

Szegedi Tudományegyetem, Bölcsészettudományi Kar  
Neveléstudományi Doktori Iskola

DEVOSA IVÁN

**A KORTÁRSSEGÍTÉS HATÉKONYSÁGÁNAK VIZSGÁLATA A  
REPRODUKTÍV EGÉSZSÉGFEJLESZTŐ MUNKÁBAN, ÉS AZ  
EREDMÉNYEK ALAPJÁN KIALAKÍTOTT ARIADNÉ  
TÖBBGENERÁCIÓS EGÉSZSÉGFEJLESZTŐ PROGRAM  
ISMERTETÉSE**

PhD értekezés tézisei

**Témavezető: Dr. habil Barabás Katalin**



Egészségnevelés doktori program

Szeged, 2017

Az egészséges ifjúság a magyar társadalom jövőjének záloga. Az új fiatal nemzedék egészségének megőrzése, fejlesztése mindannyiunk közös feladata és felelőssége. Az iskolai egészségnevelés lehetővé teszi, hogy a tanulók ismereteket, készségeket sajátítsanak el többek között a kiegyensúlyozott táplálkozás (Szabó és Pikó, 2017), az örömszerző mozgás, a biztonságos emberi szexualitás, a harmonikus családi élet és az egészséges környezet témaköréből. A gyermekek életkorának növekedésével a kortárs közösség szerepe egyre jobban felértékelődik, így az információ átadásban, az egészségmagatartás kialakításában a kortárs oktatók hatékonyan vehetnek részt. A hatékony oktatás eredménye hosszú távra meghatározza a diákok és környezetük egészségmagatartását, életmódját, így végső soron egészségi állapotát.

A Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Magatartástudományi Intézetének vezetésével - már a 90-es évek közepétől - szervezeten kortárs egészségfejlesztők felkészítése folyik. A képzett kortárs oktatók a szegedi általános- és középiskolák számára nyújtanak segítséget. A kortárssegítőkből – jellemzően orvostanhallgatókból - álló egészségfejlesztők munkája ismert és elismert mind a mai napig. Már a kezdetekkor felmerült a kérdés, hogy mennyire hatékony a kortárssegítők munkája? Mennyire sikeres az ismeretátadás? Milyen mértékben változtatja meg a tanulók attitűdjét az egészségfejlesztő foglalkozás? Vajon fejlődnek-e a diákok kulcskompetenciái közül a természettudományos, kommunikációs és szociális kompetenciáik? (European Council, 2006). Ha igen, a változás mennyire tartós? Tartós-e annyira, hogy befolyásolja a későbbiekben a szexuális viselkedésüket, a párválasztásukat, illetve a gyermekvállalásukat? Az előző kérdéseket már több kutatási sorozatban vizsgálták, mi azonban a helyi eredményekre voltunk – és vagyunk – kíváncsiak, hiszen csak akkor lehet hatékony az egészségfejlesztés, ha a helyi szokásokat, értékeket figyelembe véve szólítja meg a közösség tagjait. A kutatásunk azért is fontos, mivel a szexuális attitűdők vizsgálatának területén Magyarországon nagy az elmaradás a nyugati országokhoz képest (Szilágyi, 2004).

## **A kutatás elméleti háttere**

### ***Egészség, egészségműveltség, egészségmagatartás***

A felnőtt lakosság egészségmutatói folyamatosan romlottak a 60-as évek végétől egészen 1993-ig. 1996-tól már némileg jobb értéket mutat a születéskor várható élettartam, ám több országhoz viszonyítva még mindig nagyon rossz. A betegségek kialakulásáért főként a környezeti és az életmódbeli károsító tényezők tehető felelőssé (Hamy és Pucsok, 2008). Az egészség fogalma mindig tükrözi az aktuális egészségtudományi felfogást, és ötvözi a kulturális, társadalmi felfogást is a szakmai megfogalmazással. Az egészségfogalom megismerése fontos, az egészséget megtartó tevékenységek megértéséhez, illetve azok dinamikájának feltárásához. Az egészség negatív definíciója alapján a betegség vagy kóros állapot hiányát jelenti. Az egészség pozitív definíciója viszont a jó közérzetre, jóllétre helyezi a hangsúlyt. Az egészség fogalmát sokszor torzítják a hiedelmek, dogmák (Pikó, 2005; Kósa, 2006), melyek meglététől az egészségfejlesztő tevékenység során nem lehet eltekinteni. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 1946-os megfogalmazása szerint: „az egészség nem csupán a betegség hiánya, hanem a testi, lelki, szociális jólét állapota” ez a

definíció az egészség holisztikusságát is kiemeli (*Quesnel-Vallée, 2007*). Az 1986-ban, az Ottawai Egészségfejlesztési Chartában megfogalmazott definíció alapján: „az egészség a mindennapi élethez szükséges erőforrás és nem életcél. Biztosítja az egyéni és társadalmi létfeltételeket és a fizikai teljesítő képességet, továbbá hangsúlyozza az egyén felelősségét is” (*Ottawai Egészségfejlesztési Charta, Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferencia, Ottawa, 1986. november 17-21.*). *Seedhouse* meghatározása: „Az egészség optimális állapota egyenlő azon feltételek összességével, amelyek megléte esetén az egyén kibontakoztathatja a számára adott lehetőségek összességét. Ez a meghatározás lehetőséget ad arra, hogy egyénileg mást és mást tartsunk egészségnek, de szükséges a feltételek figyelembe vétele: a feltételek közé tartozik, hogy megfelelő táplálékhoz jusson, az időjárás viszontagságaitól védve legyen, hogy hozzájusson minden olyan információhoz, amelynek hatása van az életre, hogy megértse, hogy közösségi lényként csak addig mehet a kibontakozással, amíg azzal másokat ugyanebben nem gátol” (*Seedhouse, 1995*). A jövőbeli egészségmagatartás kutatásának célja a laikus definíciók feltárása és annak keresése, hogy azok hasonlítanak vagy különböznek a szakértői formáktól (*Nagy és Barabás, 2011*). Legátfogóbban a *Prof. Dr. Simon Tamás* által kidolgozott „Az egészséges életmód 12 pontja” (*Simon és mtsai, 2007*) segítségével kaphatunk információt az egyén egészségről alkotott képéről, ami alapvetően meghatározza a saját egészségének fontosságáról, értékéről alkotott véleményét is (*Simon, 2006*).

### ***Egészségnevelés, egészségfejlesztés, egészségmegőrzés***

Az egészségfejlesztés (health promotion) kifejezést a kanadai egészségügyi miniszter jelentésében olvashattuk először 1975-ben, az úgynevezett Lalonde-riportban. Ez hívta fel arra a figyelmet, hogy a betegségek és halálozások okait a fizikai, társadalmi környezetben és az életmódként definiált, ún. egészségmezőkben találjuk, de az egészségi állapot javítására szánt pénzek kizárólag az egészségügyi ellátásra korlátozódtak (*Lalonde, 1975*).

Az egészségnevelés két fő elemre épül: (1) a tervszerűsége és (2) a változások iránti önkéntes elköteleződésre (*Csonka és Vértes 1998*). Az egészségmagatartás pedig „olyan személyes attribúciók, mint amilyenek a meggyőződések, várakozások, motívumok, értékek, percepciók és más kognitív elemek; személyiségjegyek, magukban foglalva az érzelmi és emocionális állapotokat és egyéni sajátosságokat; és bizonyos viselkedési minták, tevékenységek és szokások, amelyek az egészség fenntartására, helyreállítására és fejlesztésére vonatkoznak” (*Gochman, 1988*).

### ***A kortárssegítés elméleti háttere***

Az elméletek nagyon különböző filozófiai forrásokból erednek, különösen néhány szociológiai és pszichológiai elmélet (*Wilton és mtsai, 1995*), a magyarországi helyzetkép is nagyon hasonló mind a mai napig(!), ezért kimondottan fontos, hogy a nyugat-európai és az Egyesült Államokban szerzett korai tapasztalatokat is feldolgozzuk (*Molnár, 2015*). Annak előnyei, hogy miért a kortárssegítőkre bízzák a fiatalok oktatását nem mindig egyértelműek, azonban a kortárssegítés szakirodalmában 10 gyakran használt indokkal találkozhatunk:

- A kortárssegítőkre alapozott oktatás sokkal költséghatékonyabb, mint más módszerek (Jones, 1992 idézi Turner és Shepherd, 1999; HEA, 1993; Peers és mtsai, 1993).
- A kortárssegítők hiteles információforrások (Perry, 1989; Woodcock és mtsai, 1992 idézi Turner és Shepherd, 1999; Clements és Buczkiewicz, 1993 idézi Turner és Shepherd, 1999; Jarvis, 1993; Feith, Melicher és Falus, 2015; Molnár, 2015).
- A kortárssegítő oktatás felhatalmazást ad (empowering) a benne résztvevőknek a tudásuk átadására (HEA, 1993; Feith, Melicher és Falus, 2015; Molnár, 2015).
- Kiforrott eszköz az információk megosztására és a tanácsadásra (Finn, 1991 idézi Turner és Shepherd, 1999; Clements és Buczkiewicz, 1993 idézi Turner és Shepherd, 1999; Jarvis, 1993; Feith, Melicher és Falus, 2015).
- A kortárssegítők bizonyos információk átadásában sikeresebbek, mint a szakemberek, mert az oktatásba bevont hallgatók azonosulnak a társaikkal (Clements és Buczkiewicz, 1993 idézi Turner és Shepherd, 1999; Peers és mtsai, 1993 idézi Turner és Shepherd, 1999; Feith, Melicher és Falus, 2015; Molnár, 2015).
- A kortárssegítő oktatók pozitív példaképet mutatnak (Perry és Sieving, 1993 idézi Turner és Shepherd, 1999; Clements és Buczkiewicz, 1993 idézi Turner és Shepherd, 1999; Feith, Melicher és Falus, 2015; Molnár, 2015).
- A kortárssegítő oktatás azok számára is hasznos, akik oktatóként vesznek részt a munkában (Klepp és mtsai, 1986 idézi Turner és Shepherd, 1999; Ford és Inman, 1992 idézi Turner és Shepherd, 1999; Hamilton, 1992 idézi Turner és Shepherd, 1999; HEA, 1993; Phelps és mtsai, 1994; Feith, Melicher és Falus, 2015).
- A kortárssegítők általi oktatást elfogadják azok is, akik más oktatási formákra nem nyitottak (HEA, 1993; Feith, Melicher és Falus, 2015; Molnár, 2015).
- A kortárssegítők bevonásával azok is oktathatók, akiket nehéz megszólítani a hagyományos módszertani eszközökkel (King, 1993 idézi Turner és Shepherd, 1999; Rhodes, 1994 idézi Turner és Shepherd, 1999; Feith, Melicher és Falus, 2015; Molnár, 2015).
- A kortárssegítő a folyamatos kapcsolattartás által megerősíti a tanultakat (Jay és mtsai, 1984 idézi Turner és Shepherd, 1999; Kelly és mtsai, 1991 idézi Turner és Shepherd, 1999; Feith, Melicher és Falus, 2015).

