

60 éves az Egészségfejlesztés

The Journal of Health Promotion is 60 years old

doi: 10.24365/ef.v60i5.552

60 éves az *Egészségfejlesztés* folyóirat. Egy ember, megérve ezt a kort elkomorodik, és arra gondol, hogy nemsokára le kell zárnia majd életét. Egy szakfolyóirat esetében azonban arra gondolhatunk, hogy érdemes folytatni, hiszen az eltelt évtizedek bizonyítják, fontos ez a lap az szakemberek, és tegyük hozzá, a szerkesztőség, valamint a kiadó intézmény számára is.

„Minden egészségügyi törekvés alapvető célja az ember egészségének, megfelelő élet- és munkakörülményeinek, jólétének előmozdítása. ... Valamely nép kulturáltságának az is fokmérője, hogy milyen az emberek egészségügyi kultúrája, vagyis mennyiben tudják és alkalmazzák azokat az ismereteket,

amelyek lehetővé teszik öntevékenység útján egészségük megvédését, a szervezetüket érő ártalmak elhárítását és környezetüknek a harmonikus élet követelményei szerint történő kialakítását.” — olvashatjuk az *Egészségfejlesztés* folyóirat elődjének tekinthető *Egészségügyi Felvilágosítás* „módszertani tájékoztató” beköszöntőjében. Ma nem sokat változtatnánk Vilmon Gyula akkori egészségügyi miniszterhelyettes 60 évvel ezelőtti, a folyóirat első számában közreadott gondolatain. Legfeljebb az egészségügy helyett egészség kifejezést használnánk.

Érdeemes összehasonlítani a 60 évvel ezelőtti és a mai folyóirat küldetését:

Az Egészségügyi Felvilágosítás Központja - régi hiányosságot pótolva - most módszertani tájékoztatót indít. Az "Egészségügyi Felvilágosítás" célja az egészségügyi felvilágosítás elméleti, valamint szervezési és módszertani kérdéseinek ismertetése, az érdekelt egészségügyi dolgozók tájékoztatása, bevált belföldi és külföldi felvilágosítási módszerek, eljárások közzététele, a tapasztalatcsere előmozdítása.

„Az Egészségfejlesztés folyóirat küldetése az, hogy előmozdítsa az egészségügy, valamint más szektorok különböző szakterületei közötti szakmai kommunikációt, és hozzájáruljon a hazai egészségfejlesztés és a népegészségügy színvonalának emeléséhez, ezáltal a hazai lakosság egészségének javításához. A folyóirat az egészségfejlesztés és népegészségügy elméletére, továbbá nemzetközi és hazai gyakorlatára vonatkozó írásokat közöl mindazok számára, akik az egészségfejlesztésben közvetlenül vagy közvetve szerepet vállalnak, ideértve nemcsak az egészségügyi, hanem más szektorok, mint az oktatás vagy a szociális terület szakembereit is.”

A hasonlóság szembeszökő, bár az egészségügyi felvilágosítás helyett ma már egészségfejlesztést mondanánk. A 60 éve kiadott szakfolyóirat az egészségért dolgozók számára ma is fontos információs forrás és szakmai fórum, amint azt a rendszeresen közölt olvasottsági mutatók évek óta tartó

emelkedése, valamint a szerzők bővülő köre jelzi. A folyóirat 60. születésnapján köszöntsük tehát azokat, akik az elmúlt hat évtizedben kitartottak és hozzájárultak e magas korhoz: a szerzőket, a szakbírálókat, a szerkesztőket és nem utolsósorban az olvasókat!

Az elmúlt négy év olvasottságáról

Reading statistics

doi: 10.24365/ef.v60i5.551

Vilmon Gyula-nívódíjas folyóiratunk idén ünnepli fennállásának 60. évfordulóját, ennek apropójából jelentjük meg a Jubileumi lapszámot. Öt cikkben dolgoztunk fel a lap legkorábbi, 1960-as és 1970-es években megjelent számaiból közleményeket.

A jubileum mellett a mostani lapszámban egy tematikus blokk is található, kilenc írás szól a „Nyíregyháza életminősége – Háztartáspanel” kutatásorozat eredményeiről.

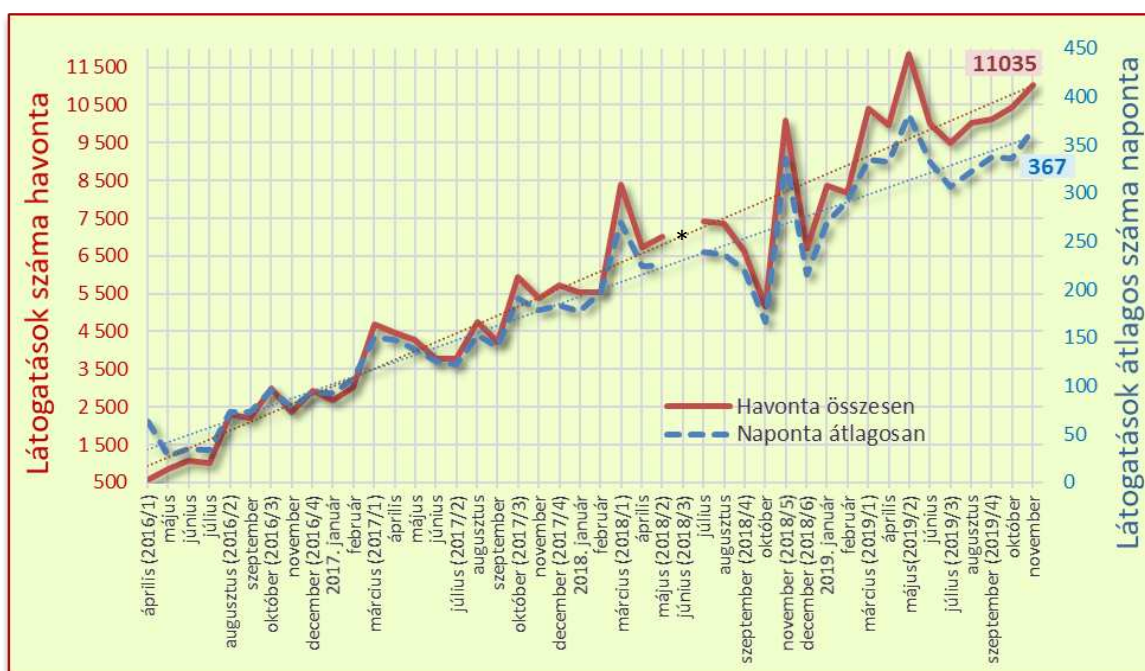
A látogatói és olvasottsági statisztikákat az elmúlt 4 évben már megszokott módon mutatjuk be, látható, hogy a lap népszerűsége a szakemberek körében töretlen.

Az ábrán látható a weboldalunk látogatóinak havi száma (már második alkalommal 11 ezer feletti), illetve az átlagos napi értékek. Az első elektronikus lapszám megjelenése óta – 2016. április - mindkét adat megsokszorozódott.

A 10 „legérdekesebb” cikk közé bekerült kettő, az előző lapszámban megjelent írás is, a többi TOP10-es listán nincs jelentős változás.

Várjuk hozzászólásaikat, javaslataikat a cikkekhez bejelentkezés után a [weboldalon](#), és kövessék a lapot a [facebook-on](#) is.

1. ábra: A folyóirat honlapját havonta, illetve naponta átlagosan meglátogatók száma



* nincs adat

Megtekintések száma	Közlemény címe	Szerzők	Lapszám
ÖSSZEFOGLALÓ			
760	A kortársbántalmazás (bullying) mint népegészségügyi probléma	Várnai D, Zsíros E, Németh Á	2016. 4. szám
751	Hazai egészség-pillanatkép, 2017	Vitrai J, Bakacs M, Varsányi P	2017. 4. szám
748	Egészséges életmóddal kapcsolatos kutatások a hazai iskolákban	Járomi É, Szilágyi K, Vitrai J	2016. 1. szám
610	Kortárs egészségfejlesztési programok gyermekek és fiatalok körében a hazai és a nemzetközi szakirodalom tükrében – Szisztematikus áttekintés	Lukács-Jakab Á et al.	2018. 1. szám
568	A gyógytestnevelés jelentősége a szekunder rehabilitáció és egészségfejlesztés folyamatában, megújulásának szükségessége, irányvai	Simon I, Kajtár G	2018. 1. szám
563	A 2015/2016. tanév országos fittségmérési eredményei a Nemzeti Egységes Tanulói Fittségi Teszt (NETFIT®) alapján	Csányi T, Kaj M	2017. 4. szám
544	A magyarországi egészségértés nemzetközi összehasonlításban	Koltai J, Kun E	2016. 3. szám
543	Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés területi egyenlőtlenségeinek vizsgálata az akut miokardiális infarktus okozta halálozás adatainak felhasználásával	Uzzoli A, Vitrai J, Tóth G	2017. 3. szám
526	Az iskolai egészségfejlesztés hazai és nemzetközi szemléletének bemutatása	Járomi É, Vitrai J	2017. 1. szám
523	Egészségfejlesztő program középiskolások körében – Az alapállapot felmérés eredményei	Pénzes G, Biró É	2018. 4. szám
TELJES KÖZLEMÉNY			
3182	A csecsemőkori allergia-megelőzés korszerű irányelvei és lehetőségei	Réthy A	2017. 1. szám
1286	Egészséges életmóddal kapcsolatos kutatások a hazai iskolákban	Járomi É, Szilágyi K, Vitrai J	2016. 1. szám
799	Magyarország népegészségügyi rendszere és egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezetei	Túri G et al.	2018. 2. szám
750	Hazai egészség-pillanatkép, 2017	Vitrai J, Bakacs M, Varsányi P	2017. 4. szám
665	Energiaital fogyasztási szokások és egészségtudatosság a felsőfokú képzésben résztvevő hallgatók körében	Dojcsákné Kiss-Tóth É, Kiss-Tóth E	2018. 4. szám
651	OKOSTÁNYÉR® – új táplálkozási ajánlás a hazai felnőtt lakosság számára	Szűcs Zsuzsanna	2016. 4. szám
520	A magyarországi egészségértés nemzetközi összehasonlításban	Koltai J, Kun E	2016. 3. szám
496	Összefoglaló „A munkahelyi egészségfejlesztés általános szervezeti megvalósítására vonatkozó szakmai útmutató”-ról	Solyomossy J, Koós T	2016. 3. szám
487	Amerikai Táplálkozási Ajánlás 2015-2020 - rövid ismertetés	Fekete K, Henter I	2016. 2. szám
476	A fizikai aktivitás, mint egészségbefektetés	Gabnai Z et al.	2019. 1. szám
"ÉRDEKESSÉG"			
3,23	A csecsemőkori allergia-megelőzés korszerű irányelvei és lehetőségei	Réthy A	2017. 1. szám
1,76	A fizikai aktivitás, mint egészségbefektetés	Gabnai Z et al.	2019. 1. szám
1,54	Energiaital fogyasztási szokások és egészségtudatosság a felsőfokú képzésben résztvevő hallgatók körében	Dojcsákné Kiss-Tóth É, Kiss-Tóth E	2018. 4. szám
1,40	Magyarország népegészségügyi rendszere és egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezetei	Túri G et al.	2018. 2. szám
1,05	Cikkismertetés: Népegészségügy 3.0	Vitrai J	2019. 4. szám
1,05	Hazai egészség-pillanatkép, 2017	Vitrai J, Bakacs M, Varsányi P	2017. 4. szám
0,98	Egészséges életmóddal kapcsolatos kutatások a hazai iskolákban	Járomi É, Szilágyi K, Vitrai J	2016. 1. szám
0,93	Alternatív dohánytermékek használata fesztiválon résztvevő fiatal felnőttek körében	Torma A et al.	2019. 4. szám
0,92	Tematikus cikkválogatás az iskolai egészségfejlesztés területéről	szerkesztőség	2019. 4. szám
0,89	A gyermekkori elhízás népegészségügyi vonatkozásai	Kovács AV	2018. 4. szám

A szemléletváltás szükségességéről – Helyzetjelentés az 1960-as évek egészségfejlesztő szakemberképzéséről

About the need for a changing approach – Status report on the training of health promotion specialists in the 1960s

Szerző: Prievara Dóra Katalin ✉

Szegedi Tudományegyetem, Juhász Gyula Pedagógusképző Kar, Alkalmazott Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Intézet

Beküldve: 2019. 12. 09.

doi: 10.24365/ef.v60i5.546

Kulcsszavak: egészségfejlesztés; orvosképzés; prevenció

Keywords: health promotion; medical school; prevention

Napjainkban számos olyan hírral találkozhatunk, ami riasztó adatokkal, elkésérítő helyezésekkel elemzi a hazai és nemzetközi népegészségügyi állapotokat. De miként alakult ez korábban? Milyen utalásokat találunk az Egészségfejlesztés folyóirat korábbi számaiban arra vonatkozóan, hogy egyre nagyobb szükség van az egészségfejlesztő szakemberek képzésére, az egészséggel kapcsolatos szemléletmódbeli váltásra?

Zsebők Zoltán a Tudományos Ismeretterjesztő Társaság egészségügyi szakosztályának 1964-ben rendezett Első Országos Vándorgyűlésen tartott megnyitó beszédében hangsúlyozta, hogy a betegségek elleni küzdelemben (eddig) megtett út hosszú és rögös volt, és hatalmas lépéseket tett a tudomány a tömegjárványok leküzdése érdekében, forradalmi kutatásokkal számos betegség már gyógyíthatóvá és visszafordíthatóvá vált.¹ Emellett azonban külön hangsúlyozza a felvilágosító és megelőző munkát végzők fontos szerepét, melyet a sorakatonasághoz hasonlított: ők alkotják ugyanis az orvosok és kutatók hadseregét, ők „az élet hadserege”, akik újra és újra harcba szállnak az emberek egészségéért.

Ahogy a prevenció egyre inkább előtérbe került, az orvosi gondolkodás megváltozásának szükségességét is maga után vonta, kezdve az egyetemi

oktatás megújításával², amivel a cél a szociálhigiénés és a betegség megelőzésére irányuló szemléletmód kialakítása lehet.³ Az orvos gyógyító szerepe mellett egyre inkább hangsúlyosabbá váltak a szűrővizsgálatok, a helyesen kialakított életmód szerepe és a következetes egészségnevelés. Erősödött a felismerés, hogy egyre többet kell tenni tehát az egészség védelme érdekében, az egészség megőrzéséért – hiszen már nem pusztán a betegségek gyógyítása a feladat, így egyre aktuálisabb kérdéssé vált az egészségnevelés egyetemi szintű oktatása, melyet 1961-től az Egészségügyi Minisztérium utasítása szabályozott. Ennek következtében a hazai orvos-, fogorvos és gyógyszerészképzésben már helyet kapott a közegészségtan és járványtan tantárgy keretein belül a felvilágosítás jelentősége, a mentálhigiéné, a hallgatók életmódja és a szűrések – bár mindössze 2 óra volt az elméleti és 3 óra a gyakorlati bemutatásra szánt időkeret. Az egészségnevelés pusztán érintőlegesen került elő az egyetemi klinikai előadások során, míg a gyakorlati tapasztalatok megszerzésére több lehetőség is nyílt az orvostanhallgatók előtt: falusi felvilágosító előadások tartása, üzemi és iskolai szűrővizsgálatok, illetve a kórházi gyakorlatok során az orvos-beteg találkozók. Megfogalmazódott azonban az igény az egészségnevelési ismeretek alaptárgyban való oktatására, amely olyan célkitűzéseket foglal magában, mint (1) a beteg életvezetésének helyes kialakítása,

(2) az orvosok kórházon kívüli tevékenységeinek alakítása, (3) a beosztottak szemléleti nevelése, (4) az orvos saját mentálhigiénés állapotának ismerete. Mindez azonban csak úgy valósulhat meg a gyakorlatban is, ha minden tantárgyban megjelenik az egészségnevelési szemlélet. Érdeemes megemlíteni, hogy az egészségügyi felvilágosítás tömeges oktatására a továbbképzés adott inkább lehetőséget, ugyanis a vidéki körzeti orvosok számára két hónapos egyéni kórházi továbbképzés volt az előírás.

Azonban nem kizárólag a leendő orvosok számára volt fontos az egészségfejlesztéssel kapcsolatos ismeretek elsajátítása. A hazai gyermekápolónőképzésben az egészségügyi felvilágosítás önálló, 10 órás tantárgyként volt jelen az 1968/69-es tanévig, majd azt követően a közegészségtan tantárgyban kapott helyett.⁴ Az átalakítást az indokolta, hogy az oktató orvos legyen, aki képes felhívni a figyelmet a különböző szaktárgyak egészségnevelési vonatkozásaira, a kapcsolódási pontokra. A tematika összeállításánál fontos szempont volt a hallgatók bevonása és aktivizálása, a tantárgy során szükséges volt az írásbeli dolgozat mellett plakátot/röplapot szerkeszteni és próbaelőadást tartani különböző témakörökben, különböző csoportoknak (iskolásoknak, várandós anyáknak, beteg gyermeket ápoló szülőknek). Továbbá az egészségügyi szakiskolák középkaderképzésben tanulóinak is feladatuk volt az egészséggel kapcsolatos oktatónevelő tevékenységek végzése.⁵ Éppen ezért az oktatásuk során érintették az egészségvédelmet és az egészségnevelés témaköreit. Ebbe beletartozott a saját egészségükkel kapcsolatos ismeretek és

követendő szokások elsajátítása, valamint különböző módszerekkel mindezek továbbadása, átadása mások számára is.

A Szovjetunióban az orvosegyetemeken az egészségügyi felvilágosítás az egészségügyi szervezés tárgyához tartozott.⁶ A tanterv 10 órás előadást írt elő, ami a nyári gyakorlatok helyszínéül szolgáló kórházakban kiegészült empirikus tapasztalatokkal, mivel ilyenkor a hallgatóknak feladatuk volt a lakosság különböző rétegei számára előadásokat és tanfolyamokat tartani. További nemzetközi tapasztalatokról számolt be Sz. Fodor Katalin 1966-os tájékoztatója.⁷ Ebben az időszakban az amerikai oktatási rendszerben már lehetőség volt főiskolai szintű, a középiskolát követő négyéves képzésben egészségügyi nevelői (*“Bachelor of health education”*) fokozatot szerezni, és többnyire egészségügy tanárként elhelyezkedni, iskolai egészségügyi nevelésre képződni. A Harvard Egyetemen már közegészségügyi szakemberképzés folyt, éves szinten száz hallgatóval, akik általában külföldről érkeztek, és az egyetemi diploma mellett lehetőségük nyílt doktori fokozat megszerzésére is egyénre szabott kutatások és terepmunkák elvégzésével. A külföldi hallgatók disszertációjának minden esetben az anyaország egészségügyi nevelési problémáját kellett vizsgálnia, elméleti és gyakorlati szinten egyaránt. Az összes amerikai egészségügyi nevelési szakembereket képző egyetemre jellemző volt a multidiszciplináris szemléletmód, a szoros együttműködés a közegészségügyi, a felnőttnevelési és a nevelési intézetekkel, ami a jövőben követendő jó példaként szolgált más képzések számára is.

¹ Zsebők Z. Orvostudomány és egészségügyi ismeretterjesztés. Egészségügyi Felvilágosítás. 1965;6:3-4.

² Vértes L. Az egészségnevelés egyetemi oktatásáról szigorló orvosi szemmel. Egészségügyi Felvilágosítás. 1969;10:249-252.

³ Fodor F. Az egészségügyi nevelés az orvosképzésben. Egészségügyi Felvilágosítás. 1966;7(1):13-15.

⁴ Simon T. Az egészségnevelés oktatásának tapasztalatai gyermekápolónőképző iskolában. Egészségügyi Felvilágosítás. 1970;11:38-40.

⁵ Galvács M. Az egészségnevelés oktatása az egészségügyi szakiskolában. 280-282. 1968;9:280-282.

⁶ Bartha F. Az egészségügyi felvilágosítás oktatása az egészségügyi dolgozók képzésében és továbbképzésében. Egészségügyi Felvilágosítás. 1964;4:24-34.

⁷ Sz. Fodor K. Az egészségügyi felvilágosítás szakembereinek képzése az Amerikai Egyesült Államokban. Egészségügyi Felvilágosítás. 1966;7(3):136-140.

Dohányzásról anno és most

[Smoking then and now]

Szerző: Balogh Erika ✉

Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Orvosi Népegészségtani Intézet

Beküldve: 2019. 12. 06.

doi: 10.24365/ef.v60i5.545

Kulcsszavak: dohányzás; halálozás; leszokás

Keywords: smoking; mortality; quitting

„A dohányzás az Amerika felfedezése óta eltelt néhány évszázad alatt a civilizált országok egyik legkárosabb tömegszennvedélyévé vált. Az orvostudomány ma már bizonyítani tudja, hogy a dohányzás sokféle betegség és a korai elhalálozás veszélyét megsokszorozza. És mindezért az erős dohányos komoly anyagi áldozatot is vállal. Szerző sorra veszi, hogy mely betegségeknél van a nikotinnak kimutathatóan károsító szerepe. Ismerteti a dohányzásról való leszoktatás módjait, azok alkalmazásának szükségességét. A gyógyszeres kezelésnél (elvonásnál), a Lobelin alkalmazására mutat rá. Hangsúlyozza:

legfontosabb a közvélemény megváltoztatása a dohányzás szenvedélyének elítélése érdekében”¹ – olvashatjuk Wiltner Willibaldnak az Egészségügyi Felvilágosítás folyóiratban 54 évvel ezelőtt megjelent, „Amit a dohányzásról tudnunk és mondanunk kell” című írásában.

„A legkirívóbb kockázatot eddig a tüdőrák jelenti, mert napi 10 cigaretta 10-szeresre, 20 cigaretta 16-szorosára, 30 pedig 25-szörösére növeli a tüdőrák esélyét.”¹ A szerző táblázatban szemlélteti a dohányzás halálozási arányszámra gyakorolt hatását:

II. táblázat

35—74 év közötti halálozás esélye (tízéves időszakonként)

Életkor (év)	Nem dohányzók	D o h á n y z ó k		
		1—14	15—24	25-nél több
		darab cigaretta naponta		
35—44	1 a 90-hez	1:64	1:65	1:23
45—54	1:27	1:18	1:14	1:10
55—64	1: 8	1: 6	1: 5	1: 4
65—74	1: 3	1: 2	1: 2	1: 2

Forrás: Wiltner Willibald: Amit a dohányzásról tudnunk és mondanunk kell; Egészségügyi Felvilágosítás 1965. VI. évf. 145-150

„Ha a fenti táblázatot szerencsejátékhoz kívánjuk hasonlítani: képzeljük el, hogy az első sor nem dohányzói egy olyan dobozból húzzák a véstes fekete golyót, amelyben még 90 fehér van. Ugyanilyen korú, de 25 cigaretta szívó dohányos dobozában 1 fekete golyóra csak 23 fehér esik, ennyivel nőtt meg a halálozásának eshetősége.”¹ Manapság a dohányzásnak tulajdonítható többelhalálozást hasonlóképpen számítják: a dohányzók nagyobb veszélyeztetettségét számszerűsítik a nem dohányzókéhoz képest (relatív kockázat). Annak az esélye például, hogy egy dohányos férfi tüdőrákban haljon meg, egy nem dohányzó társához képest több mint 21-szeres.²

Az összefoglaló közlemény 1965-ben, egy évvel azt követően jelent meg, hogy Terry Luther (az Amerikai Egyesült Államok tisztifőorvosa) bejelentette, hogy az addig összegyűlt adatok elemzése alapján a cigaretta használata komoly egészségügyi veszélyt jelent a fogyasztó számára: bizonyítottan ok-okozati összefüggésben áll a tüdőrák és a krónikus hörghurut kialakulásával, s más betegségek megjelenésében is fontos szerepet játszik. Mindez sokkolóan hatott, s megdöbbenést keltett az amerikai társadalomban, mert akkoriban a férfiak több mint fele (52%-a), a nők harmada (34%-a) cigarettázott.³ A bejelentés hatására az USA-ban széleskörű dohányzás ellenes kampány indult, melynek köszönhetően fokozatosan csökkent a cigaretta népszerűsége, s 2018-ra 14%-ra mérséklődött a dohányzó felnőttek aránya.⁴

Nálunk sajnos Wiltner Willibald közleménye nem váltott ki ilyen drámai csökkenést, bár írásában már felhívta a figyelmet e káros szenvedély romboló hatására, s a dohányipar akkoriban újnak számító termékeivel, a füstszűrős cigarettákkal kapcsolatban is óva int: „Nikotin mentes dohány vagy filter alkalmazása a kockázatot és a károsodásokat nem csökkenti – a dohányosok illúziókba ringatására alkalmas. Minden amellettszól tehát, hogy aki nem dohányzik, ne szokjon hozzá, aki pedig dohányzik, szokják le róla, hiszen a ma leggyakoribb betegségek keletkezésében ilyen fontos szerepe van.” A leszokás kapcsán megfogalmazódik a jogos kérdés: „Hogyan lehet leszoktatni az ingadozókat? Nyilvánvaló, hogy a dohányzás szokásának mai társadalmi eltűrése mellett bármely tilalom – mint például kórházi tartózkodás, vonaton utazás idejére stb. –

csak átmeneti hatású lehet.” A leszokni vágyók számára gyógyszeres támogatás akkoriban nem állt rendelkezésre, bár a szerző beszámolt arról, hogy a világon és a saját gyakorlatában is Lobelint alkalmazták a betegeknek. (A lobelin az indián dohánynövény alkaloidja, parciális nikotinergerceptor-agonista hatású, a dohányzásról való leszokás segítésére az 1930-as években kezdték alkalmazni. Hatásával kapcsolatban azonban nincs bizonyíték arra, hogy segíti a leszokást.⁵) Már ekkor felveti kérdésként, hogy elég-e csökkenteni a cigaretták számát vagy inkább teljesen abba kell hagyni a dohányzást?

Manapság a leszokástámogatás több formája is elérhető, szükség esetén gyógyszeres támogatás, nikotinpótló terápia és nikotinmentes készítmények is rendelkezésre állnak.⁶ A végső cél a dohányzás teljes abbahagyásának elérése, a lehető legnagyobb egészségnyereség elérése érdekében.

1966-ban az Egészségügyi Felvilágosítás folyóiratban Székács Sándor „A cigaretta ártalmai” című közleményével tovább folytatja az egészségügyi kockázatok ismertetését: „Legártalmasabb a cigarettázás, amely főleg ebben az évszázadban terjedt el és terjed továbbra is világszerte. 20-50 évi erős cigarettázás és a tüdőrák, valamint a szívkeringségi betegségek gyakoribbá válása között kimutatható oki összefüggés van, amit a füst mélyreszívása folytán a dohánykátrány és a nikotin okoz. A gyermekek fejlődésére igen káros a dohányzás, a női szervezet is fokozottabban érzékeny a nikotin ártalmaira. Mindezt a szerző széles körű irodalmi utalásokkal és több összehasonlító adattal dokumentálja. Hangsúlyozza a nem dohányzók hathatósabb védelmének szükségességét. A dohányzás ártalmainak megelőzése terén nagy szerep hárul az egészségügyi felvilágosításra.”⁷

Székely Lajos a fiatalok dohányzására fókuszál 1966-ban megjelent cikkében: „Ifjúságunk körében mind nagyobb teret hódít a dohányzás... A nikotin különösen a fejlődő szervezetre fejt ki káros hatást...A fejlődésben levő idegrendszerre különösen káros hatású a nikotin, valamint a füsttel együtt a tüdőbe került égési termékek, szénzármarék is.” A szerző azzal a kérdéssel is részletesen foglalkozik, hogy miért dohányoznak a fiatalok, hiszen ennek ismerete elengedhetetlen az

egészségügyi felvilágosítás során: „a szülőknek a fiatakorú dohányzás kialakulására vonatkoztatott hatása csekély, igen jelentős a barátok befolyása, s számottevő az idősebb testvérek szerepe is”.⁸

Vértés László élvezetes könyvismertetése, mely Marék Antal: „Dohányosok könyve” című művét mutatja be az Egészségügyi Felvilágosítás folyóirat olvasóinak 1970-ben, a dohányzás további, még manapság sem mindenki által ismert hatását villantja fel a neves francia író, Edmond de Goncourt mondásával: „A szerelem és a dohány antagonisták. Az utóbbi szeretete megöli az előbbire való vágyakozást”.⁹

Szintén 1970-ben „A rák megelőzése és a korai rákszűrés” címmel jelent meg A. Y. Tuyns, az Egészségügyi Világszervezet Nemzetközi Rákkutató Intézetének munkatársa (WHO IARC) által tartott előadás magyar fordítása. Ekkor a dohányzás kapcsán még csak a tüdőrák veszélyét említik, ma már tudjuk, hogy számos más daganat kialakulásában is szerepe van a dohányzásnak.¹⁰

Az Egészségügyi Felvilágosítás folyóirat 1970. évi utolsó számában Veres Pál a „Beszámolók, tapasztalatcseré” rovatban a dohányzással kapcsolatos Egészségügyi Fórumról (Fórum - a Magyar Televízió információ szolgálatának egyik legnépszerűbb formájaként jellemezték) számolt be az olvasóknak.

Innen megismerhetjük a dohányzás elterjedését a hazai fiatalok körében: „A tizenkét éves tanulóknak 9,4 százaléka rendszeresen dohányzik, a tizenégy-tizenöt éveseknek 13,5, a tizenhat-tizenhét évesek 27,14 százaléka dohányos. A tizennyolc-tizenkilenc éves korcsoportban 40 százalékon felüli a dohányzók aránya, ez a mutatószám az életkor növekedésével mind magasabb lesz.”¹¹ A fórumon „ellentétes nézetek csaptak össze, hogy vajon célravezető lenne-e az iskolákban megtiltani a dohányzást. A jelenlegi rendtartás a középiskolákban engedélyezi, de ezt – igen helyesen – nem mindenütt tartják magukra kötelezőnek és jó néhány iskolából számúzik a cigarettát. A dohányipar képviselője azt bizonyította, hogy a füstszűrős cigaretták a károsító anyagok jelentős részét visszatartják...”¹¹

1971-ben, a második lapszámban a „Hírek, közlemények” rovatban „Előtérben a dohányzás elleni küzdelem” cím alatt is igen érdekes írásra bukkanhatunk, mely bepillantást enged a dohányzás elterjedésével kapcsolatos problémakörbe, s az azzal kapcsolatos megoldási javaslatokba: „Folyóiratunk számos közleményben foglalkozott a nikotinabúzus egészségkárosító hatásaival s talán nem tűnik túlzásnak, ha azt mondjuk, hogy a dohányzás elleni küzdelem egyik fórumává vált. Legutóbb nemzetközi hírként közöltük a WHO végrehajtó bizottságának azt az egyhangú határozatát is, hogy ülései alatt a tagok nem dohányozhatnak.”¹²

„A CIGARETTÁZÁS KORUNK EGYIK LEGVESZÉLYESEBB EGÉSZSÉGÜGYI PROBLÉMÁJA!”
 „A DOHÁNYZÁS A LEGFŐBB OKA ÉS ESZKÖZE AZ IDŐ ELŐTTI HALÁLOZÁSNAK,
 AMELY PEDIG MEGELŐZHETŐ LENNE!”
 „MINDENKINEK EGYÉNI DOLGA, HOGY VESZÉLYEZTETI-E EGÉSZSÉGÉT A CIGARETTÁZÁSSAL,
 DE TUDOMÁSUL KELL VENNI, HOGY A PÉLDA MÁSOKAT IS ROSSZ IRÁNYBA BEFOLYÁSOLHAT!”
 (Idézetek a WHO közgyűlésének dohányzás elleni határozatából)

Forrás: Előtérben a dohányzás elleni küzdelem; Egészségügyi Felvilágosítás 1971. XII. évf. (2)77.

