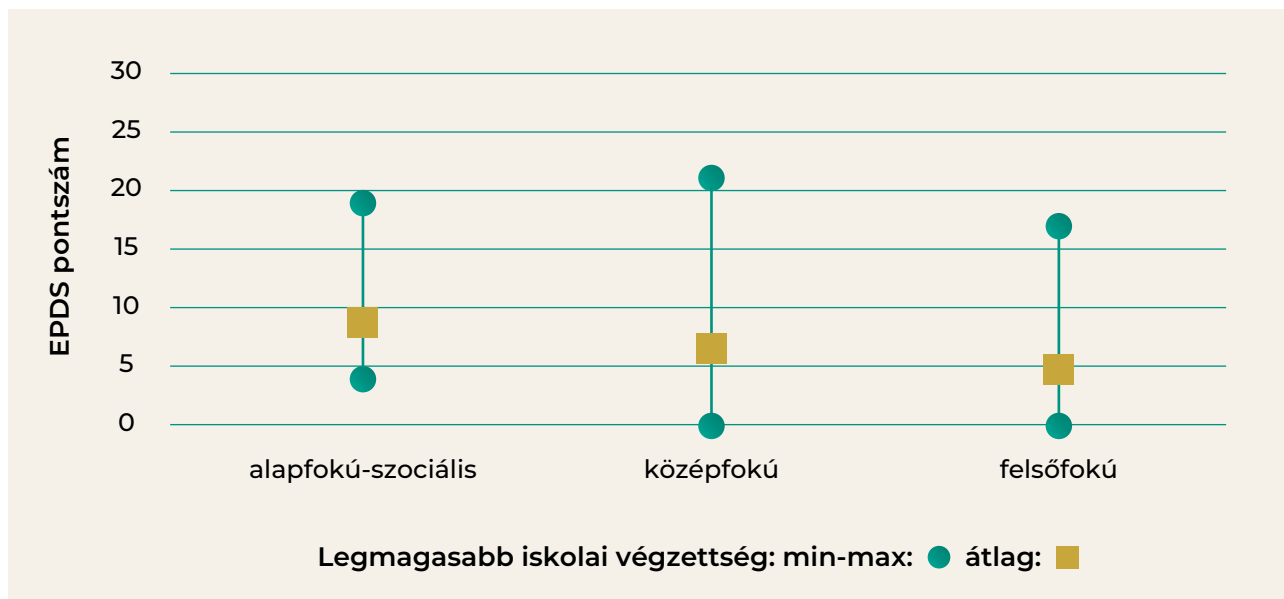
Szociodemográfiai faktorok és a depresszió, szorongás kapcsolata

A 105 kitöltött kérdőív adatai alapján az általános iskolai végzettségűek körében a depresszió rizikó átlagpontszáma $10,75 \pm 5,91$ pont volt; a szakiskolát végzeteknél $7,50 \pm 5,07$ pont, az érettségivel rendelkezők esetében $6,40 \pm 4,40$ pont, míg a főiskolai/egyetemi végzettségűeknél $4,68 \pm 3,61$ pont. Mindezekkel együtt az iskolai végzettség és az EPDS pontszám között egyutas varianciaanalízis szignifikáns különbsé-

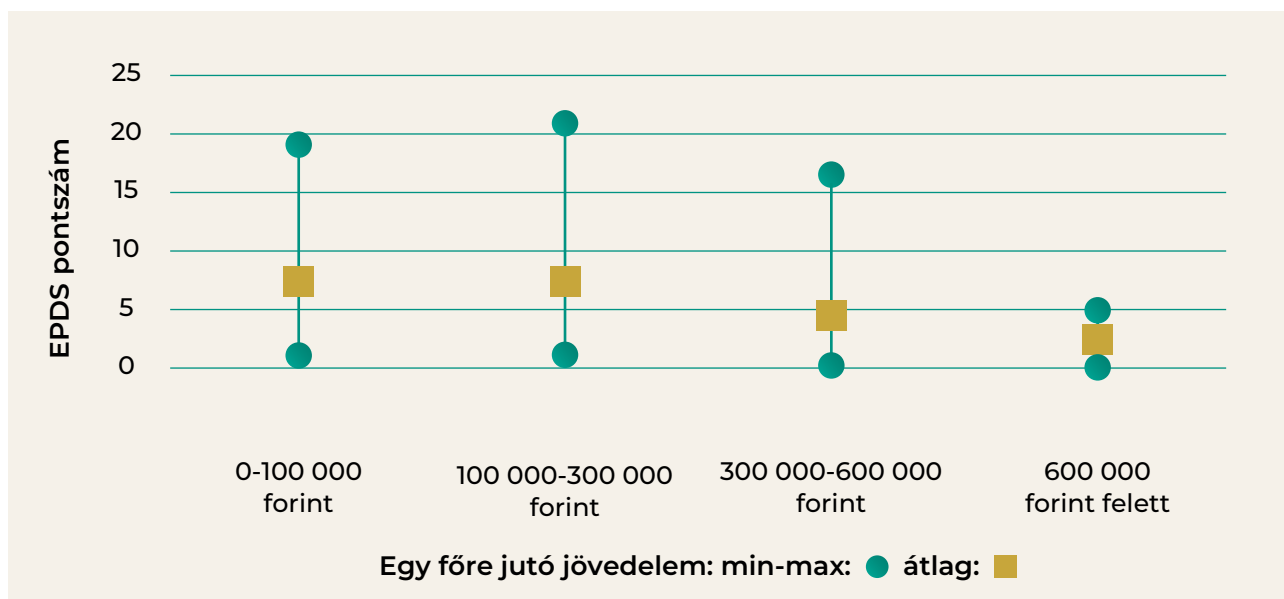
get mutat. ($F=4,476$, $p=0,014$). Post Hoc teszttel (Tukey HSD) a szakmunkás vagy annál alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkező nők és a diplomás nők között igazolható a különbség ($p=0,014$). Ebben az esetben az átlag pontszám $9,13 \pm 5,38$ pont, szakmunkás vagy annál keve-

sebb végzettséggel rendelkezőknél, érettségizettek körében $6,40 \pm 4,40$ pont, az egyetemi/főiskolai végzettséggel rendelkezőknél pedig $4,68 \pm 3,61$). A diplomások és szakmunkás, vagy annál kevesebb végzettséggel rendelkezők közötti különbség szignifikáns ($p=0,020$). (1. ábra)

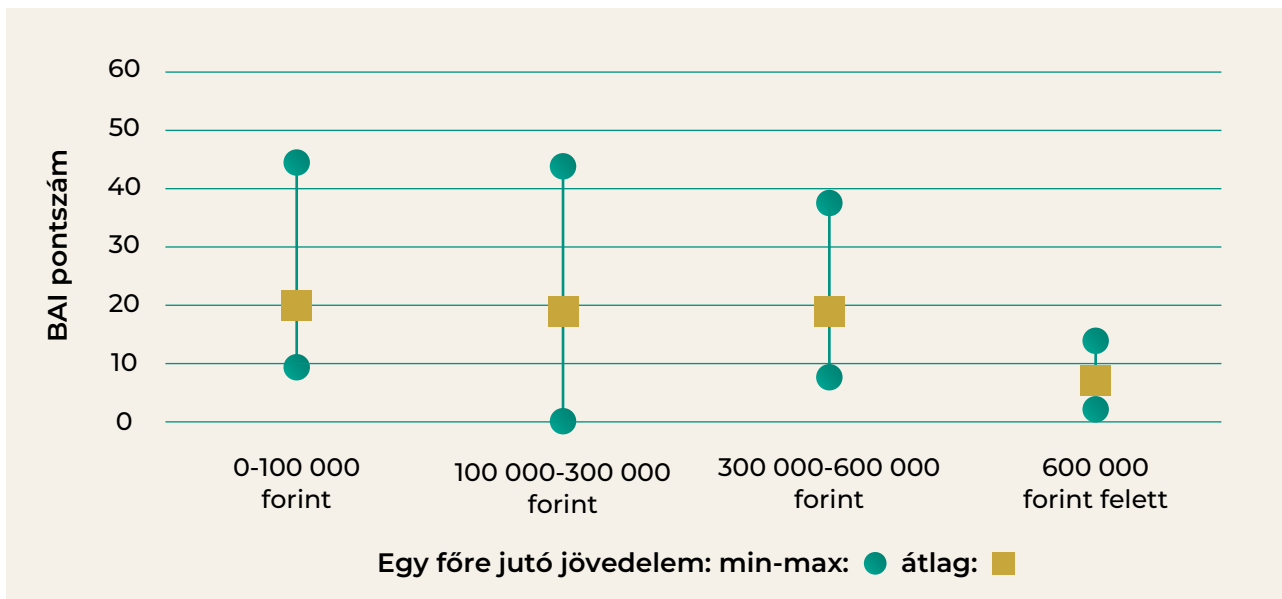
1. ábra: Az EPDS kérdőív eredményei iskolai végzettség szerint (N=105)



2. ábra: Az EPDS (a) kérdőív eredményei iskolai végzettség szerint (N=105)



3. ábra: A BAI (b) kérdőív eredményei iskolai végzettség szerint (N=105)



Bár a szorongás nem mutatott összefüggést az iskolai végzettséggel ($p > 0,05$), a családban egy főre jutó jövedelemszint azonban a depresszió ($p = 0,010$) és szorongás ($p = 0,019$) mértékére is hatással lehet. A magasabb jövedelemszinten élő gravidák körében alacsonyabb a depresszió- és szorongásmérték. (2a és 2b ábra)

Az egyedülállók EPDS átlaga $8,6 \pm 3,88$ pont, a házastársi, élettársi kapcsolatban élők átlaga $5,32 \pm 4,21$ pont. Kétmintás t-próbával igazolható, hogy az egyedülállók magasabb pontszámot értek el ($t = 3,168$, $p = 0,002$). Hasonlóan, a szorongást mérő BAI pontszáma is szignifikánsan magasabb az egyedülállóknál ($M = 25,05 \pm 8,13$), mint a kapcsolatban/házasságban élőkénél ($M = 16,40 \pm 0,75$; $p < 0,001$).

Nem találtunk ugyanakkor szignifikáns összefüggést sem a BMI értéke, sem az életkor és az EPDS és BAI pontszámok között ($p > 0,05$).

Szintén nem tudtuk bizonyítani a kórelőzményben szereplő vetélés hatását sem a depresszió, sem a szorongás mértékére; a vetélést átéltek átlagos EPDS és BAI pontszámai kevesebb, mint 1 ponttal tértek csak el ($p > 0,05$). A várandósság tervezettsége azonban befolyásoló tényezőnek bizonyult a szorongás előfordulásában: azok, akiknél nem tervezett volt a terhesség, magasabb BAI ($M = 21,34 \pm 8,91$) pontszámot értek el, mint azok, akiknél előre tervezett volt ($M = 16,40 \pm 7,85$; $p = 0,004$).

Eredményeink szerint a depresszió és a szorongás mértéke nem mutatott szignifikáns összefüggést a trimeszterrel, a gyógyszereszedéssel, a társbetegségekkel, illetve az olyan gyakori tünetekkel, mint az étvágytalanság, a hangulatingadozás vagy az alvászavar ($p > 0,05$). Pozitív korrelációt találtunk ugyanakkor a vizsgált pszichés tünetek számával: azoknál, akiknél egyszerre több tünet – hangulatingadozás, alvászavar, étvágytalanság – is jelen volt, magasabb BAI-pontszámot mértünk ($r = 0,251$; $p = 0,010$).

Megbeszélés

Budapest III. kerületében zajló kutatásunk célja az volt, hogy felmérjük a gravidák körében a várandósság alatti depresszió rizikó és szorongás mértékét, valamint ezek összefüggését a szociodemográfiai jellemzőkkel.

A szorongás és a depresszió egymással gyakran társuló, de nem azonos kórképek; tüneteik és lefolyásuk több lényeges ponton különbözik. A rövid ideig fennálló, helyzethez kötött szorongás adaptív funkciót tölthet be, mivel fokozza az éberséget, támogatja a motivációt és a problémamegoldást, például élethelyzetváltások során. Ezzel szemben a tartósan fennálló, az élet mindennapi működésébe beépülő szorongás már kórosnak tekinthető, és jelentős életminőségromlást okozhat (Baldwin et al., 2002). A szorongás testi tünetei közé tartozhat a kipirulás, szájszárazság, fokozott izzadás, heves szívdobogásérzés, mellkasi szorító érzés, hasmenés, gyakori vizeleti inger, valamint a vázizomzat tartós feszülése. Érzelmi szinten jellegzetes a félelemhez hasonló, fokozott idegi feszültség és szorongató belső nyugtalanság. Magatartási szinten alvászavar, feledékenység, kényszeres ellenőrzési késztetés (például egyazon cselekvés többszöri ellenőrzése) jelentkezhet. A szorongásos gondolkodásra jellemzőek a veszélyre és veszélyeztetettségére fókuszáló automatikus gondolatok, például pánikzavar esetén „rosszul leszek, infarktusom lesz”, hipochondriában „súlyos, ismeretlen betegségben szenvedek”, szociális fóbiában pedig „megszégyenülök, leégek, butának tartanak” (Yaribegi et al., 2017).

Eredményeink szerint az egyedülálló várandósok magasabb depresszióra és szorongásra utaló rizikó pontszámot értek el. Ez összhangban áll több nemzetközi és hazai vizsgálattal, amelyek a partneri/társas támogatás hiányát

a depresszió kiemelt rizikófaktoraként azonosították. A nemzetközi adatok alapján partneri támogatás jelenléte akár jelentősen csökkentheti a depresszió esélyét, míg partner nélküli státusz, családi konfliktusok és alacsony társas támogatás magasabb átlagpontszámokkal jár.

Az iskolai végzettség tekintetében az alacsonyabb végzettségű csoport a hazai és nemzetközi kutatások szerint is nagyobb kockázatnak van kitéve depresszió és szorongás szempontjából, ami részben a kedvezőtlenebb munkaerőpiaci helyzethez és jövedelmi viszonyokhoz köthető (Marmot, 2005; Kopcsó, 2020). Saját mintánkban az alacsony iskolai végzettségűek aránya alacsonyabb volt, ugyanakkor eredményeink azt mutatták, hogy az iskolai végzettség szignifikáns kapcsolatban áll a depresszió kockázatával. Ez adódhat abból, hogy az alacsonyabb végzettség beszűkíti a munkaerőpiaci lehetőségeket, és gyakoribbá teszi a mélyszegénységet. A mélyszegénységben élő, alacsony iskolai végzettségű személyek számára sok esetben már a mindennapi megélhetés is nehézséget jelent, mivel kevés választási lehetőségük adódik, és az élet számos területén hátrányos helyzetbe kényszerülhetnek. A várandósok számára külön terhet jelent, hogy a terhesség során szükséges vizsgálatokon (pl. vérvétel, genetikai ultrahang, EKG, fogászati vizsgálat) való megjelenéshez utazási költségek (busz-, vonatjegy) is társulnak, amelyek a mélyszegénységben élők számára aránytalanul nagy anyagi megterhelést jelentenek. Ennek következtében az alacsony iskolai végzettséggel és mélyszegénységgel élő csoportok esetében a kommunikációs sajátosságokra is kiemelt figyelmet szükséges fordítani. A szakirodalom szerint az eltérő ismereti háttér és szűkebb szókincs miatt az egészségügyi in-

formációk megértése nehezített, ezért a várandósgondozás során részletesebb, magyarázó jellegű tájékoztatásra, a szakszavak kerülésére, valamint a megértés visszakérdezéssel történő ellenőrzésére van szükség (Molnárné Grestyák et al., 2025).

A jövedelmi helyzet vizsgálatánál igazoltuk, hogy a jövedelemszint és a depresszió, valamint szorongás mértéke közötti kapcsolat szignifikáns ($p=0,019$), tehát a magasabb jövedelmű várandósok körében alacsonyabb értékek mutatkoztak, ami összhangban áll más hazai eredményekkel (Bödecs et al., 2019; Kopcsó, 2020).

A BMI, valamint az EPDS és BAI pontszámok kapcsolatát vizsgálva sem találtunk szignifikáns összefüggést. Ezt okozhatta azonban, hogy mintánk a BMI kategóriák szerint nem reprezentatív. Más vizsgálatokban a túlsúly/elhízás és a depresszió rizikópontszámok között ellentmondó kapcsolatot találtak, ami arra utal, hogy a BMI és pszichés állapot közötti összefüggés populáció- és kontextusfüggő lehet (Dachew et al., 2021; Erliana et al., 2022).

A trimeszterek szerinti összehasonlítás során átlag EPDS-pontszámunk $4,88 \pm 3,56$ volt; a második és harmadik trimeszterben kissé magasabb átlagértékek jelentek meg, de egyutas varianciaanalízis nem jelzett szignifikáns különbséget gesztációs kor alapján az átlagpontszámok tekintetében. Ezek az adatok részben eltérnek egyes hazai vizsgálatoktól (Hompoth et al., 2016), ahol az első trimeszterben magasabb arányú kóros értékeket találtak, ugyanakkor a saját kutatásunkban mért, depresszióra vonatkozó értékek kedvezőbbnek bizonyultak.

A depresszió előfordulása vizsgálatunkban 8,57% volt az EPDS 12 pontos határértéke felett, és további 3,81%-nál jelentkeztek öngyilkossági gondolatok, függetlenül a teljes pontszámától.