Az elméletekből látható, hogy a kortárssegítés kérdéskörének megközelítése nem egységes, és sokszor az inkább empirikus válaszokat egy-egy elmélettel megmagyarázni lehetetlen (Devosa, Kozinszki és Barabás, 2012). Magát a hatékonyságot minden elmélet tényként kezeli, a későbbiekben bemutatott kutatásunkban pont ezt a területet vizsgáltuk meg tüzetesebben. A magyarországi HIV/AIDS prevenciók munka során szembesültek itthon is a kutatók azzal, hogy a kommunikáció eszközei (Molnár, 2015, Devosa, Kozinszki és Barabás, 2013) és a prevenciók munkában alkalmazott frontális oktatási forma nem megfelelő (Feith, Melicher és Falus, 2015). Az alábbi összefoglaló lista a kortárssegítőtől elvárt követelményeket párosítja a bemutatott elméletekkel (Turner és Shepherd, 1999):

- Költséghatékonyság: Innovációterjedés-elmélete.
- Hitelesség: Szociális tanulás elmélete, Szociális beoltás-elmélet, Szerep-elmélet, Differenciális asszociáció elmélete, Szubkultúra elmélet, Innovációterjedés-elmélete.
- Hatékonyság: Szerep-elmélet, Szubkultúra elmélet, Innovációterjedés-elmélete.
- Szerepmodellezés: Szociális tanulás elmélete, Szociális beoltás-elmélet, Innovációterjedés-elmélete.

- Elfogadhatósága: Szociális beoltás-elmélet, Szerep-elmélet, Szubkultúra elmélet, Differenciális asszociáció elmélete, Innovációterjedés-elmélete.
- Megerősítés: Szociális tanulás elmélete, Innovációterjedés-elmélete.

### **A „REPROSTAT 3” adatok elemzése**

A „REPROSTAT 3” globális - egész Európára kiterjedő - felmérés, melynek kiemelkedő a közegészségügyi jelentősége (*Gissler és mtsai, 2012*). Ez volt az első projekt azzal a céllal, hogy információkat gyűjtsenek a szexuális és a reprodukív egészséggel kapcsolatban, minden EU tagállamban. Ezt a felmérést még kettő előzte meg, így megállapítható egy pozitív trend az EU-n belül: csökkent a tinédzser terhességek és szexuális úton terjedő betegségek száma (*Imamura és mtsai, 2006*). A „REPROSTAT 3” mérőeszközét – az előző projektek tapasztalatait is felhasználva – kimondottan a tagállamok számára fejlesztették ki, így hatékonyabban lehetett használni (*Fronteira és mtsai, 2009*), ugyanis az ezt megelőző „REPROSTAT 2”-ben kidolgozták a reprodukív egészséggel kapcsolatos mutatókat (*Temmerman és mtsai, 2006*). A megfigyelések alapján emelkedő tendenciát mutat, hogy a szexuális életet egyre korábban kezdik meg a fiatalok (*Imamura és mtsai, 2007*). *Forrai Judit (2015)* magyarországi eredményei is egybeeszenek a „REPROSTAT3” következtetéseivel, miszerint a megfelelő korban elkezdett és rendszeres, folyamatos felvilágosítás hatékonyan segíti a hatékony fogamzásgátlás és betegségmegelőzést. Ugyancsak a „REPROSTAT 3” adatai szerint a 15 éves lányok jelentős részének már van szexuális tapasztalata, illetve, hogy az EU-s országok fiatalai között jelentős különbség van az első szexuális aktus alatt alkalmazott fogamzásgátló szerek használatának gyakoriságát illetően (*Jahn és mtsai, 2006*). A „REPROSTAT 3” alapján a spanyol fiatalok 4%-a használ fogamzásgátlót, addig a holland fiatalok 52%-a védekezik így. Az óvszer használata nagyon közkedvelt Spanyolországban (89%) és legkevésbé népszerű Svédországban (65%). Az első közös együttlét alkalmával Spanyolországban a lányok fiúpartnerükkel 95%-ban ezt a módszer alkalmazzák. A tinédzser korúak terhességi mutatói lényegesen eltérnek az Európai Unió különböző országaiban (*Part és mtsai, 2013*). Míg Görögországban, Litvániában, Németországban, Olaszországban, Csehországban, Belgiumban, Szlovéniában, Szlovákiában, Hollandiában és Portugáliában a 15-19 éves korosztályban a statisztikai adatok alacsony abortusz frekvenciát jeleznek (10 abortusz/1000 fő), addig három ország – Svédország, Nagy-Britannia és Észtország – esetén ez 20 abortusz/1000 fő. Az általános tendencia az, hogy a dél-európai országokban alacsonyabb ez az arányszám (9,5 abortusz/1000 fő), mint a közép- (12,6 abortusz/1000 fő) vagy a kelet-európai (13,8 abortusz/1000 fő) országokban. A 20 év folyamán elvégzett abortuszok száma kiugróan magas Nagy-Britanniában (21,4%) és Finnországban (20,1%), ellenben alacsony Görögországban (4,9%). Tekintettel arra, hogy Magyarországon csupán a tinédzserkori terhességek száma ismert, de a hozzávezető okok nem, illetve arról sincs országos reprezentatív információnk, hogy közülük hányan és milyen fogamzásgátló szereket használnak. Ezért indokolt volt a dél-magyarországi populációban felmérni a fogamzásgátló használati hajlandóságot, valamint a hatékony szexuális neveléssel megakadályozni a tinédzserkori abortuszok számának növekedését és egy felelősségteljesebb attitűdöt kialakítani bennük.

## **Kétfázisú empirikus vizsgálat a szexuális kockázatvállalásról, a szegedi egyetemi hallgatók körében.**

### ***Céltűzés***

Kérdésként merült fel, hogy a szexuális viselkedésminta az ismeretek hiányára vezethető vissza, vagy az, hogy a fiatalok magatartása nem tükrözi az ismereteiket. Ennek illusztrálását jelentheti az az epidemiológiai adatsor, ami az abortuszok és a szexuális úton terjedő infekciók (STI) közötti kapcsolat paradox alakulását mutatja be.

Elsődleges célkitűzésünk, az volt, hogy megismerjük vajon az epidemiológiai adatok hátterében a milyen magatartásbeli tényezők állnak. A fogamzásgátlók elterjedésével magyarázható a művi abortuszok számának csökkenése, vajon az álbiztonság érzet nem sarkall-e felelőtlen promiszkuális viselkedésre, és az egyéb védekezési lehetőségek háttérbe szorítására. Kérdés továbbá az, vajon a fiatalok városba áramlása miként befolyásolja a szexuális kockázatos viselkedést: a városi életforma attitűdje – „úgy sem ismer senki” – megváltoztatja-e a fiatalok viselkedését.

Ezen kérdéskör vizsgálatára a kutatás első fázisában egy anonim kérdőíves felmérést végeztünk a „magas kockázatú” szexuális viselkedést befolyásoló tényezők azonosítására a Szegedi Tudományegyetem hallgatói körében.

A 2009-2010 évben folytatott keresztmetszeti vizsgálatban, a hallgatók viselkedésére és attitűdjére fókuszáló kérdőíves felmérésünk eredményei hazai keretek között is felvetették azt a kérdést, hogy a tanulók kimondottan az iskolai tanulmányaik során szerzett reproduktív egészséggel kapcsolatos tudása, mennyire befolyásolja szexuális viselkedésüket. (*Devosa, Kozinszki és Barabás, 2011a*)

Második célkitűzésként 2010-2011-ben, erre a kérdéskörre specializálva a kutatás második fázisát folytattunk le, ahol a kutatásban résztvevő hallgatók korábbi, az iskolai keretek között reproduktív egészséggel kapcsolatos oktatásukat indirekt módon minősítették. Kíváncsiak voltunk arra, vajon a szexuális magatartásuk kialakításában milyen tényezők dominálnak. Az iskolai nevelés különböző formái, a média hatása, a társas kapcsolatok milyen befolyással voltak az általunk vizsgált populáció szexuális kultúrájára (*Devosa, Kozinszki és Barabás, 2011b*).

Végző célkitűzésünk, hogy a vizsgálatunk eredményei felhasználhatóak legyenek a szexuális kultúra és a családi életre nevelés kurrikulumának fejlesztéséhez.

### ***Hipotézisek***

- (1) Későbbi időpontra tolódik az első szexuális együttlét időpontja azoknál, akik kaptak szexuális felvilágosítást.
- (2) A fiatalok legkedveltebb fogamzásgátló módszere az óvszer.
- (3) Korunk súlyosabb STI-ről, azaz a HIV-fertőzésről gazdag információ jut el a fiatalokhoz, amely tudásukban is tükröződik.
- (4) A kortárssegítőket tartják a legmegbízhatóbb információforrásnak.
- (5) A megbízható fogamzásgátlók elterjedése emelkedett a fiatalok körében.