Az Egészségügyi Felvilágosítás folyóirat ugyanitt teljes terjedelmében közli Farádi László, az akkori egészségügyi miniszter első helyettesének felhívását a WHO alább részletezett határozatával kapcsolatban: „Az Egészségügyi Világszervezet 1970 májusában tartott közgyűlésén egyhangú határozatot hozott, melynek értelmében felszólította a tagállamokat, hogy tegyenek hatékony lépéseket

a dohányzás ártalmainak csökkentése érdekében. Erre Magyarországon is megfogalmazódott, hogy az eddiginél szélesebb körben foglalkozzanak a különböző szervek (egészségügyi intézmények, és intézetek, általános és középiskolák, felsőoktatási intézmények, különböző társadalmi szervezetek, mindenképp a Magyar Vöröskereszt és KISZ, a sajtó, a rádió és a televízió) az egészségneveléssel,

ennek keretében a dohányzás ártalmaival kapcsolatos felvilágosító és nevelő munkával. E munka azt a célt tűzheti maga elé, hogy elsősorban a fiatalok közül minél kevesebben váljanak dohányossá, annál is inkább, miután reprezentatív felmérések szerint hazánk e tekintetben az európai országok között – sajnálatos módon – „előkelő helyet” foglal el, amennyiben nálunk már a 12 éves életkorban elég jelentős, mintegy 10% a rendszeresen dohányzók száma, ezt követően az arány meredeken emelkedik. Hasonlóképpen el kell érni, hogy a zsúfolt helyiségekben (munkahelyek, üléstermek) ne dohányozzanak. A felvilágosító és nevelő munka elsődlegességének hangsúlyozása mellett azonban nem mellőzhetők bizonyos adminisztratív intézkedések sem. Ilyen intézkedésekre (a már meglévőknél kivül: városi közforgalmi eszközökön történő utazás során, színházakban, mozikban stb. tilos a dohányzás) az egészségügyi intézetekben és a középiskolákban van elsősorban szükség. A fentiek alapján kérem szíves intézkedését abban a tekintetben, hogy a felügyelete alatt működő egészségügyi intézetek mindazon helyiségeiben, amelyek betegek vizsgálatára, gyógykezelésére, elhelyezésére, étkezésére szolgálnak ne csak a betegeknek, hanem az egészségügyi dolgozóknak is tiltsák meg a dohányzást. Rövid időn belül el kell érünk, hogy az egészségügyi intézetek e tiltó rendszabály alapján követhető például szolgáljanak más főhatóságok által irányított intézmények számára.– Budapest, 1970. november 24.”¹³

E rövid szemezzetéssel a régi lapszámokból talán sikerült visszarepíteni az olvasót az időben, hogy a dohányzással kapcsolatos korabeli leírások, események alapján jobban megértsük, honnan is indulunk. A magyar lakosság körében bár lassan ugyan, de csökken a dohányzók aránya, azonban még mindig kétszer akkora, mint az Egyesült Államokban: 2014-ben a nők valamivel több, mint ötöde (22%), a férfiak egyharmada (34%) dohányzott.¹⁴ A dohányzás világszerte a leginkább megelőzhető haláloknak számít. Az Egészségügyi Világszervezet 2009-es becslése 5,4 millió ember haláláért tette felelőssé e káros szenvedélyt a világon, az akkori előrejelzés szerint 2030-ra 8 millióra nőhet ez a szám.¹⁵ Időközben azonban az előre jelzett értéket már most, 11 évvel korábban elértük, s már 2019-ben több mint 8 millióan veszítik életüket a dohányzás következtében fellépő betegségek miatt.¹⁶

Korunk újabb kihívása az alternatív nikotinos és dohánytermékek elterjedése, különösen a fiatalok körében.¹⁷ Ezek közül említést érdemel többek között az elektromos cigaretta, a vízpipa, valamint a dohány hevítésén alapuló készülékek (pl. IQOS) térnyerése. Az elkövetkezendő évek feladata, hogy ezen új, feltörekvő termékekkel kapcsolatban egyre növekvő számban megjelenő evidenciákat megismerjük és a lehetséges veszélyekről mind a lakosságot, mind pedig a döntéshozókat tájékoztassuk.

HIVATKOZÁSOK

¹ Wiltner W. Amit a dohányzásról tudnunk és mondanunk kell; Egészségügyi Felvilágosítás 1965. VI. évf. 145-150.

² A haláloki struktúra változása Magyarországon 2000–2012, KSH. 2014. <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/halalokistruk.pdf> (Elérve: 2019.12.04.)

³ Cummings KM, Proctor RN. The changing public image of smoking in the United States: 1964-2014. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2014;23(1):32–36. doi:10.1158/1055-9965.EPI-13-0798

⁴ Creamer MR, Wang TW, Babb S, et al. Tobacco Product Use and Cessation Indicators Among Adults — United States, 2018. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2019;68:1013–1019. doi:10.15585/mmwr.mm6845a2

⁵ Stead LF, Hughes JR. Lobeline for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 2. Art. No.: CD000124. doi: 10.1002/14651858.CD000124.pub2.

⁶ Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve a dohányzásról való leszokás támogatásáról, 2019. EÜK. 2. szám EMMI szakmai irányelv

⁷ Székács Sándor. A cigaretta ártalmai; Egészségügyi Felvilágosítás 1966. VII. évf. (3)122-125.

⁸ Székely Lajos. A fiatalok dohányzásáról; Egészségügyi Felvilágosítás 1966. VII. évf. (2)70-74.

⁹ Vértes László. Nicot orvostól a mai orvosig – könyvismertetés Marék Antal: Dohányosok könyve című művéről; Egészségügyi Felvilágosítás 1970. XI. évf. 136-137.

¹⁰ Tuyns A. Y. A rák megelőzése és a korai rákszűrés; Egészségügyi Felvilágosítás 1970. XI. évf. 241-244.

¹¹ Veres Pál. Egészségügyi fórum a dohányzásról (Beszámoló); Egészségügyi Felvilágosítás 1970. XI. évf. 275-276.

¹² Előterben a dohányzás elleni küzdelem; Egészségügyi Felvilágosítás 1971. XII. évf. (2)77.

¹³ Farádi L. Az egészségnevelés VI. országos értekezlete. Egészségügyi Felvilágosítás. 1971. XII. évf. (2)49.

¹⁴ Központi Statisztikai Hivatal. A 2014-ben végrehajtott európai lakossági egészségfelmérés eredményei, Összefoglaló Adatok, 2018; http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/elef2014_osszefoglalo.pdf

¹⁵ Tobacco, The problem, NMH Fact Sheet. World Health Organization. 2009

¹⁶ Key facts, Tobacco World Health Organization. 2019 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco> (Elérve: 2019.12.04.)

¹⁷ Torma A, Fazekas-Pongor V, Terebessy A, Péntes M. Alternatív dohánytermékek használata fesztiválon részt vevő fiatal felnőttek körében; Egészségfejlesztés 2019 (60)4:5-18. doi:10.24365/ef.v60i4.463.

Egészségfejlesztési konferenciák anno és most

Health promotion conferences then and now

Szerző: Bíró Éva, Mátyás Gabriella ✉

Debreceni Egyetem, Népegészségügyi Kar, Megelőző Orvostani Intézet, Egészségfejlesztési Tanszék

Beküldve: 2019. 12. 14.

doi: 10.24365/ef.v60i5.550

Kulcsszavak: egészségfejlesztés; egészségfejlesztési konferencia; jubileum

Keywords: health promotion; health promotion conference; jubilee

„A marék liszt kézről-kézre adva elfogy, még mielőtt a célhoz érne” – írta Füstí Molnár Sándor az 1960 decemberében megrendezett Egészségügyi felvilágosítás I. országos értekezletéről írt beszámolójában, utalva arra, hogy a Köjál – vagyis a Közegészségügyi Járványügyi Állomás – keretein belül működő egészségügyi felvilágosítási csoport munkáját nagyban nehezíti a területi hálózat hiánya.¹ Ezzel a konferenciával kezdődött el a hazai szakmai életben azon találkozók sora, amelyeken az egészségügyi felvilágosítás (később egészségnevelés) területén dolgozók rendszeresen megosztották egymással tapasztalataikkal. Ugyanakkor az európai szocialista országok első egészségügyi felvilágosítási szimpozionjának ötlete és megszervezése is Magyarországhoz köthető 1964-ben, ahol részben az oktatás és továbbképzés, részben pedig a nemzetközi együttműködés és tudományos kutatás került a fókuszba.²

Az Egészségügyi Világszervezet (*World Health Organization, WHO*) Alma-Atai Alapellátási Konferenciája és az „Egészséget mindenkinek” mozgalma volt az egészségfejlesztést középpontba helyező irányzatok kiindulópontja. Kiemelt fontosságot tulajdonítottak az egészséget determináló tényezők ágazatközi kezelésének, valamint az érintettek bevonásával és részvételével történő tervezésnek és kivitelezésnek. Az irányzat a betegségek kezeléséről egyre inkább a betegségek kialakulásában szerepet játszó tényezők befolyásolására helyezte a hangsúlyt, amelynek alapelvei a WHO által szervezett

későbbi nemzetközi egészségfejlesztési konferenciák zárodokumentumaiban kristályosodtak ki.³ 1986-ban a kanadai Ottawában került megrendezésre az 1. nemzetközi egészségfejlesztési konferencia, melynek zárodokumentuma Ottawai Karta néven vált ismertté és az egészségfejlesztés sarokkövévé. Ebben vették először papírra az egészség alapfeltételeit, definiálták az egészségfejlesztés fogalmát, valamint meghatározták annak fő tevékenységi területeit és stratégiáit.^{4,5} Az 1988-ban Adelaide-ben rendezett 2. nemzetközi egészségfejlesztési konferencia ajánlásai az egészséget támogató közpolitikára összpontosítottak. A politika azért kapott kiemelt szerepet, mert alapvető jelentőségű az egészség alapfeltételeinek biztosításához és az egészségfejlesztés másik négy fő tevékenységét elősegítő jogszabályi, társadalmi és épített környezet megteremtéséhez. Az egészséget támogató politika lehetővé teszi – vagy optimális esetben megkönnyíti – az emberek számára az egészséges választást; kialakítja és javítja a társadalmi és a fizikai környezetet; figyelembe veszi és monitorozza a politikai döntések egészségre gyakorolt hatását, ideértve az (egészség)egyenlőtlenségek csökkentését is.^{6,7} Az előző konferenciák szellemiségét folytatva rendezték meg 1991-ben Sundsvallban a 3. nemzetközi egészségfejlesztési konferenciát, melynek fő témája az egészséget támogató környezet volt. A környezet kifejezést ez a konferencia a lehető legtágabban értelmezte, így például beleértette a természeti és épített környezetet, a szociális,

spirituális, gazdasági, valamint politikai környezetet is. Ezek egymással szoros kapcsolatban állnak, és ahhoz, hogy a környezet e dimenzióira irányuló akciók sikeresek legyenek, azokat össze kell hangolni a különböző – helyi, regionális, országos, globális – szinteken. Minden szektorban szükség van az egészséget támogató környezet megteremtését támogató kezdeményezésekre, melyek végrehajtása a közösség, a civil szervezetek, a kormányok, illetve a nemzetközi szervezetek feladata. Az egészséget támogató környezet kialakítása során az egészségegyenlőség alapvető prioritásként kezelendő, illetve tekintettel kell lenni az élőlények egymásra utaltságára, és kiemelten erősíteni szükséges a társadalmi cselekvéseket, a globális perspektíva szem előtt tartásával és a globális felelősség vállalásával.^{8,9}

Az egészségmegőrzés 21. századi lehetőségeit vizsgálta a 4. nemzetközi egészségfejlesztési konferencia, amelynek zárásaként adták ki 1997-ben a Dzsakartai Nyilatkozatot. Ebben bemutatták az egészség meghatározói közül azokat, amelyek új kihívásokként szerepelhetnek. Így az egészség előfeltételei közé bekerült a társadalmi biztonság és az emberi kapcsolatok, a nők jogai, és az emberi jogok tiszteletben tartása. Új egészségproblémák jelentek meg, illetve kaptak nagyobb hangsúlyt, mint például a mentális betegségek; és változtak az egészséget meghatározó tényezők is, amelyek körébe bekerült a médiához való hozzáférés és a kommunikációs technológiák elterjedése. A Nyilatkozat szerint az Ottawai Konferencia óta összegyűjtött bizonyítékok alátámasztják az egészségfejlesztés hatékonyságát az egészségegyenlőségek csökkentésében. Az is igazolódott, hogy az átfogó megközelítések a leghatékonyabbak; a mindennapi élet színterei alkalmasak ezek megvalósítására, továbbá a fenntarthatósághoz alapvető a közösségi részvétel, amit az egészséggel kapcsolatos tudás erősít. A dokumentum szerint a 21. században az egészségmegőrzés prioritásai között szerepel a társadalmi felelősségtudat fejlesztése, a beruházások növelése, a partneri kapcsolatok megszilárdítása és kiterjesztése az egészség érdekében, a közösségi kapacitások fejlesztése és az egyén megerősítése, valamint az egészségfejlesztés infrastruktúrájának biztosítása. A globális egészségfejlesztés előmozdítása érdekében fontos egy, a WHO által vezetett egészségfejlesztési szövetség létrehozása.^{10,11}

A soron következő, 5., nemzetközi egészségfejlesztési konferencia 2000-ben Mexikóvárosban került megrendezésre; mottója az (egészség)egyenlőségek megszüntetése volt. Ennek zárásaként az alábbi pontokat tartalmazó nyilatkozatot tették: az egészség fejlesztését alapvető prioritásként kell kezelni a helyi, regionális, országos és nemzetközi döntésekben és programokban; fontos, hogy minden ágazat és a civil társadalom is aktívan részt vegyen az egészség fejlesztését célzó tevékenységekben, amelyek erősítik és kiterjesztik az egészség érdekében létrehozott együttműködések; támogatni kell a nemzeti szintű egészségfejlesztési tervek elkészítését; valamint az egészség fejlesztését elősegítő országos és nemzetközi hálózatokat szükséges létrehozni.^{12,13}

A 2005-ben megtartott 6. nemzetközi konferencia célja az volt, hogy megvizsgálják, mennyiben befolyásolja a globalizáció az egészségfejlesztési tevékenységeket, mivel az Ottawai Karta kiadása óta jelentős változások történtek az egészséget meghatározó tényezők globális összefüggéseinek tekintetében. A levont következtetéseket a „Bangkoki Karta az egészségfejlesztésért egy globalizálódó világban” tartalmazza. A Karta szerint kiemelt fontosságú a közösségek megerősítése, az egészség javítása és az egészségegyenlőség elérését célzó szakpolitikák középpontba állítása. Az egészséget alapvetően befolyásoló tényezők közé a növekvő egyenlőtlenségeket, a fogyasztás és a kommunikáció új formáit, az elüzletiesedést, a globális környezeti változásokat, valamint az urbanizációt sorolták. A globalizáció ugyanakkor lehetőségeket is nyújt az egészség fejlesztésére az információs és kommunikációs technológiák révén; illetve segíthet a világméretű kormányzás és a tapasztalatcserék bővítése is. Az egészség fejlesztése érdekében megvalósítandó legfontosabb kötelezettségek: az egészségfejlesztés a globális fejlesztési menetrend, valamint a közösségek és a civil társadalom figyelmének középpontjába kerüljön; a kormányzat egésze számára alapvető felelősség, a jó vállalati gyakorlat számára pedig követelmény legyen.^{14,15}

A Nairobiban 2009-ben megrendezett 7. nemzetközi egészségfejlesztési konferencia záródokumentumában azt hangsúlyozták, hogy az egészségfejlesztés hatékonyságára vonatkozó bizonyítékok és a korábbi nemzetközi nyilatkozatok ellenére az egészségfejlesztés céljainak széleskörű megvalósítása még várat magára. Három területen neveztek

meg hiányosságokat, így a bizonyítékoknak a gyakorlatba ültetése, a politikai döntéseknél az egészség társadalmi determinánsainak a figyelembe vétele, és az egészségügyi rendszereknek az egészségfejlesztés irányába történő elmozdítása. Éppen ezért fontos a kormányok népegészségügyi felelősségvállalása, melynek feltételei az ágazatközi együttműködés, a lakosság bevonása, és partnerség kiépítése. Prioritásként kell kezelni a társadalmi igazságosság és esélyegyenlőség elősegítését, az ezt megalapozó társadalmi és gazdasági egészség-meghatározók kedvező irányú befolyásolását, a fejlesztési célok megfogalmazását a kapacitások növelése és a hatékony irányítás kialakítása érdekében, valamint az egészségműveltség fejlesztését.¹⁶ Az előző konferenciák szellemiségét követve rendezték meg 2013-ban Helsinkiben a 8. nemzetközi egészségfejlesztési konferenciát.¹⁷ A rendezvény az „Egészség minden szakpolitikában” (*Health in all policies*) megközelítés köré szerveződött. Ennek fő jellemzője az egészség szempontjainak érvényesítése a politikaformálás minden szintjén, azaz a döntéseknek az egészségügyi rendszerre, az egészséget befolyásoló tényezőkre és a jóllétre gyakorolt hatásának figyelembe vétele, valamint annak hangsúlyozása, hogy a lakosság egészségi állapotának kialakításban meghatározó szerep jut az egészségügyön kívül más ágazatoknak is.

Az Ottawai Karta aláírása után 30 évvel, 2016-ban került megrendezésre a 9. nemzetközi egészségfejlesztési konferencia Sanghajban, melynek központi témája a fenntartható fejlődés volt az Egyesült Nemzetek Szövetsége (ENSZ) által 2015-ben elfogadott új globális fenntartható fejlődési keretrendszerrel összhangban.^{18,19} A Sanghaji Deklaráció kimondja, hogy az egészség és jóllét elengedhetetlen a fenntartható fejlődési célok (*sustainable development goals*) eléréséhez. Ehhez 3 fő cselekvési területet jelöl ki: az első a megfelelő kormányzás, azaz az egészséget szolgáló politikai döntéshozás. Ennek keretein belül javasolja többek közt az egészségtelen termékek adóztatásának és törvényi szabályozásának szigorítását, illetve az általános egészségbiztosítás bevezetését. A második a helyi akciók megvalósítása a városok és közösségek bevonásával. Végül pedig az egészségműveltség fejlesztésén keresztül a lakosság felhatalmazása, döntésképeségének növelése.

Jubileumi megemlékezés a 60 éves Egészségfejlesztésről

Vilmon Gyula-nívódíjas folyóiratunk idén ünnepli fennállásának 60. évfordulóját. A lap Egészségügyi Felvilágosítás címmel, az Egészségügyi Minisztérium Egészségnevelési Központja szervezési és módszertani tájékoztatójaként indult, első főszerkesztői Vilmon Gyula és Métneki János voltak. Az 1963-tól már kéthavonta megjelenő folyóirat 1975-ig Népegészségügy, 1976-tól 2003-ig Egészségnevelés, 2004 óta Egészségfejlesztés nevet viseli. Folyóiratunk büszke arra, hogy a hazai népegészségügyi szakfolyóiratok közül elsőként, csak szakbírálaton átesett (*peer-reviewed*) eredeti közleményeket jelentet meg, az egészségfejlesztés területéről származó legfrissebb hírek, fejlesztések, érdekességek, beszámolók, vélemények és megvitatásra érdemes kérdések felvetése mellett.

Folyóiratunk jubileumi konferenciájára a budapesti Semmelweis Egészségfejlesztési Központban, az I. Hatékony Egészségfejlesztési Konferencia keretében került sor 2019. november 30-án. A rendezvényt Horváth Ildikó, az Emberi Erőforrások Minisztériumának egészségügyért felelős államtitkára nyitotta meg, aki méltatta a folyóirat eredményeit, valamint kiemelte az egészségfejlesztés fontosságát a magyar lakosság egészségi mutatóinak javításában és a népegészségügyi beavatkozások területén. Az érdeklődő közönség számára ezután Vitrai József, az Egészségfejlesztés jelenlegi főszerkesztője számolt be a folyóirat aktuális helyzetéről, kiemelve, hogy lapunk a sokszínűsége törekszik, így a megjelenő cikkeket nemcsak az egészségfejlesztéssel foglalkozó szakemberek és döntéshozók figyelmébe ajánljuk és készítjük, hanem a szakterület iránt érdeklődő laikusok számára is, illetve az oktatási, a szociális vagy egyéb ágazatok egészségfejlesztési tevékenységét is végző szakemberei, továbbá a közgazdaságtan, szociológia, média, urbanisztika képviselőinek is. Vitrai József beszámolójában kiemelte, hogy a lap 2016-os online megjelenése óta folyamatosan növekszik az olvasók tábora: a folyóirat látogatottsági statisztikája havonta tartósan 10 ezer felett van, illetve naponta 300 feletti a látogatások száma.

Ezután a konferencia programjában az olvasói érdeklődésre leginkább számot tartó cikkek előadása szerepelt, melyek a következők voltak:

- OKOSTÁNYÉR® – új táplálkozási ajánlás a hazai felnőtt lakosság számára (előadó: Szűcs Zsuzsanna),
- Egészséges életmóddal kapcsolatos kutatások a hazai iskolákban (előadó: Járomi Éva),
- Magyarország népegészségügyi rendszere és egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezetei (előadó: Túri Gergő),
- Egészségfejlesztési Irodák hálózata (előadó: Bezzegh Péter),
- Pánrezisztens kórokozók által okozott többlethalálozás: mi áll valójában a szakirodalomban? (előadó: Gajdács Mária).

A résztvevőknek az előadások után alkalmuk volt kérdéseiket feltenni az előadóknak az elhangzottakkal kapcsolatban. Ezt kerekasztal-beszélgetés követte Solymosy József Bonifác, korábbi főszerkesztő vezetésével, melynek témája a folyóirat múltja és jövője volt. A kerekasztal-beszélgetés során a résztvevőknek lehetősége nyílt megismerni a lap jelenlegi szerkesztőit, illetve kötetlen formában elbeszélgetni velük.

Végül a konferencia záróakkordjaként a szerkesztőség az Egészségfejlesztés folyóirat szakmai színvonalának emeléséért végzett munkájáért díjazásban részesítette Simon Tamást, Solymosy József Bonifácot, Réthy Lajost, Csizmadia Pétert, Varsányi Pétert, Németh Évát, Formanek-Balku Esztert és Járomi Évát.

Támogatás

A nemzetközi konferenciákra vonatkozó információk a Bevezetés az egészségfejlesztésbe tananyag elkészítése során kerültek összegyűjtésre, melyet "Az élettudományi-, klinikai felsőoktatás gyakorlat-orientált és hallgatóbarát korszerűsítése a vidéki képzőhelyek nemzetközi versenyképességének erősítésére" TÁMOP 4.1.1.C-13/1/KONV-2014-0001 számú projekt támogatta. A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósult meg.

HIVATKOZÁSOK

¹ Füst Molnár S. Az egészségügyi felvilágosítás I. országos értekezlete. Egészségügyi Felvilágosítás, 1961., 2. évf. 1. szám pp. 1-3.

² Füst Molnár S. Beszámoló az európai szocialista országok első egészségügyi felvilágosítási szimpozionjáról. Egészségügyi Felvilágosítás, 1965., 6. évf. 1. szám pp. 37-40.

³ Kósa K. Van-e hazai közmegegyezés arról, hogy mi az egészségfejlesztés? Népegészségügy, 2010., 88. évf. 1. szám. pp. 3-10.

⁴ Kishegyi J, Makara P. (szerk): Az egészségfejlesztés alapelvei. Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai. Egészségfejlesztési módszertani füzetek. Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2004. pp. 9-14. <http://regi.oefi.hu/modszertan1.pdf> (Elérve: 2019. 12. 14.)

⁵ The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> (Elérve: 2019. 12. 14.)

⁶ Kishegyi J, Makara P. (szerk): Az egészségfejlesztés alapelvei. Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai. Egészségfejlesztési módszertani füzetek. Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2004. pp. 15-22. <http://regi.oefi.hu/modszertan1.pdf> (Elérve: 2019. 12. 14.)

⁷ Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy. Second International Conference on Health Promotion, Adelaide, South Australia, 5-9 April 1988. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/> (Elérve: 2019. 12. 14.)

⁸ Kishegyi J, Makara P. (szerk): Az egészségfejlesztés alapelvei. Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai. Egészségfejlesztési módszertani füzetek. Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2004. pp. 23-28. <http://regi.oefi.hu/modszertan1.pdf> (Elérve: 2019. 12. 14.)

⁹ Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health. Third International Conference on Health Promotion, Sundsvall, Sweden, 9-15 June 1991. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/sundsvall/en/index3.html> (Elérve: 2019. 12. 14.)

¹⁰ Kishegyi J, Makara P. (szerk): Az egészségfejlesztés alapelvei. Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai. Egészségfejlesztési módszertani füzetek. Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2004. pp. 29-34. <http://regi.oefi.hu/modszertan1.pdf> (Elérve: 2019. 12. 14.)

¹¹ Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. The Fourth International Conference on Health Promotion: New Players for a New Era – Leading Health Promotion into the 21st Century, Jakarta, from 21 to 25 July 1997. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/> (Elérve: 2019. 12. 14.)

¹² Kishegyi J, Makara P. (szerk): Az egészségfejlesztés alapelvei. Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai. Egészségfejlesztési módszertani füzetek. Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2004. pp. 35-36. <http://regi.oefi.hu/modszertan1.pdf> (Elérve: 2019. 12. 14.)

¹³ Mexico Ministerial Statement for the Promotion of Health: From Ideas to Action. Fifth Global Conference on Health Promotion, Mexico City, June 5th, 2000. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/> (Elérve: 2019. 12. 14.)

¹⁴ Bangkoki charta az egészségfejlesztésért a globalizált világban. Egészségfejlesztés, XLVI. évfolyam, 2005. 4. szám pp. 3-5.

¹⁵ Bangkok Charter for Health Promotion in a globalized world. The 6th Global Conference on Health Promotion. Bangkok, 7-11 August 2005. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/en/> (Elérve: 2019. 12. 14.)

¹⁶ Promoting health and development: closing the implementation gap. Nairobi Call to Action. The 7th Global Conference on Health Promotion. Nairobi, Kenya 2009. October 26-30. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/overview/en/> (Elérve: 2019. 12. 14.)

¹⁷ The Helsinki Statement on Health in All Policies. The 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, Finland, 10-14 June 2013. http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp_helsinki_statement.pdf?ua=1 (Elérve: 2019. 12. 14.)

¹⁸ Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. The 9th Global Conference on Health Promotion, Shanghai, China, 21-24 November 2016. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration.pdf?ua=1> (Elérve: 2019. 12. 14.)

¹⁹ Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. United Nations, 21 October 2015. <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld> (Elérve: 2019. 12. 14.)

Az egészség-egyenlőtlenségek megjelenítése a 60-as években

Presentations of the health inequities in the 60's

Szerző: Tarkó Klára ✉
Szegedi Tudományegyetem

Beküldve: 2019. 12. 14.
doi: 10.24365/ef.v60i5.549

Kulcsszavak: egészség-egyenlőtlenség; egészségügyi kulturáltság; cigányság; falu; tanya

Keywords: health inequity; culture of health; gypsies, villages; boonies

A magyar lakosság körében tapasztalható egészségeltérések jelentős része a társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek függvénye, következménye¹, melyet egészség-egyenlőtlenségeknek nevezünk. Az egészség-egyenlőtlenségek befolyásoló tényezői a lakóhely, etnikai hovatartozás, a foglalkozás, a nemek szerinti megoszlás, a vallási hovatartozás, az iskolai végzettség, a társadalmi-gazdasági helyzet, a munkaerőpiaci pozíció és a társadalmi tőke, társadalmi erőforrások.² A fenti tényezők közül a 60-as években akkor még Egészségügyi Felvilágosítás néven megjelenő Egészségfejlesztés folyóirat az etnikai hovatartozást (cigányság) és a lakóhelyet (tanyasi és falusi lakosság) emelte ki, melyek kapcsán az iskolai végzettség, a műveltség (kiemelten az egészségműveltség), a munkaerőpiaci pozíció, a foglalkozás és az anyagi helyzet jelent meg elemzési szempontként.

A jelen áttekintésben vizsgált 10 év évfolyamaiban 7 cikk foglalkozott a cigány lakosságot, 3 cikk a tanyasi és falusi lakosságot érintő kérdésekkel az egészségnevelő munka során.

A következő összefoglaló a 60-as évekre vonatkozik, mindennemű egyezés a jelennel csupán a véletlen műve – vagy talán mégsem ...

A cigány lakosság egészségügyi kulturáltsága és az azzal kapcsolatos feladatok

A 60-as évek elején mintegy 200 000 főre becsült cigány lakosság 33%-a rendelkezett állandó munkával, 32% élt alkalmi munkából és 35% volt munkanélküli.³ Alkalmazásukat az iskolai végzettség hiánya, a nomád életmód és a többségi társadalom velük szembeni idegenkedése nehezítette. A cigány lakosság gyermekeinek többsége addig járt iskolába, amíg be nem állt az őszi esős időjárás, az iskolákban pedig kiközösítették őket öltözkük, higiénés viszonyaik és kommunikációs képességeik elmaradottsága miatt. Az ipar és a mezőgazdaság az előítéletek miatt félt alkalmazni a cigány munkavállalókat.⁴ A cikkek elmaradott népcsoportként aposztrofálták a cigányságot, akik kapcsán a legfőbb feladat az átnevelés, a teljes értékű állampolgárrá válás, a munkához szoktatás, az anyagi megalapozás, a letelepítés, az emberhez méltó lakhatás biztosítása, a kulturális színvonal emelése, az intenzív felvilágosító munka, a megkülönböztetés megakadályozása³, valamint az asszimiláció⁵ volt, mindezek lehetőség szerint társadalmi összefogásban. Székely Lajos úgy fogalmazott, hogy „a néprétegeknél évszázados hiányosságokat és megrögzött szokásrendet kell megváltoztatni”.⁶ Hasonlóan vélekedett

Tóth Sándor is, aki azt írta, hogy „a cigányságon csak úgy lehet segíteni, ha kiemelik őket évszázados elkülönültségükből. Meg kell szüntetni a velük kapcsolatos és túlzott előítéleteket, fel kell világosítani őket és környezetüket a való helyzetről. Helyhez és munkához kötöttséggel be kell vonni valamennyiüket a dolgozók társadalmába és ezáltal meg kell erősíteni teljes emberi értékükben, hogy ne érezzék magukat csak megtűrtnek”.⁷

A cigányság egészségügyi helyzete és egészségmagatartása

1960. december 1. és 10. között Somogy és Borsod megye 38 községe cigány lakossága körében kérdőíves felmérés történt az egészségügyi kulturáltság mutatóinak vizsgálatára.⁶ A vizsgálati minta tartalmazott letelepedett, részben beolvadt; részben elkülönített cigánytelepen élő; és elkülönített telepen élő, kunyhókban, putrikban, primitív házakban lakó; valamint nomád életmódot folytató, kóborló cigány származásúakat. A lakhatás milyensége, a bútorokkal és használati cikkekkel való ellátottság egyenes arányban állt a lakók munkaerőpiaci helyzetével, vagyis a rendszeres keresők arányszáma a padlós lakásokban volt a legmagasabb. A mosdótálakkal ugyancsak ezekben a lakásokban találkoztak a kutatók, míg a putriknak csak 31%-a rendelkezett ezekkel. Az összes lakások csupán 59%-ban volt ágynemű, 17%-ban feküdt egy fekhelyen csak egy személy. Magas volt az egy lakásban lakók létszáma is. A legtöbb lakás egyetlen helyiséggel rendelkezett. A padlós lakások vízvételi lehetőségét 72%-ban a kút jelentette, míg a putrikban ez csak 10%-ot tett ki. Az összes lakások 1/3-ához sem illemhely, sem pöcegödör nem tartozott. A szemetet 34%-ban a trágyadombon, 23%-ban a szemétdombon gyűjtötték. A lakások 46%-ában a tűzhely fűtött, 33%-ban a kemence és csak 16% rendelkezett kályhával. A családok 74%-a petróleumvilágítást használt. A lakások tisztasága 85%-ban kielégítő volt. Összességében a vizsgálati minta 31%-a érte el a környezethigiénés alapkövetelményeket.⁶

Étkezési szokásaikat tekintve a felnőtt és a gyermek lakosság 30%-a csupán egyszer evett naponta főttet. Táplálkozásukban a fő problémát az egyoldalúság okozta, 61% élettanilag hiányosan táplálkozott. 63%-ban a burgonya és a bab jelentette a fő

táplálékot. A rendszeres tehéntej fogyasztás ritka jelenség volt.