Az átlagpontszám 5,95 volt, ami alacsonyabb vagy hasonló a több hazai vizsgálatban közölt arányokhoz (8,5–14% feletti értékek) (Hompoth et al., 2020; Horváth & Karácsony, 2022). A BAI kérdőívvel mért szorongás átlagpontszáma 18,05 pont volt, a résztvevők mintegy háromnegyede nem érte el a klinikailag jelentősnek tekintett határértéket, míg közel egynegyedük emelkedettebb szorongásszintet mutatott.

Kutatásunkban a viszonylag kevés esetszám miatti variabilitás mértéke csekély. Kutatásunk keresztmetszeti jellegű volt, ezért nem kijelenthető, hogy a kapott, esetlegesen magasabb értékek a tünetek függvényében állandóak-e, vagy átmenetiek. Újabb kutatási lehetőséget látnunk a várandósok és párjaik/férjeik egyidőben történő felmérésére, illetve a gravidák prospektív (többalkalmas) mérésére.

Következtetések

Vizsgálatunkban a budapesti, várandós nők körében mért depresszív és szorongásos tünetek összességében mérsékeltek voltak, de az egyedülálló, alacsonyabb iskolai végzettségű és rosszabb jövedelmi helyzetű nők körében egyértelműen magasabb kockázat mutatkozott. Eredményeink megerősítik, hogy a partneri/társas támogatás hiánya, az alacsony iskolai végzettség és a szegénység a várandósság alatti depresszió és szorongás kiemelt rizikótényezői. Ennek alapján javasoljuk, hogy a döntéshozók támogassák a védőnői szolgálatokat abban, hogy a postpartum időszak depresszió szűrése mellett már a várandósgondozás rutin részévé váljon a depresszió- és szorongásszűrés minden trimeszterben, különös fókuszot helyezve a szociálisan hátrányos helyzetű várandósokra. A védőnők kiemelt szerepet játszhatnak a kockázati csoportok korai azonosításában, a várandósok edukációjában egyaránt.

Szerzői munkamegosztás

PGME – koncepció, statisztikai elemzés, adatfeldolgozás

KIH – statisztikai elemzés, szakértés

CsT – szerkesztés

PA – koncepció, szakértés, szupervízió

Támogatások és/vagy érdekeltségek

A tanulmány elkészítése anyagi támogatásban nem részesült.

A szerzőknek nincsenek érdekeltségei.

Etikai nyilatkozat

„A válaszadók a kérdőív kitöltésével adták beleegyezésüket a kutatásban való részvételre. A kérdőív kitöltése teljes mértékben anonim és önkéntes volt, a benne szereplő adatokat kizárólag tudományos célokra használtuk fel, egyéni azonosításra alkalmatlan módon. A kutatás minden tekintetben a Helsink Deklaráció és a vonatkozó adatvédelmi szabályok figyelembevételével került lebonyolításra.”

Irodalomjegyzék

- Baldwin, D. S., Evans, D. L., Hirschfeld, R. M., & Kasper, S. (2002) Can we distinguish anxiety from depression?. *Psychopharmacology Bulletin*; 36(Suppl. 2): 158–165.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., Steer, R. A. (1988) An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 56: 893–897.
- Beyene, G. M., Azale, T., Gelaye, K. A., Ayele, T. A. (2021) Depression remains a neglected public health problem among pregnant women in northwest Ethiopia. *Archives of Public Health*; 79(1): 132. <https://doi.org/10.1186/s13690-021-00649-6>
- Bödecs, T., Szilágyi, E., Cholnoky, P., Sándor, J., Gonda, X., Rihmer, Z., Horváth, B. (2013) Prevalence and psychosocial background of anxiety and depression emerging during the first trimester of pregnancy: data from a Hungarian population-based sample. *Psychiatria Danubina*; 25(4): 352–358.
- Bödecs, T., Horváth, B., Kovács, L., Németh, M., Sándor, J. (2009) A várandósság alatti depresszió és szorongás gyakorisága az első trimeszterben hazai mintán. *Orvosi Hetilap*; 150(41): 1888-1893.
- Dachew, B. A., Ayano, G., Betts, K., Alati, R. (2021). The impact of pre-pregnancy BMI on maternal depressive and anxiety symptoms during pregnancy and the postpartum period: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*; 281: 321–330. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.010>
- Erliana, U., Fly, A., Xun, P. (2022) Body Mass Index and Edinburgh Postnatal Depression Scale Score of Pregnant Women & Breastfeeding Mothers During COVID-19 Pandemic. *Current Developments in Nutrition*, 6(Suppl 1): 637. <https://doi.org/10.1093/cdn/nzac061.021>

- Hompoth, E. A., Tőreki, A., B. Fűrész, V., Németh, G. (2017) A hangulati állapot alakulásának kockázati tényezői a perinatalis időszakban. *Orvosi Hetilap*; 158(4): 139–146. <https://doi.org/10.1556/650.2017.30598>
- Hompoth, E. A., Gálosi, N., Becsei, L., Tőreki, A. (2020) Depressziószűrés a várandósgondozásban. *Eredmények Békéscsaba körzetéből. Orvosi Hetilap*; 161(10): 374–381. <https://doi.org/10.1556/650.2020.31659>
- Horváth, L., Karácsony, I. (2022) Az antenatális szorongás háttértényezőinek vizsgálata a II. és III. trimeszterben lévő gravidák körében. *Aranypajzs: a Család Védelmének Tudománya*, 1(2): 24–36. <https://doi.org/10.56077/AP.2022.2.2>
- Kopcsó, K. (2020). A várandósság alatti depresszió és szorongás szocio-demográfiai rizikótényezői. *Demográfia*; 63(2-3): 171–194. <https://doi.org/10.21543/dem.63.2-3.2>
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet (London, England)*, 365(9464): 1099–1104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)
- Molnárné Grestyák, A., Barabás, Á., Pocsainé Kiss, O., Jóna, G., Takács, P., Jávorné Erdei, R. (2025). Várandósok egészségműveltsége a vélt egészségi állapot és egészségmagatartás tükrében. *Egészségfejlesztés*, 66(1): 59–73. <https://doi.org/10.24365/ef.17408>
- Nagy, E., Molnar, P., Pal, A., Orvos, H. (2011) Edinburgh Postnatal Depression Scale—Hungarian Version (EPDS) [Database record]. APA PsycTests. <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Ft29094-000> (Megtekintés ideje: 2026. 03. 05.)
- Rákóczi, I., Balázs, P., Foley, K.L. (2024). Dohányzó várandósok elsődleges védőnői állapotfelmérése az alapellátásban. *Orvosi Hetilap*, 165(14): 545–552.
- Rákóczi, I., Balázs, P., Foley, K.L. (2025). A dohányfüst-expozíció vizsgálata várandósok körében, kotininpróbával kiegészítve. *Lege Artis Medicinae*, 35(12): 633–638.
- Veroszta Z., Boros, J., Kapitány, B., Kopcsó, K., Leitheiser, F., Szabó, L., Spéder, Z. (2021) Várandósság Magyarországon. Jelentés a Kohorsz '18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat 1. hullámáról. *Kutatási Jelentések 104. KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, Budapest.* <https://doi.org/10.21543/Kut.2021.104>



Ábrahámné Simon Zsófia¹

ápoló BsC

Prof. Dr. Pakai Annamária, PhD.

habil²

egyetemi tanár

ORCID: 0000-0002-2849-1310

Dr. Csákvári Tímea, PhD.³

adjunktus

ORCID: 0000-0002-3339-4953

Vizsralek Beáta⁴

tanársegéd, ápoló

ORCID: 0009-0007-6957-3797

Kapcsolattartó szerző:

Dr. Csákvári Tímea, PhD.

8900 Zalaegerszeg, Landorhegyi út 33

timea.csakvari@etk.pte.hu

+36 92 323-020

A magyar lakosság vastagbél-daganat szűrési hajlandósága

Attitude towards colorectal cancer screening in Hungary

¹ Zala Vármegyei Szent Rafael Kórház

² PTE Egészségtudományi Kar, Sürgősségi, Egészségpedagógiai és Ápolástudományi Intézet

³ PTE Egészségtudományi Kar, Egészségbiztosítási Intézet
Egészség-gazdaságtani és Egészségügyi Szervező Tanszék

⁴ Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Sürgősségi, Egészségpedagógiai és Ápolástudományi Intézet
Zala Vármegyei Szent Rafael Kórház

Absztrakt

A kutatás célja a vastagbél-daganat (CRC) szűréssel kapcsolatos elutasítás okainak, az ismerethiány mértékének és a félelmet kiváltó tényezők feltárása, különös tekintettel az alacsony részvétel hátterére. Vizsgáltuk továbbá, hogyan értékelik az 50–75 év közötti személyek a háziiorvosuktól kapott tájékoztatás mennyiségét és minőségét. A keresztmetszeti vizsgálat 2024.11.30–12.31. között zajlott a Zala Vármegyében (N=100). A nem véletlenszerű, célirányos mintaválasztás során a mintába a 50–75 év közöttiek kerültek, kizárási kritérium volt a korábbi CRC diagnózis. Az adatgyűjtés saját szerkesztésű, anonim kérdőívvel történt. Az elemzés leíró statisztikával és khi-négyzet próbával ($p < 0,05$) zajlott. Eredményeink szerint a részvételt nem befolyásolta a nem, a lakóhely, az iskolázottság, a háziiorvosi tájékoztatás, a családi érintettség vagy a fájdalomtól való félelem ($p > 0,05$). Bár sokan hallottak a betegségről, a tünetek ismerete azonban hiányos. Következtetésként hangsúlyozzuk a célzott prevenció és az életkori határ kezdetének 45 éves korra való előrehozásának indokoltságát.

Kulcsszavak: vastagbél-daganat, szűrővizsgálat, alacsony részvételi arányszám, ismerethiány

Abstract

The aim of the study was to explore the reasons for refusal of colorectal cancer (CRC) screening, the extent of knowledge deficits, and the fear-related factors contributing to non-participation, with particular emphasis on the background of low attendance rates. We also examined how individuals aged 50–75 evaluate the quantity and quality of information provided by their general practitioners. The cross-sectional study was conducted between 30 November and 31 December 2024 in Zala County (N=100). A non-random, purposive sampling method was applied, including

participants aged 50–75 years; a prior diagnosis of CRC was an exclusion criterion. Data collection was performed using a self-developed, anonymous questionnaire. Statistical analysis included descriptive statistics and chi-square tests ($p < 0.05$). Our results indicate that participation was not significantly associated with gender, place of residence, educational level, GP-provided information, family history, or fear of pain ($p > 0.05$). Although many respondents had heard about the disease, knowledge of its symptoms was insufficient. In conclusion, we emphasize the importance of targeted prevention programs and recommend lowering the screening age threshold to 45 years.

Keywords: colorectal cancer, screening, low participation rate, knowledge deficit

Rövidítések jegyzéke

CRC – kolorektális daganat

GLOBOCAN – Global Cancer Observatory

EFOP – Emberi Erőforrás Fejlesztési Operatív Program

FOBT – fecal occult blood test (széklet okkult vérvizsgálat)

Bevezetés

A kolorektális daganatok (CRC), ideértve a vastag- és végbéltumorokat világszerte komoly népegészségügyi problémát jelentenek. A Global Cancer Observatory (GLOBOCAN) szerint 2022-ben világszerte 19.976.499 új daganatos megbetegedést és 9.743.832 daganatos halálesetet regisztráltak, ezek közül 1.926.425 új eset és 904.019 haláleset kolorektális daganathoz köthető. A kolorektális daganatok a tüdő- és emlőrák után a harmadik leggyakrabban diagnosztizált rosszindulatú daganattípust jelentik, az összes daganatos megbetegedés mintegy 10%-áért felelősek, évente több mint 1,9 millió új esettel; ezek mintegy 72%-a a vastagbélben, 28%-a a végbélben alakul ki. Előrejelzések szerint, ha az incidencia lényegesen nem változik, 2050-re a globális új CRC-esetek száma megközelítheti a 2,36 milliót, ami mind a morbiditás, mind a mortalitás további növekedését vetíti előre. (Ferlay et al., 2024; Sung et al., 2021; Ferlay et al., 2021; Wu et al., 2025)

A kolorektális daganatok incidenciája és mortalitása világszinten jelentős földrajzi különbségeket mutat: a colon- és rectumrák előfordulása egyes régiók között akár 6–8-szoros eltérést is mutathat. A legmagasabb esetszámot Kelet-Ázsiában regisztrálták, ugyanakkor Európában a globális CRC-esetek közel 27%-át diagnosztizálják, és a legtöbb európai országban a korra standardizált incidenciája meghaladja a 40/100.000 főt. A GLOBOCAN és hazai elemzések alapján Magyarország daganatos terhe különösen kedvezőtlen: az összesített, életkorra standardizált daganatos halálozási ráta 143,7–148,1/100.000 fő, amellyel hazánk az EU legmagasabb értékei közé tartozik, a halálesetek több mint egyötöde rosszindulatú daganatra vezethető vissza. Kolorektális daganatok tekintetében az életkorra standardizált incidenciája mintegy 45,3/100.000, a mortalitás pedig 20,2/100.000 fő, ami többszöröse a nemzetközi átlagnak, és az onkológiai halálokok között vezető helyet biztosít a betegségnek (Arnold et al., 2017; Wu et al., 2025).

A GLOBOCAN 2022 adatai szerint a kolorektális daganatok terhe szoros pozitív összefüggést mutat az emberi fejlettségi index (HDI) szintjével: a nagyon magas HDI-szintű országokban a CRC incidenciája és halálózása egyaránt magasabb, ugyanakkor a jobb ellátórendszer révén nagyobb eséllyel kerül sor korai diagnózisra és korszerű kezelésre. A közepes és magas HDI-értékű, gyors gazdasági növekedésen és „westernizáción” áteső országokban – a vörös és feldolgozott húsok, zsírok, cukor és energiadús élelmiszerek fokozott fogyasztásával, a csökkenő fizikai aktivitással, valamint az elhízás növekvő arányával párhuzamosan – az incidencia folyamatos emelkedése figyelhető meg. Az életkor szerinti elemzések azt mutatják, hogy a kolorektális daganatok gyakorisága a 40. életév után meredeken emelkedik, az incidencia csúcsa a 65–69 éves korcsoportban figyelhető meg, ami alátámasztja az 50–70 éves korosztály célzott szűrésének népegészségügyi jelentőségét (Arnold et al., 2017; Wu et al., 2025).

Hazai viszonylatban a Központi Statisztikai Hivatal és nemzetközi adatbázisok alapján 2022-ben több tízezer embernél diagnosztizáltak rosszindulatú daganatos megbetegedést, és közel 8 000 beteg halt meg malignus daganat következtében, amelyből jelentős hányad a vastag- és végbélrákhoz köthető. A betegség korai stádiumban történő felismerése lényegesen javítja a prognózist: lokalizált stádiumban a gyógyulás esélye megközelítheti a 90%-ot, ezért a szervezett lakossági szűrőprogramok alapvető szerepet töltenek be a morbiditás és mortalitás csökkentésében. Nemzetközi viszonylatban számos országban bevezetésre került a vastagbél-daganat-szűrés lehetősége, amelynek elsődleges feladata olyan tünet- és panaszmentes személyek felkutatása, akik életkoruk alapján (jellemzően

50–70 év között) a vastagbél-daganat szempontjából fokozott kockázatú csoportba tartoznak (Ghanem et al., 2025; Wu et al., 2025).

Magyarországon 2018-ban, az EFOP (NNK, 2016) pályázati program keretében indult el a kétvétenkénti, kétlépcsős, ingyenes vastagbél-szűrés. A 2018-os pilot programot követően 2024. május 7-én jelent meg a népegészségügyi célú, célzott, szervezett vastagbél-szűrés országos bevezetéséről szóló 1121/2024. (V. 7.) Korm. határozat. Ezt követően 2024. június 13-án lépett hatályba a módosított „a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról” szóló 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet, melynek értelmében már jogszabályi szinten szabályozottan a népegészségügyi szűrések közé tartozik a népegészségügyi céllal végzett vastag- és végbél-szűrés (vastagbél-szűrés) 50 és 70 év közötti életkorban, kétvétenként. A program keretében a székletvér-alapú vizsgálat (FIT) pozitív eredménye esetén szűrő-kolonoszkópiás vizsgálatra kerül sor, amely a vármegyei kórházak többségében elérhető. A szűrés megszervezésében és a lakosság teljes körű felvilágosításában a háziorvosok kulcsszerepet töltenek be; a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő honlapján elérhető azon praxisok névjegyzéke, amelyek részt vesznek a program megvalósításában. Ennek ellenére a vastagbél-daganat előfordulása világszinten emelkedő tendenciát mutat, és a szervezett szűrőprogramokhoz való csatlakozás hajlandósága számos országban – így Magyarországon is – elmarad az elvárttól, a részvételi arányok tartósan alacsonyak (Longobardi, 2024).

Kutatásunk célja a vastagbél-daganat-szűréssel szembeni ellenérzések okainak feltárása, a szűréssel kapcsolatos ismerethiány mértékének felmérése, a vizsgálatot elutasító személyek félelmeinek és tévhiteinek azonosítása, valamint az alacsony megjelenési arány és a szűrést egyértelműen visszautasítók döntése mögött húzódó tényleges okok megismerése volt.