- (6) A fiatalok számára is a monogám kapcsolat a legkívánatosabb forma, és minden ezzel ellentétes viselkedési formát elutasítanak.
- (7) Az iskolai keretek között folytatott reproduktív egészségnevelés hatékonysága alacsony.
- (8) Akik a kortárssegítő reproduktív egészségnevelést megbízhatónak ítélték meg, később kezdik a nemi életet.
- (9) A szabados nemi élet elterjedtebb azon fiatalok körében, akik kevésbé tartják megbízható forrásnak a kortárssegítő reproduktív egészségfejlesztő tevékenységet.
- (10) A városi életforma növeli a kockázatos szexuális viselkedés esélyét.
- (11) A vallásosság a szexuális kockázattal való viselkedés esetében is visszatartó erővel bír.
- (12) A fiatalok, akik megbízható forrásnak tartják a kortárssegítőket, jobban elutasítják a művi abortuszt, mint családtervezési eszközt.

### ***Minta, módszer és mérőeszközök***

A nemi élet jellemzőire vonatkozó kérdőíves felmérés résztvevőinek kiválasztása random módon történt a Szegedi Tudományegyetem hallgatói közül koruk és lakóhelyük szerint az egyetemi hallgató nyilvántartó rendszeréből, saját fejlesztésű Random Generációs Szoftver segítségével. Az első fázisban N=434 főt vizsgáltunk, így 234 lány és 200 fiú került a mintába. A második fázisban N=716 fő, így 396 lány és 320 fiú került a mintába. A minta a korcsoport szempontjából viszonylag homogénnek mondható: jellemzően 19-23 éves korosztály. A 2009-2010-es és a 2010-2011-es tanév első félévében folyamatosan töltötték ki az elektronikus kérdőíveket, ennek helyszíne az SZTE JGYPK számítógépes tantermei voltak, ahol minden esetben jelen voltam a felmérés során, így a felmerülő kérdésekre azonnal adekvát válaszokat kaphattak a résztvevők. A használt metodikák alapján a mintánk országos populációra kiterjesztetté vált. Az első fázisnál használt kérdőívet adaptáltuk a Magyar Család és Nővédelmi Tudományos Társaság (MCSNTT) által fejlesztett kérdőívől. Igényeink szerint további itemeket tettünk hozzá, de nem vettünk ki az eredetiben szereplő itemekből, hogy az összehasonlíthatóság megmaradjon. A kérdőív PHP programozási nyelven készült, így a kitöltés nem okozott technikai nehézséget a hallgatóknak egyik böngésző alkalmazás használata során sem.

A kérdőív megbízhatóságát a belső konzisztenciát mutató Cronbach- $\alpha$  a teljes mérőeszközre vonatkozva 0,892 volt, ami igen jónak mondható.

A kérdőív a következő blokkokra tagolódik:

1. „Szociodemográfiai háttérkérdőív” (6 item)
2. „Szexualitással kapcsolatos ismeretek” (9 item)
3. „Személyes tapasztalatok a sexualitásról” (12 item)
4. „Attitűddel kapcsolatos kérdések” (4 item)
5. „További kérdések a családdról és az életkörülményeidről” (10 item)

A kérdőív egyszeres és többszörös választásokat tartalmaz.

A második fázisban egy saját fejlesztésű, anonim kérdőíves felmérést végeztünk a Szegedi Tudományegyetem hallgatóinak körében. A kérdőív megbízhatóságát a belső konzisztenciát mutató Cronbach- $\alpha$  a teljes mérőeszközre vonatkozva 0,778 volt, ami megfelelőnek mondható.

A kérdőív a következő blokkokra tagolódik (a szociodemográfiai helyzetfelmérés az új pszichológiai elméletek alapján itt is a kérdőív végén található, illetve részben elszórva a kérdőívben):

1. Szociodemográfiai háttérkérdőív (17 item)
2. Függséggel kapcsolatos blokk:
  - a) „Alkoholfogyasztási szokások” (3 item)
  - b) „Dohányzási szokások” (1 item)
  - c) „Drogfogyasztási szokások” (4 item)
3. „Reproduktív egészséggel kapcsolatos ismeretek” (14 item)
4. „Fogamzásgátlás” (24 item)
5. „Szexuális úton terjedő betegségek” (9 item)
6. „Gyermekvállalással/gyermekneveléssel kapcsolatos kérdések” (7 item)
7. „Az iskolai felvilágosítással kapcsolatos kérdések” (15 item).

A kérdőív egyszeres és többszörös választásokat tartalmaz, illetve nyílt kérdések is találhatóak benne. A kérdőívet technikailag a Google Drive rendszer felhasználásával helyeztük üzembe, az akkor még próbaverzióban üzemelő Google Forms felhőalkalmazással. A technikai eredmények láttán a későbbi kutatásainkhoz is a felhő alapú rendszert használtuk alacsony költsége, és magas megbízhatósága és rendelkezésre állási ideje miatt. Statisztikai módszerként az összehasonlítások kiértékelése folytonos változók esetén Mann-Whitney-féle U-próbával, míg kategorikus változók esetén az  $\chi^2$ -próbával történt. Logisztikus regressziót használtunk a szexuális kockázatvállaló viselkedés többváltozós elemzésére stepwise metódussal, amelynek során az egyes kockázati tényezőket egyenként vizsgáltuk a modellt fokozatosan építve. Végül a legrobosztusabb, azaz a valóságra legmegfelelőbb modellt prezentáltuk, melyben megvizsgáltuk az egyes potenciális zavaró faktorokat, de a végső modellben nem találtunk zavaró tényezőt. A számításoknál a 95%-os konfidencia intervallumot illetve az esélyhányadost (odds ráta) is feltüntettük. A próbák esetében  $p=0,05$ -öt tekintettünk szignifikáns különbségnek.

### ***Vizsgálati eredmények***

Az első fázis esetében a megkérdezett 783 diák közül 474 volt szexuálisan aktív, így őket vontuk be a vizsgálatunkba, melyből elutasította a részvételt/nem volt felhasználható az adatsora 40 főnek (N=434). Kockázatvállalónak tekintjük azokat, akiknek vagy több nemi partnerük volt egyszerre, vagy alkalmi szexuális partnerük volt. A szexuális kockázatvállalók csoportjának N=231 (nemi megoszlása N=129 nő, N=102 férfi), míg az állandó partnerrel rendelkezők csoportjának N=203 (nemi megoszlása N=132 nő és N=71 férfi). A szexuális kockázatvállalók átlagéletkora  $20,5\pm 0,78$  év volt, az állandó partnerrel rendelkezőknél pedig  $21,2\pm 0,99$  év volt. A vizsgált két csoportban a válaszadó diákok túlnyomó többsége (97% és 97,5%) hajadon volt, a válaszadók között szignifikánsan nagyobb arányban voltak a nők. A két csoport átlagéletkorának tekintetében nem volt kimutatható szignifikáns különbség. Az állandó partnerrel rendelkezők csoportjának (N=203) kevesebb, mint a fele tartozott azok közé, akiknek állandó partnerük volt és



folyamatosan alkalmaztak fogamzásgátló módszert (N=135) vagy nem volt állandó partnerük, de az alkalmi partnerrel minden alkalommal óvszert használtak (N=68). A szexuális kockázatvállalóknak szignifikánsan ( $p < 0,001$ ) több szexuális partnerük volt egész életük során, de érvényes ez az utóbbi 1 év, vagy az utóbbi 3 hónap távlatában is. Habár a szexuális kockázatvállalók több partnerrel létesítettek szexuális kapcsolatot, mégis kevesebb szexuális aktivitást mutattak, mint az állandó partnerrel rendelkező társaik, ami azt jelentette, hogy szignifikáns módon ( $p < 0,001$ ) kevesebb alkalommal éltek nemi életet. A nemi érintkezés gyakorisága mellett meg kell vizsgálni, hogy milyen módszereket használnak és melyiket vélik biztonságosnak a vizsgálatban részt vevő személyek. A megszakított közösülés módszerét (23,8% illetve 31,0%) és az óvszert (23,4% illetve 16,7%) tartják biztonságos fogamzásgátló eszköznek. Azonban a sürgősségi tabletta (21,6% illetve 34,0%) alkalmazása szintén felvetődik, így lehet, hogy már többeknek kellett használniuk is. Arra a kérdésre, hogy miért használják ritkán az óvszert, a rizikómagatartású csoport tagjai válaszoltak csak értékelhető számban. A kockázatvállaló viselkedés az óvszerek árával volt kapcsolatba hozható: a szexuális kockázatvállalók 85,8%-a azért alkalmazott ritkábban óvszert, mert drágának tartja. Figyelemfelkeltő volt az az eredmény, hogy az egyes fogamzásgátló módszerek esetében a megszakított közösülésről nyilatkozták azt a legtöbben mindkét vizsgált csoportban (23,8% illetve 31%), hogy a legmegbízhatóbb védekezési módként tartják számon. A pesszáríum kérdésében szignifikáns módon ( $p = 0,02$ ) eltér a két csoport véleménye. Mindkét csoport jellemzően úgy gondolja, hogy a nemi és fogamzásgátlásra vonatkozó felvilágosítás alappillére a család. Az egészségnevelőket 10,3% illetve 13,0% arányban nevezték meg, mint fontos egészségnevelő fórum. Ezért is fontos, hogy olyan egészségnevelő szakemberek álljanak a tanulók rendelkezésére, akik kellően felkészültek a kérdésekre, és akikben megbízhatnak. A hatékony egészségnevelői munka segíthet, hogy minél későbbre tolódjon az első szexuális élmény ideje, illetve, hogy a hallgatók tudára adjuk, hogy már az első közösülés alkalmával is megfertőződhetnek, ha nem védekeznek megfelelően. A válaszadók túlnyomó többsége alacsony esélyűnek gondolta a nemi betegségek átadhatóságát egyetlen nemi aktus során. Az első nemi érintkezés szignifikánsan ( $p = 0,03$ ) később következett be azoknál, akik az iskolai szexuális felvilágosítást megbízhatónak vallották, de a nemi partnerek száma kis mértékben több volt a másik csoportban szignifikáns különbség nélkül. Kíváncsiak voltunk arra, hogy tudatában vannak-e a vizsgálatban résztvevők a HIV terjedésének módjában. A HIV (bármilyen formájú) közösüléssel, intravénás droghasználat esetén közös fecskendővel, vérátömlesztés útján történő átadhatóságára vonatkozó ismereteknek magas arányban voltak tudatában mindkét csoportba tartozók, azonban már sokkal kevesebben tudták, hogy a HIV sok egyéb más módon is terjed. Akik az egészségfejlesztést kevésbé tartják megbízhatónak azok között szignifikánsan többen ( $p = 0,02$ ) gondolják, hogy a HIV terjedhet az uszodában. A nemi úton terjedő betegségek közül azokat, amelyek a médiában nagy érdeklődés övez (HIV, gonorrhoea, szifilisz) illetve az elterjedtebbek közé tartoznak (Chlamydia Albicans, hüvelygomba, genitális herpesz, Human Papilloma Vírus) azokat viszonylag jól ismerik mindkét csoport tagjai. A szifilisz a legismertebb betegség mindkét csoportban (97,6% illetve 96,6%). Egyedül a Candida fertőzést ismerik (79,5% illetve 63,9%) szignifikáns módon többen az iskolai felvilágosító órát fontosnak tartók ( $p = 0,02$ ).