Problémát jelentett az időszakos, rendszertelen és nagymértékű alkoholfogyasztás. Érdekes megállapítás, hogy „a munka- és életkörülmények javulásával párhuzamosan mutatkozik jelenleg az alkoholfogyasztás gyakoriságának emelkedése is”.⁶ A 10-14 éves gyerekek 30%-a fogyasztott alkalmoszerűen alkoholt. A megvizsgált cigány lakosság 82%-a dohányzott, a gyerekek 30%-a volt rendszeres dohányos.

10-12%-ot tett ki a hetenként vagy annál is ritkábban mosakodók aránya, valamint természetesnek tartották a közös tisztálkodószerek használatát. A fehéreneműváltás 84-91%-ban heti vagy ennél ritkább gyakoriságú volt.

Az orvoshoz fordulás gyakorisága alacsony volt, 86% nem vett igénybe orvosi kezelést. A férfiak 72%-a, a nők 32%-a és a gyerekek 90%-a még életében nem volt fogorvosnál. A gyógyító szolgálat ingyenes igénybevételének lehetősége a cigány lakosság munkaviszonyba lépésével párhuzamosan emelkedett.

A terhes tanácsadást főként a fiatalabb korosztályú anyák vették figyelembe. A megvizsgált szülő nők 63%-a otthon szült. A többgyerekes anyák kevésbé vettek igénybe egészségügyi szaksegítséget a szüléskor. A születések arányszáma magasnak, a terhességmegszakítások száma viszont alacsonynak volt mondható. A 3 hónaposnál fiatalabb csecsemőket az anyák kivétel nélkül szoptatták. A megkérdezettek 22%-a nem használt pelenkát.

Cserteg Sándor a marcali járás cigánysága körében végzett egészségügyi felvilágosító munka tapasztalatait mutatta be, az 1960 és 1962 decemberében végzett egészségügyi és kulturális viszonyokat feltáró vizsgálat segítségével.⁸ Megnevezte a cigánysággal kapcsolatos sajátos problémákat, mint az alacsony műveltségi színvonal, a lakhatásbeli rétegződés, a többségi társadalom ellenállása, a vándorlás, a tetvesség, az alacsony munkaintenzitás, az írástudatlanság, a döghús-fogyasztás. A bemutatott felvilágosító munka leghatásosabb módszerének az egyéni nevelés mutatkozott. A cigány telepek

tisztasági mozgalomba való bevonása annyira sikeres volt, hogy egyes cigány telepek tisztábbnak bizonyultak, mint a szomszédos községek. Azt is megemlíttette a cikk, hogy elkezdődött a megyében típusú alapján a cigány családok részére történő házépítés, a cigány telepek felszámolása érdekében. Az írástudatlanság felszámolása érdekében pedig 1962-ben az összes tanköteles cigány gyermeket beiskolázták.

Tóth Sándor a Somogy megyei KÖJÁL tisztasági mozgalmát, a telepek közötti tisztasági versenyt mutatta be, mint a cigányság egészségügyi kulturáltsága emelésének eszközét.⁷ A megyében 145 cigány származású egészségügyi felelőst állítottak munkába, akiknek munkáját az egészségügyi dolgozók ellenőrizték és segítették. A KÖJÁL munkatársai nagy igyekezetet és győzni akarást tapasztaltak, a nyertes alsóbogátiak személyi és környezeti higiéniában maximális pontszámot értek el. 1967-es írásában Tóth Sándor a cigányok között végzett egészségnevelés eredményeiről számolt be.⁵ Kiemelte, hogy a célzott felvilágosító munka alapja a cigányok életkörülményeinek és különleges lelki világának ismerete, valamint az őslakosság (a környezet) bevonása. 1965-re a cigány telepek aránya csökkent, ezáltal a cigányok emberhez méltó, egészségesebb épületekben éltek. Azok a cigányok, akik állandó munkaviszonyban éltek, elpolgárosodtak, szokásaikban és életmódjukban is megközelítették az őslakosságot. Mindezek arra engedtek következtetni, hogy a cigányság problémáinak megoldásához vezető legjobb út az asszimiláció. E folyamatban pedig fontos szerepet töltött be az egészségkulturális nevelő munka. A változás hordozói az iskolás gyerekek lehetnek, akik a műveltség megszerzésével már nem akarnak majd a régi módon élni.

Burján József a Fejér megyei cigány telepek tisztasági mozgalmát nevezte példaértékűnek.⁴ Itt is cigány származású tisztasági felelősöket bíztak meg a feladattal, aki személyükben igyekeztek jó példát mutatni, ösztönözni a többieket és a vajda bizalmát is megnyerték. A cigány lakosság és az egészségügyi hatóság között közvetlen kapcsolat tudott kialakulni, mivel megközelítésüket a cigányok számára közeli és fontos kérdésekre irányították. A mozgalom eredményeként a cigány lakosság

közegészségügyi körülményei megközelítették a falusi lakosságét.

Horváth Mihály a cigány csecsemők és gyermekek egészségügyi helyzetét elemezte.⁹ Megjegyezte, hogy magas a koraszülöttség, a 2500 gr alatti születési súly, ezért nagyon fontos volt a koraszülöttséghez vezető tényezőkről felvilágosítani a cigány anyákat. Ilyen például a korai, 13-14 éves korban kötött házasság és terhesség, amikor a női test még nem teljesen érett a terhesség kihordására. De ugyanúgy fontos a megfelelő táplálkozás vagy a kellő pihenés is. Csecsemőkorban és gyerekkorban problémát jelentett a gyakran helytelen táplálás, mely hiányos testi és szellemi fejlődést eredményezhetett.

Mindegyik ismertett cikk közvetlenül vagy közvetve az alábbi intézkedésekben látja a cigány lakosság helyzetének javulását:

- az anyagi helyzet javulása
- egészségügyi felvilágosító és nevelő munka
- analfabétizmus felszámolása
- általános műveltség emelése
- megfelelő munkalehetőségek, állandó munkaviszony biztosítása
- engedély nélküli kóborlás megakadályozása
- letelepedés biztosítása
- lakáskörülmények javítása
- a többségi társadalom idegenkedésének felszámolása.

Tanyasi és falusi lakosság egészségügyi kulturáltsága

Zalányi az egészségügyi felvilágosítást végző körzeti orvosok munkáját mutatta be, akiknek munkáját nehezítette „az egészségügyi kulturáltság igen alacsony fokán álló, csökönyösen maradi, paraszti életszemlélet”.¹⁰ Fontos volt, hogy a körzeti orvos minél több pedagógust megnyerjen segítőtársául e munka elvégzéséhez. Kiemelte az egészségügyi jó szokás kialakításának szemléletét, mint sikeres stratégiát, azaz a cselekedtető felvilágosítást.

Szentkereszty az egészségügyi ismeretterjesztést nehezítő tényezőnek tekintette, hogy a dolgozó parasztság jelentős része szétszórt tanyákon élt.¹¹ A falusi orvos szerepét nem csak a gyógyításban határozta meg, hanem tanító pedagógusként is

kellett funkcionálnia. Az orvos egészségügyi nevelőmunkájának legfőbb segítői a védőnők, körzeti ápolónők, az orvosírnokok, az egészségőrök, a gyógyszerészek, és az állatorvosok voltak. Az egészségügyi szakszemélyzet részéről a hatékony felvilágosítás záloga az volt, hogy a lakosság felé közérthetően közvetítse az információkat, ügyeljen a szakkifejezések kerülésére. A legfontosabb érintendő területek a következők voltak: személyi- és környezeti higiéné, fertőző betegségek, balesetek megelőzése, elsősegélynyújtás, tejkezelés, helyes táplálkozás, növényvédőszer használata, családtervezés. A felvilágosításba segítőtársként még fontos volt az értelmiségi rétegek, kiemelten a pedagógusok bevonása, a tanyai iskolákon keresztül. A példamutatás és a tisztasági mozgalmak a falusi és a tanyavilágban is megjelentek. Az ismeretterjesztésben fontos szerepet szántak továbbá a megyei-könyvtárhálózatnak, az egészségre játszva nevelő könyvek biztosításának.

Hegedűs és Róna a falusi és tanyai gyerekek 5 év alatt bekövetkezett életmódváltozásáról számoltak be Csongrád-megyei mintán végzett kérdőíves felméréseik nyomán.¹² A vizsgálat eredményei a következőkben összegezhetők: „A belterületi és tanyai iskolás gyermekek életmódjában jelentős az eltérés. Bár a tanyai gyermekek egy műszakban tanulnak, de hosszabb időt vesz igénybe az iskola megközelítése, több időt kell házimunkára fordítaniok. Kevesebbet tanulnak otthon, az iskolában osztatlan tanításban vesznek részt, kevesebb gyermeknek van a tanyán külön ágya ... A tanyaiak éjszakai pihenése viszont kedvezőbb képet mutat a belterületiekénél. A személyi higiénés viszonyok a belterületen és tanyán nagyjából egyformák, egyik helyen sem mutatnak túl kedvező képet”. A kutatók megfogalmazták, hogy az életkörülmények javítása érdekében széles körben kell terjeszteni a gyermekek helyes életmódjára és optimális napirendjére vonatkozó ismeretanyagot.

HIVATKOZÁSOK

¹ Vitrai J, et al. Egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségei Magyarországon – Javaslatok az ellátási kapacitások elérhetőségének javításához. EgészségMonitor Kutató és Tanácsadó Nonprofit Közhasznú Kft. Budapest. 2011. pp. 95.

² Uzzoli A: A hazai egészségi állapot alakulása és területi különbségei a válság éveiben. In: Nyári D (szerk.). Kockázat - Konfliktus – Kihívás. SZTE TTK Természeti Földrajzi és Geoinformatikai Tanszék, Szeged. 2012. pp. 931-940.

³ Bártfai Z.: A cigánylakosság egészségügyi kulturáltságának emelésével kapcsolatos feladatok. 1962:15-18.

⁴ Burján J. Beszámoló a Fejér megyei cigánytelepek tisztasági mozgalmáról. Egészségügyi felvilágosítás. 1963:50-53.

⁵ Tóth S. Az egészségnevelés eredményei a cigányok közt. Egészségügyi felvilágosítás. 1967;VIII:174-177.

⁶ Székely L. A cigány lakosság egészségügyi kulturáltsága. Egészségügyi felvilágosítás. 1962;III:26-42.

⁷ Tóth S. Az alsóbogáti állami gazdaságban szerzett tapasztalatok a cigánylakosság egészségügyi nevelésében. Egészségügyi felvilágosítás. 1964:30-33.

⁸ Cserteg S. A marcali járás cigánysága körében végzett egészségügyi felvilágosító munka tapasztalatai. Egészségügyi felvilágosítás. 1963;IV:17-18.

⁹ Horváth M. Cigánycsecsemőkkel és gyermekkel kapcsolatos egészségügyi felvilágosítási munka eredményei. Egészségügyi felvilágosítás. 1964:35-39.

¹⁰ Zalányi S. Az egészségügyi kulturáltság a falusi-tanyai lakosság körében. Egészségügyi felvilágosítás. 1963;IV:15-16.

¹¹ Szentkereszty L. A tanyai egészségügyi ismeretterjesztés. Egészségügyi felvilágosítás. 1966;VII:75-79.

¹² Hegedűs Gy, Róna B. Falusi és tanyai gyermekek életmódjának változása öt év alatt. Egészségügyi felvilágosítás. 1970;XI:253-258.

Egészségkommunikáció az 1960-as években

Health communication in the 1960s

Szerző: Kútai Orsolya ✉

Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet

Beküldve: 2019. 12. 12.

doi: 10.24365/ef.v60i5.548

Kulcsszavak: egészségkommunikáció; prevenció

Keywords: health communication; prevention

Az Egészségfejlesztés szerkesztősége a lap fennállásának 60. évfordulója alkalmából felkutatva a folyóirat legkorábbi lapszámainak, hogy különböző témákban megjelent közleményeket dolgozzon fel. 1960-tól jelenik meg a folyóirat, így a 60-as és 70-es évek lapszámaiból válogattunk az akkori nevén Egészségügyi Felvilágosítás című szaklapból.

Jelen közlemény az egészségkommunikáció témájában kíván tállózni a 60 évvel ezelőtti cikkekből. Napjainkban már szinte elképzelhetetlen, néha megmosolyogtató kommunikációs tartalmakkal is találkozhatunk az írásokban, ezekből ismertetünk most néhány példát.

Az Egészségügyi felvilágosítási propagandaanyagok készítése című írás részletesen ismerteti a különböző egészségügyi felvilágosító kiadványok elkészítésének szabályait, kezdve a tartalmi kérdésektől, stílustól egészen a nyomdai kivitelezéssel kapcsolatos tudnivalókig.¹ A szerző által fontosnak ítélt, a szakmai tartalomra vonatkozó javaslatok napjainkban is érvényesek, ezek közül a legfontosabbak:

- pozitív megközelítés: „...valamennyi egészségügyi felvilágosító kiadvány csakis optimista jellegű lehet. Feltétlenül elkerülendő mindazon kifejezési mód, módszer, mely

félelemkeltésre, az emberek elijesztésére alapoz...”

- közérthetőség: „...valamennyi egészségügyi felvilágosító kiadványnak magas színvonalúnak, mégis népszerűnek, azaz közérthetőnek kell lennie..., ...a laikus szemszögéből épüljön fel. Óvakodni kell minden szakmai 'túlzástól', orvosi műszavak használatától, diagnosztizálástól, gyógyszerelésre vonatkozó utasítástól.”
- differenciáltság: „...vegye figyelembe azt, akinek szól. Ugyanazt az ismeretanyagot másként kell a falusi és másként a városi lakosság számára közölni, ugyancsak másként az iskolában vagy az üzemben.”
- gyakorlatiasság: „Az elmélyítendő anyagot lehetőleg gyakorlati példával támassza alá a kiadvány és gyakorlati tennivalókra vonatkozó következtetést vonjon le.”

A fenti irányelvek ugyanúgy érvényesek a mai modern egészségkommunikációs tartalmak készítése során is.

A lap egyik alapítójának, Métneki Jánosnak 1970-ben megjelent cikke a tömegkommunikáció és a kiscsoportos egészségnevelés szerepét, hatékonyságát, esetleges azzal kapcsolatos problémákat

ismerteti.² A tömegkommunikációs eszközök között a televízió, a sajtó és a rádió szerepel, hiszen internethasználatról ebben az időszakban még nem beszélhetünk. A közlemény megállapítja, hogy a tömegkommunikáció egyre nagyobb szerepet játszik a mindennapi életben, akkori adatok szerint ezek az eszközök a lakosság 90%-át érik el, közülük 20–25%-nak pedig ezek a kizárólagos tájékozási forrásai.

A TV, rádió és sajtón keresztüli kommunikáció hiányosságaként azt nevezi meg a szerző, hogy azok hatása sem korlátlan, automatikusan nem változtatnak az emberek nézetén, hozzáállásán, szemben a „hagyományosabb”, kiscsoportos egészségneveléssel, azaz a különböző személyes találkozásokon alapuló, elsősorban rendezvények alkalmával végzett tájékoztató munkával. A tömegkommunikáció nagy előnye nyilvánvalóan az, hogy széles célközönséghez juttatja el az információt, azonban nem specifikus, hanem inkább általánosabb témákban bizonyulhat jó csatornának. Kiemeli az írás a véleményirányító személyek (*opinion leader*), azaz az orvosok, egészségügyi dolgozók szerepét a célzott kommunikációban, akik közvetlen befolyásuk révén tudnak egyénekre ható, tartós hatást elérni.

A cikk összefoglalásként azt állapítja meg, hogy bár a hagyományos, személyes egészségnevelés nem hagyható figyelmen kívül, de a tömegkommunikációs csatornáknak is nagyon fontos szerepük van. Nem versenyről van szó, hanem inkább arra kell hangsúlyt fektetni, hogy ezek a csatornák miként tudják a leghatékonyabban kiegészíteni egymást, tehát a kommunikáció mindkét formájának helye van.

Napjainkban sincs ez másképp. Manapság nehézséget jelent még az is, hogy az interneten keresztül már bármilyen témában percek alatt rengeteg információhoz juthatunk, a szakmailag is helytálló tartalmak mellett számos tudományos háttérrel nélküli információ ér el bennünket. Fontos, hogy mindig hiteles forrásból tájékozódjunk.

A téves információk közlésének veszélyével akkori is foglalkoztak a szakemberek, egy 1966-os közlemény a sajtóban és a televízióban előforduló „félre-világosításról” ír.³ A cikk több példát mutat be a lakosság félretájékoztatására, amelyek veszélyt

is jelenthetnek, amennyiben azt az olvasók komolyan veszik.

A szerző javaslata ma is megállja a helyét, miszerint „...csakis olyan egészségügyi cikkek jelennek meg, amelyekről az olvasó nem válik hipochonderré. Olyan írásokat közöljünk, amelyek nem javasolnak gyógymódokat, nem ígérnek csodálatos javulást.”

A kommunikációs eszközök között igen nagy szerepe volt régebben a plakátoknak, ezzel a témával számos cikk foglalkozik. Érdekes adat, hogy az Egészségügyi Felvilágosítási Központ¹ 1957 és 1960 között összesen 73 témában, 644.712 plakátot adott ki. A most ismertetett közlemény szerint a jó plakát:^{4,5}

- figyelemfelkeltő;
- érdeklődést keltő;
- érthető;
- emlékezni fognak rá;
- érzelemformáló;
- mozgósító.

Két, ebben az időszakban készült felvilágosító plakát esetében a szakemberek egy kísérletet is elvégeztek. Azt vizsgálták, hogy az „újabb” grafikai művészeti irány mennyire lehet hatásos a plakátok sikerességében, azaz mennyire érik el a kívánt célt részletesebb magyarázó szöveges feliratok nélkül: a szemlélők megértik-e az üzeneteket, cselekvésre motiválják-e őket, továbbá, hogy pozitív vagy negatív hatást váltanak ki. A két kiválasztott plakát modern grafikai ábrázolással készült: „nagy színpalotokkal, nagyvonalú, kifejező ábrázolással, szembező, rövid szöveggel” (az eredeti szövegeket eltávolították):

1. plakát témája: gyümölcsfogyasztás, [1. ábra]
2. plakát témája: a légy, mint fertőző betegségek terjesztője. [2. ábra]

A kísérletet 200 fős, egészséges populáción végezték el, akiknek megmutatták a plakátokat, majd a vizsgálat lebonyolítása során kérdőíves és megfigyelési módszert alkalmaztak.

Összegezve az eredmények:

- Mindkét plakát figyelemfelkeltőnek bizonyult.
- Jelenlegi formájukban a plakátok csak 53%-os, illetve 38,5%-os arányban voltak

¹ Az Egészségügyi Minisztérium irányítása alatt álló, 1958-ban megalakult országos hatáskörű intézmény az egészségnevelés szervező, irányító, tudományos kutatásainak területén.

érthetőek, tehát az üzenet nem érte el maradéktalanul a célját.

- A grafikai megjelenítés – főleg a 2. plakát esetében – nem váltott ki pozitív érzelmet, ez pedig csökkenti a kép mozgósító hatását.

Módosítási javaslatok a felmérés alapján: a modern ábrázolási forma jó, a színeket valószerűbbé kell tenni, a mondanivaló megértéséhez fontos a képi megjelenítés és a szöveg közötti egyértelmű összefüggés, valamint a kategorikus kijelentések, felszólítások használata.

1. ábra: „Mosatlan gyümölcs betegséget terjeszt” című plakát



Forrás: <http://artmagazin.hu/>

A feldozott cikkek alapján elmondható, hogy alapjaiban nem változtak meg az egészségfejlesztő, egészségkommunikációs tartalmak előállítására

2. ábra: „Ellenségünk...” című plakát



Forrás: <http://artmagazin.hu/>

vonatkozó szakmai irányok, inkább a minket körülvevő környezet, a kommunikációs eszközök változtak meg jelentősen az elmúlt 60 évben.

Végül néhány korabeli szovjet egészségfejlesztő/egészségnevelő plakát:⁶ [3. ábra-6. ábra]

3. ábra: „Gyakrabban állítson be étrendjébe főzeléket, zöldséget” című plakát



Forrás: Országos Széchenyi Könyvtár

4. ábra: „Munkahelyi torna különösen fontos a szalag melletti munkáknál” című plakát



Forrás: Országos Széchenyi Könyvtár

5. ábra: „Amikor a bor bemegy - az ész kimegy!” című plakát



Forrás: Országos Széchenyi Könyvtár

6. ábra: Szovjet plakát alapján készült magyar kiadás



Forrás: Országos Széchenyi Könyvtár

HIVATKOZÁSOK

¹ Székely L. Egészségügyi felvilágosítási propagandaanyagok készítése. Egészségügyi felvilágosítás. 1963;2:109-112

² Métneki J. Tömegkommunikáció vagy kiscsoportos egészségnevelés? Egészségügyi felvilágosítás. 1970;11:152-156

³ Veres P. Egészségügyi „félre-világosítás” a napi sajtóban. 1966;2:80-81

⁴ Métneki J. Intézetünkről. Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet honlapja <http://regi.oefi.hu/tortenet.htm>

(Elérve: 2019. 12. 12.)

⁵ Székely L. Egészségügyi felvilágosító plakátjaink hatásfokának értékelése. Egészségügyi felvilágosítás. 1965;3: 142-158

⁶ Plakátreprodukciók a Szovjetunió ötvenéves egészségvédelmi és egészségnevelési tevékenységéből. Egészségügyi felvilágosítás. 1967;8:261-264

Nyíregyháza egészsége tematikus blokk előszó

Foreword

Az európai régiók egészségpolitikai célkitűzéseinek már régóta része a népesség egészségi állapotának javítása és a kedvezőtlen trendek megállítása. Világosan látható, hogy az orvos- és egészségtudomány hatalmas fejlődése ellenére az egészségügyi ellátás önmagában nem képes az egészség és az életminőség javítására, csak bizonyos betegségek gyógyítására. Az életminőség és az egészségi állapot javításában, alakításában egyre nagyobb szerepet játszanak az egyének és a lokális közösségek, kiemelten fontossá válik az ő aktivitásuk. Ki kell mondanunk azonban, hogy az említett folyamatokra, dimenziókra jelentős hatással bírnak a hatalmi struktúrák az életfeltételeket alakító politikákon keresztül. Ez akkor is igaz, ha ennek gyakran nincsenek tudatában e hatalmi struktúrákat képviselő intézmények, szervezetek és személyek.

Az életminőséget több tényező határozza meg, melyek pozitív irányú befolyásolásával javítható a közösség tagjainak jólléte. Ahhoz, hogy az életminőség javuljon, és az ehhez szükséges változások megkezdődjenek, pontosan ismerni kell a befolyásoló tényezőket, melyek révén megtörténhet a beavatkozási pontok azonosítása, az ezekhez kapcsolódó akciók kidolgozása, majd azok megvalósítása.

A nyíregyházi lakosok életminőségét, annak egyes dimenzióit, köztük az egészségi állapot vizsgálatát több mint tíz éve végzi kutatócsoportunk a háztartáspanel módszertanára alapozottan. Az egészségi állapot feltérképezéséhez elsősorban az egészségi állapot szubjektív megítélését vizsgáljuk kutatásunk során, mivel ennek nemzetközi szinten is standardizált módszerei vannak. Az Európai Lakossági Egészségfelmérés egyes kérdésblokkjainak használatával adataink jól összevethetőek országos és nemzetközi szinten egyaránt. Az egyes kutatók számára nem mindig mérhető fel maradéktalanul egy adott vizsgálatba bevont személyek egészségi állapota, viszont bebizonyosodott az, ha maguk a megkérd-

zettek mutatják be, illetve minősítik egészségi státuszukat, pontosabb eredmények érhetőek el a kutatások során. A válaszadók képesek átlátni, megérteni saját egészségi állapotukat, ők ismerik egészségüket, ezért ez az eljárás alkalmas arra, hogy az egészségi állapotot holisztikus módon közelítse és mérje. Nyilvánvaló, hogy az ilyen vizsgálatok sok szubjektív elemet tartalmaznak, de megbízhatóságuk alátámasztott és előrejelző funkciójuk sok esetben pontosabb, mint az objektív méréseké. Az önminősített egészségi állapot egyfajta szubjektív értékelés, de szoros összefüggést mutat az objektív fizikai állapottal, így alkalmas arra, hogy segítségével folyamatosan mérjük egyes betegség-folyamatok alakulását.

Az Egészségfejlesztés folyóirat jelen különszámának 8 eredeti közleménye a fentiekben említett, Nyíregyházán 2008-ban elindult kutatássorozat legutóbbi, 2018-as felmérésére alapozódik. A „Nyíregyháza életminősége – Háztartáspanel” kutatás egészségi állapotot feltáró vizsgálatából néhány kiemelt jelentőségű dimenzió kerül most bemutatásra, mint például a lakosság táplálkozási, dohányzási szokásai, a mentális egészség, a társas kapcsolatok, a nők szűrési hajlandósága, a krónikus betegségek, valamint a vélt egészségi állapot néhány egészségpszichológiai megközelítése. Külön cikk foglalkozik a felmérés részletes módszertanának bemutatásával.

Kutatásunk általános célja a nyíregyházi lakosok életminőség összetevőinek, az azt alakító, az egészséget befolyásoló életmódbeli és társadalmi tényezők vizsgálata, továbbá az egészségügyi ellátások igénybevételének és a városban élők egészségmagatartásának, egészségműveltségének feltárása volt. A „Nyíregyháza életminősége – háztartáspanel” kutatás rendszeres tényfeltáró vizsgálatként alapot ad a városi lakosság életminőségének nyomon követéséhez az azt meghatározó, illetve

befolyásoló tényezők leírásával. Im már elmondható, hogy hosszútávon támogatja az egészségorientált döntéseket, a lakosság egészségi állapotának érdemi javulását, amely közép és hosszútávon hatással van a városlakók életminőségére és a város versenyképességére egyaránt. Az adatok azt mutatják, hogy megfigyelhető pozitív elmozdulás a lakosság egészségi állapotát és egészségmagatartását illetően, mégis sok teendő hárul még a szakemberekre annak érdekében, hogy az életmódtényezők befolyásolásával az egészségfejlesztés eszközeivel, az elkerülhető halálokokat háttérbe szorítsuk és növelni tudjuk a lakosság életminőségét és az egészségben eltöltött életévek számát városunkban is.

A város lakosságának egészségfejlesztése a város, az alapellátás, a szakellátás, a szociális ellátó rendszer és a lakosság közös ügye. Egy szakmai team, melyben az előbb felsorolt résztvevők véleménye és tapasztalata is érvényre jut, a kutatási eredményekre támaszkodva, azok figyelembevételével képes a szükséges intervenció kidolgozására.

Nyíregyháza lakosságának egészségi állapotában egy szakemberek által kidolgozott egészségterv alapján további pozitív változások érhetők el. Ehhez interszektoriális együttműködésre van szükség, mely összefogáshoz a most megjelent publikációkkal is hozzá kívánunk járulni azáltal, hogy a folyóiratot olvasó szakemberek irányába visszacsatoljuk eredményeinket. A visszacsatolás nem csak helyi szinten lehet hatékony, hiszen mintául szolgálhat vizsgálatunk a Nyíregyházához hasonló más települések és az ott működő szakemberek számára egyaránt.

Jávorné Dr. Erdei Renáta
vendégszerkesztő

*Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar Védőnői
Módszertani és Népegészségtani Tanszék*

Nyíregyháza felnőtt lakosságának táplálkozási szokásai, tápláltsági állapota

Eating habits and nutritional status of the adult population in Nyíregyháza

Szerzők: Sárváry Attila^a ✉, Szelesné Árokszállási Andrea^b, Gyulai Anikó^c, Jávorné Erdei Renáta^c
a: Debreceni Egyetem, Egészségügyi Kar, Egészségtudományi Intézet, Ápolástudományi Tanszék, b: Debreceni Egyetem, Egészségügyi Kar, Egészségtudományi Intézet, Sürgősségi és Oxiológiai Tanszék, c: Debreceni Egyetem, Egészségügyi Kar, Egészségtudományi Intézet, Védőnői Módszertani és Népegészségtani Tanszék

Beküldve: 2019. 09. 13.

doi: 10.24365/ef.v60i5.515

Összefoglaló:

Bevezetés: A magyar lakosság egészségi állapota továbbra is kedvezőtlenebb az Európai Unió (EU) és az OECD országok átlagához képest. Az egészségtelen táplálkozás szoros összefüggést mutat a szív- és érrendszeri betegségekkel, a rosszindulatú daganatos betegségekkel, a 2-es típusú cukorbetegséggel és az elhízással. A kutatásunk célja, hogy felmérjük Nyíregyháza felnőtt lakosságának táplálkozási szokásait és tápláltsági állapotát.

Módszertan: A 2018-ban készült keresztmetszeti vizsgálathoz, melyben 386 fő vett részt, az Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF) 2009-es táplálkozással, tápláltsági állapottal kapcsolatos kérdéseit használtuk. A tápláltsági állapotot az önbevalláson alapuló testtömeg és a testmagasság adataiból számított testtömegindexszel (TTI) jellemeztük, a TTI-t a WHO által meghatározott kategóriáknak megfelelően osztályoztuk. A statisztikai elemzést az SPSS (Version 22.0) programcsomag segítségével végeztük el, az összefüggés-elemzéshez a khi-négyzet próbát használtuk.

Eredmények: Nyíregyháza felnőtt lakosságának több mint fele naponta fogyaszt zöldséget és/vagy gyümölcsöt, ami alacsonyabb az országos átlagnál. A nők körében a gyümölcsfogyasztás szignifikánsan magasabb volt a férfiakéhoz képest ($p=0,016$). Teljes kiőrlésű pékáru naponta történő fogyasztása a lakosság 40%-át, a heti rendszerességű halfogyasztás az egyharmadát (33,5%) jellemezte, a férfiak halfogyasztása szignifikánsan magasabb volt a nőkéhez képest ($p=0,005$). A nyíregyházi férfiak 70%-a, a nők fele túlsúlyos vagy elhízott. Az életkor előrehaladtával növekszik a túlsúlyosak, elhízottak aránya mindkét nemből. Az elhízottak aránya a 35-64 éves férfiak körében a legnagyobb (41,5%), míg a nők körében ez az arány a 65 éves és idősebb korcsoportban a legmagasabb (34%).

Következtetések: Nyíregyháza lakossága friss zöldség- és gyümölcsfogyasztása alacsonyabb az országos átlagnál, viszont a teljes kiőrlésű pékáru és halfogyasztás igen kedvező. A túlsúly és elhízás aránya a férfiak körében magasabb az országos átlagnál, különösen a 35-64 éves korcsoportban. A felnőtt lakosság körében célzott prevenció programokat kell szervezni a túlsúly és elhízás megelőzésére, a fizikai aktivitás és az egészséges táplálkozás elősegítésére, különösen a középkorú férfiak számára.

Kulcsszavak: táplálkozás; tápláltsági állapot; testtömegindex; elhízás

Summary:

Introduction: The health status of the Hungarian population is still unfavourable compared to the average of the EU and OECD countries. Unhealthy diet shows a strong association with

cardiovascular diseases, cancer diseases, type 2 diabetes mellitus and obesity. The aim of our study was to survey eating habits and nutritional status of the adult population of Nyíregyháza.

Methods: 386 participants were involved in our cross-sectional study carried out in 2018. The questions regarding the eating habits and nutritional status derived from the questionnaire of the European Health Interview Survey (EHIS) 2009. Nutritional status was measured by body mass index (BMI) calculated from self-reported weight and height, the BMI was categorized according to the WHO classification. Data were evaluated by the SPSS software (Version 22.0) and Chi-squared test was used for the statistical analysis.