Anyag és módszer

A kutatás kvantitatív, keresztmetszeti vizsgálat formájában valósult meg. Az adatfelvétel 2024. november 1. és 2024. december 31. között került sor Zala vármegyében, Zala Vármegyei Szent Rafael Kórház Belgyógyászat-Gasztroenterológia Osztályán. A vizsgálat célcsoportját az 50–75 év közötti férfiak és nők alkották, akik a kérdőív kitöltésekor tünet- és panaszmentesek voltak. A mintavétel nem véletlenszerű, célirányos, szakértői kiválasztáson alapuló eljárással történt. Beválasztásra azok a személyek kerültek, akik életkoruk alapján a vastagbél-daganat-szűrőprogram célpopulációjába tartoztak, és megfelelő együttműködési hajlandóságot mutattak a kérdőív kitöltésére. Kizárási kritériumot jelentett a diagnosztizált vastagbél-daganat fennállása, illetve azok, akik etikai megfontolásból – például személyes érintettségükből fakadó érzelmi megterhelés miatt – nem kívántak a témáról nyilatkozni. A kutatás során összesen 100 kérdőív került kiosztásra, amelyek maradéktalanul visszaérkeztek, és mindegyik alkalmasnak bizonyult statisztikai feldolgozásra, így kizárára egyetlen válasz sem került. Az adatgyűjtés anonim, saját szerkesztésű, önkéntes kérdőív alkalmazásával történt. A kérdőív szociodemográfiai adatokat (nem, életkor, iskolai végzettség, családi állapot, lakóhely, foglalkozás), az egészségi állapottal és szűrővizsgálatokkal kapcsolatos kérdéseket (az egészségi

állapot szubjektív megítélése, a szűrővizsgálatokon való részvétel gyakorisága és típusa, távolmaradás lehetséges okai, daganatos megbetegedés előfordulása a családban vagy ismerősi körben), valamint a vastagbél-daganat és annak szűrővizsgálatával kapcsolatos ismereteket és attitűdöket vizsgálta. Ide tartozott a szűréssel kapcsolatos tudásszint, a vastagbél-daganattal (CRC) kapcsolatos tájékozottság, a tünettann ismerete, valamint a vizsgálatról való távolmaradás lehetséges okai. (Tfaily et al., 2019; Gede et al., 2019). A statisztikai elemzést Microsoft Excel 365 program segítségével végeztük. A leíró statisztikai elemzés során abszolút és relatív gyakoriságokat, átlagot, szórást, valamint minimum- és maximumértékeket számoltunk. A változók közötti összefüggések vizsgálatára khi-négyzet (χ^2) próbát alkalmaztunk. A statisztikai szignifikanciaszintet $p \leq 0,05$ értéknél határoztuk meg.

Kutatásunkban a válaszadókat tájékoztattuk az adatkezelés menetéről, annak önkéntességéről és az anonimitás biztosításáról. Résztevőink a kérdőív kitöltésével egyidejűleg adták beleegyezésüket a vizsgálatban való részvételre. Kutatásunk a Helsinki Deklaráció és a vonatkozó GDPR szabályok figyelembevételével történt, személyazonosításra alkalmas adatokat nem gyűjtöttünk, és a továbbiakban az adatokat csak aggregált formában közöljük.

Eredmények

Szociodemográfiai adatok

Az elvégzett kutatásban összesen 100 fő (N=100) vett részt. A nők 64%-ban, férfiak 36%-ban választak a kérdőívben feltett kérdésekre. Szociodemográfiai adatokat tekintve az átlag életkor 60,24±7,03 év a legfiatalabb 50, még a legidősebb 75 éves. A részletes szociodemográfiai adatokat az I. táblázat tartalmazza.

I. táblázat: A minta szociodemográfiai jellemzői (N=105)

Változó	Kategória	Válaszadók száma (N)
ÉLETKOR	50–59 év	52
	60–69 év	39
	70 év felett	9
CSALÁDI ÁLLAPOT	Párkapcsolatban él	73
	Özvegy	15
	Elvált	9
	Egyedülálló	3
LAKÓHELY	Falu	43
	Megyeszékhely	35
	Kisebb város	19
	Hajléktalanszálló	2
	Külterület (hegyen)	1
ISKOLAI VÉGZETTSÉG	Érettségi	40
	Szakiskola / szakmunkásképző	29
	Főiskola / egyetem	27
	Általános iskola vagy alacsonyabb	4
FOGLALKOZTATÁSI STÁTUSZ	Aktívan dolgozó	54
	Nyugdíjas	39
	Részmunkaidős	1
	Rokkantnyugdíjas	4
	Munkanélküli	2

Egészségi állapot

Egészségi állapotra vonatkozó kérdésekben, a kérdőívet kitöltők, saját véleményük alapján 41% jónak, 39% közepesnek, 13% rossznak, 2% nagyon rossznak, és csupán 5%, aki nagyon jónak értékeli a jelenlegi egészségi állapotát. A megkérdezettek 45%-a csak akkor keresi fel háziorvosát, ha panasa van, még 15%-15% félévente vagy évente egyszer, 14% havonta, 1% aki he-

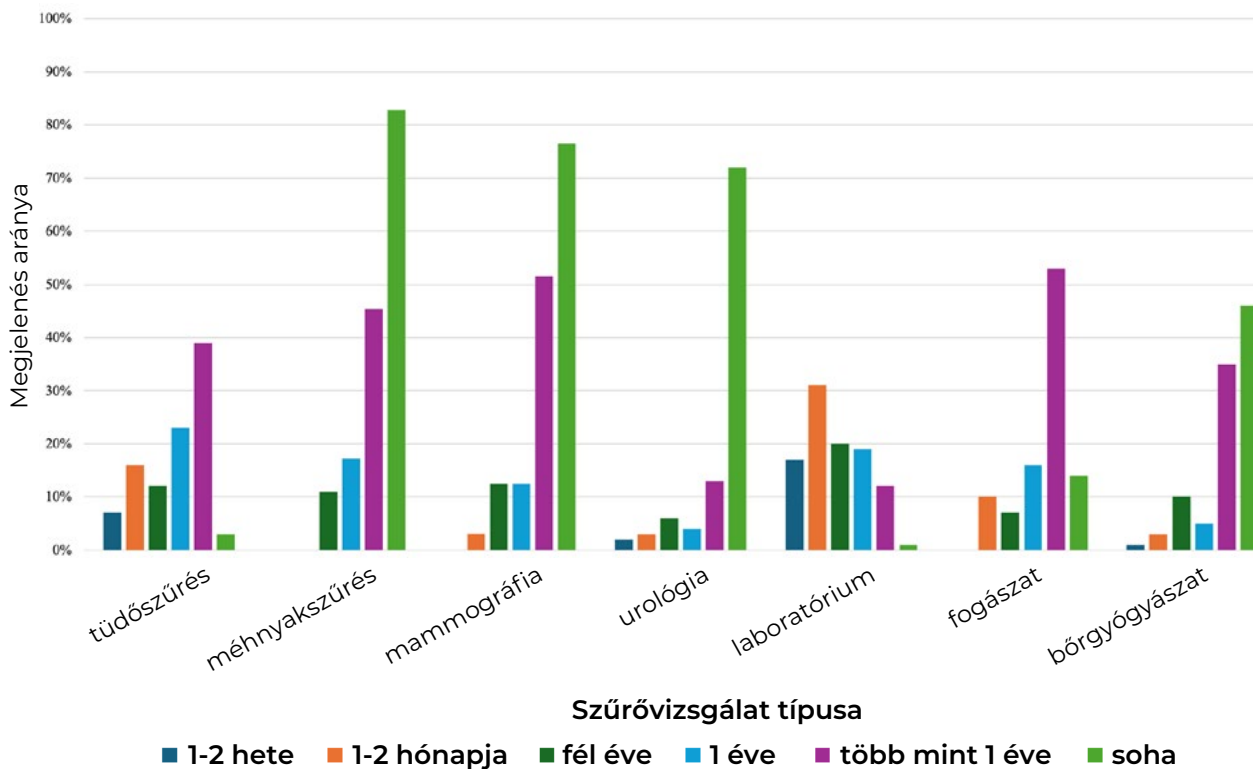
tente, 10% pedig még ennél is ritkábban. Ismert betegségek közül a megkérdezettek 71%-nak van magas vérnyomása, 14%-nak szívbetegsége, és 10%-nak valamilyen daganatos elváltozása. Összességében 72%-nak van legalább egy krónikus betegsége, és 1% az a személy, akit 6 vagy annál több ismert betegséggel kezelnek jelenleg.

Szűrővizsgálatokon való részvétel

A megkérdezettek 91%-a vett már részt az ajánlott szűrővizsgálatok egyikén, míg 9% soha nem jelent meg ilyen vizsgálaton. A felsorolt szűrővizsgálatok közül, laborvizsgálatra járnak el leginkább a megkérdezettek, egy éven belül 87% jelent meg vérvételen (1. ábra). Azonban kiemelendő, hogy a megjelölt szűrővizsgálatok közül 72% még soha vagy több mint egy éve nem vett részt ellenőrzésen, ami arra utalhat, hogy az emberek kevésbé rendszeresen járnak preventációs célból, a betegség korai felismerését szolgáló vizsgálatokra.

A szűrővizsgálatokon való részvétel elsősorban akkor ajánlott, ha az illetőnek nincsenek panasza vagy tünetei. A válaszadók 69%-a is így vélekedik, továbbá 58%-a tisztában van azzal, hogy tünetmentesség esetén is javasolt a szűrővizsgálatok elvégzése, ha az életkora ezt indokolja. A minta esetében családi körben 62%-ban, még ismerősi körben 17%-ban jelentkezett daganatos betegség, 15%-nál nem fordult még elő, illetve 6% nem tud ilyen elváltozásról. A megkérdezettek közül 21%-nak a családjában már előfordult vastagbél-daganat, míg ismerőseik körében ez az arány 18%. A válaszadók 19%-a nem tud ilyen esetről, míg 42% határozottan kijelentette, hogy nem találkozott ezzel a betegséggel.

1. ábra: Szűrővizsgálatokon való részvétel gyakorisága a szűrővizsgálat típusa szerint (N=100; mammográfia és méhnyakszűrés esetén n=64)



Vastagbél-daganattal és szűrésével kapcsolatos ismeretek

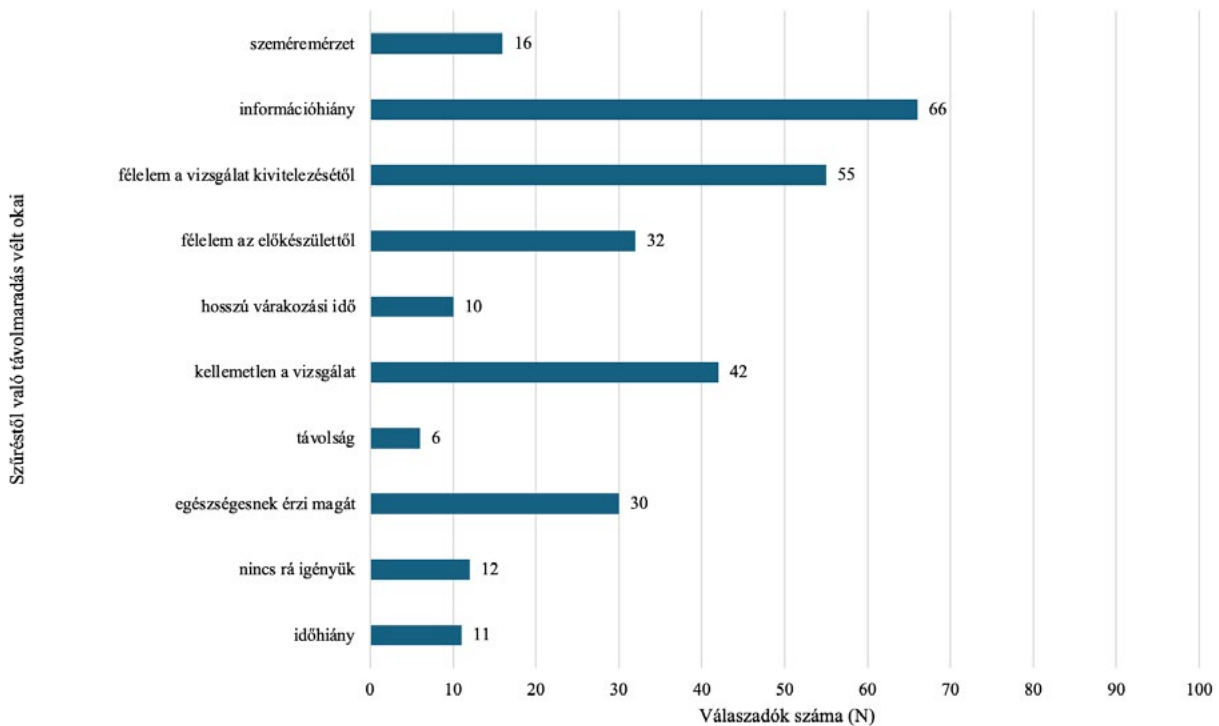
Megnyugtató, hogy a szűrés lehetőségéről a megkérdezettek 94%-a hallott már korábban, de 3-3% egyáltalán nem vagy nem emlékszik rá. A vastagbél-daganat szűrésének lehetőségéről több fórumon és különböző formákban is elérhető tájékoztatást lehet kapni. A válaszadók 100%-a az internetet, családtagokat vagy egészségügyi dolgozókat (például ápolókat, asszisztenseket) nevezte meg információforrásként. Érdekes azonban, hogy háziorvostól vagy más szakorvostól csupán 45% kapott elegendő tájékoztatást. Ugyanakkor megnyugtató, hogy minden megkérdezett hallott már valamilyen formában a szűrés lehetőségéről. A kitöltők 16%-a úgy vélte, hogy teljes mértékben elegendő információt kapott háziorvosától a szűrés menetéről. További 40% szerint a tájékoztatás megfelelő volt, de számukra nem bizonyult elegendőnek. A válaszadók 27%-a csak részben tartotta kielégítőnek az információkat, míg 12% nem volt elégedett. Emellett 5% úgy nyilatkozott, hogy egyáltalán nem kapott elegendő tájékoztatást a vastagbél-daganat szűrésének lehetőségéről. A behívó levél stílusával és formájával kapcsolatban a válaszadók 75%-ának nincs különösebb elvárása. Ugyanakkor 95% nem részesíti előnyben a színes, sok ábrával illusztrált nyomtatványokat. A megkérdezettek 34%-a szerint a behívó levél legyen egyszerű, de tartalmazzon minden szükséges egészségügyi információt. A tesztet kitöltők közül 71%-nál még soha nem csináltak a szűrésre alkalmas FOBT (fecal occult blood test) tesztet, és csak 29%-nál történt meg a vizsgálat ez idáig. A válaszadók 71%-ánál korábban nem történt vastagbél-daganat irányú szűrés, közülük 13% teljes mértékben nyitott a vizsgálatra, 30% elfogadná a vizsgálati módszert, 14% csak részben

fogadná el, 13% nem igazán és 1% aki teljesen elzárkózik a szűréstől. Azoknál, akiknél korábban elvégezték a FOBT-tesztet, ez a kitöltők 29%-a, arra vonatkozó kérdést kaptak, hogy mikor történt a vizsgálat. Válaszaik alapján több éve volt szűrésen 8%, egy éve 15%, fél éve 3%, 1-2 hónapja 2%, kevesebb mint 2 hete 1%. A zavarta vagy zavarná a széklettel való érintkezés, amit a FOBT teszt során kell vagy kellett leadnia kérdésre, 85% nemmel, még 15% igennel válaszolt.

Azon személyek, akik korábban még nem vettek részt vastagbél-daganat szűrésen, 32% úgy gondolja, elvégeztetné a vizsgálatot, mert jól tudja, hogy az időben felfedezett elváltozás eredményesen kezelhető, de a súlyosabb betegség kialakulása miatt is 23% vállalná a vizsgálatot. Figyelemre méltó azonban, hogy a kérdőívet kitöltők közül, csak 8% volt az, akinek javasolta a háziorvosa a szűrővizsgálatot.

Megkérdeztük, miért nem veszik igénybe az emberek a vastagbél-daganat szűrését, ami térítésmentes, ajánlott, és segíthet időben diagnosztizálni ezt a súlyos betegséget (2. ábra). A megkérdezettek 55%-a a vizsgálat kivitelezésétől tart, míg 66% a nem megfelelő tájékoztatás miatt marad távol. Ugyanakkor 68% nem fél a vizsgálat előkészületétől, és 84%-ot a szeméremérzete sem gátol a részvételben, ahogy a hosszú várakozási idő sem befolyásoló tényező a minta 90%-a szerint.

2. ábra: CRC szűréstől való távolmaradás vélt okai (N=100)

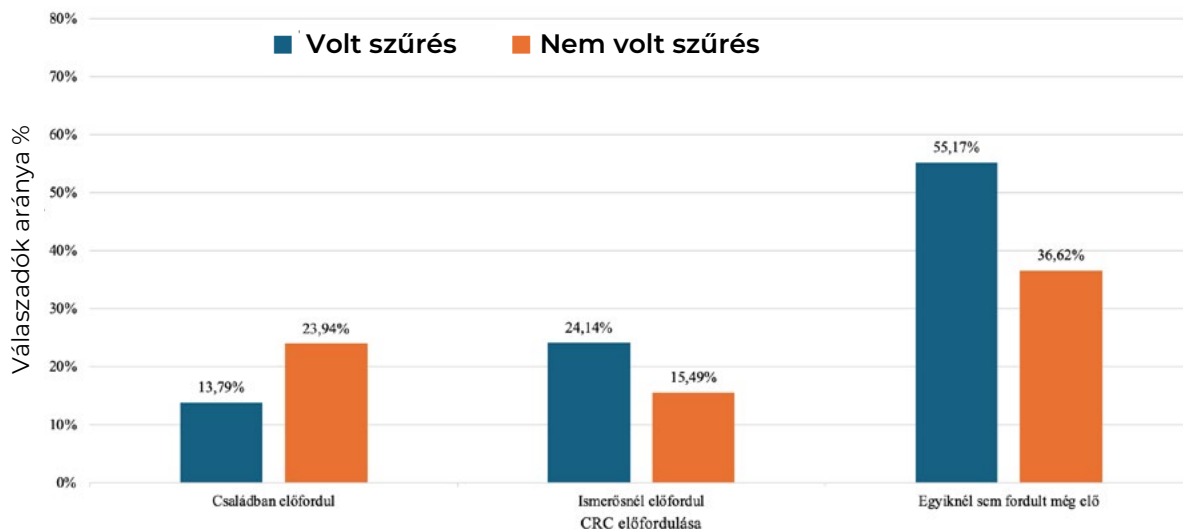


A fájdalomtűrő képesség / a fájdalomküszöb egyénileg eltérő, a megkérdezettek 51%-a ezt közepesnek, még 7%-a nagyon rossznak értékeli. Érdekes, hogy csak a választ adók 56%-a gondolja úgy, hogy szívesebben vetné alá magát a vizsgálatnak, ha az altatásban történne, tehát a bódítás és altatás között nincs lényeges különbség.