Az elterjedtebb illetve ismertebb betegségek esetében köztudottabb volt az iskolai egészségfejlesztésben bízó csoport tagjai között, hogy azok átvihetők hüvelyi úton történő közösüléssel. A HIV-fertőzésről – köszönhetően a médianak – szinte mindenki (96,6% és 98,3%) tudta, hogy nemi érintkezés útján is terjed. Kíváncsiak voltunk, hogy azoknak, akiknek már volt valamilyen szexuálisan terjedő betegségük (2,7% és 1,7%), mi volt a

fertőzés neve. Szerencsére a többségnek (96,9%-nak) még nem volt semmilyen szexuálisan terjedő betegsége – vagy nem vallották be. A kortárs egészségfejlesztést megbízhatónak tartók 2,3%-a mondta azt, hogy volt már szexuálisan terjedő betegsége, abból 0,6%-nak Candida fertőzése volt. Mindössze egy személy nem tudta megmondani, hogy pontosan milyen gombás fertőzése volt. Nem lehet tudni, hogy azok, akik erre a kérdésre nem válaszoltak (0,9%), azoknak volt már nemi betegségük csak nem akartak válaszolni vagy volt már korábban, de nem tudták megmondani a nevét, esetleg nem voltak biztosak benne, hogy tünetek egy nemi betegséggel függenek össze. Felvetődik a kérdés, hogy a tanulók ismerik-e az egyes fertőzések tüneteit. A nemi betegségek terjedésén kívül az is fontos kérdés, hogy tudják-e a hallgatók, hogy hogyan lehet ellenük védekezni. Arra a kérdésre, hogy mivel lehet megelőzni a nemi úton terjedő betegségeket, a legtöbben az óvszerhasználatot (79,3% illetve 87,0%) jelölték meg a vizsgálati csoportokban.

### ***Fogamzásgátlók alkalmazása, ismerete***

A fogamzásgátlók közül a szakirodalom megbízhatónak a művi meddővé tételt (méhkürt vagy ondóvezeték elvágása, elégetése, elkötése), a hormontartalmú módszereket, a hormont nem tartalmazó módszerek közül az intrauterin fogamzásgátló eszközt tartja. A megkérdezettek zöme (88,1% illetve 93,1%) azonban csak a fogamzásgátló tablettát tartotta annak, és meglepő módon kevesen tudták, hogy a fogamzásgátló injekció, tapasz, implantátum és hüvelygyűrű is magas megbízhatóságú, ahogy a műtéti módszerek és a méhen belüli eszköz is. Meglepő, hogy a kondomot sokan megbízható módszernek tartják, azonban gyakran szakad el vagy csúszik le és az alkalmazása viszonylag gyakran vezet következményes nem kívánt terhességhez (*Kozinszky és mtsai, 2001*). Mansour és munkatársai vizsgálata szerint a kondom egy köztes megbízhatóságú fogamzásgátló (*Mansour és mtsai, 2010*). A vizsgálat során megkérdeztük, hogy melyik fogamzásgátló módszereket tartják megbízhatónak. A kevésbé megbízható metodikákat csak kis számú megkérdezett tartotta megbízhatónak. Nem találtunk szignifikáns eltérést a fogamzásgátlók megbízhatóságának arányában a két vizsgált csoportban. A legmegbízhatóbbnak mindkét csoport a fogamzásgátló tablettát mondta (88,1% illetve 93,1%), ezt követte az óvszer (81,9% és 81,0%), majd az IUS (47,1% és 48,3%), azaz a hormonmentes spirál és a Tuba ligáció (46,4% és 50,0%), melynek során a petefészekből a méhbe vezető pete útját elzárják. A fogamzásgátló tablettát a hallgatók megbízhatóbb fogamzásgátló eszköznek tartják, mint az óvszert. Az óvszert azonban a fogamzásgátló tablettá mellett is célszerű használni, hiszen gondolni kell a nemi betegségekre is. A kondomra vonatkozó kérdések között csak egy esetben volt statisztikailag értékelhető különbség ( $p=0,03$ ), többen mondták, hogy azért nem használják az óvszert, mert „nem szexis”, azok között, akik az iskolai felvilágosítást nem tartják megbízhatónak. A legtöbben azért nem alkalmaztak kondomot, mert más fogamzásgátló eszközzel védekeztek illetve egyéb szubjektív vélemény volt, hogy csökkenti az érzékiséget, ezért a párkapcsolatban vagy a fiú nem óhajtja használni, vagy bizalom áll fent a partnerek között. Az óvszerhasználat ellen szólt, hogy kényelmetlen volt mindkét csoport számára. Hazánkban kevésbé elterjedt módszer a pesszárium, ami a méhnyakra helyezhető kicsi gumiból készült sapka, és az óvszerhez hasonlóan, mechanikusan akadályozza meg a spermiumok bejutását a méhbe. Kíváncsiak voltunk, hogy a mintánkban szokták-e alkalmazni ezt a fogamzásgátló módszert. A válaszokból kiderült, hogy a megkérdezettek 94,6%-a nem használt még pesszáriumot. Azok, akik már kipróbálták

többnyire (73,7%) azt közölték, hogy se jó, se rossz érzést nem váltott ki belőlük a használata. Az EC (Emergency Contraception), azaz a sürgősségi fogamzásgátlás a nem megfelelő, esetleg teljesen hiányzó védekezés esetén szokott felmerülni. Az orvostól kapott magas hormontartalmú tablettát 48-72 órán belül kell bevenni. Ez a módszer azonban nem helyettesíti a megfelelő védekezést. A második fázisban az iskolai reprodukció egészségfejlesztésben részesülő megkérdezettek között kismértékben több volt több volt azon személyek száma, akinek volt olyan nemi aktusa, amelynek során egyáltalán nem alkalmazott fogamzásgátló módszert (63,5% illetve 53,4%) (még esemény utáni tablettát sem). Körülbelül a megkérdezettek ötöde folyamodott már sürgősségi tablettához védekezés nélküli szexuális aktust követően (21,2% illetve 17,2%). A két, rizikós nemi viselkedést összehasonlítva: paradox módon az iskolai nevelést megbízhatónak tartók közül kerültek ki szignifikánsan többen azok, akiknél előfordult már az, hogy nem vagy legalábbis nem megfelelően védekeztek ( $p=0,015$ ). A sürgősségi tabletták használata nem mindenki számára evidens vagy nem biztos, hogy időben jutnak hozzá. Ilyenkor merül fel az abortusz lehetősége, melynek mérlegelését több minden befolyásolhatja (például család, vallás, partner). A válaszok alapján látható, hogy kevés felmért személy tartja elfogadhatónak az abortuszt (22,9% és 17,5%), és elenyészően kevés egyetemistának volt már terhesség-megszakítása (1,7% és 3,4%). A szabados nemi élet szintén elterjedtebb volt azoknál, akik nem tartották fontosnak az iskolai reprodukció nevelő tevékenységet, a csoportos szex kipróbálása szignifikáns volt ( $p=0,04$ ) a két csoport között (százalékos gyakoriság: 3,1% és 9,8%). Mindkét csoportban a leggyakoribb előfordulású a heti több alkalommal történő nemi aktus volt a (54,6% vs. 55,2%), míg a havi pár alkalom már jóval ritkábban fordult elő. A védekezések tekintetében öröndetes, hogy mindkét fél védekezik: ez a módszer igen magas a két csoportban: 24,9% és 32,8%, tehát mindkét fél igyekszik védekezni a szexuális kapcsolat létesítése során fogamzásgátlóval és óvszerrel egyaránt. Az aktuális fogamzásgátló módszerek tekintetében semmilyen különbség nem mutatkozott a két csoport között: a legtöbben az óvszert (71,3% és 66,7%) illetve fogamzásgátló tablettát (57,9% és 58,8%) használták. Jelentősnek mondható még a megszakított közösülést alkalmazók aránya (18,5% és 29,4%). Megállapítható, hogy szinte mindenki alkalmazott valamilyen fogamzásgátló módszert. Alapvető preventív egészségügyi kérdés, hogy milyen gyakran járnak nőgyógyász illetve urológus szakorvoshoz a vizsgálatban résztvevő személyek. Az orvoshoz fordulás azonos gyakoriságú volt a két csoportban, nem szignifikáns a különbség ( $p=0,48$ ). Magas az aránya azoknak, akik még egyáltalán nem voltak vizsgálaton (42,1% és 33,4%) és kevesen járnak rendszeresen (3,5% és 8%), a többség csak a szükséges szűrővizsgálatokra jár vagy, ha valamilyen betegséget szerez.

## ***Hipotézisek megválaszolása***

A felvetett hipotéziseinkre az alábbi válaszokat kaptuk:

(1. hipotézis) Akik a kortárssegítők óráin elhangzottakat tartották megbízható információforrásnak, azok esetében feltételeztük, hogy ők tudatosabban védekeznek, valamint a későbbi időpontra tolódik az első közösülés időpontja is. Nem találtunk az első szexuális együttlét időpontjában szignifikáns különbséget a két csoport között, mindkét csoport esetében ez az életkor a 15 éves kor körüli időpontra tehető. Mindkét csoportban megtörtént már, hogy nem védekeztek egy szexuális együttlét során és a csoportok között nem találtunk szignifikáns különbséget. Az eredmények alapján hipotézisünk nem nyert igazolást.