Results: More than half of the adult population of Nyíregyháza consumed fresh fruits and/or vegetables every day, which was lower than the country average. The fruit consumption was significantly higher among females compared to males ($p=0.016$). Forty percent of the population consumed whole grain bakeries daily and one-third (33.5%) consumed fish weekly. The fish consumption of males was significantly higher compared to females ($p=0.005$). Seventy percent of adult males and half of females were overweight or obese. The prevalence of overweight and obesity increased with aging in both sexes. The prevalence of obesity was the highest among males between 35-64 (41.5%), and among females over 65 years (34%).

Conclusions: Fresh fruit and vegetable consumption of the population of Nyíregyháza was lower compared to the country average, while the consumption of whole grain bakeries and fish was favourable. The prevalence of overweight and obesity was higher among males, especially in the age group 35-64. Targeted prevention programmes are needed for the adult population of Nyíregyháza to prevent overweight and obesity, to promote physical activity and healthy nutrition, especially for the middle-aged males.

Keywords: eating habits; nutritional status; body mass index; obesity

BEVEZETÉS

A táplálkozási szokásaink jelentős mértékben befolyásolják egészségi állapotunkat, hiszen a legfőbb halálokok – a szív- és érrendszeri betegségek, bizonyos rosszindulatú daganatos betegségek – szoros összefüggést mutatnak a táplálkozással, mint a krónikus betegségek egyik fontos rizikófaktorával.^{1,2} Számos további nem fertőző betegség kialakulásában – például, a 2-es típusú diabetes és az elhízás – meghatározó szereppel bír a táplálkozás.^{3,4} Az elhízás és a vele szoros összefüggést mutató 2-es típusú diabetes világméretűvé alakult az elmúlt évtizedekben. Az Egészségügyi Világszervezet adatai szerint 1975 óta majdnem megháromszorozódott az elhízás gyakorisága. 2016-ban világszerte 1,9 milliárd felnőtt (a világ lakosságának 39%-a) volt túlsúlyos vagy elhízott, közülük 650 millióan (13%) voltak elhízottak.³ A diabetes mellitusban szenvedők száma a világon 1980-tól 2014-ig megnégyszereződött, elérve a 422 millió főt, a betegség gyakorisága ezen idő alatt megduplázódott (8,5%).⁴ A magyar lakosság egészségi állapota továbbra is jelentősen kedvezőtlenebb az Európai Unió (EU) és

az OECD országok átlagához képest, amelyhez a rossz táplálkozási szokások jelentősen hozzájárulnak.⁵ A magyar lakosság táplálkozási szokásaival és tápláltsági állapotával kapcsolatban számos tanulmány jelent meg korábban. Ezek közül kiemelendő a 2000-ben és 2003-ban országos reprezentatív mintán végzett kérdőíves Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF), illetve a 2009-ben és 2014-ben készült Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF). Ezen kérdőíves felmérésekhez csatlakozott a korábbi Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet által végzett Országos Táplálkozás és Tápláltsági Állapot Vizsgálat (OTÁP), amely felmérte a lakosság energia-, makro-, mikrotápanyag- és vitaminbevitelét, illetve mérésen alapuló eredményeket szolgáltatott a lakosság tápláltsági állapotáról. Az ELEF 2009-es és 2014-es felmérése szerint a férfiak és nők kb. kétharmada fogyasztott naponta friss zöldséget vagy gyümölcsöt, a nők körében gyakoribb a fogyasztásuk.^{6,7} Ez alapján megállapították, hogy 2009-ben a 15 évnél idősebb magyar lakosság kb. egytizedére jellemző a napi legalább 400 g zöldség- és gyümölcsfogyasztás.⁶ A 2000-ben végzett OLEF felméréshez képest 2009-re 10%-kal

nőtt a nyers zöldség- és gyümölcsfogyasztás.⁶ 2003 és 2009 között nőtt a barna kenyér mindennapi fogyasztása is a lakosság körében (11%-ról 17%-ra), ami 2019-re tovább növekedett.^{6,7} A nem, az életkor, az iskolázottság és a jövedelmi viszonyok összefüggést mutattak a zöldség- és gyümölcsfogyasztással, a kedvezőbb gazdasági körülmények között élők körében a fogyasztásuk gyakoribb.^{6,7} Bizonyos állati eredetű élelmiszerek – főként a sajt, túró, hal – és a barna kenyér fogyasztása az iskolai végzettséggel párhuzamosan növekszik, a felsőfokú végzettségűek körében gyakoribb.^{6,7} Az egészség szempontjából kedvezőtlen élelmiszerek közül 2014-ben a lakosság kb. ötöde fogyasztott naponta édességet és kb. 15%-a cukros üdítőket.⁷

A magyar lakosság több mint fele túlsúlyos vagy elhízott, a 35-64 éves és a 65 év feletti férfiak a legveszélyeztetettebbek.^{6,7} 2009-hez képest 2014-re az elhízott középkorú és idősebb férfiak aránya növekedett, a nők körében változatlan maradt a prevalencia. Érdeemes megjegyezni, hogy az OTÁP vizsgálatok szerint a tényleges mérések alapján a túlsúlyosság, elhízás gyakoribb, mint amit az önbevalláson alapuló felmérések mutattak, főleg a nők körében. A 2014-es OTÁP felmérés eredményei szerint a magyar férfiak 37%-a volt túlsúlyos és 28%-a elhízott, illetve a nők 28%-a volt túlsúlyos és 32%-a elhízott, ami gyakorlatilag megegyezett a 2009-es OTÁP felmérés eredményeivel.^{8,9} Nemzetközi összehasonlításban Magyarország az OECD országok között Málta után a második helyen szerepelt a felnőtt lakosság elhízás gyakoriságában (2014-es adat).⁵

A kutatásunk célja, hogy felmérjük Nyíregyháza lakosságának egészségi állapotát, egészségmagartását. Jelen cikk ezen belül a táplálkozási szokásokat és tápláltsági állapotot mutatja be. Az eredményeket összehasonlítottuk a magyarországi adatokkal.

MÓDSZERTAN

A mintaválasztás módszerét és a minta általános jellemzőinek részletes leírását az ebben a lapszámban megjelenő, „A 2018-as Nyíregyháza város életminősége Háztartáspanel kutatás általános és EgészségPanel szakaszainak mintavételi jellemzői” című cikk tárgyalja. A keresztmetszeti vizsgálatban 386 fő vett részt: 142 férfi (36,8%) és 244 nő

(63,2%). A minta átlagéletkora 50 év (20 és 92 év között) volt. A táplálkozási szokások és a tápláltsági állapot felméréséhez az ELEF 2009-es kérdőívének ide vonatkozó kérdéseit használtuk. A táplálkozási szokások tekintetében rákérdeztünk a zöldség-, illetve gyümölcsfogyasztás gyakoriságára (például, „Milyen gyakran fogyaszt Ön gyümölcsöt (gyümölcslevet nem számítva)?”), továbbá egyes élelmiszerek/élelmiszercsoportok elmúlt 3 hónapi fogyasztási gyakoriságára. A válaszkategóriák a zöldség- és gyümölcsfogyasztásra vonatkozó kérdéseknél: naponta többször, naponta, hetente 4-6-szor, hetente 1-3-szor, ritkábban, mint hetente egyszer és soha. A válaszkategóriák az egyes élelmiszerek fogyasztására vonatkozó kérdéseknél: naponta többször, naponta, hetente 4-6-szor, hetente 1-3-szor, ritkábban, mint hetente egyszer, havonta 1-3-szor, ritkábban, mint havonta és soha. Az elemzésnél összevontuk a naponta többször és naponta, valamint a ritkábban, mint heti egyszer, a havonta 1-3-szor és a ritkábban, mint havonta kategóriákat (ritkábban, mint hetente).

A tápláltsági állapotot az önbevalláson alapuló testtömeg és a testmagasság adataiból számított testtömegindexszel (TTI) jellemeztük, a TTI-t a WHO által meghatározott kategóriáknak megfelelően osztályoztuk. A 18,5 kg/m² alatti TTI-vel rendelkezőket soványnak, a 18,5-24,9 kg/m² TTI-vel rendelkezőket normál testsúlyúnak, a 25,0-29,9 kg/m² TTI-vel rendelkezőket túlsúlyosnak, a 30,0 kg/m² vagy a fölötti TTI-vel rendelkezőket elhízottnak tekintettük. Hasi elhízottnak tekintettük azokat a férfiakat, akiknek az önbevallott derékkörfogata 102 cm vagy nagyobb, illetve azokat a nőket, akik esetében 88 cm vagy nagyobb volt ez az érték.

A statisztikai elemzést az SPSS (Version 22.0) programcsomag segítségével végeztük el, az összefüggés elemzéshez a khi-négyzet próbát használtuk. Szignifikánsnak tekintettük az eredményt, ha a $p < 0,05$.

EREDMÉNYEK

Zöldség- és gyümölcsfogyasztás

Nyíregyháza felnőtt lakosságának több mint fele naponta, további 20%-a hetente 4-6-szor fogyasztott zöldséget és/vagy gyümölcsöt, ami az egészséges táplálkozás szempontjából kedvező. Nemi

bontás szerint vizsgálva a nők szignifikánsan gyakrabban esznek gyümölcsöt, mint a férfiak ($p=0,016$). A friss gyümölcs- és zöldségfogyasztás (az elmúlt 4 hétben) is a lakosság több mint felét jellemzi

(54,6%). Nem kaptunk szignifikáns eltérést a két nem között a zöldség, illetve az elmúlt 4 heti friss gyümölcs- és zöldségfogyasztás tekintetében. [1. táblázat]

1. táblázat: A zöldség- és gyümölcsfogyasztás gyakorisága (%) általában és a friss gyümölcs- és zöldségfogyasztás az elmúlt 4 hétben a nyíregyházi lakosság körében 2018-ban

	Naponta vagy naponta többször	Hetente 4-6-szor	Hetente 1-3-szor	Ritkábban, mint hetente	Soha	Férfi vs. Nő p-érték*
Gyümölcsfogyasztás	53,8	19,7	18,4	8,1	0	
Férfi (N=142)	47,2	19,0	19,7	14,1	0	0,016
Nő (N=243)	57,6	20,2	17,7	4,5	0	
Zöldségfogyasztás	51,3	22,0	21,2	5,2	0,3	
Férfi (N=142)	47,9	20,4	25,4	6,3	0	0,573
Nő (N=244)	53,2	23,0	18,9	4,5	0,4	
Friss gyümölcs- és zöldségfogyasztás az elmúlt 4 hétben	54,6	20,4	18,3	6,5	0,3	
Férfi (N=140)	49,3	19,3	21,4	9,3	0,7	0,204
Nő (N=243)	57,6	21,0	16,5	4,9	0	

Forrás: saját szerkesztés

*Khi-négyzet próba

Állati eredetű élelmiszerek fogyasztása

A tej és tejtermékek számos, élettani szempontból hasznos ásványi anyagot és vitamint tartalmaznak, ezért ezek rendszeres fogyasztása hasznos. A nyíregyházi lakosság körében a leggyakoribb a tej és savanyított tejtermékek (45,6%), valamint a sajt és túró (32,9%) napi fogyasztása. Hasonlóan gyakori a baromfiús fogyasztása is. A lakosság több mint harmada (33,7%) hetente 1-3-szor, további negyede naponta, illetve hetente 4-6-szor fogyaszt tojást. A halfogyasztás ritka a vizsgált lakosság körében, több mint a lakosság fele (56,2%) ritkábban, mint heti egyszer, további 10,3% soha nem fogyasztja ezt az élelmiszert. A férfiak és a nők fogyasztási szokásait összehasonlítva egyedül a

halfogyasztásban kaptunk szignifikáns eltérést ($p=0,005$), a férfiak gyakrabban fogyasztották hetente ezt az élelmiszert. [2. táblázat]

Barna kenyér és olajos magvak fogyasztása

A barna vagy graham kenyér fogyasztása kedvező képet mutatott, a megkérdezettek közel 40%-a fogyasztja legalább naponta egyszer, ugyanakkor 20% soha nem fogyasztja ezt az élelmiszert. A lakosság közel fele ritkábban, mint heti egyszer fogyasztott olajos magvakat, csupán a negyedére volt jellemző a heti 4-6-szori vagy gyakoribb fogyasztás. A férfiak és nők fogyasztása között nem tapasztalunk szignifikáns különbséget. [2. táblázat]

2. táblázat: Egyes élelmiszerek fogyasztási gyakorisága (%) az utóbbi 3 hónapban a nyíregyházi lakosság körében 2018-ban

	Naponta vagy naponta többször	Hetente 4-6-szor	Hetente 1-3-szor	Ritkábban, mint hetente	Soha	Férfi vs. Nő p-érték*
Tej, savanyított tejtermékek	45,6	19,6	20,2	12,2	2,4	
Férfi (N=139)	43,2	17,3	20,1	16,5	2,9	0,337
Nő (N=238)	47,1	21,0	20,2	9,7	2,1	
Sajt, túró	32,9	19,9	24,4	20,7	2,1	
Férfi (N=139)	29,5	15,8	29,5	23,7	1,4	0,170
Nő (N=238)	34,9	22,3	21,4	18,9	2,5	
Baromfi	32,9	27,0	34,5	4,8	0,8	
Férfi (N=137)	31,4	32,8	32,8	2,2	0,7	0,188
Nő (N=237)	33,8	23,6	35,4	6,3	0,8	
Tojás	24,7	25,5	33,7	15,9	0,3	
Férfi (N=139)	20,1	32,4	33,8	13,7	0	0,124
Nő (N=238)	27,3	21,4	33,6	17,2	0,4	
Hal, halkonzerv	7,1	10,8	15,6	56,2	10,3	
Férfi (N=139)	5,8	10,1	20,9	59,7	3,6	0,005
Nő (N=240)	7,9	11,3	12,5	54,2	14,2	
Barna, graham kenyér	37,7	11,1	8,7	24,3	18,2	
Férfi (N=139)	36,0	7,9	7,9	28,1	20,1	0,396
Nő (N=240)	38,8	12,9	9,2	22,1	17,1	
Olajos magvak	14,6	10,3	20,4	48,1	6,6	
Férfi (N=139)	14,4	10,8	23,0	45,3	6,5	0,881
Nő (N=239)	14,6	10,0	18,8	49,8	6,7	

Forrás: saját szerkesztés

*Khi-négyzet próba

Tápláltsági állapot

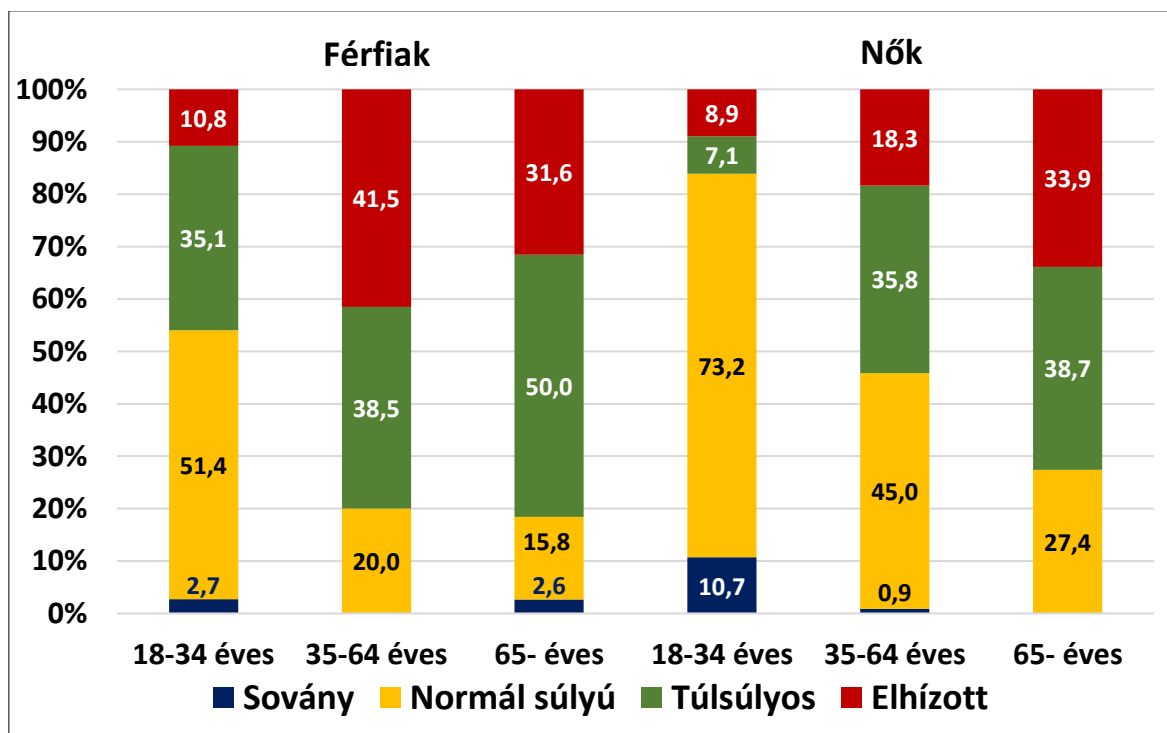
A nyíregyházi felnőtt férfiak átlagos TTI-je 28,1 kg/m², a nőké 25,7 kg/m² volt. Korcsoportok és nemek szerint vizsgálva a tápláltsági állapotot megállapítható, hogy a túlsúlyosak és elhízottak aránya

a 18-34 éves korcsoportban a legalacsonyabb mindkét nem esetén. Ebben a korcsoportban a férfiak körében kb. ötször magasabb a túlsúlyosak gyakorisága, mint a nők körében. A férfiak esetén a legveszélyeztetettebb korcsoport a 35-64 éveseké, ahol a túlsúlyosak prevalenciája közel 40%-os, az

elhízottaké több mint 40% volt, így a túlsúly és elhízás összességében 80%-ban fordult elő. A 35-64 éves nők körében a normál testsúllyal rendelkezők aránya lényegesen nagyobb (45,0%) a férfiakéhoz képest, a túlsúlyosak aránya hasonló, viszont az elhízottak aránya csupán a fele volt a férfiak körében tapasztalható képest. A 65 éves és idősebb

korcsoportban mindkét nemnél a túlsúlyosak aránya volt a legnagyobb, a férfiak fele, a nők közel 40%-a tartozott ebbe a kategóriába, míg a válaszadók harmada elhízott volt. Az egyes korcsoportok TTI kategóriái közötti megoszlásban mindkét nem esetén szignifikáns különbséget tapasztaltunk (Khi-négyzet próba, ffi: $p=0,002$; nő: $p<0,001$). [1. ábra]

1. ábra: A tápláltsági állapot megoszlása nemek szerint a nyíregyházi lakosság körében 2018-ban (férfiak N=140, nők N=227)



Forrás: saját szerkesztés

Khi-négyzet próba az egyes korcsoportok TTI kategóriái között: ffi: $p=0,02$, nő: $p<0,001$.

Összességében a felnőtt férfiak 40%-a, a nők közül minden harmadik volt túlsúlyos, míg a férfiak közül minden harmadik, a nők közül minden ötödik számított elhízottnak. Így a férfiak 71%-a, a nők közel fele (49%) volt túlsúlyos vagy elhízott. A férfiak (N=86) átlag haskörfogata 94,6 cm, a nőké (N=149)

85,6 cm volt. A hasi elhízás a férfiak harmadát, míg a nők felét jellemezte, bár ezen adatok nagy valószínűséggel jóval pontatlanabbak, mint a testtömeg-index, ezért kellő körültekintéssel kezelendők. [3. táblázat]

3. táblázat: A túlsúly, az elhízás és a hasi elhízás gyakorisága (%) a nyíregyházi lakosság körében 2018-ban

	Túlsúlyos	Elhízott	Együtt	Hasi elhízott
Férfiak (N=140)	40,0	30,7	70,7	31,4
Nők (N=227)	29,2	19,7	48,9	50,7

Forrás: saját szerkesztés

MEGBESZÉLÉS

Az OTÁP2014-es felmérése szerint a magyar lakosság nem fogyaszt elég zöldséget és gyümölcsöt, továbbra is jellemző a túlzott, főleg állati eredetű zsírfogyasztás, viszont a szénhidrátbevitel nem éri el a magyar táplálkozási ajánlásban meghatározott értéket.¹⁰ Továbbá, megállapították, hogy a zöldség- és gyümölcsfogyasztás mintegy ötödével csökkent a korábbi, OTÁP2009-es vizsgálatban mért értékhez képest, ami kedvezőtlen tendencia a rostbevitel szempontjából.¹⁰

Az ELEF2014-es vizsgálata szerint a felnőtt lakosság kétharmada (a nők 72%-a, a férfiak 62%-a) naponta legalább egyszer eszik friss zöldséget, gyümölcsöt.⁷ A vizsgálatunk szerint a nyíregyházi lakosság több mint fele fogyaszt naponta legalább egyszer zöldséget és gyümölcsöt. Ugyanez igaz az elmúlt 4 heti friss zöldség- és gyümölcsfogyasztásra is. A nők szignifikánsan gyakrabban esznek gyümölcsöt, mint a férfiak. Eredményeinket összehasonlítva az ELEF2014-es eredményeivel megállapíthatjuk, hogy a nyíregyházi lakosság friss zöldség- és gyümölcsfogyasztása kb. 10-15%-kal elmarad az országos értéktől. Az eredmények értékelésénél azonban figyelembe kell venni azt, hogy mely hónapokban készült az adott felmérés, hiszen az idénygyümölcsök, friss zöldségek elérhetősége jelentősen befolyásolja ezen élelmiszerek fogyasztását. Az ELEF2014 lekérdezésére szeptember-decemberi időszakban, míg a nyíregyházi lakosságé április-májusban történt. A kora tavaszi lekérdezés részben magyarázhatja az alacsonyabb fogyasztási eredményeket. A nyíregyházi várandósok körében készült összehasonlító felmérés szerint a várandósok zöldségfogyasztása alacsonyabb, míg a gyümölcsfogyasztása hasonló a nyíregyházi nők zöldség- és gyümölcsfogyasztásához.¹¹

Az egyes élelmiszerek fogyasztása közül Nyíregyháza lakossága körében a tej, savanyított tejtermékek, valamint a sajt, túró és baromfi fogyasztása volt a leggyakoribb, ami táplálkozás-élettani szempontból előnyös, hiszen a tejtermékek mind ásványi anyagokban, mind vitaminokban és fehérjében gazdagok. Az ELEF2009-es felmérése szerint a magyarországi lakosság tejet, savanyított tejtermékeket 4,7-szer, sajtot vagy túrókat 3,4-szer, baromfit 2,6-szer, tojást 3-szor evett átlagosan hetente.⁶ Az ELEF2014-es kérdőívének kérdései átalakításra kerültek, ezek az élelmiszercsoportok kikerültek

a kérdőívből és a táplálkozás szempontjából kifejezetten előnyös (teljes kiőrlésű pékáru, hal) vagy káros csoportok kerültek be (például, édesség, cukros üdítőital). A teljes kiőrlésű pékáru naponta történő fogyasztása a nyíregyházi lakosság körében igen kedvező, közel a válaszadók 40%-át jellemezte, míg csupán a lakosság 20%-a nem fogyaszt ilyen élelmiszereket. Az ELEF2014 adataihoz képest ez kifejezetten jó arány (ott a lakosság kb. egynegyedére volt jellemző a napi fogyasztás és 40%-ára, hogy soha nem fogyasztotta ezeket). A halfogyasztás az omega-3 zsírsavtartalma miatt előnyös. A válaszadók egyharmada (33,5%-a) heti rendszerességgel fogyaszt halat, ami magasabb arány az ELEF2014-es adataihoz képest (a férfiak 26%-ára, a nők 21%-ára volt ez jellemző).⁷ A férfiak halfogyasztási gyakorisága a felmérésünkben is szignifikánsan gyakoribb volt.

A tápláltsági állapot tekintetében megállapíthatjuk, hogy a nyíregyházi férfiak rendkívül kedvezőtlen helyzetben vannak, hiszen 70%-uk túlsúlyos vagy elhízott, ami magasabb mind az ELEF2014-es felmérés (62%), mind az OTÁP2014-es felmérés adataihoz (65%) képest is. Az életkor emelkedésével – hasonlóan a korábbi felmérések eredményeihez – növekszik a túlsúlyosak, elhízottak aránya, elsősorban a 18-34 és 35-64 éves életkor között. A férfiak körében az elhízottak aránya a 35-64 éves korcsoportban a legnagyobb, meghaladja a 40%-ot, a túlsúlyosak és elhízottak aránya a 35-64 és 65 és idősebb korcsoportban is igen magas. A nyíregyházi nők fele túlsúlyos vagy elhízott, ami megfelel az országos átlagnak (ELEF2014-es felmérés – 49%) és alacsonyabb, mint a ténylegesen mért érték alapján megállapított prevalencia (OTÁP2014 – 60%). Az elhízott nők aránya a 65 éves és idősebb korcsoportban a legmagasabb, az elhízás minden 3. nőt érinti. Az adataink OTÁP adatokkal való összehasonlíthatóságát korlátozza az a tény, hogy az OTÁP vizsgálat mérésen, a mi adataink önbevalláson alapultak. A hasi elhízás adatai nagy valószínűséggel nem túl megbízhatóak, hiszen ellentmondanak a túlsúly és elhízás adatainak. Az OTÁP2014-es vizsgálatban a férfiak 38%-a, míg a nők 55%-a volt hasi elhízott, a saját mintánkban a férfiaknál ez 31%-nak, a nőknél 51%-nak adódott. Mivel a mi vizsgálatunk önbevallás alapján történt, ezért az összehasonlítás az OTÁP adatokkal nem teljesen korrekt.

Európai Unió szinten a 2014-ben megjelent Európai Élelmiszer és Táplálkozási Akcióterv 2015-2020

fogalmazza meg azokat az általános célkitűzéseket, amiket a tagállamoknak ebben az időszakban figyelembe kell venniük az egészségpolitikájuk kialakításánál.¹² Ez többek között az egészséges élelmiszerek és italok környezetének kialakítását, valamint az egész életen át az egészséges táplálkozás előmozdítását tűzi ki célul, különösen a legsérülékenyebb csoportokban. A magyar kormány 2011-ben fogadta el azt a jogszabályt, amelynek célja az egészségtelen élelmiszerek fogyasztásának mérséklése, elsősorban a hozzáadott cukor és só mennyiségének csökkentése volt a forgalomba kerülő élelmiszerekben (2011. évi CIII. törvény a népegészségügyi termékadóról). Az élelmiszerek transzsírsav mennyiségének jelentős csökkentését célozta meg a 2013-ban megjelent transzsírsav rendelet (71/2013. (XI. 20.) EMMI rendelet).

Helyi szinten Nyíregyháza önkormányzata az utóbbi években számos programot indított a lakosság fizikai aktivitásának növelése érdekében, amelyek hozzájárulhatnak az elhízás megelőzéséhez. A legnagyobb részvételi aránnyal a 2013 óta működő Mozdulj Nyíregyháza! program fut, amely 20 héten keresztül 19 helyszínen 30 féle foglalkozást kínál gyerekek, fiatalok és idősek számára is (például,

gerinctorna, szenior táncház, kölyökatléтика, családi tollas, női torna).¹³ Nyíregyháza 2018-ban csatlakozott az országos Szenior-mozgásprogramhoz, amely táncházat, kirándulásokat és egyéb mozgásprogramokat szervez az idősek számára.¹⁴ Továbbá, a városon belül 70 km-nyi, valamint a városon kívül a Nyíregyházát Tokajjal összekötő kerékpárút épült meg.

KÖVETKEZTETÉSEK

Nyíregyháza felnőtt lakosságának friss zöldség- és gyümölcsfogyasztása alacsonyabb az országos átlagnál, ami a rostbevitel és a krónikus betegségek megelőzése szempontjából kedvezőtlen. Ugyanakkor a teljes kiőrlésű pékáru- és halfogyasztás igen kedvező az országos átlaghoz viszonyítva. A túlsúly és elhízás különösen a középkorú, de az idősebb férfiakat is veszélyezteti. Jól ismert, hogy az elhízás számos krónikus betegség rizikófaktora. Célzott prevenció programokat kell szervezni a túlsúly és elhízás megelőzésére, a fizikai aktivitás és az egészséges táplálkozás elősegítésére, különösen a már túlsúlyos, és elhízott középkorú férfiak számára.

HIVATKOZÁSOK

¹ World Health Organization: Fact sheets – Healthy diet.

<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet> (Elérve: 2019. 08. 23.)

² World Health Organization: European Health Report 2018 More than numbers – evidence for all. WHO, 2018.

<http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/european-health-report/european-health-report-2018/european-health-report-2018.-more-than-numbers-evidence-for-all-2018> (Elérve: 2019. 09. 09.)

³ World Health Organization: Fact sheets – Obesity and overweight.

<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> (Elérve: 2019. 08. 23.)

⁴ World Health Organization: Global report on diabetes. WHO, 2016.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257_eng.pdf;jsessionid=834F5D539EE8357A34BE1E180DC66108?sequence=1 (Elérve: 2019. 08. 23.)

⁵ OECD/EU: Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, 2018.

https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2018_health_glance_eur-2018-en (Elérve: 2019. 08. 23.)

⁶ Központi Statisztikai Hivatal (KSH): Európai lakossági egészségfelmérés – Magyarország, 2009. Összefoglaló eredmények. KSH, Budapest, 2011.

⁷ Központi Statisztikai Hivatal (KSH): A 2014-ben végrehajtott Európai lakossági egészségfelmérés eredményei. Összefoglaló adatok. KSH, Budapest, 2018.

⁸ Martos É, Kovács VA, Bakacs M et al. Országos Táplálkozás és Tápláltsági Állapot Vizsgálat

– OTÁP2009. I. A magyar lakosság tápláltsági állapota. Orv Het. 2012;153(26): 1023-30. DOI: 10.1556/OH.2012.29375

⁹ Erdei G, Kovács VA, Bakacs M, et al. Országos Táplálkozás és Tápláltsági Állapot Vizsgálat 2014. I. A magyar felnőtt lakosság tápláltsági állapota. Orv Hetil. 2017;158(14):533–540. DOI: 10.1556/650.2017.30700

¹⁰ Sarkadi Nagy, E., Bakacs, M., Illés, É., et al. Országos Táplálkozás és Tápláltsági Állapot Vizsgálat – OTÁP2014. II. A magyar lakosság energia- és makrotápanyag-bevitele. Orv Hetil., 2017, 158(15):587–597.
doi: [10.1556/650.2017.30718](https://doi.org/10.1556/650.2017.30718)

¹¹ Danilás I. Nyíregyháza város női lakosságának és várandósainak összehasonlító egészségmagatartás vizsgálata, különös tekintettel a táplálkozásra. Diáktudomány, 19-34. Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, 2019.
http://foh.unideb.hu/sites/default/files/upload_documents/diaktudomany_kotet.pdf (Elérve: 2019. 09. 05.)

¹² World Health Organization: European Food and Nutrition Action Plan 2015-2020. WHO, 2014.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/294474/European-Food-Nutrition-Action-Plan-20152020-en.pdf?ua=1 (Elérve: 2019. 09. 05.)

¹³ Mozdulj Nyíregyháza! <https://hu-hu.facebook.com/mozduljnyiregyhaza/> (Elérve: 2019. 09. 05.)

¹⁴ Szenior-mozgásprogram.
<https://amozgaskonnyedsege.hu/2018/06/26/a-nyiregyhazi-tagszervezet-szeniorprogramjai/> (Elérve: 2019. 09. 05.)