Feltevésünk, miszerint a fájdalomtól való félelem csökkenti a vastagbél-daganat szűrési hajlandóságot, nem igazolódott ($p=0,990$). A szűrésen megjelentek 62,07%-a nem gondolta fájdalmasnak a vizsgálatot. Azok is, akik nem voltak még CRC szűrésen közel hasonló arányban (61,97%) vélekedtek erről. A szűrésen megjelentek 37,9%-a gondolta a kolonoszkópiás vizsgálatot fájdalmasnak, illetve 38,03% volt az, aki a fájdalomtól való félelem miatt nem vett részt eddig a szűrővizsgálaton.

Azt feltételeztük, hogy a családi anamnézisben szereplő CRC betegség, növeli a vastagbél-daganat szűrővizsgálatán való részvételt (3. ábra). Fontos azonban megemlíteni, hogy nem találtunk összefüggést a daganatos elváltozás és a vizsgálaton megjelentek között ($p=0,082$). Bár nincs lényeges szignifikancia különbség, de a számok mégis azt mutatják, hogy akár családi, akár ismerősi körben előforduló CRC betegség nem befolyásolja a szűrésen való megjelenést. Magas azok száma 55,17% akiknek közvetlen környezetükben nem fordult elő a betegség, mégis elmentek az ajánlott szűrővizsgálatra, ellenben azokkal, akik családjában 23,94% vagy ismerősi körében 15,49% a betegség korábban igazolódott, de mégsem jelentkeztek a szűrés elvégzésére. Alacsony, mindösszesen 13,79% azon személyek száma, akik családjában igazoltan volt CRC-s beteg és elvégeztették az ajánlott vastagbél-daganat szűrést.

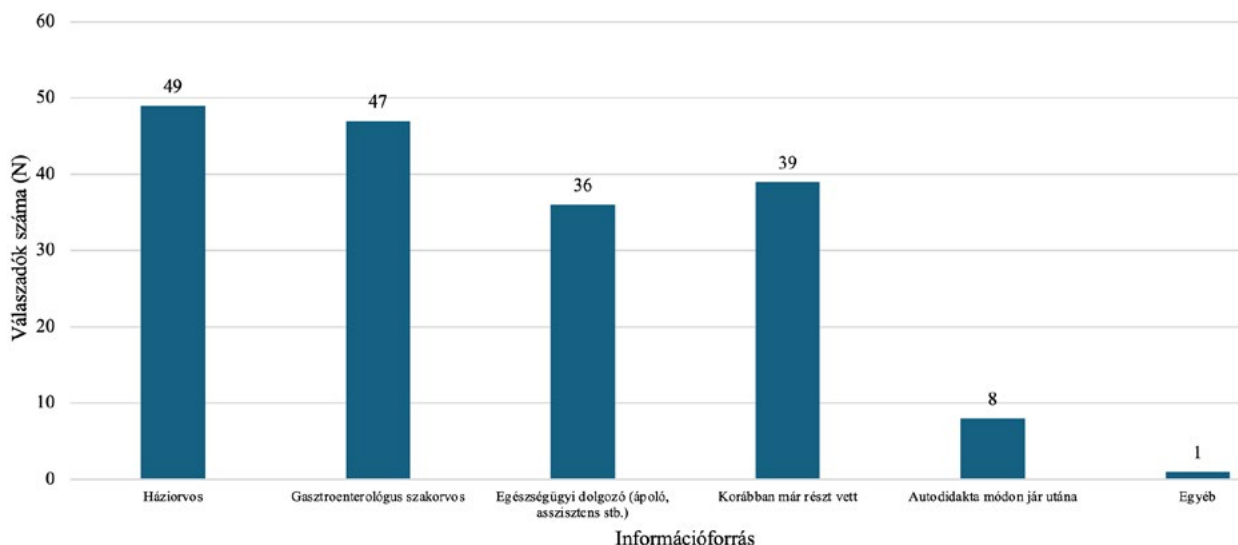
3. ábra: CRC családi előfordulása és a szűrési hajlandóság közötti összefüggés (N=100)



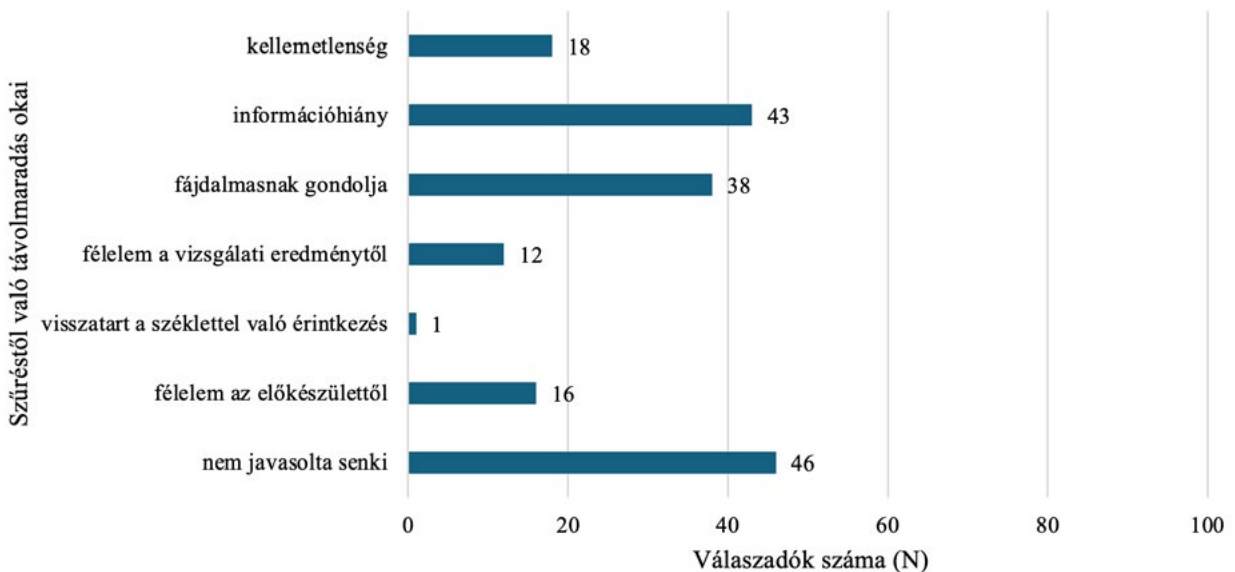
Vastagbél-daganat szűrés menetéről több helyen is kaphatunk kellő információt. A legmegbízhatóbb információkat az egészségügyi szakemberek szolgáltatathatják, akik naprakész tudásukkal pontosan meg tudják válaszolni a

beteg felmerülő kérdéseit (4. ábra). Mégis a választ adók 49%-a kérne a háziorvosától, 47%-a gasztroenterológus szakorvostól, 36%-a szakpolótól, 39%-a pedig azoktól, akik korábban már részt vettek a CRC szűrésen.

4. ábra: A szűrés menetével kapcsolatban elsődlegesen igénybe vett információforrás előfordulási gyakorisága (N=100)



5. ábra: Az alacsony részvételi szám okai a válaszadók szerint (N=100)



A válaszolók csupán 34%-a volt az, akinek házi- orvosa javasolta a vastagbél-daganat szűrés lehetőségét, annak ellenére, hogy 2018 óta nemzeti szűrőprogram van rá. Nagyon alacsony volt azon személyek száma, akik ez idáig kaptak behívó levelet a Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központtól a vizsgálat elvégzésére, mindösszesen 32% válaszolt igennel erre a kérdésre.

A válaszadók közül 46% jelezte, hogy senki sem javasolta még számára a szűrés elvégzését, 43% az elérhető információ hiányára panaszkodott, 38% a fájdalmat jelölte meg a távolmaradás okaként, de voltak, akik a szűrési folyamat kellemetlenségére, az előkészülettől, vagy éppen a vizsgálati eredménytől való félelemre hivatkoztak. (5. ábra)

Magyarországon a vezető halálokok egyike, a vastagbél-daganat, ezt a minta 92%-a tudta helyesen. CRC, mint latin orvosi rövidítés, amit a colorectalis carcinoma kifejezésre használunk, szintén 96% jól ismeri.

A megkérdezettek tudástesztje a vastagbél-daganat tüneteiről megfelelőnek mondható. A halálozási statisztikai adatokban a CRC a második leggyakoribb halálokok közé tartozik, amiben a válaszadók 71% jól tájékozott, ahogy abban is jól informált (minta 66%), hogy évente közel tízezer új vastagbél-daganatos beteget diagnosztizálnak, amiben közel hatezer ember életét is veszti, ezt az adatot a minta 68%-a ismerte. 90%-uk tudta azonban, hogy az időben felismert CRC gyógyítható. 80% feletti azok száma is, akik ismerik az ajánlott 50-70 éves életkört a szűrésre, valamint a vastagbél-tükrözés előkészítésében is tájékozottak. 76%-nak nem volt idegen a FOBT kifejezés, ők jól tudták, hogy ez a vizsgálati módszer a széklet vér kimutatására szolgál, viszont 24% nem ismeri a kifejezést. A vastagbél-daganat szűrés egy úgynevezett kétlépcsős vizsgálati módszer, ami azt jelenti, hogy széklet vér pozitív esetén a következő lépés a szűrő-kolonoszkópia. A sikeres vizsgálathoz diétát kell alkalmazni, valamint hashajtó folyadékot kell elfogyasztani, ezt az eljárást 87% jól ismerte. A vastagbélrák tüneteit, mint pél-

dául véres székletet 80%, vérszegénységet 67% és a fogyást 80% a megkérdezettek többsége ismeri. Az aranyér, mint lehetséges tünet, megosztotta a válaszadókat: 34% igennel, 29% nemmel felelt, míg 37% nem tudta biztosan, hogy az aranyér is a vastagbélbetegség tüneteinek közé tartozik-e. Ugyanakkor nem ismerték tünetként a hasmenést 25% -ban, székelési habitus megváltozását 32% -ban, ahogy 28% a vérszegénységet sem gondolta a vastagbélbetegség tüneteinek közé. Ellenben a hasi fájdalom 70% szerint jelző tünet lehet, ahogy 58% alapján az étvágytalanság is. A betegség kialakulását elősegítő tényezők, illetve kockázati szempontok közül jól ismerik a helytelen életmódot 80%, a stresszt 79%, a mozgásszegény életvitelt 70%, az elhízást 62%, és a nem megfelelő folyadékbevitelt 60%.

Kíváncsiak voltunk, hogy a választ adók véleménye szerint, hogyan lehetne növelni a vastagbélbetegség szűrésénél való részvételt. Válaszadóink 44%-ban a vizsgálat idejére járó szabadnapot részesítenék előnyben, annak ellenére, hogy a tesztet kitöltők átlagéletkora 60 év volt, valamint, hogy 33%-nak fontos lenne, hogy a megadott időpontban pontosan beszélítsék. A minta további 4-4%-a jelölte meg motiváló tényezőként a szállás lehetőségét, valamint a szűrésénél való részvétel jutalmazását, míg 15%-ban egyéb válaszlehetőségeket adtak a résztvevők.

Sokan bizonytalanok a vizsgálat elvégzésének szükségességében, talán félnek vagy nincs elég ismeretük, hogy döntést hozzanak, ezért is kérdeztük meg a kérdőívben, hogy vajon segítené-e a vastagbélbetegség szűrésénél való részvételt, ha a vizsgálaton korábban részt vettek beszámolóikkal tapasztalataikról. A válasz egyértelmű, 72% szívesen venné, ha már vizsgált egyének beszámolóikkal élményeikről, érzelmeikről, tapasztalataikról.

Megbeszélés

A vastagbélbetegség komoly kockázattal járó és népegészségügyi szempontból kiemelt kórkép, amivel emberek sokasága küzd szerte a világban, köztük Magyarországon is. Előfordulása az elmúlt években rohamos emelkedést mutat, azonban a betegség időben felismerve jól kezelhető. Ehhez az kell, hogy az emberek - az egészséges életmód mellett - részt vegyenek az ajánlott, egészségbiztosítás által térítésmentesen támogatott vastagbélbetegség szűrésén, ami jelenleg Magyarországon minden 50-70 év közötti személynek elérhető.

Vizsgálatunk célja volt megismerni az alacsony részvételi hajlandóságot, valamint feltérképezni a távolmaradás okát. Több külföldi és hazai szakirodalomban foglalkoztak már a témával. A szociodemográfiai adatok közel azonos eredményt mutattak, mint saját kutatásunkban. A megkérdezettek 60-70% nő, átlagéletkor 50-75 év közötti, ez alól azon térségek kivételével, ahol a cikk megírásakor még nem volt érvényben az ajánlott CRC szűrővizsgálat, ilyen például a Karibi térség (Warner et al., 2023) vagy Kína (Huang et al., 2021) itt 18-75 év volt a megkérdezettek életkora. A vastagbélbetegség tüneteinek ismerete azonban már eltérő eredményeket mutat. Azokban az országokban, ahol nincs jelenleg érvényben lévő CRC szűrés, mint Kína vagy Dominika (Huang et al., 2021 Warner et al., 2023) kevesebb információval rendelkeznek a CRC tüneteinek ismeretét tekintve. Korai tünetként a széklet vér pozitívítást ismerik a legtöbben, ez jellemzően 30%-60%, kivétel ez alól Lengyelország, ahol a tudásteszt csak 7% (Obiała et al., 2022), ez a szám a mi esetünkben jónak mondható (90%). Információ szerzésnek a rendelkezésre álló adatok alapján az internetet jelölték meg legtöbben (68%) (Obiała et al., 2022) ellenben a Rijádi lakosok esetén ez csak

10%, (Almashi et al., 2020) jelen kutatásunkban ez az adat 100%. A házi orvostól vagy más egészségügyi szakembertől kapott információt a felmérésünkben részt vevők 45%-a érzi megfelelőnek. Kiemelkedően jónak mondható viszont Lengyelországban, ahol 60% elégedett a szakembertől kapott tájékoztatással (Obiała et al., 2022). Pozitívum viszont, hogy sok szakirodalomban magas azok száma, akik jól tudják, hogy a vastagbél daganat a vezető halálokok egyike és időben felismerve jól kezelhető, 76% Arab-félsziget, Ománban (Mullira et al., 2016) 52% Szaúd-Arábiában (Almashi et al., 2020) vagy Kínában, ahol 70% gondolja ugyanezt (Huang et al., 2021). Az Egyesült Királyságban ez 16% (Kazmi et al., 2016), ahol a részvételi arányszám ennek ellenére is jónak mondható, hiszen elérte az 54%-ot. Hazánkban szintén jó a CRC diagnózis ismerete, korábban 70% (Gede et al., 2019) míg saját kutatásunkban ez a szám már elérte a 90%-ot. Legfőbb kérdés továbbra is, hogy ezek ismeretében mi okozza az alacsony részvételi megjelenést. Lengyelországban a tünetek ismeretének hiánya 93% (Obiała et al., 2022), ahogy Omanban is 97% (Almashi et al., 2020). Vastagbél daganat irányú szűrőprogram lehetőségének hiánya jelenleg Szaúd-Arábiában, Rijádban (Almadi et al., 2015), valamint Kínában (Huang et al., 2021), illetve Dominikán (Warner et al., 2023) nem elérhető a lakosságnak. Figyelemre méltó, hogy 90% a költséges vizsgálati eljárás miatt marad távol Hongkongban (Wong et al., 2021), Magyarországon térítésmentes a népegészségügyi szervezett vastagbél daganat szűrés, ahogy több egyéb, jogszabályban meghatározott szűrővizsgálati eljárás is. Az ajánlott életkorról való ismerethiány miatt Libanonban 51% marad távol a vizsgálatról (Tfaily et al., 2019), ahogyan az Egyesült Királyságban 62% (Kazmi et al., 2016) a vizsgálati eljárás menetéről való

tájékozatlanság miatt. Családi halmazódás, genetikai öröklődés veszélyének, ismeretének hiánya miatt 14% marad távol egy Baranya vármegyét lefedő kutatás szerint (Gede et al., 2019), valamint egyéb okok: alapellátás hiánya vagy a lakóhelytől való távolság miatt (Karácsony et al., 2023), fájdalomtól való félelem okán szintén 14% (Horváthné, 2016).