(2. hipotézis) A HIV-fertőzés elterjedése óta világszerte a szexuális úton terjedő betegségek megelőzéseként és fogamzásgátlási módszerként az óvszert, mint megbízható módszert használták a fiatalok. Hipotézisünkben szintén azt feltételeztük, hogy a szegedi vizsgálati populációban is a legkedveltebb, legbiztonságosabb fogamzásgátló módszerként az óvszert jelölik meg. Feltételezésünk nem igazolódott, a vizsgálat első szakaszában résztvevők ezzel ellentétben egy elavult, korántsem megfelelő védekezési módszert tartottak a legbiztonságosabbnak: a megszakított közösülést. A kutatás második fázisában, amelyben az egészségneveléssel kapcsolatos vélemények alapján képeztünk vizsgálati csoportokat, a fogamzásgátlási módszerek használatában feltételezésünk megerősítést nyert, ugyanis azok a fiatalok, akik attól függetlenül, hogy hogyan ítélték meg az egészségfejlesztési munkát, az első helyen az óvszert (83,7% és 65,9%) tartják a szexuális úton terjedő betegségekkel szemben megbízható módszernek. Szignifikánsan többen gondolják úgy a kortárssegítő egészségfejlesztést megbízhatónak tartók ( $p=0,000$ ), hogy az óvszer a legbiztosabb módszer nemi betegségekkel szemben. Az eredmények alapján hipotézisünk nem nyert igazolást.

(3. hipotézis) Vizsgálatunk elején feltételeztük, hogy az egészségnevelők által a HIV-fertőzésről közvetített ismereteket a tanulók maradéktalanul elsajátították. Hipotézisünk felállításában az is közrejátszott, hogy a HIV-fertőzés a média középpontjában is áll, több forrásból kaphattak megfelelő információt, és így együttesen a fiatalok releváns tudással bírnak. Bár a kortárssegítő egészségfejlesztést megbízhatóbbnak tartók csoportja jobban ismeri a HIV-fertőzés terjedési módját, de a várakozásunkkal ellentétben mindkét csoport súlyos hiányosságokat jelzett a válaszaiban, olyan téves ismeretek birtokában vannak, ami akár veszélyeztetheti a jövőbeli egészségüket. Így például nem voltak tisztában a HIV-fertőzés terjedési módjaival, továbbá nem tudtak a droghasználók tucseréjének a jelentőségéről. Elgondolkodtató, hogy a felvilágosító munka megbízhatóságát hangsúlyozó hallgatók körében is olyan téves elképzelések éltek, miszerint az uszoda vize is terjesztheti az AIDS betegséget (8,9% és 16,0%). Az általunk feltárt hallgatók körében nagy számban előforduló hiányos ismeretekből származó problémának külön aktualitást ad, hogy az HIV-fertőzöttek száma ismét emelkedni kezdett. Ennek oka lehet, hogy kialakult a fiatalokban egy téves biztonságérzet, miszerint a tudásuk a nemi betegségekről és a fogantatásról oly mérvű, hogy nem kell ezektől félniük. Hazánkban az elmúlt két évben mind a férfiak, mind a nők körében eddig nem tapasztalt módon emelkedett az új HIV-fertőzöttek száma. Az

Országos Epidemiológiai Központ a 2015 decemberében kiadott adatai és nyilatkozata erre a nem kívánt tendenciára külön is felhívta a figyelmet. Az eredmények alapján hipotézisünk nem nyert igazolást.

(4. hipotézis) Hipotézisünk volt – a külföldi eredmények és a Kortárs Segítő Műhely Alapítvány 2011-es adatai alapján –, hogy a legfontosabb információforrás a fiatalok esetében, akikhez segítségért és információért fordulhatnak, a kortárssegítő. feltételeztük,. Amíg a Kortárs Segítő Műhely Alapítvány esetében az általuk vizsgált populációban közel 63% volt (*Kortárs Segítő Műhely Alapítvány*, 2011), addig a mi eredményeink alapján az első fázisban a szexuális élettel kapcsolatos elsődleges információforrás a megkérdezettek esetében a család volt mindkét csoport esetében. Csak második helyen jelölték meg az iskolai kortárssegítést, mint releváns ismeretátadót. A második fázisban a szexuális egészségre vonatkozó elsődleges információforrásnak a kortárssegítő egészségfejlesztőket jelölték meg első helyen nagyon fontos forrásnak (54,8%). Az eredmények alapján hipotézisünk nem nyert igazolást.

(5. hipotézis) Feltételezéseink szerint a fiatalok jól ismerik a megbízható fogamzásgátló módszereket. Jól ismerve a demográfiai adatokat, miszerint a fiatal populáció biológiai érettsége előbbre, míg a házasságkötés időpontja pedig időben a korábbi évekhez képest későbbre, a húszas évek végére, a harmincas évek elejére tolódott. Az az időszak, amely során még nem terveznek gyermeket a fiatalok, jelentősen meghosszabbodott: így a nem kívánt terhesség megelőzése jelentős tényezővé vált a magyar fiatalok szexuális viselkedésében is. A szexuális egészségnevelés irányelvei között kiemelt helyen áll a nem kívánt terhességek és a fertőzések elleni védekezésre vonatkozó ismeretátadás. Az általunk kapott eredmények: a megbízható fogamzásgátlók elterjedése emelkedett a fiatalok körében mind a kockázatvállalók, mind a monogám kapcsolatban élők esetében. Az eredményeink is megerősítik a *Kozinszky és munkatársai* (2001) által igazoltakat, miszerint az iskolai egészségfejlesztés és a média által nyújtott szexuális nevelés következtében egyre inkább lehetőségük van kitolni a gyermekvállalás időszakát. A kortárssegítő egészségfejlesztést megbízhatónak és kevésbé megbízhatónak tartók csoportjában a fogamzásgátló tabletta (85,8% és 91,6%) szerepel az első helyen, mint megbízható fogamzásgátló eszköz és ezt követi az óvszer. Ez a hipotézisünk megerősítést nyert.

(6. hipotézis) Feltételezésünk, miszerint a fiatalok számára is a monogám kapcsolat a legkívánatosabb forma, és minden ezzel ellentétes viselkedési formát elutasítanak, igazolódott, hiszen az elutasított viselkedésformák között második helyen szerepelt a megcsalás, azaz kilépés a monogám kapcsolatból. A fiatalok számára is a monogám kapcsolat a legkívánatosabb forma (56,3% és 61,0%). A monogámiával ellentétes viselkedési formát (például poligámia, megcsalás, stb.) kevésbé tartják elfogadhatónak és konzervatívabbak a kortárssegítő egészségfejlesztést megbízhatónak tartók. Eredményeink összecsengenek *Gyórfy Zsuzsa és munkatársai* (2013) által publikált kutatási eredményekkel, amelyek szerint a mai magyar fiatalok többsége számára a monogám kapcsolat a legelfogadottabb, illetve legkívánatosabb párkapcsolati forma. Bár a szerzők markáns nemi különbségről számolnak be, azaz a nők inkább érzik úgy, hogy a házasság mélyebb elköteleződést jelent. A mi kutatásainkban – ezzel ellentétben – egyik fázisban sem találtunk eltéréseket a nemek között. Az eredmények alapján hipotézisünk beigazolódott.

(7. hipotézis) Hipotézisünkben ismerve a magyarországi egészségműveltség alacsony voltát, valamint az iskolai reprodukív egészségnevelés hiányosságait, feltételeztük, hogy az iskolai egészségnevelés hatékonysága gyenge. Ez igazolást is nyert, mivel a megkérdezett hallgatók – függetlenül szexuális magatartási jellemzőjüktől – a HIV-vel kapcsolatos ismeretei súlyos hiányosságokat mutattak. Tudásuk szerény volt a többi STI-vel kapcsolatban is. A kortárssegítő egészségfejlesztést megbízhatónak tartók – több szexuális úton terjedő betegség esetén szignifikánsan – jobban ismerik a szexuális úton terjedő betegségeket. Mindkét csoportban a legismertebb a HIV-fertőzés (100,0% és 99,7%). Az eredmények alapján hipotézisünk beigazolódott.

(8. hipotézis) Hipotéziseink között szerepelt, hogy akik a kortárssegítő reprodukív egészségnevelést megbízhatónak ítélték meg, később kezdik a nemi életet. Feltételezésünk alapját az adta, hogy a kutatás első fázisában bebizonyosodott: a szexuális kockázatvállalók szignifikánsan (1 évvel) hamarabb kezdik meg a szexuális életüket. Azonban az első nemi közösülés időpontja azon fiatalok esetében, akik a kortárssegítő reprodukív egészségnevelést megbízhatónak ítélték meg, feltételezésünkkel ellentétben nem tolódott későbbre azokhoz képest, akik a kortárssegítő reprodukív egészségnevelést nem megbízhatónak ítélték meg. Az eredmények alapján hipotézisünk nem nyert igazolást.

(9. hipotézis) Hipotézisünk volt, hogy azok a fiatalok, akik a reprodukív egészségnevelést kevésbé megbízhatónak ítélték meg, szabadosabb szexuális életet élnek, azaz több partneri kapcsolattal bírnak, részt vesznek a csoportsexben. A kutatásunk első fázisában megismert eredmények alapján, a szexuális kockázatvállalóknak szignifikánsan ( $p=0,000$ ) több szexuális partnerük volt egész életük során, szignifikáns módon ( $p=0,000$ ) kevesebb alkalommal éltek nemi életet. A második fázisban feltártak alapján a kortárssegítő egészségfejlesztést kevésbé megbízhatónak tartók nagyobb arányban vettek részt csoportos szexben ( $p=0,04$ ) és az eddigi életük során szignifikánsan több partnerük volt ( $p=0,001$ ). Az eredmények alapján hipotézisünk beigazolódott.

(10. hipotézis) Feltételeztük, hogy a városi életforma növeli a kockázatos viselkedést. Az általunk vizsgált populáció tagjai az ország különböző részeiből érkeztek egyetemi városunkba. A kutatás első fázisának eredményei alapján megállapíthatjuk, hogy a városi életforma várakozásunkkal ellentétben nem növelte a kockázatos szexuális viselkedés esélyét. Nincs különbség a kortárssegítő egészségfejlesztést megbízhatónak és kevésbé megbízhatónak tartók csoportja között sem ebben a kérdésben. Az eredmények alapján hipotézisünk nem nyert igazolást.