Társas kapcsolatok és mentális egészség szegregált településrészekben

Social Relations and Mental Health in Segregated Settlement Parts

Szerzők: Huszti Éva^a ✉, Ember Zsolt^b
a: Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, b: Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola

Beküldve: 2019. 09. 13.

doi: 10.24365/ef.v60i5.518

Összefoglaló:

Bevezetés: A társas kapcsolatok alapvető hatással vannak az emberek általános jóllétére, mentális egészségére. A hiányos társas kapcsolatrendszer diszfunkciókhoz vezethet az egyén életében és mentális problémákat okozhat. A tanulmány célja, hogy ezt az állítást hátrányos településrészekben élők esetén vizsgálja és az itt élő emberek kapcsolathálózatával és mentális egészségével foglalkozzon. Az itt élők sokszor területileg is kirekesztve élnek, többszörösen depriváltak, általában a legszegényebb, legalacsonyabb iskolai végzettségű és legmagasabb munkanélküliségi rátával jellemezhető csoporthoz tartoznak, ami gyakran vezethet esetükben a többségi populációval való kapcsolatok beszűküléséhez, mely által a sikeres makrotársadalmi integráció, és így a társadalmi mobilitás is lehetetlenné válik számukra. Ez nagyfokú kilátástalansághoz vezet körükben, ami természetesen szintén kihat a mentális egészségükre.

Módszertan: A tanulmány az ország észak-keleti részén fekvő megyei jogú város (Nyíregyháza) két, térben elkülönülő szegregátumában élők társas kapcsolatait és mentális egészségét mutatja be. Alapját egy 2019 tavaszán végzett kérdőíves adatfelvételtől származó adatbázis nyújtja. A kutatás keretében a két lakótelepen összesen 271 háztartás megkérdezésére került sor.

Eredmények: Az adatok alapján megállapíthatjuk, hogy a két szegregátumban élők társas kapcsolathálózatának kiterjedtsége jelentősen eltér mind a városi, mind az országos adatoktól: kevesebb bizalmasuk, barátjuk van és eltér az általuk elérhető gyenge kapcsolatok struktúrája is. Eltérés figyelhető meg a két lakótelep között is a network mutatókat illetően: a nagyobb lakótelepen élők beszűkültebb kapcsolatrendszerrel bírnak, kevesebb a bizalmasuk, és a baráti kapcsolataik száma is. A mentális egészséggel kapcsolatban elmondható, hogy a vizsgált populáció mind az általános lelkiállapot, mind pedig a vitalitás szempontjából rosszabb helyzetben van, mint a város lakosai: nagyobb arányban érinti az itt élőket az állandóan vagy gyakran fennálló negatív lelkiállapot és ritkább körükben a gyakori pozitív pszichés jóllét, vitalitás.

Következtetések: A két lakótelepen élők mentális egészségi állapotában különbségek figyelhetők meg: a nagyobb telepen élőkre jellemző, hogy a városiakhoz és a másik telephez képest nagyobb azok aránya, akik gyakoribb letörtség- és kimerültségérzetről számoltak be. Másrészt, nagyobb az aránya azoknak, akik gyakran érzik azt, hogy tele vannak energiával. A kisebb lakótelepen élő emberek mentális egészségére jellemző, hogy – a városi adatokhoz és a másik lakótelephez viszonyítva is – körükben magasabb azok aránya, akik általában és gyakran érzik magukat nagyon idegesnek. A gyakori kimerültség érzete viszont – közelítve a városi értékhez – ritkábban érinti az itt élőket, mint a másik lakótelepen élőket. A társas kapcsolatok közül a barátok száma és a vizsgált populáció mentális egészsége között van kimutatható és jelentős kapcsolat: a sok barát hozzájárul a pozitív mentális állapot bizonyos dimenzióihoz.

Kulcsszavak: társas kapcsolatok; mentális egészség; szegregátum; bizalmasok; barátok

Summary:

Introduction: Social relationships have a basic effect on the general well-being and mental health of people. Insufficient social connections can lead to dysfunctions in the life of the person and it can cause mental disorders. The aim of the paper is to study this statement in case of people living in disadvantaged areas and address their social network and mental health. People living in these areas are often geographically segregated also; they are multiply deprived, being generally the poorest and the least educated group, with the highest unemployment rate. These situations can often lead to the narrowing of their relations to the majority population, making successful social integration and social mobility impossible for them. This can lead to a high degree of hopelessness among them, which can also affect their mental health status.

Methods: The study introduces the social network and mental health status of people who are living in two, geographically segregated areas of a county town (Nyíregyháza), in the North-East of Hungary. The database comes from a questionnaire-based research fulfilled in the spring of 2019. In the research there were 271 households asked from two blocks of flats.

Results: Based on our data, we can conclude that the extent of social networks of people living here is significantly different from town-level and country-level data: they have less confidants, friends and the structure of their weak ties is also different. Differences can be observed between the two blocks of flats as well in terms of the network indicators: people living in the bigger block of flats have a narrower social network, and less confidants and friends. In connection with mental health status we can say, that the studied population's situation is worse in terms of general mood and the level of vitality than it is the case with the whole population of the same city. A higher rate of those living here is affected by constant or regular negative mood. At the same time, the positive mental well-being and the feeling of vitality are less common among them.

Conclusions: There are differences between the mental health status of people living in the two segregated block of flats: on the one hand, there is a higher rate of the more frequent feeling of depression and exhaustion among people living in the bigger block of flats. On the other hand, there is a higher rate of those people who feel lots of energy. Regarding the mental health status of people living in the smallest block of flats there is a high rate of them who feel themselves nervous in general and frequent. While the frequent exhaustion feeling is not so high among them compared to people living in the other block of flats. From among the different types of social relationships, the number of friends and the mental health of the studied population show a significant relationship: the higher number of friends contributes to certain dimensions of the positive mental health status.

Keywords: social networks; mental health; deprived area; confidants; friends

BEVEZETÉS

A hetvenes évek közepétől, az úgynevezett Lalonde-jelentés megjelenése óta evidencia, hogy az egyén egészségi állapotát – eltérő mértékben és súllyal, de alapvetően négy tényező determinálja: a genetikai, az életmód, a környezet és az egészségügyi ellátás, melyek közül az életmód a leghangúlyosabb.¹ Az egyén mentális állapota is több tényezővel áll kapcsolatban, úgymint a testi és fizikai egészségi állapottal, a társadalmi státusszal, ezzel együtt az iskolai végzettséggel, valamint a munkaerőpiaci

és jövedelmi helyzettel. Általánosságban elmondható, hogy a jól kvalifikált egyének gyakrabban érzik magukat boldognak, kiegyensúlyozottabbnak, életerősnek, kevésbé gyakori körükben a kimerültség, fáradtság, idegesség.² Témánk szempontjából fontos hangsúlyozni, hogy az egyén mentális állapota nagymértékben függ az egyén társas támogatottságától is: például, a sok barátal rendelkezők kedvezőbb mentális egészségnek örvendhetnek.² Jelen tanulmány az ország keleti részén elhelyezkedő megyei jogú város, Nyíregyháza két, sok szempontból hátrányos helyzetű lakótelepén végzett

kutatás adataira épül, és azt vizsgálja, hogy van-e kapcsolat a szegregált településrészekben élő emberek társas kapcsolatrendszeré és mentális egészsége között.

Előjáróban talán érdemes néhány szót szólni a két vizsgált lakótelep főbb sajátosságairól, hiszen ezek a jellemzők alapvetően befolyásolnak bizonyos társadalmi jelenségeket, előre jeleznek társadalmi problémákat, melyek önmagukban is hatással vannak a mentális egészségi állapotra. A város Integrált Települési Stratégiája részeként elkészült Antiszegregációs Program szerint a két településrészt a vonatkozó jogszabály szerint szegregátumnak tekinthetjük. A szegregációs mutatót a 2011-es népszámlálási adatokból állították elő.³ Ez alapján a városban három szegregátumot azonosítottak, ezek közül kettővel foglalkozunk a tanulmányban.

Mindkét lakótelep a város egy-egy, egymástól távolabb eső külterületén helyezkedik el. A nagyobb, több lakost számláló lakótelep, a Huszár lakótelep, vagy ahogyan régebben hívták a „Guszev”, a város délnyugati részén, míg a kisebb, kevesebb lakost számláló lakótelep, az Orosi úti vagy Keleti lakótelep, a város keleti részén helyezkedik el. A Huszár lakótelep az ötvenes évek közepéig a Magyar Honvédség tulajdonában lévő, kertvárosi jellegű, a katonai és hivatali elit lakóhelye volt. Jelenleg alacsony bérleti díjú, komfort nélküli, félkomfortos vagy komfortos önkormányzati tulajdonú bérlakások állnak itt, elsősorban roma származású bérlőkkel. A lakótelepet a vasút tulajdonképpen elválasztja a város többi részétől, még a közeli és modernebb lakóteleptől is. Az itt élők zöme alacsony iskolai végzettséggel rendelkezik, mely meghatározza munkaerőpiaci helyzetüket is. A lakótelepen működik bölcsőde, óvoda, általános iskola, aktívan jelen van a védőnői és a családgondozói ellátás is, valamint működik idősek számára nappali ellátást nyújtó intézmény. A Keleti lakótelep elhelyezkedését tekintve talán kissé szerencsésebb helyzetben van, kevésbé izolált, könnyebben elérhető innen a város akár gyalogosan vagy kerékpárral, de tömegközlekedéssel is. A közeli, fejlettebb lakótelep is könnyen megközelíthető, ahol a közintézményeket, szolgáltatásokat a Keleti lakótelepen élők is igénybe vehetik. A közelben található szupermarket és egyéb üzlet is. Ezek a jellegzetességek kevésbé zárják be az itt élőket a telep mindennapokba. A „külvilághoz”, a város többi részéhez, intézményekhez, szolgáltatásokhoz való viszony mellett

azonban fontos hangsúlyozni, hogy a lakótelepen a lakóingatlanok komfort nélküli, kis alapterületű, alacsony rezsijú, korábban „szebb napokat is látott” önkormányzati bérlakások. Az itt élők iskolázottsága és gazdasági aktivitása hasonló a másik lakótelepen élőkéhez.⁴

A lakótelepeken végzett korábbi kérdőíves és interjú adatfelvételek említései alapján mindkét lakótelep esetén beszélhetünk az ún. „address discrimination” jelenségről, azaz arról, hogy az itt élők munkavállalási lehetőségeit, különböző szolgáltatásokhoz való hozzáférési esélyeit jelentősen befolyásolja lakcímük: a telephez tartozó utcák, mint lakcím említése során sok esetben kerülnek hátrányos helyzetbe az itt élők. A fenti jelenségek kettős kockázatot („double jeopardy”) jelentenek egyszerre: 1) maga az egyén hátrányos helyzetben van (alacsony iskolázottság, kedvezőtlen munkaerőpiaci helyzet, stb.), ugyanakkor 2) maga a lakótelep, a lakókörnyezet tovább rontja a helyzetet. Mindez hatással van az egészségi állapotra.⁵

1999-ben Macintyre összeállított egy listát arról, hogy melyek azok a lokális társadalmi és fizikai tényezők, melyek hatással lehetnek az egyén egészségi állapotára.⁶ A lista többek között tartalmazza a társas kapcsolathálózat és a társadalmi kohézió meghatározó szerepét is.

Az Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF) vonatkozó vizsgálatai azt mutatják, hogy a társas támogatottság hatással van az egészségre, az életmódra és a mentális állapotra is. A 2014-es hazai adatok alapján megállapították, hogy az erős társas kapcsolatokkal rendelkezők általában ritkán mutatnak depresszív tüneteket, míg a gyenge társas támogatottságú egyének több mint fele (55%) depresszív tüneteket mutat.⁷

Mindezek alapján célunk, hogy a rendelkezésünkre álló adatok alapján bemutassuk a két lakótelepen élő népesség társas kapcsolathálózatának főbb jellegzetességeit, majd kapcsolatot keressünk a személyes kapcsolathálózat összetétele és a mentális egészség között.

Vizsgálati kérdésünk tehát a következő: van-e kapcsolat a szegregált településrészekben élők társas kapcsolathálózatának összetétele, mintázata és az egyének mentális egészsége között? Kimutatható-e lényeges eltérés a két lakótelep között a vizsgált dimenziók és összefüggések mentén?

MÓDSZERTAN

Jelen tanulmány alapját egy 2019 tavaszán készült kérdőíves adatfelvétel adja. A kutatás keretében 271 olyan háztartás került lekérdezésre, melyek Nyíregyháza Megyei Jogú Város szegregált településrészein helyezkednek el, földrajzilag elkülönülve egymástól és némiképp a város központi részeitől is. A kutatás során alkalmazott kérdőív a két lakótelepen élő népesség lakhatási viszonyait, egészségi állapotát és más, az életkörülményeikre vonatkozó kérdéseket vizsgált több dimenzió mentén. Emellett alkalmunk nyílt több kérdés segítségével is vizsgálni a társas kapcsolatrendszerét.

A felmérés során a két telepen összesen 271 háztartást (a háztartások nagysága alapján becsülve 1089

személyt) értek el a kérdezőbiztosok a városi lakáskezelő vállalat által a kutatás rendelkezésére bocsájtott címlista alapján. A nyilvántartások szerint a két lakótelepen összesen 394 lakás van (Huszár lakótelep: 263, Keleti lakótelep: 131), ahol összesen 1374 fő lakik (Huszár lakótelep: 849, Keleti lakótelep: 525)³. Ezek alapján a lekérdezési, elérési arány a lakásokra vetítve meglehetősen magas, 69%-os volt. [1. táblázat]

A vizsgált minta megoszlása nemek szerint nem mutat szignifikáns eltérést a két minta között és általában elmondható, hogy több nő került a válaszadók közé (a válaszadók 70%-a nő), mely abból adódhat, hogy a kérdés idején többnyire őket lehetett elérni, és általában a nők azok, akik a háztartással kapcsolatos kérdésekben jártasabbak.

1. táblázat: A minta megoszlása a két telepen (fő)

	Huszár lakótelep	Keleti lakótelep	Összesen
Háztartások száma	201	70	271
Személyek száma	764	325	1089

Forrás⁸

A minta átlagéletkora 43,5 év, a két minta nem tér el egymástól e tekintetben. Az iskolai végzettséggel kapcsolatban elmondható, hogy kiugróan magas az általános iskolai végzettséggel rendelkezők aránya, felsőfokú végzettség csupán egyetlen egy főnél jelent meg. A középfokú végzettségűek a Huszár lakótelepen 24,5%-os, a Keleti lakótelepen pedig 17%-os arányban voltak jelen. A kérdezettek aktuális gazdasági aktivitása alapján a kérdés idején a válaszadók fele dolgozott (alkalmazottként, vállalkozóként, alkalmi munkában, közmunkában), fele nem. Az elmúlt 12 hónap foglalkoztatottságát tekintve a kérdezettek 73%-a volt foglalkoztatva (Huszár lakótelep 75%, Keleti lakótelep 66%). A családi állapot szerint a mintába kerülők leggyakrabban nőtlenek, hajadonok, akik élettárssal élnek, de viszonylag magas az élettárs nélküli nőtlenek, hajadonok aránya is. A válaszolók valamivel több, mint ötöde (22%) házas, házastárral él. A válaszadók

41%-a vallotta magát romának/cigánynak elsősorbanⁱ, de a két telep között jelentős eltérés látható: a Huszár lakótelepen élő válaszadók alacsonyabb arányban vallották magukat romának/cigánynak, mint a Keleti lakótelepen élők. [2. táblázat]

A tanulmány során vizsgált dimenziók: társas kapcsolatok, ezen belül a bizalmasok, barátok megléte, illetve a gyenge kapcsolatokkal való rendelkezés, továbbá a kérdezettek mentális állapota. A gyenge kapcsolatok elsődleges funkciója a társadalmi távolságok áthidalása, a közvetítés, illetve információcsere. Hidat képeznek az erős kapcsolatokon keresztül nem elérhető társadalmi csoportokhoz, így az egyén makrotársadalmi integrációját segítik elő.⁹

A 2. táblázatban látható, hogy a bizalmasok száma eltérő a két telepen: a Keleti lakótelepen élő válaszadók több bizalmast neveztek meg a kérdésⁱⁱ során (az eltérés szignifikáns $p=0,000$), és a 2,1-es átlaggal

ⁱ A kérdés így hangzott: „Az országban és a városban is az emberek sokféle nemzetiséghez vagy etnikumhoz tartoznak. Ön milyen nemzetiségűnek tarja magát elsősorban?”

ⁱⁱ „A legtöbb ember egy-egy fontos dolgot időnként megbeszél másokkal. Ha mondjuk az elmúlt egy évről gondol: kik azok az emberek, akikkel Ön a fontosabb dolgait, problémáit megbeszélte (például, személyes problémák, családi ügyek, munkával kapcsolatos dolgok, stb.)”

az országos átlaghoz közelítenek (2,19).¹⁰ A bizalmasok összetételében is különbséget figyelhettünk meg a két telepen: a Keleti lakótelepen élők bizalmasai között sokkal magasabb azoknak az aránya, akik nem a telepen, hanem a város távolabbi részein élnek (a bizalmasok 21%-a él a város távolabbi részein, nem a telep közelében a Keleti lakótelepiek esetén és csupán 9%-a a Huszár lakótelepen élők-nél). Ezek a kapcsolatok a társadalmi integráció miatt lehetnek kulcsfontosságúak.

A barátok számát tekintve is jelentős eltérés figyelhető meg a két telep között: a Keleti lakótelepen élők átlagosan lényegesen több barátot jelöltek meg a kérdésⁱⁱⁱ mentén. Összességében elmondható, hogy a két lakótelepen átlagosan több baráttal (4,8) rendelkeznek a megkérdezettek, mint a városi, illetve mint az országos átlag (2018-ban 5,1 ill. 2017-ben 2,1).⁴ Ez azonban nem tekinthető különösnek, hiszen korábbi vonatkozó kutatások is azt mutatták, hogy a roma embereknek lényegesen

több barátjuk van átlagosan, melynek oka lehet, hogy másképpen értelmezik a barátság szót.¹¹

Fontos hangsúlyozni a barátokkal nem rendelkezők kimagasló arányát: összességében a válaszadók 48%-a nem rendelkezik egy baráttal sem, ami lényegesen több mint az országosan mért 24%, illetve a városban mért 11%.⁴ A két telep között itt is van különbség: a Huszár lakótelepen 49%, a Keletin pedig 44% mondta azt, hogy egyetlen barátja sincs.⁴ A gyenge kapcsolatokat egy harminc foglalkozásból álló listán mértük, melyek kapcsán a válaszadónak jeleznie kellett, hogy ismer-e olyan embert, aki az adott foglalkozást képviseli. A válaszadók átlagosan nyolc foglalkozást ismertek a felsoroltak közül, leggyakrabban segédmunkást, gyermekorvost, szakmunkást, szociális munkást.⁴ A két lakótelep között itt is különbséget figyelhetünk meg: a Huszár lakótelepen élők körében magasabb azok aránya, akik átlag alatti gyenge kötéseket ismernek (57% vs. 47%). [3. táblázat]

2. táblázat: A minta megoszlása a főbb szociodemográfiai változók mentén

		Huszár lakótelep	Keleti lakótelep	Összesen
Nem		%	%	%
	Férfi	30	34	31
	Nő	70	66	69
Kor				
	Átlag	43,6	43,1	43,5 év
Iskolai végzettség		%	%	%
	Max. 8 általános	73	83	75
	Szakmunkásképző, szakképzés érettségi nélkül	22	17	21
	Érettségi	2,5	0	2
	Magasabb, mint érettségi	2,5	0	2
Családi állapot		%	%	%
	Nőtlen/hajadon, nincs élettársa	24	24	24
	Nőtlen/hajadon, élettárssal él	27	40	30,5
	Házass, házastárssal él	22	21	22
	Házass, de nem házastársával, hanem élettárssal él	3	1,5	3
	Házass, de külön élnek, nincs élettársa	1	0	0,5
	Elvált, nincs élettársa	7	4,5	6
	Elvált, van élettársa	4	1,5	3
	Özvegy, nincs élettársa	11	7,5	10
	Özvegy, van élettársa	1	0	1

ⁱⁱⁱ „Hány barátja van Önnek?”

Gazdasági aktivitás	Jelenleg dolgozik	53%	49%	52%
	Jelenleg nem dolgozik	47%	51%	48%
Milyen nemzetiségűnek vallja magát elsősorban?	Roma	35%	57%	41%
	Nem roma	65%	43%	59%

Forrás⁸

A 3. táblázat második részében láthatjuk a mentális egészségre vonatkozó kérdésekre adott válaszok átlagait. Ezek alapján elmondható, hogy általában közepesre minősítették a válaszadók állapotukat a kérdések mentén, azaz időnként előfordult velük, hogy az elmúlt négy hétben fáradtak (2,4), kimerültek (2,7), nagyon idegesek (2,8) és szomorúak, kedvetlenek (3,2), illetve letörtek (3,45) voltak. (Az alacsonyabb átlag ezeknél a kérdéseknél

a kedvezőtlenebb állapotot jelzi.) Ugyanakkor hasonló rendszerességgel, időnként azt is érezték, hogy boldogok (2,4), nyugodtak, békések (2,4), tele vannak életerővel (2,7), tele vannak energiával (2,8). (Az alacsonyabb átlag ezeknél a kérdéseknél a kedvezőbb állapotot jelzi.) A két telep között szinte egyáltalán nincs különbség a mentális egészség mutatóinak átlaga között.

3. táblázat: A minta megoszlása a vizsgált változók alapján

		Huszár lakótelep	Keleti lakótelep	Összesen
Network változók				
Bizalmasok száma (fő)	Átlag	1,3	2,1	1,5
	Min.	0	0	0
	Max.	10	6	5
	Szórás	1,06	1,54	1,31
Barátok száma (fő)	Átlag	3,4	9,4	4,8
	Min.	0	0	0
	Max.	98	98	98
	Szórás	13,106	20,394	15,354
Gyenge kapcsolatok aránya (átlag 8)	Átlag alatti	57%	47%	55%
	Átlag feletti	43%	53%	45%
Mentális egészség változók – átlag				
Az elmúlt 4 hétben milyen gyakran érezte... ^{iv12} (1=általában, 2=gyakran, 3=időnként, 4=ritkán, 5=soha)				
azt, hogy tele van életerővel? (+)		2,7	2,8	2,7
azt, hogy nagyon ideges? (-)		2,7	2,8	2,8
azt, hogy annyira letört, hogy semmi sem tudja felvidítani? (-)		3,45	3,45	3,45
nyugodtnak és békésnek magát? (+)		2,4	2,4	2,4

^{iv} A kérdéssor az SF-36 egészséggel kapcsolatos életminőséget mérő kérdőív (Short Form Health Survey) egy része, amely a mentális egészséget vizsgálja a kilenc kérdés mentén. Ennek egy része az elmúlt hónapra vonatkoztatott általános lelkiállapotra, másik része a pszichés jólétre, vitalitásra vonatkozóan tartalmaz kérdéseket.¹²

azt, hogy tele van energiával? (+)	2,8	2,9	2,8
szomorúnak és kedvetlennek magát? (-)	3,2	3,3	3,2
azt, hogy kimerült? (-)	2,7	2,8	2,7
boldognak magát? (+)	2,3	2,4	2,4
azt, hogy fáradt? (-)	2,4	2,5	2,4

Forrás: saját szerkesztés

EREDMÉNYEK

Mentális egészség

Részletesebben megvizsgáltuk a mentális egészséget mérő kérdésekre adott válaszok gyakoriságát, azon belül is azt, hogy a megkérdezettek hány százaléka válaszolt úgy, hogy vele általában vagy gyakran előfordulnak az adott jelenségek. A válaszadók kevesebb, mint fele érezte általában vagy gyakran azt a vizsgálat előtti négy hétben, hogy tele van életerővel (43%), energiával (39,5%). Valamivel több, mint fele mondta azt, hogy nyugodt, békés (54,5%), illetve boldog volt (57%). Negyedükre általában vagy gyakran volt jellemző a letörttség (26%), szomorúság, kedvetlenség (27%). A vá-

laszadók csaknem fele érezte általában vagy gyakran azt, hogy ideges (43%), kimerült (44%). 55%-uk érezte magát általában vagy gyakran fáradtnak. Ha mindezt összevetjük a vonatkozó városi adatokkal, látható, hogy a vizsgált lakótelepeken élőkre magasabb arányban jellemző az, hogy általában vagy gyakran idegesek, letörtek, szomorúak, kimerültek, fáradtak és kevésbé gyakori az, hogy úgy érzik, tele vannak életerővel, energiával, nyugodtak, békések, boldogok. A két lakótelep között vannak eltérések: a Keleti lakótelepen magasabb azok aránya, akik nagyon idegesnek érezték magukat az elmúlt hónapban, míg a Huszár lakótelepiek gyakrabban számoltak be arról, hogy letörtek vagy kimerültek voltak. Azt, hogy tele vannak energiával, a Huszár lakótelepiek gyakrabban érezték, mint a másik lakótelepen élők. (A fenti különbségek nem szignifikánsak.) [4. táblázat]

4. táblázat: Mentális egészség (gyakoriság, %)

Az elmúlt 4 hétben általában, gyakran érezte...	Nyíregyháza (2018)	Lakótelepek együtt (2019)	Huszár lakótelep	Keleti lakótelep
azt, hogy tele van életerővel?	57	43	43	43
azt, hogy nagyon ideges?	32	43	41	48
azt, hogy annyira letört, hogy semmi sem tudja felvidítani?	16	26	27	23
nyugodtnak és békésnek magát?	70	54,5	54	55
azt, hogy tele van energiával?	55	39,5	42	32
szomorúnak és kedvetlennek magát?	13	27	27	26
azt, hogy kimerült?	37	44	45	39
boldognak magát?	75	57	58	55
azt, hogy fáradt?	50	55	55	55

Forrás: saját szerkesztés

Az adatok elemzése során a továbbiakban arra fókuszálunk, hogy a különböző kapcsolathálózati változók és a mentális egészséget mérő változók között megfigyelhető-e összefüggés.

A bizalmasok száma, összetétele és a mentális egészségi állapot mutatói között nem találtunk szignifikáns kapcsolatot, ahogyan a gyenge kapcsolatok száma sem mutatott összefüggést a mentális egészség változóival.

A barátok átlagos száma három általános lelkiállapot mutatóval van szignifikáns kapcsolatban: 1) minél több barátot tudhat maga körül a válaszadó, annál jellemzőbb rá, hogy az elmúlt hetekben gyakran érezte magát nyugodtnak és békésnek, 2) minél több a barát a kapcsolathálózatban, annál ritkábban jellemző a szomorúság és kedvetlenség, 3) a több barát hozzájárul a gyakoribb boldogságérzethez. [5. táblázat]

5. táblázat: Barátok száma és mentális állapot (átlag)

	Nincs barátja	1-4 barát	5-9 barát	10+ barát	Sig.
Nyugodtnak és békésnek érezte magát? (+)	2,52	2,42	2,1	1,6	0,003
Szomorúnak és kedvetlennek érezte magát? (-)	3,06	3,16	3,8	3,7	0,047
Boldognak érezte magát? (+)	2,5	2,4	2,1	1,7	0,020

Forrás: saját szerkesztés

6. táblázat: Barátok száma, mentális állapot nemek szerint (átlag)

Az elmúlt 4 hétben általában, gyakran érezte...	Nincs barátja		1-4 barát		5-9 barát		10+ barát	
	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő
azt, hogy tele van életerővel?	2,75	2,9	2,9	2,5	2,7	3,5	2,9	2
azt, hogy nagyon ideges?	2,75	2,8	2,3	2,9	3,2	2,5	3,1	2,65
azt, hogy annyira letört, hogy semmi sem tudja felvidítani?	3,2	3,5	3,1	3,5	4	3,75	3,75	3,6
nyugodtnak és békésnek magát?	2,75	2,4	2,45	2,4	1,8	2,5	1,6	1,5
azt, hogy tele van energiával?	3,2	2,9	2,9	2,75	2,5	3,5	2,9	2
szomorúnak és kedvetlennek magát?	2,7	3,2	2,9	3,3	3,8	3,75	3,25	3,9
azt, hogy kimerült?	2,6	2,7	2,5	2,8	2,7	2,5	2,1	3
boldognak magát?	2,9	2,4	2,5	2,4	2	2,25	2,5	1,65
azt, hogy fáradt?	2,1	2,3	2,2	2,7	2,8	2,5	2,25	2,35

Forrás: saját szerkesztés

Korcsoportok alapján elmondható, hogy a legfiatalabb megkérdezettek esetén van összefüggés a barátok száma és a nyugodt, békés érzet között: esetükben a barátok népes száma hozzájárul a nyugalomhoz ($p=0,032$).

A párkapcsolatban élés is szignifikánsan befolyásol néhány mentális tényezőt a barátok számát is

tekintve: azokra, akik nem élnek párkapcsolatban, és nincsenek barátaik, jellemző a gyakori szomorúság és kedvetlenség ($p=0,024$). Minél több a barát, annál ritkább ez az érzet. A párkapcsolattal nem rendelkezők boldogságérzetét jelentősen növeli a barátok száma: minél több barátja van, annál gyakoribb a boldogság ($p=0,046$). Akik párkapcsolatban

latban élnek és sok barátjuk van, gyakrabban voltak nyugodtak és békések a vizsgálat előtti négy hétben ($p=0,021$).

A mentális egészségre vonatkozó kérdéssor általános lelki állapotra (5 item) illetve pszichés jóllétre, vitalitásra vonatkozó itemeiből (4) külön változókat hoztunk létre. Adataink alapján a barátok száma összefüggést mutatott a mentális egészségre vonatkozó kérdéssor általános lelkiállapotra vonatkozó itemeivel: minél több barátja van, annál gyakoribb a pozitív lelkiállapot ($p=0,014$).

MEGBESZÉLÉS

A vizsgált lakótelepeken élők társas kapcsolathálózatának kiterjedtsége eltér az országostól: kevesebb bizalmassal (országos átlag: 2,2 fő – vizsgált lakótelepek átlaga: 1,5 fő), de átlagosan több baráttal rendelkeznek (országos átlag: 2,1 fő – vizsgált lakótelepek átlaga 4,8 fő).¹⁰ Ezzel együtt az is lényeges, hogy magasabb körökben a baráttal nem rendelkezők aránya. A két vizsgált lakótelep között is lényeges különbségek adódtak: a Keleti lakótelepen élők átlagosan szignifikánsan több bizalmassal és több baráttal bírnak, mint a Huszár lakótelepen élők.⁴

A mentális egészséget vizsgáló kérdések mentén megállapítható, hogy az általános lelki állapot lényegesen rosszabb képet mutat a vizsgált populáció esetén, mint ugyanannak a városnak az általános mutatói, továbbá vitalitás és energia tekintetében lényegesen rosszabb helyzetről számoltak be a vizsgált lakótelepeken élők. Míg például a Nyíregyháza életminősége kutatás 2018-as adatfelvétele idején a válaszadók 57%-a mondta azt, hogy az elmúlt négy hétben általában gyakran érezte azt, hogy tele van életerővel, addig a két vizsgált lakótelepen élőknel ez csupán 43% volt. A nyugodt, békés érzet a városlakók 70%-ára, míg a szegregált településrészekben élők 54,5%-ára volt jellemző általában vagy gyakran. Azt, hogy nagyon ideges, a szegregátumban élők 43%-a érezte gyakran a kérdezést megelőző négy hétben, míg a nyíregyházi felnőtt populációnak 32%-ára volt ez jellemző. A letörtség-érzet a szegregátumokban élő felnőttek 26%-ára volt igaz, míg ugyanazon település más részein élőknel ez az arány 16% volt. A szomorúság, kedvetlenség a lakótelepiek negyedénél (27%), míg a városlakók 13%-ánál fordult elő általában vagy gyakran.

A társas kapcsolatok közül a barátok száma mutat összefüggést a vizsgált populáció mentális egészségével: minél több barátja van az egyénnek, annál gyakrabban érzi magát nyugodtnak, békésnek és boldognak és ritkábban szomorúnak és kedvetlennek. A két lakótelepet külön vizsgálva elmondható, hogy a barátok száma a Keleti lakótelepen függ össze azzal, hogy milyen gyakran érzi magát nyugodtnak az egyén (minél több barátja van, annál gyakrabban jellemző ez az állapot), illetve a fáradtsággal. Mindkét telepen szignifikáns kapcsolat van a barátok száma és a boldogság érzete között.