Következtetés

Saját kutatásunkban a távolmaradás okának feltételeztük a családorvos-páciens közötti alacsony személyes vizitek számát, ami kevesebb mint évente egyszer kategóriában 10%-ot ért el. Azonban a házi orvostól kapott CRC szűrés tájékoztatása, csupán 8%-ban valósult meg, az elvárt és javasolt 90% feletti információátadás tekintetében az 50-75 éves korcsoportban. A FOBT teszt, mint ismert széklet vér vizsgálati módszer, ezáltal a vastagbél daganat felismerésre irányuló eljárás, mindösszesen 29%-ban történt meg, annak ellenére, hogy a megkérdezettek 30%-a elfogadná a vizsgálatot, ha ajánlanák neki. Továbbá 66%-uk a nem megfelelő tájékoztatás miatt marad távol, ez a szám lényegesen csökkenthető lenne, a megfelelő kommunikációval.

Kutatásunk limitációi közé tartozik az alacsony mintaszám (N=100), valamint a nem véletlenszerű mintavételi eljárás, amely szelekciós torzítást eredményezhet. Emellett a bevásztási kritériumként alkalmazott életkori megkötés (50-75 év közötti populáció) tovább szűkíti az eredmények értelmezhetőségét. E tényezők együttesen korlátozzák az eredmények általánosíthatóságát, így azok elsősorban a vizsgált populációra vonatkoztathatók, és óvatosság szükséges más korcsoportokra vagy eltérő mintákra történő kiterjesztésük során. Eredményeinket látva elmondhatjuk, hogy az emberek

megfelelő tájékoztatása kiemelten fontos feladatunk kellene, hogy legyen. Ezen belül a szűrővizsgálatok, legfőképp a vastagbél-daganat szűrésének népszerűsítése, média vagy leginkább a személyes tapasztalatok alapján történő személyes beszámolók is fontosak lehetnek, olyan emberektől, akik a szűrésen már részt vettek és szívesen megosztanák tapasztalataikat mások előtt, egy kötetlen beszélgetés, előadás formájában. A személyes találkozás talán pozitívan tudná befolyásolni a laikusokat, valamint a vizsgálatot korábban elutasító vagy távolmaradó

egyéneket. Ajánlott olyan alkalom megszervezése, ahol lenne lehetőség a kérdések megválaszolására, vizsgálati módszerek bemutatására, szűrővizsgálatot végző egészségügyi szakemberek megismerésére és nem utolsósorban olyan emberek is részt vennének, akik a szűrésnek köszönhetően egy súlyos betegség kialakulását kerültkék el. A szűrővizsgálat optimális népszerűsítése, valamint az egészségmegőrzés és egészségfejlesztés erősítése minden egészségügyi szakember számára kiemelt fontosságú feladat kell, hogy legyen.

Szerzői munkamegosztás

ÁSZs – koncepció, statisztikai elemzés, szerkesztés, adatfeldolgozás

PA – habil. koncepció, szakértés, szupervízió

CsT – szerkesztés

VB – koncepció, statisztikai elemzés, szakértés, szerkesztés, adatfeldolgozás

Támogatások és/vagy érdekeltségek

A tanulmány elkészítése anyagi támogatásban nem részesült.

A szerzőknek nincsenek érdekeltségei.

Etikai nyilatkozat

„A válaszadók a kérdőív kitöltésével adták beleegyezésüket a kutatásban való részvételre. A kérdőív kitöltése teljes mértékben anonim és önkéntes volt, a benne szereplő adatokat kizárólag tudományos célokra használtuk fel, egyéni azonosításra alkalmatlan módon. A kutatás minden tekintetben a Helsinkai Deklaráció és a vonatkozó adatvédelmi szabályok figyelembevételével került lebonyolításra.”

Irodalomjegyzék

- Almadi, M. A., Mosli, M. H., Bohlega, M. S., Al Essa, M. A., AlDohan, M. S., Alabdallatif, T. A., AlSagri, T. Y., Algahtani, F. A., & Mandil, A. (2015). Effect of public knowledge, attitudes, and behavior on willingness to undergo colorectal cancer screening using the health belief model. *Saudi journal of gastroenterology : official journal of the Saudi Gastroenterology Association*, 21(2): 71–77. <https://doi.org/10.4103/1319-3767.153814>
- Alshammari, S. A., Alenazi, H. A., & Alshammari, H. S. (2020). Knowledge, attitude and practice towards early screening of colorectal cancer in Riyadh. *Journal of family medicine and primary care*, 9(5): 2273–2280. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_290_20
- Arnold, M., Sierra, M. S., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2017). Global patterns and trends in colorectal cancer incidence and mortality. *Gut*, 66(4): 683–691. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2015-310912>
- Ferlay, J., Colombet, M., Soerjomataram, I., Parkin, D. M., Piñeros, M., Znaor, A., & Bray, F. (2021). Cancer statistics for the year 2020: An overview. *International journal of cancer*, 10.1002/ijc.33588. <https://doi.org/10.1002/ijc.33588>
- Ferlay, J., Laversanne, M., Ervik, M., Lam, F., Colombet, M., Mery, L., Piñeros, M., Znaor, A., Soerjomataram, I. and Bray, F. (2024) *Global Cancer Observatory: Cancer Tomorrow*. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer 2024. <https://gco.iarc.fr/tomorrow>
- Gede, N., Reményi Kiss, D., & Kiss, I. (2018). Colorectal cancer and screening awareness and sources of information in the Hungarian population. *BMC Family Practice*, 19(1): 106. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0799-1>
- Ghanem, A. S., Faludi, E. V., Bata, R., Mezei, E., Hadar, V., Móré, M., Tóth, Á., & Nagy, A. C. (2025). Cancer prevalence and its determinants in Hungary: Analyzing data from the 2009, 2014, and 2019 European Health Interview Surveys. *PloS One*, 20(2): e0315689. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0315689>
- Horváthné Kántor, V. D. (2016). STOP CRC - A lakosság kolorektális rákszűrésén történő részvételét befolyásoló tényezők vizsgálata. *Nővér*, 29(05): 31-41.
- Huang, R. L., Liu, Q., Wang, Y. X., Zou, J. Y., Hu, L. F., Wang, W., Huang, Y. H., Wang, Y. Z., Zeng, B., Zeng, X., & Zeng, Y. (2021). Awareness, attitude and barriers of colorectal cancer screening among high-risk populations in China: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 11(7): e045168. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045168>
- Karácsony, I., Bertókné Tamás, R., Árváné Egri, C., Fürtös, V. D., Szöllösi, G. J., Surján, O. (2023) A „Helybe visszük a szűrővizsgálatokat” program 2021. évi adatainak összegzése. *Orvosi Hetilap*, 164(27): 1070-1076. <https://doi.org/10.1556/650.2023.32763>
- Kívés, Z., Bódis, J., Hunyady, B., Pónusz-Kovács, D., Elmer, D., Kajos, F. L., Csákvári, T., Vajda, R., & Boncz, I. (2022) Participation indicators of colorectal screenings in Hungary between 2008–2021. *Magyar Onkológia*, 66(3): 209-217.
- Kívés, Z., Endrei, D., Elmer, D., Csákvári, T., Kajos, L. F., Boncz, I., Mangel, L., Mihály-Vajda, R. (2021) A vastag- és végbéldaganat okozta országos epidemiológiai és egészségbiztosítási betegségteher

- Magyarországon. *Orvosi Hetilap*, 162(Suppl 1): 14-21. <https://doi.org/10.1556/650.2021.32152>
- Kívés, Z., Endrei, N. D., Vajda, R., Máté, O., Németh, N., Vincze, Á., & Boncz, I. (2022) Experience and Attitude of Colorectal Screening Pilot Program Participants Regarding Screening and Screening Programs in Hungary. *Iranian Journal of Public Health*, 51(12): 2733–2741. <https://doi.org/10.18502/ijph.v51i12.11464>
- Lynes, K., Kazmi, S. A., Robery, J. D., Wong, S., Gilbert, D., & Thaha, M. A. (2016) Public appreciation of lifestyle risk factors for colorectal cancer and awareness of bowel cancer screening: A cross-sectional study. *International Journal of Surgery (London, England)*, 36(Pt A): 312–318. <https://doi.org/10.1016/j.ijso.2016.11.002>
- Longobardi, S. (2024) Colorectal cancer: local results and significance in Hungary. *Journal of Gastrointestinal Oncology*, 15(6): 2552–2577. <https://doi.org/10.21037/jgo-24-318>
- Muliira, J. K., D'Souza, M. S., Ahmed, S. M., Al-Dhahli, S. N., & Al-Jahwari, F. R. (2016) Barriers to Colorectal Cancer Screening in Primary Care Settings: Attitudes and Knowledge of Nurses and Physicians. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 3(1): 98–107. <https://doi.org/10.4103/2347-5625.177391>
- Obiała, K., Obiała, J., Jeziorski, K., Owoc, J., Mańczak, M., & Olszewski, R. (2022) Improving Colon Cancer Prevention in Poland. A Long Way Off. *Journal of Cancer Education: The Official Journal of the American Association for Cancer Education*, 37(3): 641–644. <https://doi.org/10.1007/s13187-020-01860-9>
- Sjöström, O., Lindholm, L., Tavelin, B., & Melin, B. (2016) Decentralized colonoscopic surveillance with high patient compliance prevents hereditary and familial colorectal cancer. *Familial Cancer*, 15(4): 543–551. <https://doi.org/10.1007/s10689-016-9867-7>
- Bray, F., Laversanne, M., Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Soerjomataram, I., & Jemal, A. (2024) Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 74(3): 229–263. <https://doi.org/10.3322/caac.21834>
- Tfaily, M. A., Naamani, D., Kassir, A., Sleiman, S., Ouattara, M., Moacdieh, M. P., & Jaffa, M. A. (2019) Awareness of Colorectal Cancer and Attitudes Towards Its Screening Guidelines in Lebanon. *Annals of Global Health*, 85(1): 75. <https://doi.org/10.5334/aogh.2437>
- Warner, Z. C., Gilbert-Gard, K., Reid, B., Joseph, W., Kepka, D., Auguste, P., & Warner, E. L. (2023) Knowledge and awareness of colorectal cancer among a predominantly Indigenous Caribbean community. *BMC Public Health*, 23(1): 243. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14810-5>
- Wong, F. M. F. (2021). Factors Associated with Knowledge, Attitudes, and Practice towards Colorectal Cancer and Its Screening among People Aged 50-75 Years. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(8): 4100. <https://doi.org/10.3390/ijerph18084100>
- Wu, S., Zhang, Y., Lin, Z., & Wei, M. (2025). Global burden of colorectal cancer in 2022 and projections to 2050: incidence and mortality estimates from GLOBOCAN. *BMC Cancer*, 25(1): 1770. <https://doi.org/10.1186/s12885-025-15138-0>



Orbán Csilla¹

diplomás ápoló
ORCID: 0009-0003-7542-3251

Ferenczy Mónika²

tanársegéd
ORCID: 0000-0002-8079-7296

Dr. Csákvári Tímea, PhD.³

adjunktus
ORCID: 0000-0002-3339-4953

**Prof. Dr. Pakai Annamária,
PhD. habil**⁴

egyetemi tanár, képzési igazgató
ORCID: 0000-0002-6672-0268

Kapcsolattartó szerző:

Dr. Csákvári Tímea, PhD.

8900 Zalaegerszeg, Landorhegyi út 33

timea.csakvari@etk.pte.hu

+36 92 323-020

Egészségügyi szakképző iskolában tanulók pályaválasztásának és motivációinak a vizsgálata

Examining the career choices and motivations of students in health vocational schools

¹ PTE KK. Szívgyógyászati Klinika

² PTE Egészségtudományi Kar, Sürgősségi, Egészségpedagógiai és
Ápolástudományi Intézet, Szombathely

³ Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Egészségbiztosítási Intézet
Egészség-gazdaságtani és Egészségügyi Szervező Tanszék

⁴ Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Sürgősségi,
Egészségpedagógiai és Ápolástudományi Intézet

Absztrakt

Bevezetés: Az egészségügyi pályaválasztás komplex folyamat, amelyet számos egyéni és társadalmi tényező befolyásol. **Célkitűzés:** Felmérni az egészségügyi pályaválasztást befolyásoló tényezőket, motivációikat és a diákok továbbtanulási szándékát. **Módszer:** Kérdőíves felmérésünket egészségügyi szakképző iskolákban végeztük, célcsoportunk a 12.-15. évfolyamba járó diákok voltak (N=223). Saját szerkesztésű, önkitöltős kérdőívet alkalmaztunk, amely szociodemográfiai jellemzőkre, egészségügyi tapasztalatokra, pályaválasztási motivációkra és pályaaorientációs élményekre kérdezett rá. A pályaválasztási attitűdöt 13 állításból álló, 5 fokozatú Likert-skálán mértük (elérhető összpontszám: 13–65). Az adatokat leíró és matematikai statisztikai módszerekkel (2-próba, T-próba) elemeztük SPSS 25.0 szoftverrel ($p < 0,05$). **Eredmények:** A megkérdezettek átlagéletkora $24 \pm 9,45$ év volt, 84,75%-uk nő. A diákok elsődleges motivációja a beteg embereken való segítség (84,75%, [MT=80,04%-89,47%]). Az érettségit adó oktatásban részt vevők pályaválasztási attitűd pontszámainak átlaga magasabb volt ($p < 0,05$), és ők motiváltabbak is a továbbtanulásra ($p < 0,05$). **Következtetések:** A diákok többsége a segítő szándék miatt lépett egészségügyi pályára. Eredményeink a célzott pályaaorientációs és motivációs beavatkozások szükségességére hívják fel a figyelmet.

Kulcsszavak: pályaválasztás, attitűd, motiváció, egészségügy, diákok

Abstract

Introduction: Healthcare career choice is a complex process influenced by various individual and societal factors. **Objective:** The aim of our study was to assess the factors and motivations influencing the choice of a healthcare career, as well as students' intentions regarding further studies.

Methods: Our survey was conducted in three secondary vocational schools of healthcare, targeting students in grades 12–15 (N=223). We used a self-administered questionnaire (sociodemographics, healthcare-related and orientation experiences, career choice motivations). Career choice attitude was measured with 13 statements (possible total score between 13–65). Data were analysed using descriptive and inferential statistics (χ^2 test, t-test) with SPSS 25.0 ($p < 0.05$). **Results:** The mean age was 24 ± 9.45 years, 84.75% were female. Students' primary motivation was helping (84.75%, [CI=80.04%–89.47%]). The mean career choice attitude score was higher among students in post-secondary education ($p < 0.05$), and they were also more motivated to pursue further studies ($p < 0.05$). **Conclusions:** Most students chose a healthcare career due to their helping intention. Our findings highlight the need for targeted career orientation and motivational interventions.

Keywords: *career choice, attitude, motivation, healthcare, students*

Bevezetés

Az életpálya alakulása több, egymásra épülő szinten ragadható meg: a legegyszerűbb szinten a konkrét munkakörhöz kötődő tevékenység áll (foglalkozás), ezt követi a szakmai szint, amely már speciális, más területektől elkülönülő tudást feltételez. Ennél magasabb fokozatot jelent az, amikor a szakmai kompetenciák a személyiség sajátosságaival összefonódva jelennek meg (mesterség), végül pedig kialakulhat a hivatás szintje, amelyben a munkavégzés belső elköteleződéssel, értelmet adó céllal és mások szolgálatával kapcsolódik össze (Bagdy, 1994). A segítő foglalkozások – különösen az egészségügy területén – esetében kiemelten jelenik meg ez a hivatásdimenzió, hiszen az itt dolgozók munkája közvetlenül emberekre irányul, és alapvetően hozzájárul azok egészségéhez, jóllétéhez és társadalmi beilleszkedéséhez. (Rákóczi

et al., 2024; Rákóczi et al., 2025) Éppen ezért az ilyen pályák választásának hátterében álló motivációk feltárása kiemelt jelentőséggel bír.

Az elmúlt évtizedekben azonban világszerte, és különösen Európában, egyre inkább előtérbe került a humánerőforrás-krízis kérdése ezen területeken: számos ország küzd szakemberhiánnyal, előregedő munkaerő-állománnyal, pályaelhagyással és a fiatal generációk csökkenő pályorientációs érdeklődésével. A jelenség különösen érzékenyen érinti azokat az ágazatokat, amelyekben a munkavégzés fokozott fizikai és lelki megterheléssel jár, a bérezés és társadalmi megbecsülés pedig gyakran elmarad a felelősség mértékétől. (Michel & Ecartot, 2020; Unesco, 2025; European Commission, 2025; Glerean, 2019)

Nemzetközi szinten a segítő szakmák humán-erőforrás helyzete heterogén képet mutat. Egyes, magasabb jövedelmű országokban a bérek és munkakörülmények kedvezőbbek, ugyanakkor a demográfiai változások – az időszódó népesség, a krónikus betegségek növekvő terhe, illetve az oktatásba belépő korosztályok létszámváltozása – új kihívásokat támasztanak az ellátórendszerekkel szemben. Az egészségügyben az elvándorlás és a nemzetközi munkaerő-vándorlás különösen élesen jelenik meg: számos fejlett ország célzottan toboroz külföldről egészségügyi szakdolgozókat és más egészségügyi szakembereket a hiányok enyhítésére, ami láncreakció-szerű humán-erőforrás-vesztést okoz a kibocsátó országokban. (Zrínyi et al., 2007; Újváriné et al., 2011) A pedagógusok és szociális szakemberek esetében a nemzetközi mobilitás általában mérsékelt, de a pályaelhagyás, a kiegészítés és a pályaválasztási kedv csökkenése itt is komoly problémát jelent, több európai országban rendszerszintű tanár- és szociális munkás és egészségügyi szakdolgozó hiány mutatható ki. (OECD, 2025; Anderson et al., 2016; Paksi et al., 2015; Canzan et al., 2022)

A KSH adatai szerint a 2024/2025-ös tanévben Magyarországon a középfokú intézmények nappali rendszerű oktatásában 423 ezren tanultak összesen. A felsőfokú oktatási intézményekben az egészségügyi és szociális területen tanuló hallgatók az összes hallgató 12,99%-át tették ki 2025-ben, ez a második legnépesebb képzési terület a gazdaság és irányítás után. Az egészségügyi képzésben részt vevők száma azonban egészen 2007 és 2021 között folyamatosan csökkenő tendenciát mutatott, csak az elmúlt években kezdett el ismét növekedni a képzési területben részt vevők abszolút létszáma (KSH, 2025). Kérdéses azonban, hogy ebből

a létszámból hányan szerzik meg végzettségüket, és hányan kezdik meg karrierjüket a hazai egészségügyben.