(11. hipotézis) Több kutatás eredménye alapján (*Zonda és Paksi, 2006*) feltételeztük, hogy a vallásosság jelentősen befolyásolja az egészségmagatartást, és protektív szerepet játszhat a testi-lelki egészség alakulásában, éppen ezért úgy véltük, hogy a szexuális kockázatvállaló viselkedés esetében is visszatartó erővel bír. Eredményeink alapján a vallásosság nem befolyásolja a szexuális kockázatvállaló viselkedést ( $p=0,051$ ). A kortárssegítő egészségfejlesztést megbízhatónak tartók között többen vannak a vallásosak ( $p=0,046$ ). A kapott eredmények ellentmondtak a feltételezésünknek.

(12. hipotézis) Hipotézisünkben feltételeztük, hogy a fiatalok, akik megbízható forrásnak tartják a kortárssegítőket, jobban elutasítják a művi abortuszt, mint családtervezési eszközt. A reprodukív egészség sarkalatos kérdése a művi abortusz, amelynek megelőzése minden egészségfejlesztői munka egyik legfőbb célja. Az első kutatási fázisban a szexuális kockázatvállalók körében szignifikánsan több személynek volt már abortusza (16,0%), az állandó partnerrel rendelkezőkkel szemben (6,9%). A második kutatási fázisban a kortárssegítő egészségfejlesztést megbízhatónak tartók között szignifikánsak ( $p=0,007$ ) kevesebbnek volt művi abortusza (1,2%), szemben a kevésbé megbízhatónak vélőkkel szemben (4,9%). Egy korábbi klinikai felmérés alapján ez várható volt, hiszen kimutatott tény, hogy az egészségfejlesztő programban való részvétel, illetve az iskolázottság szintje jelentősen csökkenti a művi abortusz számát (*Kozinszky, Sikovanyecz, Devosa és mtsai, 2012*). Az eredmények alapján azonban a két csoport azonos mértékben ért egyet a terhesség-megszakítással (23,3% és 23,7%). Az eredmények alapján hipotézisünk nem nyert igazolást.

## **Konklúzió**

Jelen kutatásunk bővítette a magyarországi szexuális kultúrával foglalkozó kutatások spektrumát. Kutatásunk egyediségét jelentheti, hogy hazai adatok eddig nem számoltak be a kortárssegítők szexuális kultúráját iskolai egészségnevelés keretén belül befolyásoló hatásáról. Az egyetemi hallgatók szexuális kultúráját feltérképezve próbáltunk indirekt következtetéseket levonni a korábbi kortárssegítők által végzett iskolai reprodukív egészségnevelés hatékonyságáról. Összegezve az eredményeinket megpróbáljuk felvázolni a megvizsgált kérdésekre adott válaszokat a szakirodalmi adatokkal egybevetve. A kortárssegítésnek mind Nyugat-Európában, mind az USA-ban jelentős hagyománya van. Magyarországon Ritók Magda, Simon Tamás, Sárközy Virág számolnak be különböző kortárssegítő csoportok egészségfejlesztésben játszott szerepéről.

A legelső szexuális ismeretekre a gyerekek többnyire otthon tesznek szert a szülők, a rokonok vagy az ismerősök szándékos illetve nem szándékos tájékoztatása révén. Ezt a szerepet később az iskola veszi át. Ehhez megfelelő szexuálpedagógiai szakemberekre, egészségnevelőkre és átfogó szexuális nevelésre van szükség (Szilágyi, 2011).

A szexuális nevelés során információt nyújtunk a hallgatóknak:

- a nemi élettel kapcsolatos testi folyamatok; pozitív hatásai;
- az egyéni pszichoszexuális fejlődésről;
- a terhességről és a magzati életről, az abortuszról;
- a különböző szexuális életstílusokról;
- a fogamzásgátlók szakszerű használatáról;
- a nemi úton terjedő betegségekről és megelőzésükről (Szilágyi, 2011).

Az iskolai szexuális nevelés néhány kezdeményezéstől eltekintve a magyar iskolákban egészen napjainkig hiányzik. Időnként meghívják egy egészségügyi szakembert, hogy tartson felvilágosító előadást a tanulóknak, de ez nem elég, mert nem tudja ellensúlyozni azokat a kedvezőtlen hatásokat, amelyekkel a fiatalok naponta találkoznak, például a televízió vagy az interneten keresztül (Szilágyi, 2003), ezzel egybecseng a 8. hipotézisünkre kapott válasz. Az óvszer használata meggátolja a nem kívánt terhességet, és nagymértékben csökkenti a szexuális úton terjedő fertőzések, mint például a HIV kockázatát (Gyarmathy, 2002). Ezért is voltunk kíváncsiak arra, hogy tudatában vannak-e a vizsgálatban résztvevők a HIV terjedésének módjával, melyet nem megfelelően ismertek (7. hipotézis), jöllehet magáról a HIV-ről és AIDS-ről hallottak (>99%) (8. hipotézis). Simich és Fábrián (2010), szerint a tizenévesek érdeklődésének középpontjában áll a szexualitás, a hiányos és sokszor téves ismereteiket mégis elegendőnek ítélik, pedig kevés információjuk van, vagy egyáltalán nem rendelkeznek ismerettel a fogamzás természetes módjáról, a fogamzásgátlásról és a szexuális úton terjedő betegségekről. Felmérésünk eredménye ezzel ellenmond (1. hipotézis). A kondomot sokan megbízható módszernek tartják (83,7% és 81,5%) (Kozinszky és mtsai, 2001), mely ugyan egyezett kutatási eredményinkkel, de a használatban már ez nem jelenik meg (2. hipotézis). Mansour és munkatársai vizsgálata szerint a kondom egy köztes megbízhatóságú fogamzásgátló (Mansour, Inki és Gemzell-Danielsson, 2010), melyhez képest a vizsgálatba bevont személyek a legmagasabb biztonságú eszköznek vélték. (2. hipotézis). Zonda és Paksi (2006) publikációjában kimutatta hogy a vallásosság jelentősen befolyásolja az egészségmagatartást, mivel csökkenti a promiszkuitást. Jelen kutatásunkban ez nem nyert igazolást (3. hipotézis), és az a feltételezés sem, hogy a városi



életforma növeli a kockázatos szexuális viselkedés esélyét (4. hipotézis). *Györffy Zsuzsa és mtsai* (2013) publikálta, hogy a fiatalok számára a monogám párkapcsolat a kívánatos életforma, ezt kutatási eredményeink is alátámasztják (6. hipotézis).

A kortárssegítők, mint paraprofesszionális támogatók vesznek részt az információs, személyes tanácsadásban, melyekre megfelelő programokkal készítik fel őket. Több felsőoktatási intézményben, nevezetesen az ELTE BTK-n a „Humánia” csoport, illetve a Semmelweis Egyetem Orvosi Karának hallgatóiból alakult Budapesti Orvostanhallgatók Kortársoktató Alapítványa (BOKA), valamint az SZTE-n immár húsz éve működő egészségfejlesztő-egészségnevelő csoport végez információátadást a fiatalok számára, emellett igyekeznek képessé tenni a hallgatókat bizonyos egészséggel kapcsolatos készségek elsajátítására is.

A kortárssegítő tevékenység előtérbe kerülését az iskolai egészségnevelésben az indokolja, hogy a költséghatékonysága, hitelessége, elfogadottsága magas. A fiatalok szívesen veszik a hozzájuk korban közel állók információit, bizonyos értelemben példamutatásuk alapján attitűdöt alakító hatásukat. Számos magyar felsőoktatási intézményben jól működnek a kortárssegítő csoportok, melyek hatékony láncszemét képezik a hallgatókkal való élő kontextusnak, azonban eredményeink ellentmondanak a BOKA felmérésének (*Kortárs Segítő Műhely*, 2011) (9 hipotézis), miszerint a kortárssegítő elsődleges forrás, illetve abban is ellentétes eredményeket kaptunk a BOKA által publikáltakkal, hogy az első közösülés időpontja későbbre tolódik a kortárssegítőket megbízható forrásként kezelő fiatalok körében (5. hipotézis). Ugyancsak nem igazlódott be, hogy a kortárssegítőket megbízható forrásként kezelő fiatalok később kezdik a nemi életet (10. hipotézis), megfontoltabbak a szexuális életben (11. hipotézis) vagy jobban elutasítják az abortuszt (12. hipotézis) ami szintén ellentmond a BOKA anyagának.

A felmérésünkből származó eredmények és a nemzetközi szakirodalomban megismerhető eredmények között éles kontraszt mutatkozik. Ebből arra következtethetünk, hogy a kortárssegítők képzése nem olyan színvonalú, hogy az elvárt tudásra és hitelességre felkészítse a fiatalokat. Egy lehetséges válaszként erre a feltárt problémára kidolgoztunk az Adriané Egészségfejlesztő Programot (AEP) melyet a kecskeméti Neumann János Egyetem (korábban Pallasz Athéné Egyetem) Pedagógusképző Karán szeretnénk megvalósítani.

## **A saját fejlesztésű “Ariadné” három generációs egészségfejlesztő program bemutatása és a 2017 évközi teljesülés ismertetése**

### ***Célkitűzés***

Az Ariadné egészségnevelő program elsősorban abban tér el az előbb bemutatottaktól, hogy a Pallasz Athéné Egyetem, Pedagógusképző Karának (volt Kecskeméti Főiskola, Tanítóképző Főiskolai Kar; jelenleg Neumann János Pedagógusképző Kar) Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Kutatócsoportja a Kar pedagógus hallgatói számára dolgozta ki. Ez a tény több szempontból is determinálta a program felépítését, hiszen építhetünk a fiatalok pedagógiai szakmai tudására, illetve arra, hogy olyan fogékony gyerekeket fognak tanítani, nevelni, akikben egész életre kiható, mélyreható változásokat tudnak elérni, ezen felül akik viselkedésükkel hatnak környezetük további tagjaira is. Mindemellett hátrány, hogy egészségügyi ismereteik szignifikánsabban gyengébbek, mint egy egészségtudományal foglalkozó szakembernek vagy hallgatónak.