KÖVETKEZTETÉSEK

A Huszár lakótelepen élők esetében egy, a várostól jobban elkülönített lakókörnyezetről beszélhetünk, aminek eredménye, hogy az ott élők társas hálója is zártabb és kisebb (kevesebb bizalmas, kevesebb barát, kevesebb gyenge kötés). Tulajdonképpen a telepet a város nagyobb részétől elválasztó sorompó egyben „kapcsolati sorompónak” is tekinthető a többségi lakossággal való viszonyrendszerben, ráadásul számos szolgáltatás a lakótelepen belül van, ami fokozza a szeparációt és csökkenti a többségi lakossággal való érintkezés lehetőségét. Mentális egészségükre jellemző, hogy a városiakhoz és a másik telephez képest nagyobb azok aránya, akik gyakoribb letörtség- és kimerültség érzetről számoltak be. Másrészt, elmaradva ugyan a városi gyakoriságtól, de a másik lakótelepen élőkhoz képest nagyobb az aránya azoknak, akik gyakran érzik azt, hogy tele vannak energiával. A Keleti lakótelepen élő emberek egy kedvezőbb, integratívabb helyzetben vannak: lakókörnyezetük közelebb van a városközpontoz, így kevésbé elkülönítettek, közösségük nyitottabb. A különböző társadalmi helyszínek közelebb vannak hozzájuk, így a város társadalmi életébe jobban be tudnak kapcsolódni és abban nagyobb mértékben részt tudnak venni. Mentális egészségükre jellemző, hogy – a városi adatokhoz és a másik lakótelephez viszonyítva is – körökben magasabb azok aránya, akik általában és gyakran érzik magukat nagyon idegesnek. A gyakori kimerültség érzete viszont – közelítve a városi értékhez – ritkábban érinti az itt élőket, mint a másik lakótelepen élőket. A társas kapcsolatok közül a barátok azok, akiknek száma összefügg a mentális

egészségi állapottal, azon belül is az általános lelki-állapottal mutat pozitív összefüggést és adataink szerint, noha a Keleti lakótelepen élők körében is magas a baráttal nem rendelkezők aránya (44% vs. 49%), átlagosan háromszor több baráttal rendelkeznek, mint a Huszár lakótelepen élők (9 vs. 3).

Itt kell figyelembe venni azt a tényt is, hogy a Keleti lakótelepen élők bizalmasai többnyire a város más részein élő roma emberek, ezért ezek a kapcsolatok valószínűleg jobban szolgálják a társadalmi integráció folyamatát.

HIVATKOZÁSOK

-
- ¹ Lalonde M: A New Perspective on the Health of Canadians Minister of Supply and Services, Ottawa 1974
 - ² Ambrus Z, Varsányi T: Az egészség és az életmód regionális különbségei. *Területi Statisztika* 2011 51(3)227-244 (Elérve: 2019. 09.12.)
 - ³ www1 http://varoshaza.nyiregyhaza.hu/lib/rend_terv/its/170426_2014_2020_its_1mod.pdf (Elérve: 2019.09.10.)
 - ⁴ Huszti É: Telepi kapcsolatok. *Megjelenés alatt*
 - ⁵ Macintyre S, Ellaway: A Neighborhoods and Health. An Overview. In: Kawachi I, Berkman L F (editor) *Neighborhoods and Health*. Oxford University Press, Oxford, 2003 pp 20-42.
 - ⁶ Macintyre S: Inequalities in health – Geographical inequalities in mortality, morbidity and health related behaviour in England. In: Gordon D, Shaw M, Dorling D, Davey Smith G (eds). *Inequalities in Health: The Evidence Presented to the Independent Inquiry into Inequalities in Health*. Policy Press, Bristol, 1999 pp. 148-154.
 - ⁷ www2 http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/elef2014_osszefoglalo.pdf (Elérve: 2019.09.11.)
 - ⁸ Takács P, Huszti É: A nyíregyházi Huszár- és Keleti lakótelepi vizsgálatok – a kutatás módszertana és a minta néhány alapvető jellemzője. *Megjelenés alatt*.
 - ⁹ Dávid B, Huszti É, Lukács Á: A társas kapcsolatok jelentősége a társadalmi integrációban. In: Dr. Kósa Zs. (szerk.): *Helyzetkép a magyarországi romákról*. Debreceni Egyetemi Kiadó. Debrecen 2016. pp. 67-86.
 - ¹⁰ Albert, F. – Dávid, B: A magyarországi kapcsolathálózati struktúrák jellemzői 2015-ben. *Társadalomtudományi Szemle*, 2016; 3:22-47. doi: 10.18030/socio.hu.2016.3.22. (Elérve: 2019. 09.11.)
 - ¹¹ Albert F., Dávid B. *Emberről barátjáról. A barátság szociológiája*. Századvég, Budapest, 2007. pp. 164-172.
 - ¹² Kósa K, Bíró É: A mentális állapot populációs szintű vizsgálatának koncepciói és eszközei. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 2018;19(2): 103–139 doi: 10.1556/0406.19.2018.005 (Elérve: 2019. 09.10.)

Lelki egészség Nyíregyháza lakosai körében

Mental Health among residents of Nyíregyháza

Szerzők: Sárváry Andrea^a✉, Majer Réka^a, Jávorné Erdei Renáta^b
a: Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, Szociális és Társadalomtudományi Intézet, Pszichológia Tanszék, b: Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, Egészségtudományi Intézet, Védőnői Módszertani és Népegészségtani Tanszék

Beküldve: 2019. 09. 15.
doi: 10.24365/ef.v60i5.519

Összefoglaló:

Bevezetés: A lelki egészséget nem lehet különválasztani a demográfiai változóktól, életmód-tényezőktől és a fizikai paraméterektől, mert ezek dinamikus kölcsönhatásban vannak egymással. Kutatásunk célja annak kiderítése volt, hogy Nyíregyháza város lakossága milyen mutatókkal rendelkezik a lelki egészség szempontjából: a lakosok hogyan jellemzik magukat a jóllét és lelki egészség konstrukciójában, mennyire élik meg stresszesnek az életüket, hogy alakulnak a depressziót mérő mutatók, és mennyire érzik, hogy értelmes életet élnek.

Módszertan: Kutatásunkban 386 nyíregyházi lakos vett részt: 142 férfi (36,8%) és 244 nő (63,2%). Átlag életkor 49,96 év. A következő mérőeszközöket alkalmaztuk: WHO Általános Jóllét Skála (WBI-5), Rövidített Beck Depresszió Kérdőív, Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőív élet értelmességét mérő alskála (BSCI-LM), Észlelt Stressz Kérdőív (PSS), Lelki Egészség Kérdőív (GHQ) és az Egészségi Állapot Önbecslése. Leíró statisztikát, 2 mintás t-próbát, ANOVA próbát és korrelációanalízist alkalmaztunk.

Eredmények: A Jóllét Skála átlagértéke az egészségi állapot romlásával csökken, a jövedelem emelkedésével emelkedik ($p < 0,0001$). A depressziós tünetek súlyossága szignifikánsan nő az életkor emelkedésével ($p = 0,002$) és az egészségi állapot romlásával ($p < 0,0001$). Az élet értelmességét mérő alskála átlagértéke szignifikánsan emelkedik a nettó jövedelem emelkedésével ($p = 0,048$) és az egészségi állapot egyre kedvezőbb megítélésével ($p < 0,0001$). Szignifikánsan magasabb a stressz-szintje azoknak, akik saját egészségi állapotukat nagyon rossznak értékelik ($p < 0,005$), és nagyobb mentális funkciócsökkenés tapasztalható az ő esetükben ($p < 0,0001$). Az észlelt stressz szintje és a mentális funkciócsökkenés a jövedelmi kategóriák közül a felső-középosztályban szignifikánsan emelkedettebb.

Következtetés: Eredményeink szerint az idősebb kor, a kedvezőtlennek ítélt egészségi állapot és az anyagi helyzet negatív módon befolyásolja a lelki egészséget. Éppen ezért az idősek, a betegek és a kedvezőtlen anyagi helyzetben levő személyek pszichés támogatására az egészségügyi és szociális szakmában dolgozóknak kiemelt figyelmet kell szentelniük. Vizsgálatunk alapján úgy tűnik, hogy a megélt élethelyzet szubjektív terhe a meghatározó, és nem az objektív demográfiai mutatók.

Kulcsszavak: lelki egészség; stressz; jóllét; depresszió

Summary:

Introduction: Mental health cannot be separated from demographic variables, lifestyle factors and physical parameters, because they interact dynamically. The aim of this study was to reveal what indicators the population of the city of Nyíregyháza has in terms of mental health: how inhabitants describe themselves in the construct of well-being and mental health, how stressful their lives are, if they are living meaningful lives.

Methods: Three hundred and eighty-six residents of Nyíregyháza participated in this study (male: 142, 36,8%, female: 244, 63,2%; mean age: 49,96 years). The following measures were used: WHO Well-Being Scale, Short Form of Beck Depression Questionnaire, the life meaning subscale from the Brief Stress and Coping Inventory, Perceived Stress Questionnaire, Mental Health Questionnaire and Self-esteem for Health. Descriptive statistics, independent T-test, ANOVA and correlation analysis were used.

Results: The mean value of the Well-Being Scale decreases with deterioration in health status and increases with income ($p < 0.0001$). The severity of depressive symptoms increases significantly with higher age ($p = 0.002$) and worsening of health ($p < 0.0001$). The mean value of life meaning subscale increases significantly with the increase of income ($p = 0.048$) and with an improvement in health status ($p < 0.0001$). Significantly higher stress levels were found for those who were rated their own health very poor ($p < 0.005$) and who had a greater mental impairment ($p < 0.0001$). The level of perceived stress and mental decline among income categories is significantly higher in the upper middle class.

Conclusion: Our findings suggest that older age, poor health, and financial status have a negative impact on mental health. Therefore, psychiatric support for the elderly, patients and people in financial disadvantages should be given special attention to health and social care professionals. Based on our analysis, the subjective burden of living life seems to be the determining factor, not the objective demographic indicators.

Keywords: mental health; stress; well-being; depression

BEVEZETÉS

Az Egészségügyi Világszervezet (*World Health Organisation, WHO*) 1948-ban az egészség fogalmát úgy határozta meg, mint „teljes testi, lelki és társadalmi jóllét állapota”, és nem egyszerűen a betegségek vagy fogyatékoságok hiánya. A definíció egyértelműen kifejezi, hogy az egészségnek több dimenziója van: testi, lelki és társas, szociális, társadalmi.^{1,2} A lelkileg egészséges embereket általános jóllétezés, érzelmi stabilitás, önmaguk elfogadása, reális önértékelés és hatékony megküzdés jellemzi.^{3,4}

Az egészség komplex szemlélete alapján a mentális és lelki egészség igen nagy szerepet tölt be, amelyet nem lehet különválasztani a demográfiai változóktól, életmód-tényezőktől és a fizikai paramétereiktől, hiszen ezek dinamikus kölcsönhatásban vannak egymással.

A WHO legújabb meghatározása szerint a lelki/mentális egészség a jóllét állapota, melyben a személy megvalósítja képességeit, meg tud küzdeni az élet átlagos stresszeivel, képes produktívan és eredményesen dolgozni, és hozzájárulni a közösség működéséhez.⁵ A definíciója alapján a lelki egészség nem csupán a mentális eredetű megbetegedések hiánya. Ideértjük a szubjektív jóllétet, és az egyéneknek azt a benyomását, hogy mennyire érzik azt,

hogy értelmes életet élnek, és képesek kiteljesedni a világban. A mentális egészségben belül megkülönböztetünk pozitív és negatív aspektusokat. A pozitív mentális egészség olyan tényezőket foglal magába, mint a jóllét, érzelmi egyensúly, boldogság, optimizmus és a stresszel, kedvezőtlen élethelyzetekkel való megbirkózás képessége. A negatív mentális egészség a mentális zavarokra, problémákra, tünetekre vonatkozik.⁶

A mentális egészséghez szorosan kapcsolódik az életminőség fogalma. Az Egészségügyi Világszervezet az életminőséget az alábbiak szerint határozza meg: "Az életminőség az egyén észlelete az életben elfoglalt helyzetéről, ahogyan azt életterének kultúrája, értékrendszerei, valamint saját céljai, elvárásai, mintái és kapcsolatai befolyásolják. Szélesen értelmezett fogalom, amely bonyolult módon magába foglalja az egyén fizikai egészségét, pszichés állapotát, függetlenségének fokát, társadalmi kapcsolatait, személyes hitét, valamint a környezet lényeges jelenségeihez fűződő viszonyát".⁵

Az elmúlt évek nemzetközi és hazai kutatási eredményei rámutattak arra, hogy a kelet-közép-európai országokra jellemző morbiditási és mortalitási krízis háttérben alapvető a lelki és magatartási tényezők szerepe. A magyar lakosság körében Kopp és munkatársai által végzett kiterjedt vizsgálatok

bizonyították, hogy a viszonylag rosszabb szociális-gazdasági helyzet nem önmagában, hanem elsősorban a depressziós tünetegettes közvetítésével eredményez magasabb megbetegedési arányokat. Tehát az adott élethelyzet szubjektív átélése a lényeges tényező. Ha egy élethelyzetet újszerűnek vagy várhatóan veszélyesnek minősítünk, kétféle választ adhatunk. Amennyiben úgy érezzük, a helyzet megoldható vagy elkerülhető, aktív magatartással reagálunk, elkerüljük az adott helyzetet, vagy aktívan cselekszünk a megoldása érdekében. Így a helyzet kontrollálhatóságát éljük meg. Ha azonban egy élethelyzettel kapcsolatban azt tapasztaljuk, hogy megoldhatatlan számunkra, semmilyen aktivitást nem vagyunk képesek tenni, hogy változás következzen be, erős szorongásos reakció indul be, mely tanult tehetetlenséggel párosulva depressziós tünetegettest vált ki.⁷

A fenti jelenséghez szorosan kapcsolódik a krónikus stressz fogalma. Selye eredeti elképzelése szerint a stressz a szervezet nem specifikus válasza minden olyan ingerre, amely kibillentí az egyensúlyi állapotából, és alkalmazkodásra készteti.⁸ Mára már tudományos eredmények bizonyítják, hogy a krónikus stressz igen komoly szerepet játszik a testi és lelki egészségi állapot alakulásában.⁹ Annak meghatározása, hogy egy adott egyénre milyen mértékű stressz hat és ez milyen okokból ered, illetve milyen hatásai vannak, kiemelt jelentőségű az egészségi állapottal kapcsolatos paraméterek szempontjából, és az egészséggel kapcsolatos döntéseket is jelentős mértékben meghatározza.

Kutatásunkban arra voltunk kíváncsiak, hogy Nyíregyháza város lakossága milyen mutatókkal rendelkezik a lelki egészség szempontjából. Vizsgáltuk, hogy a lakosok hogyan jellemzik magukat a jóllét és lelki egészség konstruktumában, mennyire élik meg stresszesnek az életüket, hogy alakulnak a depressziót mérő mutatók, és mennyire érzik, hogy értelmes életet élnek. Emellett feltérképeztük a fenti lelkiegészség-mutatók kapcsolatait a demográfiai változókkal, életmódtényezőkkel és egyéb fizikai paraméterekkel. Célunk az volt, hogy pontosabban lássuk, milyen tényezők járulnak hozzá a nyíregyházi lakosok lelki egészségének alakulásához, ezek milyen következményekkel járnak. Mindezt azzal a legfőbb célkitűzéssel végeztük, hogy képet kapjunk arról, hogy a nyíregyházi lakosok lelki egészségének fejlesztése céljából milyen programot lenne érde-

mes kidolgozni, mely pontosan azokat a problémákat ragadja meg, amelyek hozzájárulnak a lelki egészségük kialakításához és hosszú távú fenntartásához.

MÓDSZERTAN

A mintavétel módszere és a minta jellemzői a Takács és mtsai által írt cikkben részletesen megtalálhatók.

Észlelt Stressz Kérdőív (PSS)

Az Észlelt Stressz Kérdőívet (*Perceived Stress Scale, PSS*) széles körben alkalmazzák egészséges és beteg populációban egyaránt a krónikus stressz hatásainak vizsgálatára.¹⁰ A kérdőív az elmúlt hónap időszaka alapján kérdez rá arra, hogy a személy szubjektíven mennyi stresszhelyzetet élt át, mennyire tartja saját jelenlegi élethelyzetét kiszámíthatatlannak, befolyásolhatatlannak, túlterheltnak. Jelen vizsgálatunkban a 4 tételes, rövidített verziót használtuk. A kérdőív 5 fokú Likert-skálán mér (soha=0, szinte soha=1, néha=2, elég gyakran=3, nagyon gyakran=4). Az egyes tételeknél a magasabb pontszám jelez nagyobb stressz-szintet, illetve hatékonyabb megküzdést. Az összesített pontszám az észlelt stressz globális mutatója.¹¹

Lelki Egészség Kérdőív (GHQ)

Az Általános Egészség Kérdőív (*General Health Questionnaire, GHQ*) elsősorban a lelki egészség vizsgálatára alkalmas, azon belül is a hangulati zavarokra jellemző lelki egészségproblémák önbecslésére.¹² Kutatásunkban a 12 tételes változatot használtuk.¹³ A kérdőív 4 pontos Likert-skálán mér, ahol a minimum pont 12, a maximum 48. A Lelki Egészség Kérdőívnek többféle értékelési változata ismert. A legelterjedtebb módszer az egyes tünetekre vonatkozó pozitív válaszlehetőségek (ha többször vagy sokkal többször fordult elő, mint általában) 1-re kódolása, míg a többi válaszlehetőség nulla pontot kap (0-0-1-1). A pontok összeadásával tulajdonképpen a tünetek számát kapjuk meg, amely minél nagyobb, annál inkább valószínűsíti a mentális funkciócsökkenést. Küszöb-pontértékként a magyar validálás során az 5-ös értéket határozták meg.

WHO Általános Jóllét Skála (WBI-5)

A WHO Általános Jóllét Skálájának (*WHO Well-Being Scale*) 5 tételes változata a válaszadók legutóbbi 2 hétben tapasztalt általános közérzetéről nyújt információt.¹⁴ A tételek tartalmát a válaszadók 4 fokú skála mentén ítélték meg: 0=egyáltalán nem jellemző, 1=alig jellemző, 2=jellemző, 3=teljesen jellemző. Az elérhető minimum pontszám 0, az elérhető maximum pontszám 15. A magasabb pontszámok jelentik a pozitívabb, kedvezőbb pszichológiai állapotot. Korábbi kutatások a skála megbízhatóságát igen jónak találták.¹⁴

Rövidített Beck Depresszió Kérdőív

A Rövidített Beck Depresszió Kérdőív (*Short Form of Beck Depression Questionnaire*) a depresszió különböző tüneteire kérdez rá (pl. szociális visszahúzódság, döntésképtelenség, alvászavar, fáradékony-ság, túlzott aggódás a testi tünetek miatt, munka-képtelenség, pesszimizmus, elégedetlenség, öröm hiánya, önvádolás).^{15,16} A rövidített változat 9 tételt tartalmaz, melyet a válaszadók 4 fokú skála mentén ítélnék meg (1=egyáltalán nem jellemző, 2=alig jellemző, 3=jellemző, 4=teljesen jellemző).^{17,18} Az elérhető minimum pontszám 9, az elérhető maximum pontszám 36. A magasabb pontszám több depressziós tünet meglétére utal (0-9 pont között: normál érték, 10-18 pont között: enyhe depresszió, 19-25 között: közepes súlyos depresszió, 26 pont felett: súlyos depresszió). A skála korábbi alkalmazásaiban a belső megbízhatóság magas volt.¹⁹

A Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőív élet értelmességét mérő alskálája (Brief Stress and Coping Inventory - Life Meaning; BSCI-LM)

A Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőív életcél és kapcsolatok alskálájából vett 8 kérdéssel mértük a válaszadók élet értelmességének megélt szintjét.^{20,21} A tételek tartalmát a válaszadók háromfokú skála mentén ítélték meg (0=ritkán, 1=néha, 2=gyakran). A mérőeszköz belső megbízhatósága a korábbi hazai, valamint határon túli, de magyar nyelvű kutatásokban elfogadható volt.^{16,22,23,24}

Egészségi állapot önbecslése

Az egészségi állapot önbecslésének jelentőségét számos korábbi kutatás igazolta, és a Hungarostudy 2002-es kutatásban is alkalmazták.^{25,14} Vizsgál-tunkban ezzel kapcsolatosan a következő kérdést tettük fel: „Összességében hogyan minősíti saját egészségi állapotát?” A válaszadók 5 fokú skálán (válaszkategóriák: nagyon rossz, rossz, elfogadható, jó, nagyon jó) értékelhették egészségi állapotukat.

Statisztikai elemzés

Az adatokat az SPSS programcsomaggal és az Excel programmal elemeztük. Leíró statisztikát, 2 mintás T-próbát, ANOVA próbát és korrelációanalízist alkalmaztunk.

A WHO Általános Jóllét Skála, a Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőív élet értelmességét mérő alskálájának tételeiből skálát készítettünk. Mindkét skála belső megbízhatóságát nagyon jónak (Cronbach-alfa érték>0,7) találtuk. A skálák átlagértékeit 2 mintás T-próbával összehasonlítottuk a férfiak és a nők között, valamint az ANOVA próbával az egyéb változók mentén (nem, életkor szerinti csoportok, iskolai végzettség, családi állapot, szubjektív egészségi állapot, nettó jövedelem).

A szubjektív egészség utolsó két válaszkategóriáját az alacsony elemszám miatt összevontuk, így 4 válaszkategóriával végeztük el a számításokat.

Az Észlelt Stressz Kérdőív és a Lelki Egészség Kérdőív változóit a demográfiai változók (nem, kor, családi állapot, iskolai végzettség, szubjektív egészség, nettó jövedelem) mentén elemeztük.

EREDMÉNYEK

Kutatásunkban a 386 fő vett részt: 142 férfi (36,8%) és 244 nő (63,2%). Átlag életkor 49,96 év (20 és 92 év között). A minta további szocidemográfiai jellemzőit az 1. táblázatban foglaltuk össze.

WHO Általános Jóllét Skála (WBI-5)

A teljes minta átlaga 8,47. Nem találtunk szignifikáns különbséget a nem ($p=0,212$), a különböző iskolai végzettség ($p=0,157$), a családi állapot

($p=0,317$) és a korcsoportok ($p=0,057$) szerint. Ugyanakkor szignifikáns különbséget találtunk a nettó jövedelem ($p<0,0001$) és az egészségi állapot alapján elkülöníthető ($p<0,0001$) csoportok általános jól-lét átlagértékei között. [2. táblázat] A legmagasabb nettó jövedelemmel rendelkezők átlagértéke a legmagasabb ($M=9,49$), és a legalacsonyabb a nettó jövedelemmel rendelkezők átlagértéke a legalacsonyabb ($M=6$). Az egészségi állapot romlásával szignifikánsan csökken az általános jóllét átlagértéke (10,69-ről 5-re, $p<0,0001$).

Rövidített Beck Depresszió Kérdőív

A teljes minta átlaga ($M=12,318$) enyhe depressziós állapotot jelez. Nem találtunk szignifikáns különbséget a nem ($p=0,216$), a különböző iskolai végzettség ($p=0,327$), a családi állapot ($p=0,573$) és a nettó jövedelem ($p=0,090$) szerint.

A depressziós tünetek súlyossága szignifikánsan nő az életkor emelkedésével (11,38-ról 13,55-re, $p=0,0001$) és az egészségi állapot romlásával (10,67-ről 16,68-ra, $p<0,0001$). Legalacsonyabb átlagértékkel a nagyon jó egészségi állapotú ($M=10,67$) és a 20-29 éves korosztály ($M=11,58$) jellemezhető, legmagasabbal a rossz és nagyon rossz egészségi állapotú ($M=16,68$), valamint a 60 év feletti korosztály ($M=13,55$). [3. táblázat]

1. táblázat: A minta szociodemográfiai jellemzői

Szociodemográfiai háttérváltozók	N (%)
Kor	
20-29 év	73 (18,9)
30-39 év	42 (10,9)
40-49 év	65 (16,8)
50-59 év	65 (16,8)
60 év felett	131 (33,9)
nem válaszolt	10 (2,6)
Iskolai végzettség	
alap	35 (9,1)
közép	224 (58)
felsőfok	112 (29)
nem válaszolt	15 (3,9)
Családi állapot	
nőtlen/hajadon	70 (18,1)
házas	195 (50,5)
élettárssal él	57 (14,8)
elvált	36 (9,3)
özvegy	15 (9,3)
nem válaszolt	13 (6,8)
Nettó jövedelem	
100.000 Ft alatt	38 (9,8)
101.000-150.000 Ft	57 (14,8)
151.000-200.000 Ft	51 (13,2)
201.000-250.000 Ft	50 (13)
251.000-300.000 Ft	26 (6,7)
301.000 Ft felett	81 (21)
nem válaszolt	83 (21,5)
Szubjektív egészségi állapot	
nagyon jó	66 (17,1)
jó	143 (37)
elfogadható	141 (36,5)
rossz és nagyon rossz	34 (6,8)
nem válaszolt	2 (0,5)

Forrás: saját szerkesztés

2. táblázat: WHO Általános Jóllét Skála átlagértékei a nettó jövedelem és a szubjektív egészségi állapot mentén (ANOVA)

	Teljes minta N = 386		
	Átlag (M)	szórás (std)	p
Nettó jövedelem			
100.000 Ft alatt (N= 35)	6,0	2,80	0,001
101.000-150.000 Ft (N= 55)	8,69	3,49	
151.000-200.000 Ft (N= 48)	8,00	3,91	
201.000-250.000 Ft (N= 46)	9,02	3,09	
251.000-300.000 Ft (N= 25)	7,24	3,65	
301.000 Ft felett (N= 80)	9,49	3,34	
Szubjektív egészségi állapot			
nagyon jó (N=65)	10,69	2,79	0,001
jó (N=137)	8,91	3,40	
elfogadható (N=134)	7,84	3,11	
rossz és nagyon rossz (N=33)	5	3,33	

Forrás: saját szerkesztés

3. táblázat: Rövidített Beck Depresszió Kérdőív átlagértékei a kor és a szubjektív egészségi állapot mentén (ANOVA)

	Teljes minta N = 386		
	Átlag (M)	szórás (std)	p
Kor			
20-29 év (N=68)	11,38	3,42	0,002
30-39 év (N=36)	11,08	2,60	
40-49 év (N=61)	12	3,37	
50-59 év (N=62)	12,16	4,15	
60 év felett (N=119)	13,55	5,13	
Szubjektív egészségi állapot			
nagyon jó (N=63)	10,67	2,694	<0,000
jó (N=132)	11,58	3,46	
elfogadható (N=128)	13,13	4,29	
rossz és nagyon rossz (N=31)	16,68	5,99	

Forrás: saját szerkesztés

A Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőív élet értelmességét mérő alskálája (BSCI-LM)

A teljes minta átlaga 12,311. Nem találtunk szignifikáns különbséget a nem (p=0,616), a különböző iskolai végzettség (p=0,256), a családi állapot (p=0,881) és a korcsoportok (p=0,208) szerint. Az átlagérték szignifikánsan emelkedik a nettó jövedelem emelkedésével (10,97-ről 12,95-re, p=0,048) és az egészségi állapot egyre kedvezőbb megítélésével (9,93-ról 13,27-re, p=0,0001). [4. táblázat]

zőbb megítélésével (9,93-ról 13,27-re, p=0,0001). [4. táblázat]

Észlelt Stressz Kérdőív

Az Észlelt Stressz Kérdőív átlaga a teljes mintán: 4,59. Nem találtunk szignifikáns különbséget a nem (p=0,12), ez életkor (p=0,52), a különböző iskolai végzettség (p=0,12) és a családi állapot (p=0,89) tekintetében. Az átlagérték szignifikánsan emel-

kedik a nettó jövedelem csökkenésével (3,8-ról 4,93-ra, $p < 0,005$), és az egészségi állapot egyre kedvezőtlenebb megítélésével (3,53-ról 6,3-ra, $p = 0,05$). [5. táblázat]

Lelki Egészség Kérdőív (GHQ)

A Lelki Egészség kérdőíven a leggyakoribb értékelési módszer alapján legalább 5 pontot ért el a megkérdezettek 10,6%-a. Ez az arány megegyezik a

magyarországi illesztett minta átlagával. A tünetek átlagos pontszáma: 1,62. Nem találtunk szignifikáns különbséget az életkor ($p = 0,99$), az iskolai végzettség ($p = 0,92$) és a családi állapot ($p = 0,49$) tekintetében. [6. táblázat] A nők pontszáma szignifikánsan magasabb, mint a férfiaké (1,75 vs. 1,41, $p = 0,03$), és egyre csökken a nettó jövedelem emelkedésével (1,58-ról 1,22-re, $p = 0,03$) és az egészségi állapot egyre kedvezőbb megítélésével (2,87-ről 1,36-ra, $p < 0,00$). [6. táblázat]

4. táblázat: A Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőív élet értelmességét mérő alsókálójának átlagértékei a nettó jövedelem és a szubjektív egészségi állapot mentén (ANOVA)

	Teljes minta N = 386		
	Átlag (M)	szórás (std)	p
Nettó jövedelem			
100.000 Ft alatt (N= 34)	10,97	3,44	0,048
101.000-150.000 Ft (N= 52)	12,83	2,87	
151.000-200.000 Ft (N= 47)	12,15	2,99	
201.000-250.000 Ft (N= 45)	12,36	2,93	
251.000-300.000 Ft (N= 21)	12,33	2,67	
301.000 Ft felett (N= 74)	12,95	2,84	
Szubjektív egészségi állapot			
nagyon jó (N=60)	13,27	2,87	0,000
jó (N=134)	12,62	2,63	
elfogadható (N=123)	11,77	3,06	
rossz és nagyon rossz (N=29)	9,93	3,58	

Forrás: saját szerkesztés

5. táblázat: Az Észlelt Stressz Kérdőív átlagértékei a nettó jövedelem és a szubjektív egészségi állapot mentén (ANOVA)

	Teljes minta N = 386		
	Átlag (M)	szórás (std)	p
Nettó jövedelem			
100.000 Ft alatt (N= 34)	4,93	2,34	0,05
101.000-150.000 Ft (N= 52)	4,47	2,78	
151.000-200.000 Ft (N= 47)	4,44	2,96	
201.000-250.000 Ft (N= 45)	4,74	2,6	
251.000-300.000 Ft (N= 21)	5,7	2,95	
301.000 Ft felett (N= 74)	3,8	2,84	
Szubjektív egészségi állapot			
nagyon jó (N=65)	3,53	2,66	0,000
jó (N=136)	4,14	2,62	
elfogadható (N=132)	5,15	2,6	
rossz és nagyon rossz (N=30)	6,3	4,08	

Forrás: saját szerkesztés

6. táblázat: A Lelki Egészség Kérdőív átlagértékei a nettó jövedelem, a szubjektív egészségi állapot és a nem mentén (ANOVA)

	Teljes minta N = 382		
	Átlag (M)	szórás (std)	p
Nem			
férfi (N=143)	1,41	1,68	0,05
nő (N=244)	1,75	2,16	
Nettó jövedelem			
100.000 Ft alatt (N= 36)	1,58	2,43	0,03
101.000-150.000 Ft (N= 56)	2,03	2,49	
151.000-200.000 Ft (N= 50)	1,8	2,4	
201.000-250.000 Ft (N= 48)	1,3	1,61	
251.000-300.000 Ft (N= 26)	2,65	2,74	
301.000 Ft felett (N= 50)	1,22	1,38	
Szubjektív egészségi állapot			
nagyon jó (N=65)	1,36	1,25	0,000
jó (N=144)	1,38	1,55	
elfogadható (N=141)	1,7	2,26	
rossz és nagyon rossz (N=33)	2,87	3,09	