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) adatai szerint 2014-ben Magyarországon, 64.956 ápoló dolgozott az egészségügyben (WHO, 2014). A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (MESZK) elemzése szerint 2014-ben már 26 ezer fővel kevesebb ápoló dolgozott a magyar egészségügyben a szükségesnél. Hazánkban az alapnyilvántartásba 2016-ban újonnan felvett ápolók száma 2015-höz viszonyítva 757 fővel, azaz 45%-os mértékben csökkent. A helyzetet tovább súlyosbítja, hogy bár a középfokú képzéssel együtt a végzett ápolók száma 2009 és 2014 között folyamatosan emelkedett – majd 2016-ig 10%-kal újra csökkent –, azonban a működési nyilvántartásban a Magyarországon végzett és ápolóként újonnan regisztráltak létszáma évről-évre növekvő mértékben marad el a végzettek számától, az utóbbi 3 évben már csupán a végzettek 50-60%-a jelent meg a működési nyilvántartásban (Oláh et al., 2019). A WHO adatai szerint 2014-ben 4000 fő végezte el valamelyik iskola ápoló képzését (WHO, 2014). Az ápolóhiány nemcsak az egészségügyi pályát választók létszámának csökkenésére vezethető vissza, hanem egyéb más tényezőkre, mint a kiöregedés és kiegészítés, jelentős létszámú ápoló nyugdíjba vonulása, a rendszerben maradtak túlterheltsége, a nem képzettségüknek megfelelő feladatok végzése, az alacsony bérezés, a túlóra és túlterheltség miatti kiegészítés, a magánélet válsága, alacsony társadalmi megbecsültség és hierarchiában elfoglalt hely. Ezek a tényezők nagyban hozzájárultak ahhoz, hogy ápoló hiány alakult ki Magyarországon (Kovácsné Mehler, 2015).

Kutatásunk célja, hogy feltárjuk az egészségügyi pálya iránt érdeklődő diákok pályaválasztását befolyásoló tényezőket, valamint megvizsgáljuk a döntésük mögött álló motivációkat, tapasztalatokat és a képzéshez fűződő elégedettséget. Arra törekszünk, hogy átfogó képet kapjunk arról, milyen szerepet játszanak a családi háttér, az iskolai élmények, a pályaeorientációs programok és a személyes értékrend a pályadöntésben, továbbá, hogy a diákok milyen jövőbeli tervekkel és attitűdökkel rendelkeznek az egészségügyi hivatás iránt.

Anyag és Módszer

A kvantitatív, keresztmetszeti, leíró vizsgálatunkat 2023.05.01 és 2023.10.23 között végeztük a Pécsi Tudományegyetem Szociális és Egészségügyi Technikum és Szakképző Iskolában, a szombathelyi Pécsi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Egészségügyi Technikumban és a Székesfehérvári Szakképzési Centrum Bugát Pál Technikumban. Emellett a kérdőívet különböző közösségi oldalakon is megosztottuk. Nem véletlenszerű, kényelmi mintavételi eljárással választottunk be olyan diákokat, akik egy egészségügyi szakképző iskola 12. - 15. évfolyamán tanultak, nappali vagy esti képzésben (N=223). Az adatgyűjtés online és személyes formában is történt, minden esetben az anonimitást biztosítva. A kérdőív részben saját készítésű, de egyes elemeket releváns hazai és nemzetközi publikációk felhasználásával szerkesztettünk (Ferenczy et al., 2020; Tisóczki & Balogh, 2018; Konczné Kiss, 2012; Lindberg et al., 2020; Haron et al., 2014; Liaw et al., 2016). Kérdőívünkben rákérdeztünk a diákok szociodemográfiai jellemzőire (nem, életkor, lakhely, képzési forma, évfolyam), az egészségügyben szerzett tapasztalataikra, családi háttérre (diákok családjában lévő egészségügyben dolgozó szak-

emberek), iskolai tanulmányaikra, oktatással kapcsolatos elégedettségükre, valamint a pályaeorientációs és nyílt napokkal kapcsolatos tapasztalatokra. Felmértük az egészségügyi pálya diákok által pozitívnak és negatívnak megítélt oldalait, valamint kíváncsiak voltunk arra, hogy milyen motiváló tényezők játszottak szerepet a pályaválasztásban. A diákok pályaválasztási attitűd pontszámait, amit egy 5 fokozatú Likert skálán értékelhettek a diákok (1=egyáltalán nem ért egyet, 5=teljes mértékben egyetért). Ezzel kapcsolatban összesen 13 állítást tettünk fel, mely után összeszámoltuk az egyes diákok pontszámait, így az elérhető összpontszám 13 és 65 pont között mozoghatott - a magasabb pontszám magasabb attitűdöt jelzett.

Az adatokat SPSS 25.0 és Microsoft Office Excel 2016 szoftverek segítségével elemeztük. A leíró statisztika során átlagot, szórást, minimum és maximum értékeket, abszolút és relatív gyakoriságot számoltunk. A vizsgált változók közti kapcsolat elemzéséhez független mintás t-próbát, és 2-próbát alkalmaztunk. Az eredményeket gyakoriság és 95%-os valószínűségi szinten megbízhatósági tartománnyal prezentáltuk és a szignifikancia szintet $p < 0,05$ értéknél határoztuk meg (Pakai & Kívés, 2013).

Eredmények

Szociodemográfiai adatok

A kutatásban részt vett diákok 84,8%-a (189 fő) nő, 15,2%-a (34 fő) férfi volt, életkoruk átlagosan $24,00 \pm 9,45$ év. A legfiatalabb diák 15 éves, a legidősebb tanuló pedig az 53. életévét töltötte. A megkérdezettek 53,4%-a (119 fő) a 15-19 éves korosztályba tartozott, a 20-29 éves korcsoportba 25,1% (56 fő), a 30-39 éves korcsoport aránya 9,4% (21 fő) volt. A tanulók 11,2%-a (25 fő) 40-49 éves korú volt és a legkisebb arányban az 50-59

éves korcsoport volt, mindössze 0,9%-kal (2 fő). A kutatásban részt vett tanulók 68,2%-a (152 fő) városban és 31,8%-a (71 fő) falun élt.

Képzésüket tekintve a kitöltők 39%-a (87 fő) ápolónak tanult, 23,3%-a (52 fő) az asszisztens képzést jelölte meg, 10,8%-a (24 fő) gyermekápoló, míg a minta 26,91%-a (60 fő) egyéb képzésre jelentkezett (például mentőápoló, rehabilitációs asszisztens, gyógymasszőr, segédápoló, műtéti szakasszisztens, CT/MR asszisztens, radiográfus).

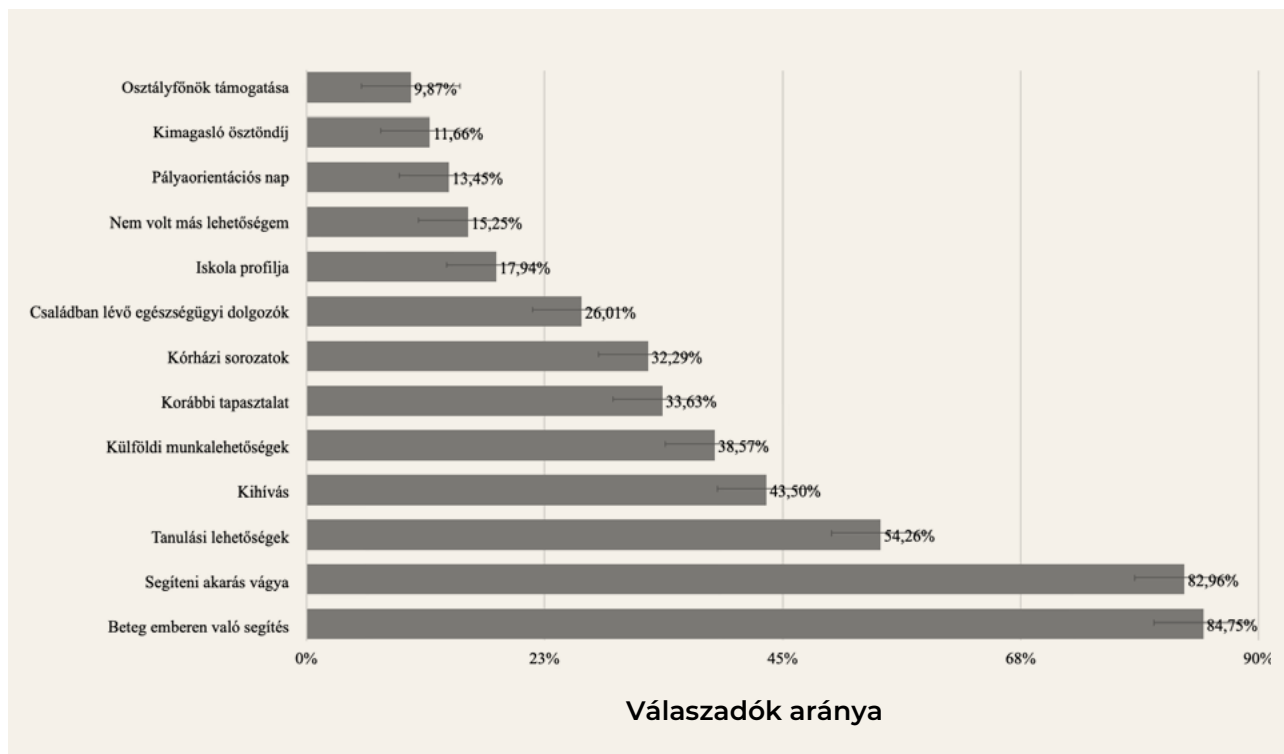
A diákok többsége (67,3%, 150 fő) érettségi utáni képzésben vett részt, míg kisebb részük (32,7%, 73 fő) érettségi előtt állt. Nappali képzésre 35,4% (79 fő), míg esti képzésre 34,5% (77 fő) járt. Évfolyam eloszlás szerint a 12. évfolyamba 34,1% (76 fő) -, a 13. évfolyamba 41,3% (92 fő) -, a 14. évfolyamba 12,6% (28 fő) – és a 15. évfolyamba 12,1% (27 fő) járt.

A válaszadók 35,4%-a (79 fő) rendelkezett valamilyen egészségügyi szakképesítéssel, és 69,5%-uk (155 fő) rendelkezett az egészségügyben szerzett tapasztalatokkal.

A pályaválasztás motivációinak, tényezőinek vizsgálata

Felmérésünkben vizsgáltuk a diákok pályaválasztásának fő motivációit. Eredményeink szerint a megkérdezettek 84,75%-nak [MT=80,04%-89,47%] fő motivációja a beteg embereken való segítség volt. A tanulók 82,96%-a [MT=78,02%-87,89%] a segíteni akarás vágya miatt tűzte ki célul az egészségügyi pályát (1. ábra).

1. ábra: Pályaválasztás motivációs tényezői (N=223)



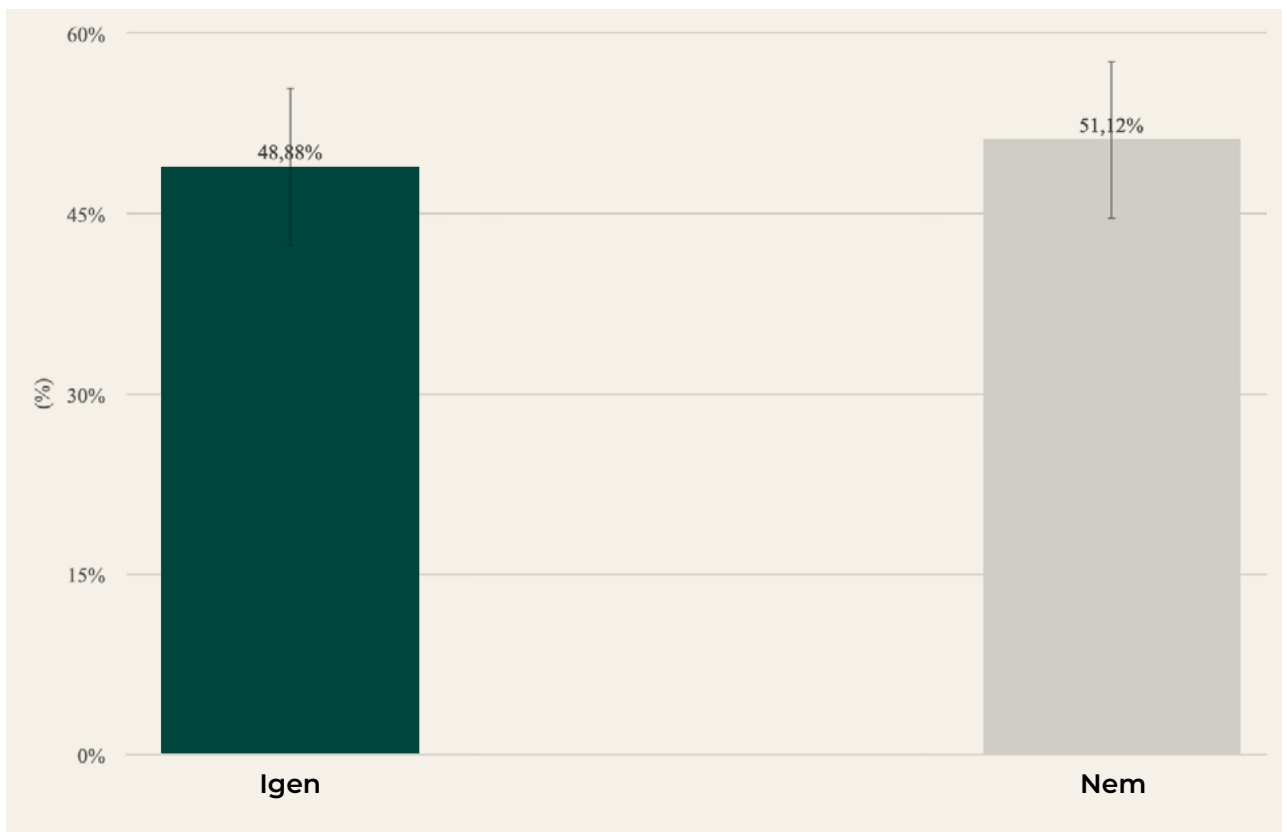
Gyakoriság megbízhatósági tartománnyal részben igazoltuk a hipotézisünket, mivel a beteg embereken való segítség mellett, a segíteni akarás vágya is a fő motivációs tényezők közé tartozott. Az olyan motivációs tényezők, mint az egészségügyben rejlő tanulási lehetőségek, nagy kihívás, külföldi munkalehetőség, korábbi tapasztalat, televízióban vetített kórházi sorozatok, családban lévő egészségügyi dolgozók, az iskola profilja, pályorientációs nap, kimagasló ösztöndíj lehetőségek, osztályfőnök támogatása, nem játszott nagy szerepet a pályaválasztásban.

Családban lévő egészségügyi dolgozók:

Kíváncsiak voltunk arra, hogy egészségügyben dolgozó családtag esetén a diákok gyakrabban választják-e az egészségügyi pályát. A megkérdezettek 48,88%-ának (109 fő) [MT=42,32%-55,44%] volt olyan családtagja, aki egészségügyi végzettséggel rendelkezett, míg 51,12% [MT=44,56%-57,68%] esetében ez nem volt jellemző. (2. ábra).

Gyakoriság megbízhatósági tartományok szerint a populációs gyakoriság nem különbözik a két alcsoport között. Azon diákok, akiknek családjában egészségügyi dolgozó van, nem választják gyakrabban az egészségügyi pályát, mint azok, akiknek nincs egészségügyi dolgozó a családjában.