A három generációs egészségnevelő program direkt célcsoportja kettős:

- maguk a hallgatók, mint változásra nyitott fiatal felnőttek;
- az óvopedagógusok és a tanítók által oktatott és nevelt gyermekek;

illetve az indirekt elérendő célcsoport:

- az egészségnevelésben és -fejlesztésben részesült gyermekek családja, környezete.

(Devosa, 2016).

Így megvalósul a Sørensen (2012) egészségműveltség integrációs modeljében célként meghatározott tudás, kompetencia, motiváció hármasa, mely az egyén viselkedését egész életútján keresztül meghatározza. A kurrikulum felépítése, mely a tantárgyakba épülve átadott tudástól az egyéni megtapasztalásig terjed, alakítja ki a „lehetőség, megértés, bensővé tétel, alkalmazás, egészség információ” útját. Az előzőeken túl cél, a már működő kortárssegítő-jelölt képzés dinamikus felfejlesztése, illetve a kortárssegítő-jelölt fiatalok szociálpedagógiai képzésének erősítése (Devosa, 2011, Devosa, 2013). Mindezek alapján vélelmezhető, hogy egyre több egyetemi hallgató csatlakozik a kortárssegítők táborához, így a fiatalok egészségi állapota össztársadalmi szinten javulást fog mutatni a későbbiekben; illetve kialakítható lesz az a XXI. századi igényeknek megfelelő egészségfejlesztési ismeretekkel bíró fiatalokból álló csapat, akikre érvényesek a modern egészségfejlesztő szakember jellemzői (Simon és Székely, 2006):

- filozófiai elkötelezettségű szakértő,
- specializálódott egészségügyi szakember,
- humánus, segítő beállítottságú pártfogó,
- kezdeményező készségű szervező,
- képes a paradigmaváltásra az egészségnevelő munkában,
- képes a közösségi egészségnevelő feladatait betölteni.

### ***A program reprodukció egészségfejlesztésre kidolgozandó kurrikulumának tervezete***

A hallgatói kurrikulum kidolgozása outcome-orientált szemlélettel valósul meg, melynek célja, hogy olyan fiatal pedagógusok kerüljenek ki iskolánkból, akik magabiztos tudással és szemlélettel rendelkeznek az egészségfejlesztés témakörében, így a

legvulnerábilisebb szexuális egészségfejlesztés területén is. Az elvárt output része, hogy a nálunk végzett fiatal pedagógusok bátrabban valósítsák meg a NAT-ban foglaltakat, miszerint a gyermekek már egészen kicsi koruktól kezdve hallanak a megfelelő szexuális viselkedésről (*Magyar Közlöny*, 2012). A WHO 2010-es „Az európai szexuális nevelés irányelvei” címet viselő kölni kiadványa szerint (*WHO*, 2010) már 4 éves kor alatt is el kell kezdeni a szexuális nevelést, így az óvopedagógus hallgatók ilyen irányú felkészítése is kiemelt fontossággal bír. A kialakításnál alapul vettük *Ádány Róza* (2011) „népegészségügyi ciklus”-ának lépéseit, mely alapján, a program egyes elemeinek kialakítása, a változó igényekhez és az új népegészségügyi helyzethez történő átalakítása megtörténhet.

### ***A szexuális egészségfejlesztés kurrikulumában megvalósítandó kurzusok***

A fentiekből adódóan a következő kurzusokat tervezzük megvalósítani, illetve a már meglévőkhöz integrálódni: pedagógia (már több létező kurzus a karon), pszichológia (már létező kurzus a karon), antropológia a kulturális ismeret kurzuson belül, informatika (már létező kurzus a karon), új kurzusként bekerül az egészségtudomány kurzus, mely elkülönülve az az egészségtan kurzustól, meghívott orvos és egészségfejlesztő szakemberekkel dolgozná fel a témaköröket.

### ***A program tervezett implementálása***

A NAT előírja, hogy a már elsős osztályos kortól folyamatosnak kell lennie a szexuális felvilágosításnak, ez meghatározza a tárgyalt témaköröket (*Magyar Közlöny*, 2012).

A WHO szexuális nevelés mátrixa (törzsanyaga) a kiindulási alapunk, melyet különböző életkori csoportok szerint strukturáltak és nyolc fő tematikai kategóriát tartalmaz (*WHO*, 2010). A korcsoportok megfeleltetése a közoktatásban megadja, hogy mely témaköröket kell az óvopedagógusoknak, és melyeket a tanítóknak feldolgozniuk. A témák többször visszatérnek a *WHO* (2010) mátrixában: „a fiúk és lányok egyenlőségének attitűdjéről van szó. A WHO táblázata túlnyúlik (a 15 éves korosztályig) a tanítók által oktatott 1-6. osztályos tanulókon, azonban egy-egy kényesebb kérdés megbeszélésénél az osztályt felnevelő tanító előadása igen hatékony lehet, illetve az egészségnapon is meglátogathatja a volt tanulóit, akár egy másik intézmény keretein belül. A WHO által jegyzett „Az európai szexuális nevelés irányelvei” című kiadvány tartalmát Szilágyi Vilmos ismerteti a „Vázlat a politikusok, nevelési és egészségügyi intézmények és szakemberek részére” című munkájában, ahol a fejlesztők az információátadás => készségek kialakítása => attitűdök kialakulása gondolatkör triumvirátus köré építik fel a fejlesztést, melyet minden korosztályon belül az „emberi test és fejlődés, termékenység és reprodukció, szexualitás, érzelmek, kapcsolatok és életmód, szexualitás: egészség és jóllét, szexualitás és jogok, a nemiség szociális és kulturális meghatározói (értékek, normák)” bontásban dolgoznak fel. A WHO kurrikuluma ciklikusan visszatérő, azaz a fiatalabb korban tárgyalt témákat újra előveszik az egyén érésének, az aktuális igényeknek megfelelően. A fenti módszertant implementáltuk egészségfejlesztő programunkba (*Devosa*, 2016).

## Irodalomjegyzék

- Ádány Róza (szerk). (2011): *Megelőző orvostan és népegészségtan*. Tankönyvtár, Budapest  
[http://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/2011\\_0001\\_524\\_Megelozo\\_orvostan\\_nepegeszsegtan/2011\\_0001\\_524\\_Megelozo\\_orvostan\\_nepegeszsegtan.pdf](http://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/2011_0001_524_Megelozo_orvostan_nepegeszsegtan/2011_0001_524_Megelozo_orvostan_nepegeszsegtan.pdf)  
(Utolsó megnyitás: 2017. december 14.)
- Clements, I. és Buczkiewicz, M. (1993): *Approaches to Peer-Led Health Education: A Guide for Youth Workers*. London, Health Education Authority.
- Csonka Mária és Vértes László (1998): Az Egészségügyi Világszervezet és az Egészségnevelés *Egészségnevelés*, **39**. 1-2. sz. 21-23.
- Devosa Iván (2013): Az iskolai egészségfejlesztés szociálpedagógiai aspektusból. In: Dombi Alice, Dombi Mária (szerk.): *Fejezetek a szociálpedagógia köréből*. Szeged, Universitas Szeged Kiadó, 125-131.
- Devosa Iván (2016): Az Ariadné egészségfejlesztő program bemutatása In: Devosa Iván és Maródi Ágnes (szerk.): *I. Interdiszciplináris KF-EEK - SZESZT konferencia: A konferencia programja és absztraktjai*. Kecskeméti Főiskola, Kecskemét, 10.
- Devosa Iván (2011): The effects of the preventive education in secondary schools on the 17-24 years old student population. *4th International Conference for Theory and Practice in Education (Society and Education)*. Budapest, 2011. június 9 -11.
- Devosa Iván, Kozinszky Zoltán és Barabás Katalin (2012): A kockázatos szexuális viselkedést befolyásoló tényezők feltárása egyetemisták körében. *XII. Magatartástudományi Napok*, Szeged, 2012. június 14-15.
- Devosa Iván, Kozinszky Zoltán és Barabás Katalin (2013): Ellentmondások az iskolai reprodukciós egészségnevelésben. *"AGTEDU 2013" - AGTEDU tudományos konferencia*, Kecskemét, 2013. november 13.
- Devosa, I., Kozinszky, Z. és Barabás K. (2011a): Paradoxes in sexual risk-taking among non-medical related university students in Szeged, Hungary. *European Journal Of Obstetrics Gynecology And Reproductive Biology*, **159**. 1. sz.. 234-236.
- Devosa, I., Kozinszky, Z. és Barabás Katalin (2011b): Sexual risk-taking behaviour among university students in Szeged, Hungary. *Diczfalussy Symposium on Reproductive Health*, Szeged, 2011. november 14.
- European Council (2006): Recommendation of the European Parliament and the Council of 18. December 2006 on key competencies for lifelong learning. *Brussels: Official Journal of the European Union*, **30**. 12. sz.
- Feith Helga Judit, Melicher Dóra és Falus András (2015): Utószó helyett a TANTUdSZ programról. In: Falus András (szerk.): *Sokszíniű Egészségtudatosság*. Spingmed kiadó, Budapest, 270-274.
- Finn, P. (1991): Teaching students to be life long peer educators. *Health Education*, 13-16.
- Ford, N. és Inman, M. (1992): Safer sex in tourist resorts. *World Health Forum*, 13. 77-80.
- Forrai Judit (2015): A szexualitás kérdései In: Falus András (szerk.): *Sokszíniű Egészségtudatosság* Spingmed kiadó, Budapest 79-89
- Fronteira, I., Oliveira da, S. M., Unzeitig, V., Karro, H., és Temmerman, M. (2009): Sexual and reproductive health of adolescents in Belgium, the Czech Republic, Estonia and Portugal. *European Journal of Contraception Reproductive Health Care*, 14. 215-220.
- Gissler, M., Fronteira, I., Jahn, A., Karro, H., Moreau, C., Oliveira da Silva, M. és Hemminki, E. (2012): Terminations of pregnancy in the European Union. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, **119**. 3. sz., 324-332.