Forrás: saját szerkesztés

MEGBESZÉLÉS

Az 5 tételes WHO Általános Jólét Skála átlagértéke kicsit magasabb a Hungarostudy 2002 kutatásban talált értéknél.²⁴ A Hungarostudy 2002 kutatásban talált és a 2014-es egészségfelmérés adatokhoz hasonlóan eredményeink szerint az általános jólét átlagértéke emelkedik a nettó jövedelem és az egészségi állapot egyre kedvezőbb megítélésével.^{14,26} A nagyon jó egészségi állapotú személyek átlagértéke a duplája a rossz és nagyon rossz egészségi állapotú személyekének. A korábbi hazai vizsgálatokban talált nemek közötti, életkorral és iskolai végzettséggel kapcsolatos különbséget jelen kutatásunk nem tudja megerősíteni.^{14,26,27}

A Rövidített Beck Depressziós Kérdőív teljes minta átlaga enyhe depressziós állapotot jelez, és a depressziós tünetek súlyossága szignifikánsan nő az életkor emelkedésével és az egészségi állapot romlásával. Eredményeink összhangban állnak a 2014-es magyarországi egészségfelmérés (ELEF) adataival, melyek szerint az életkor növekedésével a nők és a férfiak esélye egyaránt növekszik a depresszió kialakulására, amely a legidősebbek körében a leggyakoribb.²⁶ A korábbi hazai kutatásokban talált depressziós tünetek súlyossága és a

nemek közötti, valamint az anyagi helyzettel, az iskolai végzettséggel és a családi állapottal kapcsolatos különbségeket eredményeink nem erősítik meg.^{26,27,28}

A Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőív élet értelmességét mérő alsóskáláján a teljes minta átlaga kicsit magasabb a korábbi magyarországi eredményekhez képest.¹⁶ A nők átlagértéke a hazai adatokkal összhangban kicsit magasabb, mint a férfiaké, a különbség azonban nem szignifikáns.¹⁶ Az élet értelmessége és a nem közötti összefüggéssel kapcsolatos korábbi eredmények azonban eltérőek.^{29,30,31,32,33} Eredményeink szerint a nettó jövedelem növekedésével és az egészségi állapot egyre kedvezőbb megítélésével emelkedik az átlagérték. A nagyon jó egészségi állapotú személyek átlagértéke kb. a duplája a nagyon rossz egészségi állapotú személyek átlagértékének. Eredményeink összhangban állnak a 2014-ben végzett ELEF eredményeivel.²⁶ Jelen vizsgálatunkban nem találtunk szignifikáns különbséget az életkor szerinti csoportok átlagértékeiben az élet értelmességét mérő tételek kapcsán, de a korábbi vizsgálatok eredményei szintén vegyesek.^{29,30,31,33,34,35,36,37,38,39}

Észlelt Stressz Kérdőív átlagértéke (4,59) a magyarországi életkori átlaghoz (6,6) képest jelentősen

kedvezőbb képet mutat.¹¹ A nemi különbség nem jelentkezett az korábbi kutatásokban sem, ahogy mi sem találtunk szignifikáns eltérést a férfiak és a nők között. Ugyanígy, az életkor és az iskolai végzettség tekintetében sem volt különbség a mintánkban a különböző csoportok közt, ahogyan a validáláskor sem jelent ez meg magyarországi mintán.¹¹ Nemzetközi tanulmányokban is hasonló eredmények születtek az észlelt stressz tekintetében. Egy 2010-es kínai vizsgálatban, melynek célja a dohányzás, a stressz és a kardiovaszkuláris tünetek közötti összefüggés keresése volt, a 4 tételű Észlelt Stressz Kérdőív használatakor 6,25-ös átlageredményt kaptak hasonló életkori mintán. Szintén nem volt szignifikáns különbség nők és férfiak között.⁴⁰ A francia verzió 2012-es validáláskor, egy több mint 500 főt vizsgáló mintán az átlag 5,4 lett, nemi különbséget pedig szintén nem találtak.⁴¹ A testi tünetek számát illetően a korábbi kutatásokban közepesen erős korrelációt mutattak ki az észlelt stressz szintjével.¹¹ Mi az egészségi állapot önbecslését használtuk első körben ennek a konstruktumnak a megragadására, ahol szignifikáns eltérést találtunk, vagyis azok a személyek, akik saját egészségi állapotukat nagyon rossznak minősítik, szignifikánsan magasabb észlelt stressz pontszámot kaptak. Vizsgálatunkban szignifikáns különbséget láttunk a jövedelmi kategóriák alapján létrehozott csoportok között, míg a különböző jövedelmi csoportoknál érdekes mintázatot fedeztünk fel a stressz szintjével kapcsolatban. Nem volt korreláció a stressz szintje és a jövedelem között, vagyis nem csökken a stressz szintje a jövedelem növekedésével. A 250.000-300.000 Ft-os jövedelmi kategóriába esők élnek meg a legjelentősebb mértékű stresszt. Az ez alatti jövedelmi kategóriák stresszszintje közt nem volt szignifikáns különbség, de az a fölötti jövedelmi kategória viszont szignifikánsan alacsonyabb stresszszintet ért el. Mivel korábban az észlelt stresszt nem vizsgálták a jövedelem tekintetében, ennek magyarázata további feladataink közé tartozik, de úgy tűnik, hogy a felső középosztály éli meg leginkább nyomásként életszínvonalának megtartását.

Jelen vizsgálatban a Lelki Egészség Kérdőív alkalmazásának fő célja a funkcionális-csökkenést jelentő mentális problémák előfordulásának meghatározása volt. A Lelki Egészség Kérdőíven a leggyakoribb értékelési módszer alapján legalább 5 pontot ért el a megkérdezettek 10,6%-a. Ez az arány megegyezik

a magyarországi illesztett minta átlagával.⁶ A tünetek átlagos pontszáma: 1,62. Mintánkban szignifikáns eltérést láttunk a férfiak és nők között, mely szintén megegyezik a korábbi, országos lakossági egészségfelmérés eredményeivel. A jövedelem és a lelki egészség összefüggése szintén kimutatható volt saját vizsgálatunkban, ahogyan az országos lakossági egészségfelmérés alkalmával is.⁶ A mintázat azonban eltérő volt, mivel a mi vizsgálatunkban a jövedelem növekedésével nem növekedett a lelki egészség. A stresszinthez hasonlóan a 250.000-300.000 Ft-os jövedelmi kategóriába tartozók mentális funkciócsökkenése a legkifejezettebb. Egy 2019-es norvég vizsgálatban hasonló eredményeket kaptak, miszerint a magasabban kvalifikáltabb munkavállalók lelkiegészség-mutatói szignifikánsabban rosszabbak lettek.⁴² Az egészségi állapot önbecslése alapján, akik magukat a rossz vagy nagyon rossz kategóriába sorolják, szignifikánsan nagyobb funkciócsökkenést értek el mentális állapotukban. Az országos lakossági egészségfelmérésen szintén összefüggést találtak az egészségi állapot és a lelki egészség között.⁶ Akik a saját egészségi állapotukat rosszabbnak ítélték, rosszabb lelki egészség mutatókkal rendelkeznek. Ehhez hasonlóan kapcsolatot találtak a Lelki Egészség Kérdőív eredményei és a szomatikus tünetek előfordulási gyakorisága közt egy 2019-es iráni kutatásban, ahol atléta és nem atléta nőket vizsgáltak. Ugyanebben a vizsgálatban a különböző jövedelmi csoportok közti különbségek hasonlóan alakultak saját eredményeinkhez viszonyítva.⁴³

KÖVETKEZTETÉS

Eredményeink szerint az idősebb kor, a kedvezőtlennek ítélt egészségi állapot és anyagi helyzet negatív módon befolyásolja a lelki egészséget. Éppen ezért az idősek, a betegek és a kedvezőtlen anyagi helyzetben levő személyek pszichés támogatására az egészségügyi és szociális szakmában dolgozóknak kiemelt figyelmet kell szentelni. Vizsgálatunk eredményei alapján azt látjuk, hogy a szubjektíven megélt élethelyzet kifejezettebb hatással van a stressz szintjére és a lelki egészségre, mint az objektív demográfiai mutatók. Fontos felhívni a figyelmet a felső középosztály helyzetére, akik vizsgálatunkban rosszabb lelkiegészség-mutatókkal rendelkeznek.

HIVATKOZÁSOK

- ¹ Pikó B. Az egészségi állapot komplexitása és mérési lehetőségei. LAM, 1996;6:474–477.,
- ² Pikó B. Teaching the mental and social aspects of medicine in Eastern Europe: Role of the WHO definition of health. Adm Pol Ment Health, 1999;26: 435–438.
- ³ Atkinson RC, Hilgard E. Pszichológia (Harmadik, átdolgozott kiadás) Oziris Kiadó, Budapest, 2005.
- ⁴ Buda B. A lélek egészsége. A mentálhigiéné alapkérdései. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 2003.
- ⁵ World Health Organization (2009). Health in times of global economic crisis: Implications for the WHO European Region. http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/66957/RC59_edoc07.pdf (Elérve: 2019. 07. 16.)
- ⁶ Örkényi Á. Lelki egészség. Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF) 2003. Országos Epidemiológiai Központ, Budapest, 2005.
- ⁷ Ádány R. Megelőző orvostan és népegészségtan. Medicina kiadó, Budapest, 2011.
- ⁸ Selye H. The stress concept and some of its implications. Human stress and cognition: An information processing approach, Chichester, Eng, New York, 1979.
- ⁹ Kopp MS, Réthelyi J. Where psychology meets physiology: chronic stress and premature mortality—the Central-Eastern European health paradox. Brain Research Bulletin, 2004;62(5):351-367.
- ¹⁰ Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. Journal of Health and Social Behavior, 1983;24:385-396.
- ¹¹ Stauder A, Konkoly Thege B. Az észlelt stressz kérdőív (PSS) magyar verziójának jellemzői. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 2006;7(3):203-216.
- ¹² Goldberg DP, Blackwell B. Psychiatric illness in general practice: A detailed study using a new method of case identification. British Medical Journal, 1970;1:439-443.
- ¹³ Goldberg DP. The detection of psychiatric illness by questionnaire. Oxford University Press, London, 1972.
- ¹⁴ Susánszky É, Konkoly Thege B, Stauder A. A WHO Jól-lét kérdőív (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 2006;7(3):247-255. DOI: 10.1556/Ment.l.7.2006.3.8
- ¹⁵ Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck Depression Inventory—II. San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1996.
- ¹⁶ Konkoly Thege B, Martos T, Skrabski Á, et al. A Rövidített Stressz és Megküzdés kérdőív Élet értelmességét mérő alskálájának (BSCI-LM) pszichometriai jellemzői. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 2008;9(3):243-261. DOI: 10.1556/Mentál.9.2008.3.4
- ¹⁷ Rózsa S, Szádóczky E, Füredi J. A Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatának jellemzői hazai mintán. Psychiatria Hungarica, 2001;16(4):384-402.
- ¹⁸ Beck AT, Beck RW. Shortened version of BDI. Postgraduate Medicine, 1972;52:81-85.
- ¹⁹ Kopp M. Beck Depresszió Kérdőív. In: Perczel Forintos D, Ajtay Gy, Kiss Zs. (editor). Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2007. pp 44-45.
- ²⁰ Rahe RH, Tolles RL. The Brief Stress and Coping Inventory: a useful stress management instrument. International Journal of Stress Management, 2002;9(2):61-70.
- ²¹ Rózsa S, Kő N, Csoboth Cs. et al. Stressz és megküzdés. A Rahe-féle Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőívvel szerzett hazai eredmények ismertetése. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 2005;6(4):275-294.
- ²² Brassai L, Pikó B. Protektív pszichológiai jellemzők szerepe a serdülők egészséggel kapcsolatos magatartásában. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 2007;8:211-227.
- ²³ Skrabski Á, Kopp M, Rózsa S. A koherencia mint a lelki és testi egészség alapvető meghatározója a mai magyar társadalomban. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 2004;5:7-25.
- ²⁴ Rózsa S, Réthelyi J, Stauder A. et al. A Hungarostudy 2002 országos reprezentatív felmérés általános módszertana és a fel-használt tesztbatteria pszichometriai jellemzői. Psychiatria Hungarica, 2003;18:83-94.
- ²⁵ Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. Journal of Health and Social Behavior, 1997;38 (1): 21-37.
- ²⁶ Központi Statisztikai Hivatal. A 2014-ben végrehajtott európai lakossági egészségfelmérés eredményei -Összefoglaló Adatok. http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/elef2014_osszefoglalo.pdf (Elérve: 2019. 07. 27.)
- ²⁷ Dinyáné Szabó M, Pusztai G. Az Egészségügyi Világszervezet ötételes jól-lét kérdőívének vizsgálata a Semmelweis Egyetem elsőéves hallgatóinak körében. Orvosi Hetilap, 2016;157:1762-1768.
- ²⁸ Kopp M, Martos T. A magyarországi gazdasági növekedés és a társadalmi jóllét, életminőség viszonya. Magyar Pszichofiziológiai és Egészséglélektani Társaság. 2011; pp. 26. http://ess.tk.mta.hu/wp-content/uploads/2013/04/kopp_gazdasagi_novekedes.pdf (Elérve: 2019. 07. 01.)

- ²⁹ Längle A, Orgler C, Kundi M. The Existence Scale: A new approach to assess the ability to find personal meaning in life and to reach existential fulfillment. *European Psychotherapy*, 2003;4(1):135-151.
- ³⁰ Konkoly Thege B, Martos T. Reliability and validity of the shortened Hungarian version of the Existence Scale. *Existenzanalyse*, 2008;25 (1):19-23.
- ³¹ Konkoly Thege B, Martos T. Az Életcél-kérdőív magyar változatának jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 2006;7: 153-169.
- ³² Crumbaugh JC, Maholick LT.: An experimental study in existentialism: The psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neurosis. *Journal of Clinical Psychology*, 1964;20: 200-207.
- ³³ Reker GT. Meaning in life of young, middle-aged, and older adults: Factorial validity, age, and gender invariance of the Personal Meaning Index (PMI). *Personality and Individual Differences*, 2005;38:71-85.
- ³⁴ Steger MF, Frazier P, Oishi S. The Meaning in Life Questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*, 2006;53(1):80-93.
- ³⁵ Van Ranst N, Marcoen A. Meaning in life of young and elderly adults: An examination of the factorial validity and invariance of the Life Regard Index. *Personality and Individual Differences*, 1997;22:877-884.
- ³⁶ Lukas ES. Logo-Test. Test zur Messung von „innerer Sinnerfüllung“ und „existenzieller Frustration“. Handanweisung, Deuticke, Wien, 1986.
- ³⁷ Meier A, Edwards H. Purpose-In-Life test: Age and sex differences. *Journal of Clinical Psychology*, 1974;30:384-386.
- ³⁸ Reker GT, Cousins JB. Factor structure, construct validity and reliability of the Seeking of Noetic Goals (SONG) and Purpose in Life (PIL) tests. *Journal of Clinical Psychology*, 1979;35(1):85-91.
- ³⁹ Reker GT, Fry PS. Factor structure and invariance of personal meaning measures in cohorts of younger and older adults. *Personality and Individual Differences*, 2003;35:977-993.
- ⁴⁰ Leung Doris YP, Tai-hing Lam, and Sophia SC Chan. Three versions of Perceived Stress Scale: validation in a sample of Chinese cardiac patients who smoke. *BMC public health*, 2010; 10.1, 513.
- ⁴¹ Lesage, F. X., Berjot, S., & Deschamps, F. Psychometric properties of the French versions of the Perceived Stress Scale. *International journal of occupational medicine and environmental health*, 2012; 25(2), 178-184.
- ⁴² Geirdal, A. Ø., Nerdrum, P., & Bonsaksen, T. The transition from university to work: what happens to mental health? A longitudinal study. *BMC psychology*, 2019; 7(1), 65.
- ⁴³ Alamdarloo, G. H., Cheric, M. C., Doostzadeh, M., & Nazari, Z. The comparison of general health in athlete and non-athlete women. *Health psychology research*, 2019; 7(1).

A női lakosság szervezett méhnyak- és emlőszűrésen való részvétele Nyíregyházán

Participation of the female population in an organised cervical and breast cancer screening programme in Nyíregyháza

Szerzők: Gyulai Anikó^a ✉, Sárváry Attila^b, Rákóczi Ildikó^a, Takács Péter^c, Jávorné Erdei Renáta^a
a: Debreceni Egyetem, Egészségügyi Kar, Egészségtudományi Intézet, Védőnői Módszertani és Népegészségtani Tanszék, b: Debreceni Egyetem, Egészségügyi Kar, Egészségtudományi Intézet, Ápolástudományi Tanszék, c: Debreceni Egyetem, Egészségügyi Kar, Egészségtudományi Intézet, Egészségügyi Informatikai Tanszék

Beküldve: 2019. 09. 16.

doi: 10.24365/ef.v60i5.520

Összefoglaló:

Bevezetés: Az emlő- és a méhnyakrák jelentős mértékben járul hozzá a nők rosszindulatú daganatos halálozásához világszerte és Magyarországon is. A szervezett emlő- és méhnyakszűrés bevezetésére népegészségügyi program keretében került sor Magyarországon. Célunk volt feltárni a szűrési programok célcsoportjába tartozó nyíregyházi nők emlő- és méhnyakszűrésen való részvételét, összehasonlítva a magyarországi és az európai adatokkal, továbbá összefüggést kerestünk az átszűrtséget meghatározó demográfiai és társadalmi-gazdasági tényezők között.

Módszertan: A „Nyíregyháza város életminősége – Háztartáspanel” vizsgálat keretében 2018-ban megvalósult egészségfelmérés adataiból az emlő- és méhnyakszűrésen való részvétel gyakoriságát elemeztük.

Eredmények: A válaszadók 77%-a (95% MT: 70-83) vett részt méhnyakszűrésen az Egészségügyi Világszervezet által ajánlott hároméves időintervallumon belül. A szűrésen három éven belül részt vettek átlagéletkora több, mint 7 évvel (két mintás t próba $p < 0,001$) fiatalabb volt, mint a szűrést elkerülőké (44,5 év; SD: 1,07 vs. 51,8 év; SD: 2,09). Megállapítottuk, hogy a magasabb jövedelmi kategóriába eső háztartásokban élő és gazdaságilag aktívak körében szignifikánsan magasabb a méhnyakszűrésen való részvétel. Az emlőszűrésen a nők 80%-a vett részt az adatfelvételt megelőző két éven belül. A mammográfián való részvétel oka leggyakrabban (57%; 95% MT: 46-68) a szervezett szűrésre történő meghívás volt, az esetek egyharmadában orvosi javaslatra történt a vizsgálat, és 11%-ban egyéb okból. A mammográfián két éven belül részt vettek átlagéletkora 4 évvel fiatalabb volt, mint azoké, akik két éven túl, vagy soha nem vették igénybe a mammográfiás vizsgálatot (57 év; SD: 0,8 vs. 53 év; SD: 1,8). Szignifikánsan magasabb átszűrtséggel rendelkeztek a legalább középfokú végzettséggel rendelkezők, mint a legfeljebb alacsony végzettségűek csoportja.

Következtetések: A nyíregyházi nők emlő- és méhnyakszűrésen való részvétele nem alacsony, azonban a szervezett szűrőprogramokkal nem sikerült az alacsonyabb társadalmi-gazdasági státuszú, idősebb nőket kellő mértékben bevonni.

Kulcsszavak: részvétel; méhnyakszűrés; emlőszűrés; Nyíregyháza

Summary:

Introduction: Breast and cervical cancer is a major contributor to deaths caused by cancer among women worldwide and in Hungary. The organized breast and cervical cancer screening

programs were implemented in the framework of a public health programme in Hungary. Our aim was to explore the participation in breast and cervical cancer screening of women in the target group of screening programs in Nyíregyháza, comparing it with Hungarian and European data, and to look for the relationship between the demographic and socio-economic factors determining screening participation.

Methods: We analysed the frequency of participating in breast and cervical screening from the study "The quality of life in Nyíregyháza city Household panel" (2018).

Results: 77% of respondents (95% CI: 70-83) underwent cervical screening within the three-year interval recommended by the World Health Organization. The mean age of those who participated in the screening within three years was more than 7 years (two-sample t test $p < 0.001$) younger than those who did not participate (44.5 years (SD: 1.07) vs. 51.8 years (SD: 2.09)). We found that participation in cervical screening is significantly higher among those, who live in higher income households and are economically active. 80% of women underwent breast screening in the two years prior to data collection. The most common reason for participating in mammography (57% (95% CI: 46-68)) was the invitation to an organized screening, in one third of cases for medical advice and in 11% for other reasons. Participants in mammography within two years had an average age of 4 years younger than those who had received mammography for more than two years before or never (57 years (SD: 0.8) vs. 53 years (SD: 1.8)). Those with at least upper secondary education had significantly higher screening rates than those with at most lower secondary education.

Conclusions: The participation of women in Nyíregyháza in breast and cervical screening is not low, but organized screening programs have failed to adequately involve older women of lower socio-economic status.

Keywords: participation; cervical cancer screening; breast cancer screening; Nyíregyháza

BEVEZETÉS

A rosszindulatú daganatos betegségek előfordulási gyakorisága világszerte növekszik, a fejlett országokban a vezető halálokok közé tartoznak és a fejlődő országokban is egyre jelentősebb részét teszik ki a betegségterheknek. Az Egészségügyi Világszervezet Nemzetközi Rákkutatási Ügynökségének (*International Agency for Research on Cancer, IARC*) a Global Burden of Cancer Study (*GLOBOCAN*) becslései szerint 2018-ban a Földön 18 078 957 új rosszindulatú daganatos megbetegedést diagnosztizáltak, ebből 8 622 539 eset a nőknél következett be.¹ Magyarországon a daganatos megbetegedések különlegesen súlyos népegészségügyi problémát jelentenek, mind az egészségügyi ellátórendszer, mind pedig a társadalom egésze számára. Hazánkban a daganatos betegségek miatti halálozás a vezető halálokok közé tartozik, 2016-ban az összes korcsoportban a második, a 0–64 éves korcsoportban pedig az első helyen szerepelt mindkét nemben.² A nők körében a leggyakoribb daganatos megbetegedés az emlőrák, a méhnyakrák az 5. helyen

szerepelt, míg a női daganatos halálozás sorrendjében az emlőrák a második, a méhnyakrák szintén az 5. helyen állt Magyarországon.^{2,3} A 25–64 éves magyar nők daganatos betegségek miatti halálozása 2011-ben közel kétszer, az emlőrák okozta halálozása 1,2-szer, a méhnyakrák okozta halálozása 3,1-szer volt magasabb az Európai Unióhoz 2004 előtt csatlakozott (EU15) tagországokéhoz képest.³ A Nemzeti Rákregiszter adatai szerint 2016-ban Magyarországon összesen 54 358 nő esetében diagnosztizáltak rosszindulatú daganatos megbetegedést, ebből 8660 esetben emlő-, és 1186 esetben méhnyakrákot.⁴ A Központi Statisztikai Hivatal halálozási adatbázisának adatai alapján ebben az évben 396 nő halálát okozta a méhnyakrák, ebből 41 fő élt Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében, és 3 fő Nyíregyházán. Emlőrák miatt 2223 nő halálozott el, ebből 84 fő a megyében és 30 fő Nyíregyházán.⁵ A méhnyakrák kiemelt népegészségügyi jelentőségét az adja, hogy az elkerülhető halálokok közé tartozik, vagyis olyan halálok, amely a szükséges egészségügyi ellátás időben történő igénybevételével megelőzhető.⁶ Az elkerülhető halálozás muta-

tóját az ellátórendszer minőségének jellemzésére vezették be, mértékét befolyásolja egyrészt az adott betegség esetében szükséges egészségügyi ellátás hozzáférhetősége, másrészt a lakosság igénybevételei hajlandósága.⁷ A méhnyakrák legfontosabb oki tényezője a magas kockázatú humán papillomavírussal (HPV) történő tartós fertőzés.⁸ Jól szervezett szűréssel, valamint megfelelő kezeléssel a méhnyakrák nagy részének a kialakulása megelőzhető lenne.^{9,10} Ezért a betegség előfordulásának és halálzásának a tendenciái tükrözik az adott népesség körében elérhető szűrővizsgálat minőségét, a lakosság részvételét (a szűrővizsgálat lefedettségét), valamint a kockázati tényezőknek való kitettség változásait.^{11,12,13}

Az emlőrák fejlődésmenete szintén ismert, az általa okozott halálozás csökkentésére a szervezett emlőszűrésnek bizonyított hatása van, melyet randomizált, kontrollált vizsgálatokkal igazoltak.^{14,15}

Hazánkban mindkét betegség megelőzése érdekében létezik a népegészségügyi program keretében szervezett szűrőprogram, amely megfelel a nemzetközi ajánlásoknak és kritériumoknak.^{16,17,18} Az emlőrák megelőzésére a 45–65 év közötti nők kétévenként végzett emlőszűrése lágyrész röntgenvizsgálattal (mammográfiával) történik, a méhnyakrák megelőzésére a 25–65 év közötti nők negatív szűrővizsgálatát követően 3 évenként megismételt citológiai vizsgálatot is alkalmazó méhnyakszűrés elérhető.^{17,18}

A szervezett szűrések csak meghatározott részvételi arány mellett érik el a céljukat, ezért a hatékonyságuk kulcseleme a lakosság részvétele (compliance). A Nyíregyháza város életminősége Háztartáspanel kutatás keretében 2018-ban megvalósult egészségfelmérés (Egészségpanel) adataiból jelen cikkünkben a nyíregyházi nők népegészségügyi célú méhnyak- és emlőszűrésen való részvételét, átszűrtségét vizsgáltuk. Célunk volt feltárni a nyíregyházi nők emlő- és méhnyakszűrésen való részvételi gyakoriságát, összehasonlítva a magyarországi és az európai adatokkal, továbbá összefüggést kerestünk az átszűrtséget meghatározó demográfiai és társadalmi-gazdasági tényezők között. A felmérés eredményei hozzájárulhatnak azon lakossági csoportok azonosításához, akik ritkábban, vagy kisebb eséllyel veszik igénybe a szűrővizsgálatokat.

MÓDSZERTAN

A Nyíregyháza város életminősége Háztartáspanel kutatás 2008 óta öt hullámban, két-, illetve háromévente mérte fel a városlakók életminőségét. A mintaválasztás módszerét és általános jellemzőinek leírását jelen különszám módszertani bevezetése tárgyalja.¹ A 2018-as felmérés két szakaszban történt meg. Az első szakaszban, 2017 őszén 541 háztartást értek el, a második szakaszban, 2018 tavaszán pedig 391-et, melyből 386-ot vontak be az elemzésbe. A Panelkutatás Egészségpanel része az első felmérési szakaszban egyetlen kérdéssel érintette az egészségre, egészségügyre vonatkozó témakört, a második szakasz pedig az egészségi állapot felmérésére koncentrált, melyben a mentális és fizikai egészség, valamint a rizikómagatartás vizsgálata mellett helyet kapott az önminősített egészségi állapot felmérése is. A vizsgálat során a népegészségügyi célú méhnyak- és emlőszűrésen való részvétel elemzéséhez az Európai Lakossági Egészségfelmérés 2009-es kérdőívének ide vonatkozó kérdéseit használtuk. Az emlőszűrés esetén kérdeztük, hogy részt vett-e valaha életében emlőrontgen vagy más néven, mammográfiás vizsgálaton, ha igen, akkor mikor volt az utolsó vizsgálat időpontja (az elmúlt 12 hónapban/egy éven túl, de két éven belül/több, mint két éve, de 3 éven belül/3 évnél régebben/soha). Rákérdeztünk, hogy milyen okból történt a vizsgálat (pl. orvosi javaslatra/szűrési meghívásra/egyéb ok miatt). A méhnyakszűrésre vonatkozó kérdés az volt, hogy „Mikor vettek Öntől utoljára kenetet citológiai (méhnyakhámsejt) vizsgálatra, méhnyakrák szűrése céljából?” (A válaszok: az elmúlt 12 hónapban/egy éven túl, de két éven belül/több, mint két éve, de 3 éven belül/3 évnél régebben/soha). Itt is rákérdeztünk a vizsgálat okára (pl. észlelt rendellenesség miatt/rutinvizsgálat során/országos szűrési meghívásra/egyéb ok miatt). Az elemzés során a népegészségügyi célokhoz és ajánlásokhoz megfelelően, a célcsoportot a mammográfiára vonatkozóan a 45–65 éves nők, a méhnyakszűrés esetében pedig a 25–65 éves nőkre szűkítettük. A lakossági részvételt (lefedettségét) a mammográfia vonatkozásában két éven belül, a méhnyakszűrésen való részvételt pedig három éven belül vizsgáltuk. A statisztikai elemzést

¹ Takács Péter, Fábíán Gergely, Jávorné Erdei Renáta: A 2018-as Nyíregyháza város életminősége Háztartáspanel kutatás általános és EgészségPanel szakaszainak mintavételi jellemzői. doi: 10.24365/ef.v60i5.523

az SPSS (Version 22.0) programcsomag felhasználásával végeztük el.¹⁹ Az adatfeldolgozás során a deskriptív epidemiológia módszereit alkalmaztuk, a gyakorisági értékek esetén 95%-os megbízhatósági tartományt (MT) vettünk figyelembe. A kategorikus változópaárok közötti összefüggések erősségének vizsgálatára Pearson-féle khí-négyzet próbát használtunk, a folytonos változók esetén pedig két mintás t-próbát alkalmaztunk. Az eredményt $p < 0,05$ esetén tekintettük statisztikailag szignifikánsnak.

EREDMÉNYEK

Méhnyakszűrés

Mint ahogy a módszertani részben is említettük, a vizsgálatban résztvevő nyíregyházi nők méhnyakszűrésen való részvételét a 25–65 éves korosztályban vizsgáltuk. Ebbe a csoportba 157 fő tartozott, átlagéletkoruk 46,2 év (SD: 12,2) volt. Iskolai végzettségüket tekintve 6,7%-uk (95% MT: 3,3-11,3) alacsony, 54,7%-uk (95% MT: 46,7-63,3) közepes, és 38,7%-uk (95% MT: 30,7-46,7) felsőfokú végzettséggel rendelkezett. Egy fő roma nemzetiségű válaszadó kivételével mindenki magyar nemzetiségűnek vallotta magát.

Az eredmények alapján megállapítottuk, hogy a válaszadók 77%-a (95% MT: 70-83) vett részt méhnyakszűrésen az Egészségügyi Világszervezet által ajánlott hároméves időintervallumon belül. Ezen

belül a felmérést megelőző egy évben a válaszadók 42%-a (95% MT: 36-52), és további 35%-uk egy éven túl, de három éven belül vette igénybe a vizsgálatot. [1. ábra]

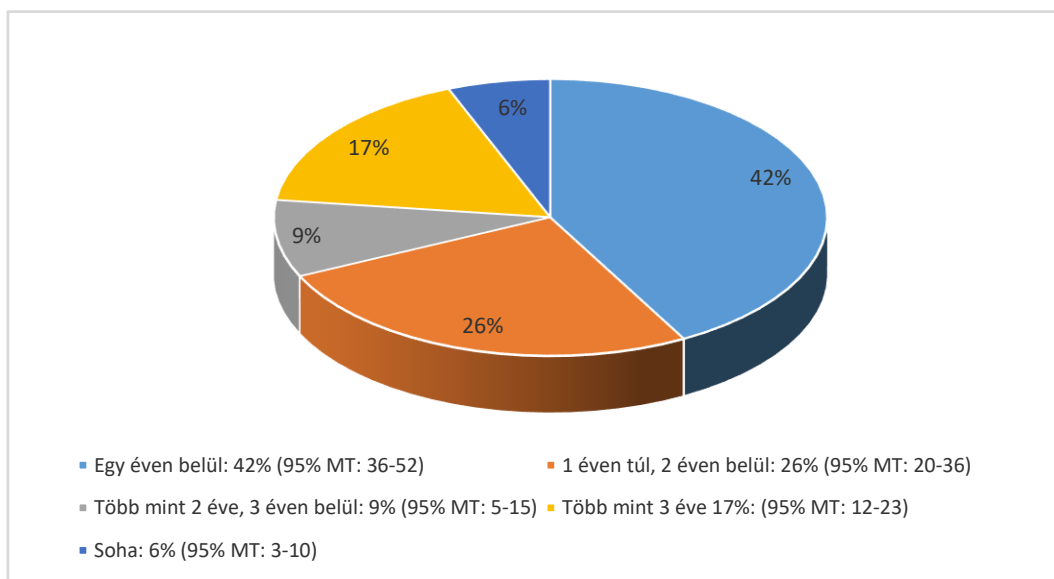
A három éven belül szűrt nők kétharmada (74%; 95% MT: 66-81) saját kezdeményezésre, vagyis „rutinvizsgálat” miatt vett részt, míg a szervezett szűrőprogram keretében kiküldött meghívólevél hatására csupán a résztvevő nők 12,5%-a (95% MT: 7-18) vette igénybe az ellátást.