2. ábra: Családban lévő egészségügyi dolgozók (N=109)



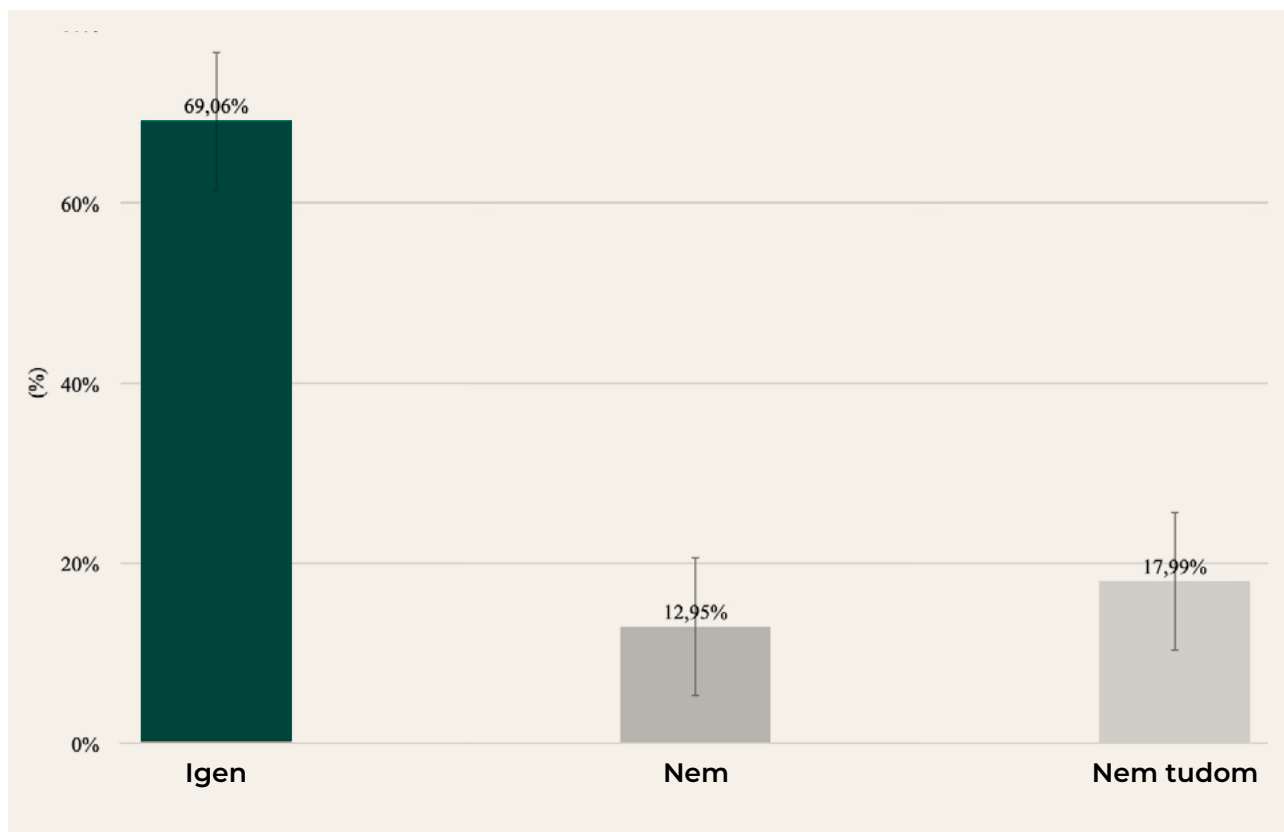
Továbbtanulás

A kitöltők többsége 55,61% (124 fő) úgy vélte, jelentkezne felsőoktatási intézménybe, 23,32% (52 fő) nem szeretne tovább tanulni. Kutatásunkban felmértük azt is, hogy a diákok jelentkeznek-e felsőoktatási intézménybe, ha külföldön elfogadják a diplomájukat. A megkérdezettek 69,06%-a [MT=61,38%-76,75%] tovább tanulna, ha a diplomáját külföldön is elismernék. 12,95% [MT=7,37%-18,53%] nem jelentkezne, 17,99% [MT=11,60%-24,37%] nem tudta eldönteni, hogy ennek eredményeképp benyújtaná-e jelentkezését főiskolára/egyetemre (3. ábra).

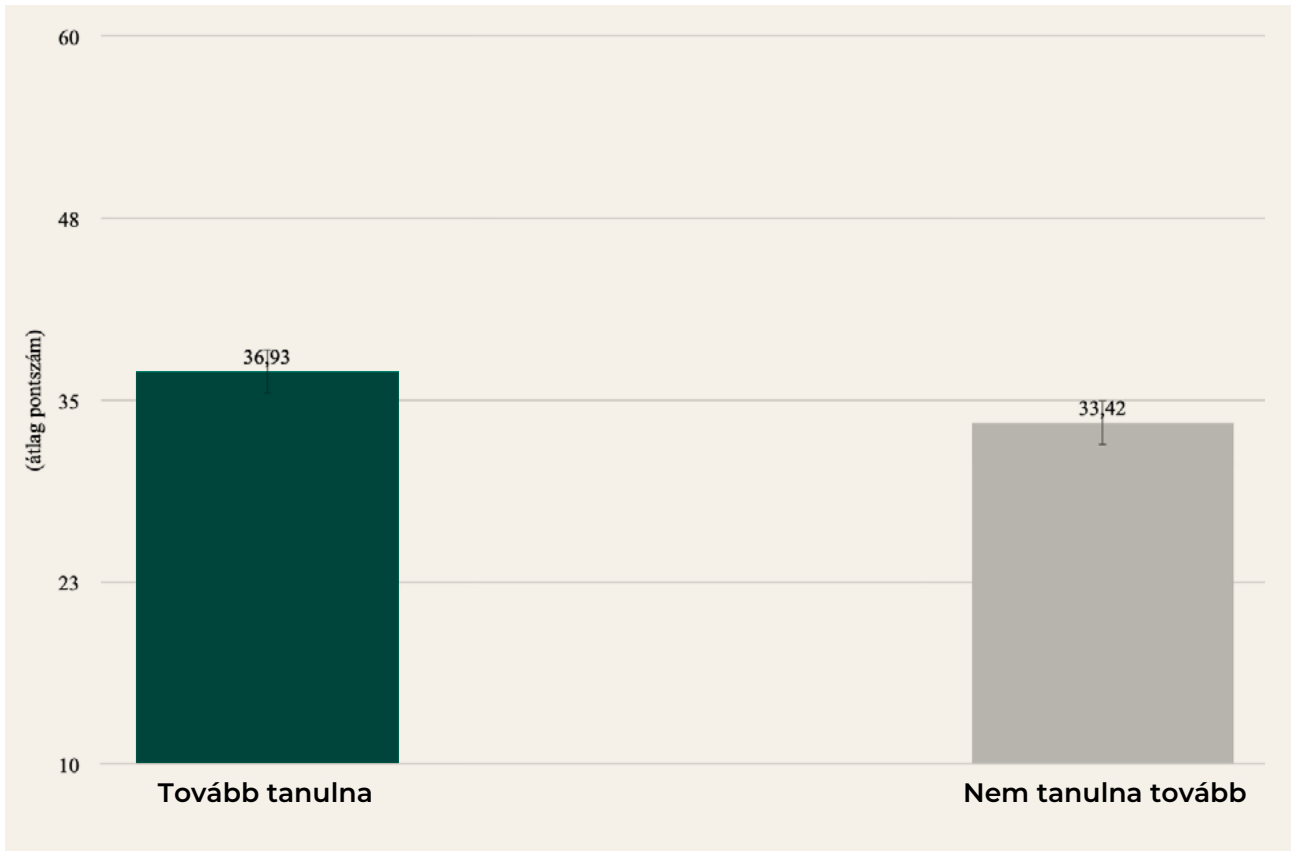
Kutatásunkban vizsgáltuk, hogy a magasabb pályaválasztási attitűd pontszámmal rendelkező diákok gyakrabban tanulnak-e tovább, mint azok, akiknek alacsonyabb volt a pályaválasztási attitűd pontszáma. A teljes minta átlagos eredménye $35,67 \pm 8,80$ pont volt. Arra voltunk kíváncsiak, hogy a pályaválasztási attitűd befolyásolja-e a továbbtanulási szándékot. A két minta közötti összefüggés vizsgálatára független mintás t-próbát alkalmaztunk.

Elmondható, hogy szignifikáns különbség mutatható ki a pályaválasztási attitűd pontszámok között és a továbbtanulási szándék tekintetében ($p=0,015$). Azon diákok, akik felsőoktatási intézménybe jelentkeznének azok esetében a

3. ábra: Felsőoktatási intézménybe jelentkezés, külföldi diploma elfogadás esetén (N=223)



4. ábra: Pályaválasztási attitűd pontszám átlaga, a továbbtanulási szándék szerint (N=223)



pályaválasztási attitűd pontszám átlaga (36,93 pont) szignifikánsan magasabb volt, szemben azokkal akiknek nem volt továbbtanulási szándékuk (33,42 pont) ($p < 0,05$) (4. ábra).

Felmérésünkben továbbá azt is vizsgáltuk, hogy az érettségi utáni képzésben részt vevő diákok magasabb pályaválasztási attitűd pontszámokkal rendelkeznek-e.

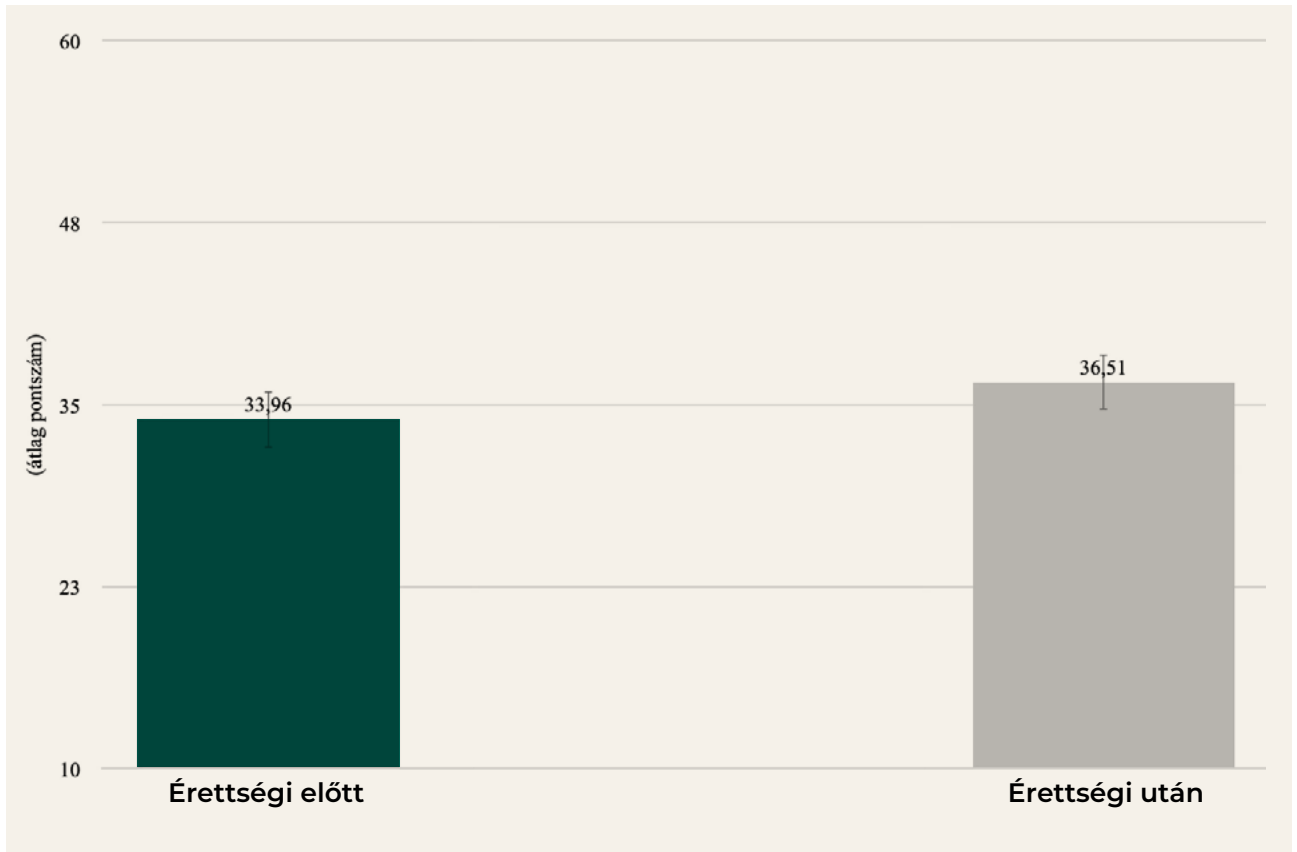
A diákok többsége 67,3% (150 fő) érettségi utáni, míg kisebb részük 32,7% (73 fő) érettségi előtti képzésben vett részt. Felmértük, hogy a két képzési forma között van-e különbség a pályaválasztási attitűd pontszámok tekintetében. A vizsgálathoz független mintás t-próbát alkalmaztunk. Megállapítottuk, hogy az érettségi oktatásban részt vevő diákok pályaválasztási

attitűd pontszámainak átlaga (36,51 pont) magasabb volt, mint azoké, akik érettségi előtti képzésben vettek részt (33,96 pont) ($p = 0,042$) (5. ábra).

Megbeszélés

A pályaválasztást befolyásoló tényezők e szakmák esetében komplex rendszert alkotnak, amelyben a személyes motivációk, a családi és társadalmi háttér, az oktatási tapasztalatok, valamint a munkaerőpiaci és szakmapolitikai környezet egyaránt meghatározó szerepet játszanak. A segítő szakmákra jellemző, hogy a belépők jelentős része valamilyen formában a „segíteni akarás”, az empátia, a társadalmi hasznosság megélése és a hivatástudat alapján

5. ábra: Pályaválasztási attitűd pontszámok a képzési forma szerint (N=223)



hozza meg döntését, miközben párhuzamosan nagyon is racionális megfontolások is érvényesülnek (várható jövedelem, karrierlehetőségek, munkaterhelés, munka és magánélet egyensúlya, társadalmi presztízs) (Zamanzadeh et al., 2023). A pályaválasztási szándék alakulásában fontos szerepe van a családi mintáknak (például az egészségügyben vagy az oktatásban dolgozó szülők, rokonok hatása), a közoktatás során szerzett tapasztalatoknak, az iskolai pályaeorientációs programoknak és nyílt napoknak, valamint a média által közvetített szakmaképeknek (Dussault et al., 2026; Başkale & Serçekuş, 2015; Halperin & Mashiach-Eizenberg, 2014).

Külön problémát jelent az utánpótlás biztosítása: az egészségügyi szakdolgozói képzésekre jelentkezők száma, a képzés közbeni lemorzsolódás, valamint a frissen végzett szakemberek pályán maradása meghatározza a jövőbeli humán erőforrás-kapacitást. A kutatások rámutatnak arra, hogy a diákok szakválasztási döntéseiben fontos szerepet játszik az egészségügyi pályáról alkotott képük – amelyet a családi háttér, a médiában megjelenő narratívák, valamint a középiskolai gyakorlatok, nyílt napok és pályaeorientációs programok alakítanak. Ha ezek a képek túlnyomórészt a túlterheltséget, a kiégést, a társadalmi megbecsülés hiányát mutatják, az visszatarthatja a fiatalokat az egészségügyi pálya választásától, míg azok a tapasztalatok,

amelyekben megélhetik a segítség örömét, a csapatszellemet és a szakmai fejlődés lehetőségét, erősíthetik a pálya iránti elköteleződést. (Bogó et al., 2020; Wilkes et al., 2015)

Egészségügyi pályaválasztás előtt állók számos motiváló tényezővel rendelkeznek. Azonban kevés ismerettel rendelkezünk a pályaválasztás motivációit illetően, hiszen mindenkinél más tényezők játszottak szerepet, amikor az egészségügyi pályát választották. E tényezők hatással lehetnek a későbbi továbbtanulásnál, és későbbi munkavállalásnál.

Kutatásunkban a diákok fő motivációja a beteg embereken való segítség / segíteni akarás vágya volt. Egyéb motivációs tényezők (családban lévő egészségügyi dolgozók, tanulási lehetőség, nagy kihívások, kiemelkedő ösztöndíj lehetőségek, stb...) nem játszottak nagy szerepet a diákok pályaválasztásánál. Ferenczy és szerzőtársai hasonló eredményekre jutottak kutatásukban: a diákok 54,39%-nál a segíteni akarás vágya befolyással volt a pályaválasztásukra (Ferenczy et al., 2020). Tisóczki és Balogh szintén hasonló eredményekre jutottak, a diákok 56% vélte úgy, hogy a mások iránt végzett segítő szándék volt a fő motivációja, amikor egészségügyi pályára lépett (Tisóczki & Balogh, 2018).

A pályaválasztás során egyes tényezők nagyobb szerepet kapnak a döntés meghozatalában. Egy egészségügyben dolgozó családtag, nemcsak pozitív, hanem negatív irányba is terelheti a tanulót, ami megnehezíti döntésüket a pályaválasztást illetően. Azt feltételeztük, hogy azok a diákok, akiknek egészségügyi dolgozó van a családjában, gyakrabban választják az egészségügyi pályát. Eredményeink szerint azonban a családban lévő egészségügyi dolgozó nem

motivációs tényező a fiatalok pályaválasztásában. Tisóczki és Balogh kutatásában - hasonlóan eredményeinkhez - nem találtak szignifikáns összefüggést, az egészségügyben dolgozó családtag és pályaválasztás ténye között ($p > 0,05$). Ezen felmérésben a szülői benyomás csupán a válaszadók 10%-ánál játszott szerepet a pályaválasztásban (Tisóczki & Balogh, 2018).

Kevés diák gondolkodik a továbbtanuláson, akik pedig igen döntően külföldre szeretnének menni a végzettségük megszerzését követően. Külföldön lényegesen magasabb a bérezés, így a diákok úgy érezhetik, hogy külföldön sokkal jobban megbecsülik a diplomájukat. Ráadásul egyre több országban fogadják el a diplomát, így emellett maximum egy nyelvvizsgára és egy kiegészítő képzésre lesz szükségük, mielőtt munkába állnak. Azt feltételeztük, hogy a diákok gyakrabban tanulnak tovább, ha diplomájukat külföldön is elfogadják. Kutatásunkban a megkérdezettek 69,06%-a tanulna tovább, ha külföldön elfogadnák a diplomájukat. Konczné 2012-es kutatásában arra az eredményre jutott, hogy a 12. osztályos tanulók 82%-a és a 14. és 15. évfolyamos diákok 83,3%-a dolgozna külföldön. A szerző megjegyezte, hogy ennek oka az, hogy a diákok nem tudnak megfelelő egzisztenciát teremteni maguknak Magyarországon, illetve úgy érzik az ápolói fizetésből nem tudnak majd megélni, hisz látták a szüleik nehézségeit a mindennapjaikban (Konczné Kiss, 2012).