- Gochman, D. S. (1988, szerk.): *Health behavior*. Plenum Press, New York. 1. fejezet: Health behavior - Plural perspectives, 3–14.
- Gyarmathy V. Anna (2002): *Kockázati magatartások és egészségnevelés a magyar középiskolások körében*. Semmelweis Egyetem Doktori Iskola, Doktori értekezés tézisei, New York.
- Györfffy Zsuzsanna, Susánszky Anna, Ádám Szilvia és Dukay-Szabó Szilvia (2013): A 35 év alatti fiatalok párkapcsolati szokásai. Hogyan látják a férfiak, és hogyan a nők? In: Suszánky Éva, Szántó Zsuzsa (szerk.): *Magyar lelkiállapot 2013*. Semmelweis Kiadó, Budapest.
- Hamilton, V. (1992): HIV/AIDS: a peer education approach. *Youth Policy*, 36. 27-31.
- Hamy László és Pucsek József (2008): XV. Primer Prevenció Fórum „környezeti ártalmak és a szaporodás összefüggései” című előadásainak összefoglalói. *Magyar Onkológia Kongresszusi Kiadó*, 52. 201-218.
- HEA (1993): *Peers in Partnership: HIV/AIDS Education with Young People in the Community*. Health Education Authority, London.
- Imamura, M., Tucker, J., Hannaford, P., Oliveira da Silva, M., Astin, M., Wyness, L., Bloemenkamp, K. W. M., Jahn, A., Karro, H., Olsen, J. és Temmerman, M. (2007): Factors associated with teenage pregnancy in the European Union countries: a systematic review. *European Journal of Public Health*, 17. 6. sz. 630–636.
- Imamura, M., Tucker, J., Hannaford, P., Astin, M., Oliveira da Silva, M., Bloemenkap, K. W. M. és Temmerman, M. (2006). *REPROSTAT 2: a systematic review of factors associated with teenage pregnancy in the European Union*. University of Aberdeen. Aberdeen, UK.
- Jahn, A., Bloemenkamp, K. W., Hannaford, P., Olsen, J., Da Silva, M. O., és Temmerman, M. (2006): Monitoring reproductive health in Europe—what are the best indicators of reproductive health?. *Human Reproduction*, 21. 9. sz., 2199-2200.
- Jarvis, M. (1993): Peering into health. *Youth Clubs*, Szeptember, 26-28.
- Jay, M. S., DuRant, R. H., Shoffitt, T., Linder, C. W. és Litt, I. F. (1984): Effect of peer counsellors on adolescent compliance in use of oral contraceptives. *Paediatrics*, 73. 126-131.
- Jones, M. (1992): It pays to use peer leaders. *Education and Health*, 10. 4. sz. 49-54.
- Kelly, G. A. (1955): *A Theory of Personality-The Psychology of Personal Constructs*. Norton, New York.
- King, E. (1993): *Safety in Numbers*. London, Cassell.
- Klepp, K. I., Halper, A. és Perry, C. L. (1986): The efficacy of peer leaders in drug abuse prevention. *Journal of School Health*, 56. 407-411.
- Kortárs Segítő Műhely Alapítvány (2011): „*Fiatalok a fiatalokért*” kortárssegítő – egészségfejlesztő program. <http://www.ksma.hu/ikepzes.html> (Utolsó megnyitás: 2017. december 14.)
- Kósa Karolina (2006): Az egészség és az egészséget meghatározó tényezők. In: Barabás Katalin (szerk.): *Egészségfejlesztés. Alapismeretek pedagógusok számára*. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, 13–17.
- Kozinszky Z., Boda K. és Bártfai Gy. (2001): Determinants of abortion among women undergoing artificial termination of pregnancy. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 6. 3. sz. 145–52.

- Kozinszky Z., Sikovanyecz J., Devosa I., Szabó D., Barabás K., Pál A. és Arthur J. (2012): Determinants of emergency contraceptive use after unprotected intercourse: Who seeks emergency contraception and who seeks abortion? *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, **91**. 8. sz. 959-964.
- Lalonde, M. (1975): *A new perspective on the health of Canadians: A working document*. TRI-graphic printing.
- Magyar Közlöny (2012): A Kormány 110/2012. (VI. 4.) Korm. rendelete a Nemzeti alaptanterv kiadásáról, bevezetéséről és alkalmazásáról, Magyar Közlöny 2012. 66. sz. 10635.
- Mansour D., Inki P. és Gemzell-Danielsson K. (2010): Efficacy of contraceptive methods: a review of the literature *European Journal of Contraception Reprod Health Care*, 19-31.
- Molnár Csaba (2015): Kommunikáció az egészségről. Az ismeretátadás hatékony megoldásai In: Falus András (szerk.): *Sokszínű Egészségtudatosság* Spingmed kiadó, Budapest, 260-268.
- Nagy Lászlóné és Barabás Katalin (2011): Az egészségműveltség és egészségmagatartás diagnosztikus mérési és fejlesztési lehetőségeinek feltárása az 1–6. évfolyamon (6–12 éves korban). In: Csapó Benő és Zsolnai Anikó (szerk.): *Kognitív és affektív fejlődési folyamatok diagnosztikus értékelésének lehetőségei az iskola kezdő szakaszában* Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 173-225.
- Ottawai Egészségfejlesztési Charta (1986): *Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferencia*. Ottawa, 1986. november 17-21.
- Part, K., Moreau, C., Donati, S., Gissler, M., Fronteira, I., és Karro, H. (2013): Teenage pregnancies in the European Union in the context of legislation and youth sexual and reproductive health services. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 92. 12. sz. 1395-1406.
- Peers, I. S., Ledwith, F. és Johnston, M. (1993): *Community Youth Project HIV/AIDS*. University of Manchester School of Education Report to the Health Education Authority.
- Perry, C. L. (1989): Prevention of alcohol use and abuse in adolescents: teachers versus peer led intervention. *Crisis*, 10. 52-61.
- Perry, C. L. és Sieving, R. (1993): Peer Involvement in Global AIDS Prevention among Adolescents. University of Minnesota/World Health Organisation.
- Phelps, F. A., Mellanby, A. R., Crichton, N. J. és Tripp, J. H. (1994): Sex education: the effect of a peer programme on pupils (aged 13-14 years) and their peer leaders. *Health Education Journal*, 53. 127-139.
- Pikó Bettina (2005): *Lelki egészség a modern társadalomban*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Quesnel–Vallée, A. (2007): Self-rated health: caught in the crossfire of the quest for 'true'health?. *International Journal of Epidemiology*, **36**. 6. sz. 1161-1164.
- Rhodes, T. (1994): HIV outreach, peer education and community change: developments and dilemmas. *Health Education Journal*, 53. 9-99.
- Seedhouse, D. (1995): 'Well-being': health promotion's red herring. *Health Promotion International*, **10**. 1. sz. 61-67.
- Simich Rita és Fábián Róbert (2010): *Iskola - egészségfejlesztés – szexedukáció. Veszélyeztetett korú diákok prevenció igényei és szükségletei*. Országos Egészségfejlesztési Intézet.
- Simon Tamás (2006): Az egészségérték-gazdálkodás kialakítása mint elsődleges egészségfejlesztési feladat. *Egészségfejlesztés*, **47**. 1-2. sz. 2.

- Simon Tamás, Cser Zsolt, Domsits Károly, Földiné Nagy Judit, Gyurkovics Krisztina, Kiss Ildikó, Marek Péter, Molnár Annamária és Reichardné Csiszlér Judit (2007): Szülőkorú felnőttek ismeretei az egészséges életmódról 2007 tavaszán. *Egészségfejlesztés*, **48.** 5-6. sz. 2-6.
- Simon Tamás és Székely Lajos (2006): Milyen szerepre vállakozhat az egészségnevelés a második évezredben? *Egészségfejlesztés*, **51.** 1-2. sz. 2-10.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, **12.** 1. sz., 80.
- Szabó Katalin és Pikó Bettina (2017): Az étkezési magatartás összefüggése az ételválasztási motivációkkal és egyes személyiségbeli jellemzőkkel középiskolások körében *Egészségfejlesztés*, **58.** 2. sz. 5–16
- Szilágyi Vilmos (2003): *A szexuális nevelés európai programja*. ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Iskolapszichológiai Tanszék. <http://iskpszi.elte.hu/wp-content/uploads/2011/05/Szil%C3%A1gyi-V.-A-szex.-nevel%C3%A9s-eur%C3%B3pai-programja-1.pdf> (Utolsó megnyitás: 2016. 12.12.)
- Szilágyi Vilmos (2004): *Szexológiai dokumentumok*. Magánélet Kultúra Alapítvány, Budapest.
- Szilágyi Vilmos (2011): Szexuális nevelés nálunk és másutt. *Új Pedagógiai Szemle*, 10. sz. 104-107.
- Temmerman, M., Foster, L. B., Hannaford, P., Cattaneo, A., Olsen, J. és Bloemenkamp, K. W. (2006): Reproductive health indicators in the European Union: The REPROSTAT project. *European Journal of Obstetric and Gynecology Reproductive Biology*, 126. 3-10.
- Turner, G. és Sheperd J. (1999): A method in search of a theory: peer education and health promotion. *Health Education Research. Theory and Practice*, **14.** 2. sz. 235-247.
- WHO (2010): Az európai szexuális nevelés irányelvei. Vázlat a politikusok, nevelési és egészségügyi intézmények és szakemberek részére. [http://www.szexualpszichologia.hu/who\\_iranyelvei.html](http://www.szexualpszichologia.hu/who_iranyelvei.html) (Utolsó megnyitás: 2016.05.17.)
- Wilton, T., Keeble, S., Doyal, L. és Walsh, A. (1995): *The Effectiveness of Peer Education in Health Promotion: Theory and Practice*. Faculty of Health and Community Studies, University of the West of England.
- Woodcock, A., Stenner, K. és Ingham, R. (1992): All these contraceptives, videos and that... Young people talking about school sex education. *Health Education Research*, **7.** 517-531.
- Zonda, T., és Paksi, B. (2006). Adatok a vallásosság protektív szerepéhez a testi és lelki egészségben. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, **7.** 1. sz. 1-13.