A pályaválasztásban nem csak a motivációk játszanak szerepet, hanem a diákok magatartása is befolyásolja a továbbtanulásukat. Azok a diákok, akik magasabb pályaválasztási attitűd pontszámmal rendelkeznek, sokkal magabiztosabb jövőképpel rendelkeznek. Tudják már, mit szeretnének kezdeni a végzettségük meg-

szerzése után. Kutatásunkban azt feltételeztük, hogy a magasabb pályaválasztási attitűd pontszámmal rendelkező diákok gyakrabban tanulnak tovább, mint azok, akiknek alacsonyabb volt a pályaválasztási attitűd pontszáma. Hipotézisünk igazolást nyert, szignifikáns különbséget találtunk, a magasabb pályaválasztási attitűd pontszámokkal rendelkező diákok előbb tanulnak tovább, mint azok, akiknek alacsonyabb volt a pályaválasztási attitűd pontszáma ($p < 0,05$). Rubbi és szerzőtársai kutatásában arra jutottak, hogy a nyílt napon részt vett diákok magasabb attitűd pontszámmal rendelkeztek (NAQ pontszám) (Rubbi et al., 2019). Avraham és szerzőtársai a COVID-19 járvány idején vizsgálták a diákok attitűd pontszámait. A kutatásból kiderült, hogy inkább a külső, mintsem a belső tényezők voltak hatással a pályaválasztásra ($p < 0,001$) (Avraham et al., 2023).

Kutatásunkban vizsgáltuk, hogy az érettségi előtti oktatás és érettségi utáni képzés között van-e különbség a pályaválasztási attitűd pontszámok tekintetében. A diákok többsége (66,4%) érettségi utáni, míg kisebb részük (33,6%) érettségi előtti képzésben vett részt. Szignifikáns különbséget találtunk a képzési forma és a pályaválasztási attitűd pontszámok között. Az érettségi oktatásban részt vevő diákok pályaválasztási attitűd pontszámainak átlaga (36,51 pont) magasabb volt, mint azoké, akik érettségi előtti képzésben vettek részt (33,96 pont) ($p < 0,05$). Kovácsné Mehler kutatásában leírta, hogy a pályán maradási szándék erősebb volt annál, aki az érettségi elvégzése után választotta az egészségügyi szektort. Ezen kutatásból kiderült, hogy az érettségi utáni képzésben lévők sokkal határozottabbak és lényegesebben többször jelölték meg a pozitív választ. A szerző úgy vélte, hogy az idősebb korosztály sokkal ha-

tározottabb a döntések meghozatalában, és az érettségi utáni képzésben részt vevők nagyobb valószínűséggel maradnak ezen a pályán (Kovácsné Mehler, 2015).

Következtetés

Vizsgáltunkban résztvevő diákok pályaválasztásában a fő motivációs tényezők közé a beteg embereken való segítség és a segíteni akarás vágya tartozott. Az olyan motiváló tényezők, mint a kihívás és tanulási lehetőségek, nem játszottak nagy szerepet a pályaválasztásban. Az olyan tényezők, mint a családban lévő egészségügyi dolgozó vagy az osztályfőnök támogatása nem befolyásolta a diákokat döntésük meghozatalában.

Eredményeink szerint, ha a diákok motivációt befolyásoló tényezőket vizsgáltuk, a szervezett nyílt napok sem hoznak olyan eredményt, mint várnánk. Ráadásul a közösségi média, a különböző filmek és sorozatok nagy szerepet játszanak az egészségügyi szakdolgozókról alkotott kép kialakításában és sokszor negatívként festik le a pályát. Fontos lenne olyan nyílt napok szervezése, ahol nemcsak az adott iskolába, hanem a konkrét tanítási órákba is bepillantást kaphassanak a tanulók, lehetőséget adva a diákoknak arra, hogy nagyobb áttekintést nyerhessenek az egészségügyi szakdolgozói pályára. Olyan nyílt napokat kell szervezni, ahol nem csak a képzést mutatják be a diákoknak, hanem konkrét kórházi nyílt napra is sor kerülhet. A közösségi médiát kellene segítségül hívni, olyan videókat kellene készíteni, ami felhívja a leendő diákok figyelmét az egészségügyi hivatás szépségeire és motiváló tényezőkként hat a közösségre. Az olyan platformok (YouTube, Tik-tok, Instagram, Facebook), ahol nagy létszámmal vannak jelen a fiatalok nagyobb figyelmet kapnak a videók és különböző figyelmet felhívó képek és írások.

A médiában nagyobb hangsúlyt kellene fektetni az egészségügyi pálya vonzó oldalainak bemutatására és olyan példák felhozására, amik motiváló tényezőkként hathatnak a diákokra. Lényeges lenne olyan szemináriumok létrehozása, ahol az egyetemi hallgatók megoszthatják személyes tapasztalataikat a diákokkal. Ezek az előadások számos információt és motivációt tartalmazhatnak, ami később elősegítheti a tanulók döntését a további tanulmányok folytatására. A továbbtanulás elősegítésére különböző életpályamodelleket hoztak létre, melynek célja az, hogy megkönnyítse a diákok pályaválasztását és továbbtanulását. Ezekon a programokon interaktív feladatokon vehetnek részt a diákok, ami megkönnyíti a későbbi pályaválasztást.

Az egészségügyi pálya az egyik legszebb hivatás, de szükséges bizonyos személyiségjeggyel, készséggel, attitűddel rendelkezni ahhoz, hogy e gyönyörű hivatásban dolgozhassunk (pl. empátia, megfelelő szakmai tudás, jó kommunikációs képesség). Ezért is fontos, hogy a diákokat már egészen korán segítsük az egészségügyi pálya felé orientálódásban, hisz ezeket a jellemvonásokat megfelelő mértékben kell fejleszteni ahhoz, hogy később a leendő dolgozók megállják a helyüket ebben a hivatásban. Bárki, aki végül az egészségügyi pályát választja, biztos lehet benne, hogy egy sokrétű, kihívásokkal – és fejlődési lehetőségekkel teli karrier mellett dönt.

Kutatásunk limitációja, hogy csak három szakképző iskola tanulói vettek részt, így nem kaphatunk teljes képet az egész országban tanuló végzős diákok egészségügyi pályaválasztási motivációiról és meghatározó tényezőiről és a továbbtanulási szándékukról.

Szerzői munkamegosztás

OCs – statisztikai elemzés, adatgyűjtés, adatfeldolgozás, szerkesztés

FM – koncepció, szakértés, kontroll, statisztika

CsT – szerkesztés, kontroll, statisztika

PA – koncepció, szakértés, kontroll, statisztika

Támogatások és/vagy érdekeltségek

A tanulmány elkészítése anyagi támogatásban nem részesült.

A szerzőknek nincsenek érdekeltségei.

Etikai nyilatkozat

„A válaszadók a kérdőív kitöltésével adták beleegyezésüket a kutatásban való részvételre. A kérdőív kitöltése teljes mértékben anonim és önkéntes volt, a benne szereplő adatokat kizárólag tudományos célokra használtuk fel, egyéni azonosításra alkalmatlan módon. A kutatás minden tekintetben a Helsink Deklaráció és a vonatkozó adatvédelmi szabályok figyelembevételével került lebonyolításra.”

Irodalomjegyzék

- Anderson JE, Dussault G, Leone C, Ognyanova D, Rafferty AM, Young R (2016). Nurse migration in the EU: a moving target?. Euro Observer - Newsletter Of The European Observatory On Health Care Systems. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/304393/EuroHealth_v22n1.pdf (megtekintés ideje: 2026. 04. 10.)
- Avraham, R., Wacht, O., Yaffe, E., & Grinstein-Cohen, O. (2023). Choosing a Nursing Career During a Global Health Event: A Repeated Cross-Sectional Study. *Nurse Educator*, 48(4), E116–E121.
- Bagdy, E. (1994) Pedagógusszerepben. A szakmai önazonosság kialakulása, pályaszocializáció. In: Tanári létkérdések. Budapest, Osiris Kiadó.
- Başkale, H., & Serçekuş, P. (2015). Nursing as career choice: perceptions of Turkish nursing students. *Contemporary Nurse*, 51(1), 5–15. <https://doi.org/10.1080/10376178.2015.1025469>
- Bogó, R., Krokovay, N., Nagy, K. (2020). A munkaerőhiány lehetséges kezelés módjai az egészségügyi és szociális ágazatban: Az egészségügyi szakdolgozók körében végzett kérdőíves felmérésből származó információk elemzése. KOPINT Konjunktúra Kutatási Alapítvány, 2020. https://kopint-tarki.hu/wp-content/uploads/2021/06/2019-2021_projektek_FESZ_EU-felmeres_ertekeles.pdf (megtekintés ideje: 2026. 04. 10.)
- Canzan, F., Saiani, L., Mezzalana, E., Allegrini, E., Caliaro, A., & Ambrosi, E. (2022). Why do nursing students leave bachelor program? Findings from a qualitative descriptive study. *BMC Nursing*, 21(1), 71. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00851-z>
- Dussault, G., Zapata, T., Buchan, J., Andersen, Y., Salomudin, Y., Montebello, V., ... Azzopardi-Muscat, N. (2026). Policy responses to doctor and nurse migration in the European Region: insights from nine country case-studies. *European Journal of Public Health*, 36(Suppl. 1), i20–i27. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaf231>
- European Commission (2025). EU social partners commit to tackle workforce challenges in social services. https://employment-social-affairs.ec.europa.eu/news/eu-social-partners-commit-tackle-workforce-challenges-social-services-2025-06-26_en (megtekintés ideje: 2026. 04. 10.)
- Ferenczy, M., Gerölyné Sipőcz, E., Komlósi, K., Karácsony, I., Szabó, L. (2020). Ápolói hivatás népszerűsége a pályaválasztók körében. *Nővér*, 33(4), 18-25.
- Glerean, N., Hupli, M., Talman, K., & Haavisto, E. (2019). Perception of nursing profession - focus group interview among applicants to nursing education. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(2), 390–399. <https://doi.org/10.1111/scs.12635>
- Halperin, O., & Mashiach-Eizenberg, M. (2014). Becoming a nurse - A study of career choice and professional adaptation among Israeli Jewish and Arab nursing students: A quantitative research study. *Nurse Education Today*, 34(10), 1330–1334. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.10.001>
- Haron, Y., Reicher, S., & Riba, S. (2014). Factors influencing nursing career choices and choice of study program. *Health Marketing Quarterly*, 31(2), 167–177. <https://doi.org/10.1080/07359683.2014.907126>
- Konczné Kiss, K. (2012). Az egészségügyi szakképzés, ápolóképzés helyzete a miskolci Ferenczi Sándor Egészségügyi Szakközépiskolában. *Nővér*, 25(2), 13-23.

- Kovácsné Mehler, M. (2015). Ápolói pályát választó hallgatók értékutatása szakközépiskolában. *Nővér*, 28(1), 25-34.
- KSH. (2025). Az oktatás főbb, hosszú idősoros adatai. <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/oktat/kozepiskola2021/index.html> (megtekintés ideje: 2026. 04. 10.)
- Liaw, S. Y., Wu, L. T., Holroyd, E., Wang, W., Lopez, V., Lim, S., & Chow, Y. L. (2016). Why not nursing? Factors influencing healthcare career choice among Singaporean students. *International Nursing Review*, 63(4), 530–538. <https://doi.org/10.1111/inr.12312>
- Lindberg, M., Carlsson, M., Engström, M., Kristofferzon, M. L., & Skytt, B. (2020). Nursing student's expectations for their future profession and motivating factors - A longitudinal descriptive study from Sweden. *Nurse education today*, 84, 104218. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.104218>
- Michel, J. P., & Ecartot, F. (2020). The shortage of skilled workers in Europe: its impact on geriatric medicine. *European Geriatric Medicine*, 11(3), 345–347. <https://doi.org/10.1007/s41999-020-00323-0>
- OECD (2025). Education at a Glance 2025. https://www.oecd.org/en/publications/education-at-a-glance-2025_1c0d9c79-en/full-report/how-severe-are-teacher-shortages-across-countries_781f4a97.html (megtekintés ideje: 2026. 04. 10.)
- Oláh, A., Fullér, N., Máté, O., Zrínyi, M., Karamánné Pakai, A., Kis, T. ... Betlehem, J. (2019). Javaslat Nemzeti Ápolásfejlesztési Stratégia Elemeire - Vitairat. *Egészség-Akadémia*, 10 (Suppl.), 1-81.
- Pakai, A., Kívés, Z. (2013). Kutatásról ápolóknak, 2. rész: Mintavétel és adatgyűjtési módszerek az egészségtudományi kutatásokban. *Nővér*, 26(3), 1-44.
- Paksi, B., Veroszta, Z., Schmidt, A., Magi, A., Vörös, A., Felvinczi, K. (2015). Pedagógus - Pálya - Motiváció: Kutatási tapasztalatok a pályamotiváció és a lelki egészség vizsgálata alapján. A pedagógusok pályamotivációit és lelki egészségét feltáró kutatási eredmények összefoglalása. Budapest: Oktatási Hivatal.
- Rákóczi, I., Balázs, P., Foley, K.L. (2024). Dohányzó várandósok elsődleges védőnői állapotfelmérése az alapellátásban. *Orvosi Hetilap*, 165(14): 545–552.
- Rákóczi, I., Balázs, P., Foley, K.L. (2025). A dohányfüst-expozíció vizsgálata várandósok körében, kotininpróbával kiegészítve. *Lege Artis Medicinae*, 35(12): 633-638.
- Rubbi, I., Pasquinelli, G., Cremonini, V., Fortunato, F., Gatti, L., Lepanto, F., Artioli, G., & Bonacaro, A. (2019). Does student orientation improve nursing image and positively influence the enrolment of nursing students in the University? An observational study. *Acta bio-medica : Atenei Parmensis*, 90(6-S), 68–77. <https://doi.org/10.23750/abm.v90i6-S.8568>
- Tisóczki E., Balogh, Z. (2018). Középszintű ápolói pályaképe. *Nővér*, 31(3), 14-20.
- Újváriné Siket, A., Zrínyi, M., Tóth, H., Zékányné Rimár, I., Szögedi, I., Betlehem, J. (2011). Intent to stay in nursing: internal and external migration in Hungary. *Journal of Clinical Nursing*, 20(5-6), 882–891. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03405.x>
- UNESCO (2025). Teacher shortage in Europe: UNESCO and Fundación SM launch the Spanish edition of UNESCO's Global Report on Teachers. <https://www.unesco.org/en/articles/teacher-shortage-europe-unesco-and-fundacion-sm-launch-spanish-edition-unescos-global-report> (megtekintés ideje: 2026. 04. 10.)

WHO (2014). Forrás: European health information at your fingertips: European Health Information Gateway.: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_516-5321-number-of-nurses-pp/visualizations/#id=19592&tab=table (megtekintés ideje: 2026. 04. 10.)

Wilkes, L., Cowin, L., & Johnson, M. (2015). The reasons students choose to undertake a nursing degree. *Collegian (Royal College of Nursing, Australia)*, 22(3), 259–265. <https://doi.org/10.1016/j.collegn.2014.01.003>

Zamanzadeh, V., Ghahramanian, A., Valizadeh, L., & Bagheriyeh, F. (2023). Iranian nursing applicants' perception of the nursing profession: A qualitative study. *Nursing Open*, 10(6), 3728–3736. <https://doi.org/10.1002/nop2.1629>

Zrínyi, M., Zékányné Rimár, I., Tóth, H., Siket, A. (2007). Időzített bomba? Pályaválasztás és elvándorlás. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 45(1), 39-43.



Kahlichné
Prof. dr. Simon Márta

A védőnői hivatás története c. könyv bemutatása

A Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar kiadásában megjelent, Kahlichné dr. Simon Márta: *A védőnői hivatás története* c. könyv második bővített kiadása.

A 110 éves magyarországi védőnői rendszer (1915-2025) bemutatásával megismerhető, hogy a különböző társadalmi rendszerekben a védőnők milyen munkát végeztek, milyen feladatkörben dolgoztak, hogyan alakult a képzésük, milyen szabályzatok rendelkeztek munkájuk kompetenciáiról. A korabeli dokumentumok és fényképek illusztrációja a védőnői hivatás korszakainak valóságát megismerését teszi lehetővé az olvasó számára. A magyarországi

Védőnői Szolgálat egyedül álló ellátási forma a világon a családok számára. A Szolgálat méltó elismerése volt 2013-ban a Magyar Örökség kitüntetésének elnyerése, 2015-ben a Centenáriumi évében, pedig bekerült a magyarországi Hungarikumok Gyűjteményébe.

A könyv megvásárolható:

**Semmelweis Egészségtudományi Kar
Jegyzetbolt**

1088 Budapest, Vas u. 17

Tel: (+36 1) 486-4800

etk.info@semmelweis.hu





ARANYPAJZS

A CSALÁD VÉDELMÉNEK TUDOMÁNYA



Magyar Védőnők
Szakmai Szövetsége
MVSZSZ