A szűrésen három éven belül részt vettek átlagéletkora több, mint 7 évvel (két mintás t-próba $p < 0,001$) fiatalabb volt, mint a szűrést elkerülőké (44,5 év; SD: 1,07, ellentétben 51,8 év; SD: 2,09). A szűrésen való részvétel és az iskolai végzettség közötti összefüggés vizsgálata során azt tapasztaltuk, hogy a felsőfokú iskolai végzettségűek hároméves lefedettsége volt a legmagasabb (85%), a középfokú végzettségűek körében 73%-os, az alacsony végzettséggel rendelkezők esetében pedig 60%-os volt az átszűrtség. Az eltérés nem mutatott statisztikailag megbízható mértékű különbséget (χ^2 -próba: $p > 0,05$).

Megállapítottuk, hogy a magasabb jövedelmi kategóriába eső háztartásokban élő és gazdaságilag aktívak körében szignifikánsan magasabb a méhnyakszűrésen való részvételi hajlandóság.

[1. táblázat]

1. ábra: A női lakosság méhnyakszűrésen való részvétele Nyíregyházán (n=157) (%)



Forrás: Saját szerkesztés

A mintában szereplő nyíregyházi nők iskolai végzettség szerinti átszűrtségét összehasonlítottuk a magyarországi, valamint az Európai Unió 28 országának átlagára vonatkozó adatokkal. Az összehasonlításhoz az Európai Unió Statisztikai Hivatala (EUROSTAT) 2014-es Európai Lakossági Egészségfelmérésének (*European Health Interview Survey*,

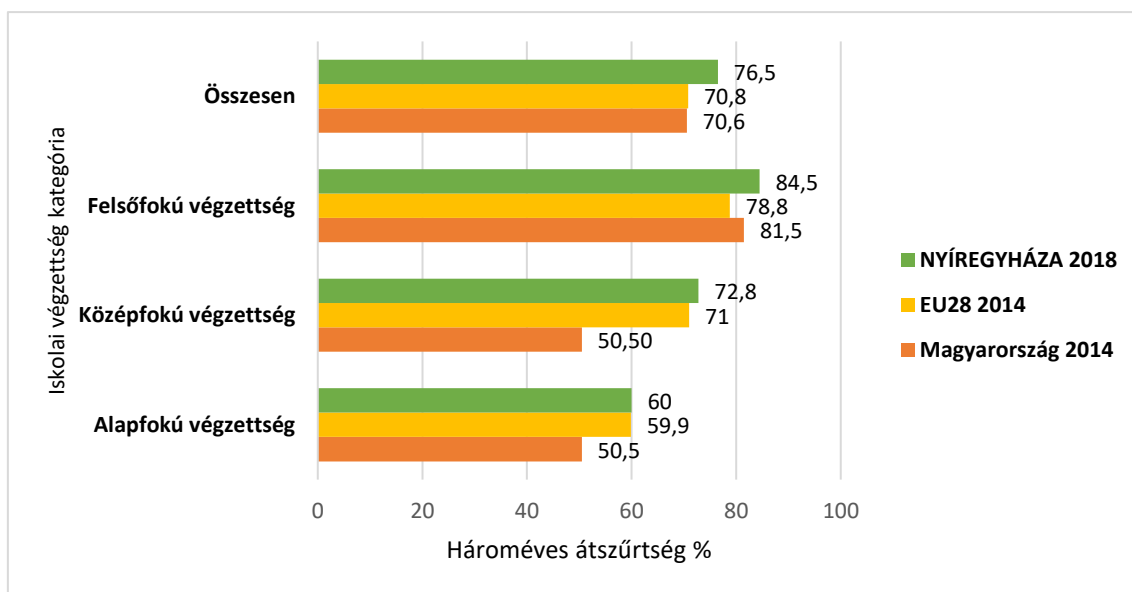
EHIS) adatbázisából kérdeztük le az iskolai végzettség szerinti adatokat.²⁰ Megállapítható, hogy a végzettség tekintetében a felsőfokú végzettségűek, a vizsgált területek közül pedig minden kategóriában és az átlagos átszűrteget tekintve is a Nyíregyháza Megyei Jogú Város női lakossága rendelkezett a legmagasabb átszűrtegeti adatokkal. [2. ábra]

1. táblázat: A méhnyakszűrésen három éven belül résztvevő és a részt nem vevő 25–65 éves korú nők demográfiai és szociális jellemzői Nyíregyházán (n=157)

Jellemzők	Szűrésen három éven belül résztvevők	Szűrésen három éven belül nem résztvevők	p-érték
Életkor (átlag) (SD)	44,5 (1,07)	51,8 (2,09)	Két mintás t-próba p<0,001*
Iskolai végzettség			χ2 próba p> 0,05
Alapfokú végzettség	60%	40%	
Középfokú végzettség	73%	27%	
Felsőfokú végzettség	85%	15%	
Foglalkoztatottság (%)	85 %	54 %	χ2 próba p<0,001*
Háztartások nettó jövedelme (átlag) (SD) (forint)	297 444 (136 195)	243 200 (144 397)	Két mintás t-próba p> 0,05
Háztartások nettó jövedelme			χ2 próba p=0,023*
100 ezer Ft/hó alatt	53%	47%	
101-200 ezer Ft/hó	76%	24%	
201-300 ezer Ft/hó	90%	10%	
300 ezer Ft/hó fölött	78%	22%	

Forrás: Saját szerkesztés

2. ábra: A célcsoport három éven belüli részvétele a méhnyakszűrésen Nyíregyházán, Magyarországon, és az Európai Unió 28 országában iskolai végzettség szerint (%)



Forrás: Saját szerkesztés

Emlőszűrés

Az emlőszűrésen való részvételt a 45–65 éves korú nők (84 fő) körében elemeztük, az átlagéletkor 55,8 év (SD: 6,3 év) volt. Az elemzés során azokat tekintettük szűrésen részt vetteknek, akik az adatfelvételt megelőző két éven belül voltak emlőszűrő vizsgálaton, tehát a célcsoport kétéves átszűrtségét elemeztük, a népegészségügyi ajánlásnak megfelelően.

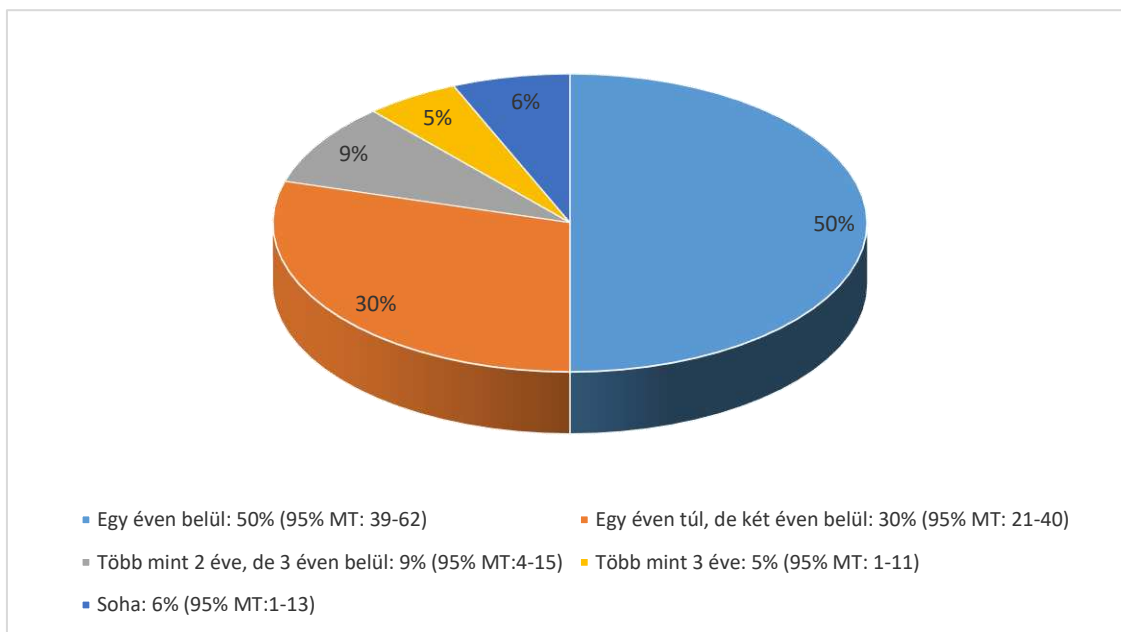
A válaszadók 6%-ának kivételével minden nő részt vett már valamikor élete során legalább egy alkalommal emlőszűrő vizsgálaton. Az átszűrtséget tekintve is igen kedvezőek az adatok, a nők 80%-a nyilatkozta azt, hogy részt vett mammográfián az adatfelvételt megelőző két éven belül. [3. ábra]

A mammográfián való részvétel oka leggyakrabban (57%; 95% MT: 46-68) a szervezett szűrésre történő meghívás volt, az esetek egyharmadában orvosi javaslatra történt a vizsgálat, és 11%-ban egyéb okból. A szűrésen két éven belül részt vettek átlagéletkora

4 évvel fiatalabb volt, mint azoké, akik két éven túl, vagy soha nem vették igénybe a mammográfiás vizsgálatot (57 év; SD: 0,8, ellentétben 53 év; SD: 1,8). Szignifikánsan magasabb átszűrtséggel rendelkeztek a legalább középfokú végzettséggel rendelkezők, mint a legfeljebb alacsony fokú végzettségűek csoportja. A többi vizsgált háttérváltozó, ezen belül a háztartások nettó összjövedelme, valamint a nők foglalkoztatottsági státuszát tekintve nem találtunk statisztikailag megbízható mértékű eltérést a szűrésen résztvevők és a nem résztvevők csoportja között. [2. táblázat]

A mintában szereplő nyíregyházi nők iskolai végzettség szerinti átszűrtségét az emlőszűrés esetében is összehasonlítottuk a magyarországi, valamint az Európai Unió 28 országának átlagára vonatkozó adatokkal. Megállapítható, hogy a végzettség tekintetében az alacsony fokú végzettségűek részvételi hajlandósága mind a magyarországi, mind pedig az Európai Unió 28 országára vonatkozó átlagértéknél alacsonyabb volt a nyíregyházi nők mintáján. [4. ábra]

3. ábra: A női lakosság emlőszűrésen való részvétele Nyíregyházán (n=84) (%)



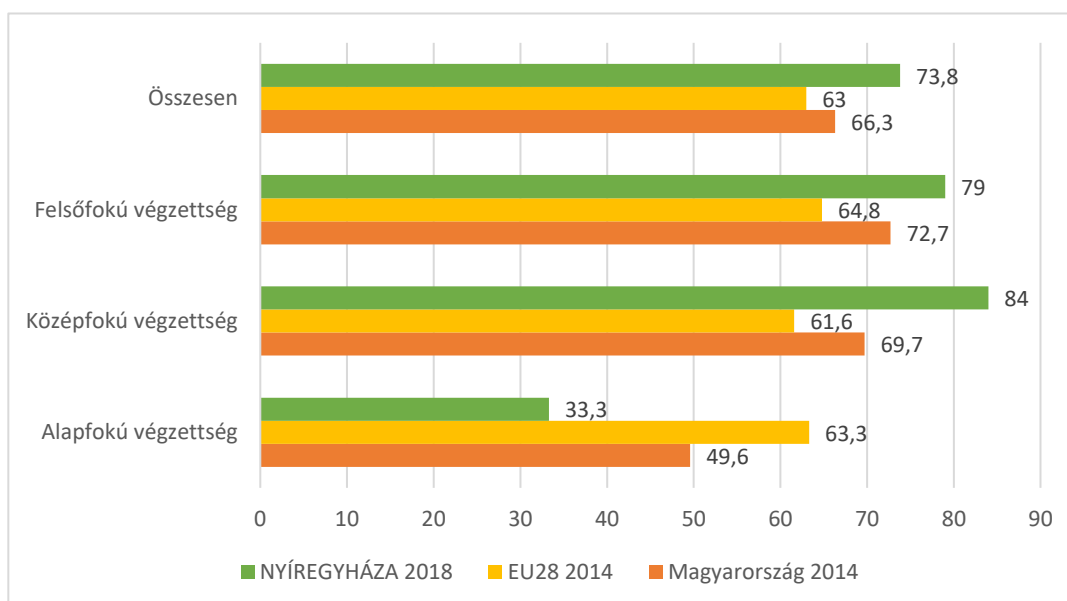
Forrás: Saját szerkesztés

2. táblázat: Az emlőszűrésen két éven belül résztvevő és a részt nem vevő 45–65 éves korú nők demográfiai és szociális jellemzői Nyíregyházán (n=84)

Jellemzők	Szűrésen két éven belül résztvevők	Szűrésen két éven belül nem résztvevők	p-érték
Életkor (átlag) (SD)	44,5 (1,07)	51,8 (2,09)	Két mintás t-próba p<0,001*
Iskolai végzettség			χ2 próba p=0,018*
Alapfokú végzettség	33%	67%	
Középfokú végzettség	84%	16%	
Felsőfokú végzettség	79%	21%	
Foglalkoztatottság (%)	80 %	80 %	χ2 próba p>0,05
Háztartások nettó jövedelme (átlag) (SD) (forint)	247 115 (154 624)	262500 (179 695)	Két mintás t-próba p> 0,05
Háztartások nettó jövedelme			χ2 próba p>0,05
100 ezer Ft/hó alatt	75%	25%	
101–200 ezer Ft/hó	82%	18%	
201–300 ezer Ft/hó	79%	21%	
300 ezer Ft/hó fölött	87%	13%	

Forrás: Saját szerkesztés

4. ábra: A 45–65 éves korú nők két éven belüli részvétele a mammográfián Nyíregyházán, Magyarországon, és az Európai Unió 28 országában iskolai végzettség szerint (%)



Forrás: Saját szerkesztés

MEGBESZÉLÉS

Az általunk vizsgált mintában a nyíregyházi nők átszűrtsége mindkét szűrővizsgálat esetén meghaladta az azonos módszertannal készült, önbevalláson alapuló vizsgálatok adatai alapján az európai és a magyarországi adatokat is.²⁰

A válaszadó 25–65 éves korú nők 77%-ától (95% MT: 70-83) vettek kenetet citológiai vizsgálatra (szervezett szűrés keretében, vagy azon kívül) az adatfelvételt megelőző 3 éven belül (hároméves lefedettség), továbbá a mammográfia esetében a 45-65 évesek kétéves átszűrtsége (lefedettsége) 80%-os volt. Az eredmények értelmezése során

figyelembe kell venni az alacsony elemszám miatti kiválasztási hibát, továbbá azt, hogy a válaszadók között csupán egy fő volt, aki roma nemzetiségűnek vallotta magát. Nyíregyházán a főleg romák lakta Huszár és Keleti lakótelepeken élők körében 2018-ban megvalósult vizsgálat eredményei alapján a roma nemzetiségűek körében az átszűrtség alacsonyabb volt mindkét szűrővizsgálat esetében. Mammográfián a Huszár telepen élő 45–65 évesek 27%-a soha életében nem vett részt, ez az érték a saját (nem roma nemzetiségűek körében elemzett) mintában csak 6% volt. A méhnyakszűrés vonatkozásában pedig elmondható, hogy a 25–65 éves Huszár és Keleti lakótelepen élő (főként roma nemzetiségű) nők 32,4%-a több mint 3 éve, további 12,7%-a pedig soha nem vett részt, tehát körükben a 3 éves lefedettség 55% körüli értéket mutat.²¹ Összességében a magasabb átszűrtséggel kapcsolatos eredményeink megfeleltek a várakozásainknak, egyrészt azért, mert a lakosság halálzási mutatói, egészségi állapota és egészségmagatartása a megyei jogú városokban még a hátrányos helyzetű megyékben (köztük Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében) is lényegesen kedvezőbbek, mint az országos átlag.²² Másrészt a „Nyíregyháza Életminősége Háztartáspanel” kutatás korábbi városi és vonzáskörzetéhez tartozó eredményei is azt tükrözik, hogy a nyíregyházi lakosok egészségi állapota a megye és a járás lakosságához viszonyítva lényegesen jobbnak mondható.^{23,24}

A szűrővizsgálatokon való részvétel okainak elemzése során megállapítottuk, hogy a szervezett szűrésre történő meghívás a méhnyakszűrés esetében csupán a szűrésen résztvevők 12,5%-a (95% MT: 7-18) esetében szerepelt, míg az emlőszűrésen résztvevő nők 57%-a (95% MT: 46-68) vette igénybe az ellátást a nemzeti szűrőprogram keretében kiküldött meghívólevél hatására. Ebből arra következtünk, hogy a mintában szereplő nyíregyházi nőkre inkább az opportunisztikus szűrési gyakorlat a jellemző, különösen a méhnyakszűrés esetében, mely eredmény összhangban van számos hazai szerző elemzésének eredményeivel.^{25,26,27,28} A szervezett, meghíváson alapuló népesség alapú szűréssel ellentétben az opportunista szűrés az egyes nők és/vagy orvosainak a kezdeményezésétől függ. Ez a fajta szűrés a lakosság egy bizonyos rétegének a gyakori, vagy indokolatlan gyakorisággal végzett átvizsgálást eredményezi, míg a lakosság másik rétege, általában a hátrányos helyzetűek körében alacsonyabb

lefedettség tapasztalható. Ez a helyzet egyenlőtlen lefedettséget eredményez heterogén minőséggel, korlátozott hatékonysággal, kedvezőtlenebb költséghatékonysággal, továbbá a lakosság nyomon követésének nehézségével.^{29,30}

Az idősebb életkor általában korlátozza a szűrővizsgálatokon való részvételt, Nyíregyházán az életkor és a szűrések igénybevétele közötti kapcsolat elemzése során azt tapasztaltuk, hogy mindkét szűrővizsgálatot a fiatalabb korcsoport veszi inkább igénybe, ami a méhnyakszűrés esetén átlagosan 7 évet jelentett, a mammográfián részt vettek átlagéletkora pedig 4 évvel volt fiatalabb volt, mint azoké, akik két éven túl, vagy soha nem vették igénybe az ellátást.^{31,32}

A társadalmi-gazdasági háttérváltozók és a szűrésen való részvétel kapcsolatát vizsgálva megállapítottuk, hogy a magasabb jövedelmi kategóriába eső háztartásokban élő és gazdaságilag aktívak körében szignifikánsan magasabb a méhnyakszűrésen való részvételi hajlandóság, a mammográfia esetében pedig magasabb átszűrtséggel rendelkeztek a legalább középfokú végzettséggel rendelkezők, mint a legfeljebb alacsony fokú végzettségűek csoportja. Ez az eredmény kulturális barrierekre utal, összhangban van más tanulmányokkal, melyek szerint az alacsonyabb társadalmi gazdasági státusz prediktora a szűrésről való távolmaradásnak.^{33,34,35,36}

A Nyíregyházán élő nők számára mindkét szűrővizsgálat könnyen és ingyen elérhető a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház Jósa András Oktatókórházában, a méhnyakszűrés vonatkozásában már a helyi védőnői körzetek egy részében is biztosítottak a szűrés feltételei. A szűrési programok sikere tehát elsősorban a megfelelő lakossági részvétel (compliance) függvénye.

Felmérésünk eredményei alapján megállapítható, hogy a nyíregyházi nők emlő- és méhnyakszűrésen való részvételi arányai nem alacsonyak, ugyanakkor az alacsonyabb társadalmi-gazdasági státuszú, jellemzően idősebb korosztályba tartozó nőket nem sikerült kellő mértékben bevonni a szűrőprogramba. A szervezett szűrésre történő meghívás különösen a méhnyakszűrés esetében elégtelenül működik. Ezért a helyi szinten megvalósuló egészségfejlesztési és szűrési programokban együttműködő szakembereknek ezeket a gátló tényezőket is figyelembe kell vennie a beavatkozások tervezése során.

HIVATKOZÁSOK

¹ Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*, Published online 12 September 2018; doi: [10.3322/caac.21492](https://doi.org/10.3322/caac.21492)

² Kásler, M, Ottó, Sz, Kenessey, I. A rákmorbiditás és -mortalitás jelenlegi helyzete a Nemzeti Rákregiszter tükrében. *Orv Hetil.*, 2017, 158(3), 84–89. doi: [10.1556/650.2017.30654](https://doi.org/10.1556/650.2017.30654)

³ Sárváry, A. A magyar nők rosszindulatú daganatos betegségek miatti korai halálzásának jellemzői 1980 és 2011 között. *Acta Med. Soc.*, 2015, 6(16), 59-78.

http://ams.foh.unideb.hu/sites/ams.foh.unideb.hu/files/04_sarvary_attila_03.pdf (elérve: 2019. 08. 10.)

⁴ Országos Onkológiai Intézet. Nemzeti Rákregiszter: <http://www.onkol.hu/hu/rakregiszter-statisztika> (elérve: 2019. 08. 16.)

⁵ Központi Statisztikai Hivatal. Tájékoztatósi adatbázis. <http://statinfo.ksh.hu/Stainfo/haDetails.jsp> (elérve: 2019. 08. 16.)

⁶ Ádány Róza (szerk.) *Megelőző orvostan és népegészségtan* (2. átdolgozott kiadás) Medicina, Budapest; 2012.

⁷ Uzzoli A, Vitrai J, Bakacs M, et al. A lakóhelytől függ az esély a jobb minőségű ellátásra – Az ellátáshoz való hozzáférés területi egyenlőtlenségei Magyarországon, a szürkehályogműtétek példáján. *Tér és Társadalom* 2011; 25: 88-105 doi: [10.17649/TET.25.2.1815](https://doi.org/10.17649/TET.25.2.1815)

⁸ World Health Organization International Agency for Research on Cancer. *IARC Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Human papillomaviruses*, vol. 90. Lyon: IARC Press; 2007.

⁹ Quinn M, Babb P, Jones J, et al. Effect of screening on incidence of and mortality from cancer of cervix in England: evaluation based on routinely collected statistics. *BMJ*. 1999 318(7188):904-8. doi: [10.1136/bmj.318.7188.904](https://doi.org/10.1136/bmj.318.7188.904)

¹⁰ Miller AB, World Health Organization: Cervical cancer screening programmes. Managerial guidelines. Geneva: World Health Organization; 1993. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39478> (elérve: 2019.08.10.)

¹¹ Arbyn M, Raifu AO, Weiderpass E, et al. Trends of cervical cancer mortality in the member states of the European Union. *Eur J Cancer*. 2009 Oct;45(15):2640-8. doi: [10.1016/j.ejca.2009.07.018](https://doi.org/10.1016/j.ejca.2009.07.018)

¹² Laara E, Day NE, Hakama M. Trends in mortality from cervical cancer in the Nordic countries: association with organised screening programmes. *Lancet* 1987;1:1247–9. doi: [10.1016/s0140-6736\(87\)92695-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(87)92695-x)

¹³ Bray F, Loos AH, McCarron P, et al. Trends in cervical squamous cell carcinoma incidence in 13 European countries: changing risk and the effects of screening. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2005;14:677–86. doi: [10.1158/1055-9965.EPI-04-0569](https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-04-0569)

¹⁴ Shapiro S, Venet W, Strax P, et al. Selection, follow-up, and analysis in the Health Insurance Plan Study: a randomized trial with breast cancer screening. *Natl Cancer Inst Monogr* 67:65–74, 1985 <https://europepmc.org/abstract/med/4047153> (elérve: 2019. 09.10.)

¹⁵ Tabár L, Fagerberg CJ, Gad A, et al. Reduction in mortality from breast cancer after mass screening with mammography. Randomised trial from the breast cancer screening working group of the Swedish National Board of Health and Welfare. *Lancet* 1:829–832, 1985 doi: [10.1016/s0140-6736\(85\)92204-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(85)92204-4)

¹⁶ Council of the European Union. Council Recommendation of 2 December 2003 on Cancer Screening (2003/878/EC). *OJ L* 327: 34–3. https://ec.europa.eu/jrc/sites/jrcsh/files/2_December_2003%20cancer%20screening.pdf (elérve: 2019.09.10.)

¹⁷ Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program 2001–2010. Egészségügyi Közlöny 2001/16. szám. 2001. augusztus 21.

¹⁸ 46/2003. (IV. 16.) OGY-határozat az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjáról. <https://mkogy.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a03h0046.OGY> (elérve: 2019. 09. 01.)

¹⁹ SPSS Statistical Package for the Social Sciences v. 22.0 IBM Corp., Armonk, NY, USA

²⁰ European Statistical Office. Healthcare activities statistics - preventive services https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_activities_statistics_preventive_services#Cervical_cancer_screening (elérve: 2019. 09. 01.)

²¹ Jávorné Erdei R, Takács P. A Huszár- és Keleti lakótelepeken élők egészségi állapota Nyíregyházán – életminőségre gyakorolt hatások. *Acta Med. Soc.* 2019; Megjelenés alatt

²² Ádány R. A magyar lakosság egészségi állapota, különös tekintettel az ezredforduló utáni időszakra. *Népegészségügy*. 2009; 86:2.: 5-20.

²³ Hüse L. A szubjektív egészségi állapot tényezői és azok változása Nyíregyházán és vonzáskörzetében. *Acta Med. Soc.* 2015; Vol.6. No.18-19. p. 96-120. doi: 10.19055/ams.2015.6/18-19/7

http://epa.oszk.hu/02500/02535/00013/pdf/EPA02535_acta_med_2015_18-19_096-120.pdf (elérve: 2019.09.01.)

- ²⁴ Jávorné Erdei R, Takács P. Szubjektív egészségi állapot és annak változásai Nyíregyházán. *Acta Med. Soc.* 2018; Vol. 9. No. 27. (96-109) doi: 10.19055/ams.2018.9/27/7 http://epa.oszk.hu/02500/02535/00020/pdf/EPA02535_acta_med_2018_27_096-109.pdf (elérve: 2019.09.01.)
- ²⁵ Döbrössy L, Kovács A, Döbrössy B, et al. Miért kihasználatlan hazánkban a szervezett lakosságszűrés? *LAM* 2010; 20: 689–693. http://www.elitmed.hu/upload/pdf/miert_kihasznatlan_hazankban_a_szervezett_lakossagszures-6335.pdf (elérve: 2019.09.01.)
- ²⁶ Kovács A, Döbrössy L, Budai A, et al. A népegészségügyi méhnyakszűrés helyzete Magyarországon 2006-ban. *Orv Hetil.* 2007;148:535-540. doi: [10.1556/OH.2007.28019](https://doi.org/10.1556/OH.2007.28019)
- ²⁷ Boncz I, Sebestyén A, Döbrössy L, et al. A méhnyakszűrés részvételi mutatói Magyarországon. *Orv Hetil.* 2007;148(46), 2177-2182. doi: [10.1556/OH.2007.28956](https://doi.org/10.1556/OH.2007.28956)
- ²⁸ Kovács A, Boncz I. A szekunder prevenció onkológiai szűrési programok helyzete Magyarországon. *Népegészségügy* 2009;87:265-275.
- ²⁹ Arbyn M, Anttila A, Jordan J, et al. European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening. Second Edition—Summary Document. *Ann. Oncol.* 2010; 21:448–458. doi: [10.1093/annonc/mdp4](https://doi.org/10.1093/annonc/mdp4)
- ³⁰ Prialoux J, de Koning HJ, de Kok IMCM, et al. Identifying the barriers to effective breast, cervical and colorectal cancer screening in thirty one European countries using the Barriers to Effective Screening Tool (BEST). *Health Policy* 2018; (122) 11:1190-1197. doi: [10.1016/j.healthpol.2018.08.004](https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.08.004)
- ³¹ Seidel D, Becker N, Rohrmann S, et al. Socio-demographic characteristics of participation in the opportunistic German cervical cancer screening programme: results from the EPIC-Heidelberg cohort. *J Cancer Res Clin Oncol.* 2009; 135:(4)533±41. doi: [10.1007/s00432-008-0485-0](https://doi.org/10.1007/s00432-008-0485-0)
- ³² Kristensson JH, Sander BB, von Euler-Chelpin M, et al. Predictors of non-participation in cervical screening in Denmark. *Cancer Epidemiol.* 2014; 38:(2)174±80. doi: [10.1016/j.canep.2013.12.007](https://doi.org/10.1016/j.canep.2013.12.007)
- ³³ Gyulai A, Nagy A, Pataki V, et al. Survey of Participation in Organised Cervical Cancer-Screening Programme in Hungary. *Cent Eur J Public Health* 2015; 23 (4): 360–364. doi: [10.21101/cejph.a4068](https://doi.org/10.21101/cejph.a4068)
- ³⁴ Kristensson JH, Sander BB, von Euler-Chelpin M, et al. Predictors of non-participation in cervical screening in Denmark. *Cancer Epidemiol.* 2014; 38:(2)174±80. doi: [10.1016/j.canep.2013.12.007](https://doi.org/10.1016/j.canep.2013.12.007)
- ³⁵ Virtanen A, Nieminen P, Luostarinen T, et al. Self-sample HPV tests as an intervention for nonattendees of cervical cancer screening in Finland: a randomized trial. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2011; 20:(9)1960±9. doi: [10.1158/1055-9965.EPI-11-0307](https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-11-0307)
- ³⁶ Gok M, Heideman DA, van Kemenade FJ, et al. HPV testing on self collected cervicovaginal lavage specimens as screening method for women who do not attend cervical screening: cohort study. *BMJ.* 2010; 340:c1040. doi: [10.1136/bmj.c1040](https://doi.org/10.1136/bmj.c1040)

Krónikus betegségek előfordulásának gyakorisága Nyíregyháza felnőtt lakossága körében

Prevalence of Chronic Diseases Among Adult Population of Nyíregyháza

Szerzők: Törő Viktória^a, ✉ Sárváry Attila^a, Sárváry Andrea^b, Radó Sándorné^a, Takács Péter^c, Jávorné Erdei Renáta^d
a: Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar Egészségtudományi Intézet, Ápolástudományi Tanszék, b: Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar Egészségtudományi Intézet, Pszichológiai Tanszék, c: Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar Egészségtudományi Intézet, Egészségügyi Informatikai Tanszék, d: Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar Egészségtudományi Intézet, Védőnői Módszertani és Népegészségügyi Tanszék

Beküldve: 2019. 09. 16.

doi: 10.24365/ef.v60i5.521

Összefoglaló:

Bevezetés: A WHO adatai szerint a krónikus megbetegedések képezik a vezető halálokokat Európában, 2009-ben a halálozások összesen 80%-áért voltak felelősek. Hazánkban a lakosság egészségi állapota igen kedvezőtlen. A Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet „Egészségjelentése 2016” alapján a legnagyobb kihívást Magyarországon is a krónikus betegségek jelentik. Kutatásunk célja felmérni a krónikus betegségek gyakoriságát Nyíregyháza felnőtt lakossága körében.

Módszertan: A keresztmetszeti vizsgálatban a krónikus betegségekre vonatkozó kérdések az Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF) 2014-es kérdőívéből származtak. Az adatrögzítést és elemzést az SPSS (22.0) statisztikai program segítségével végeztük.

Eredmények: A 386 válaszadó 33,7%-a szenved legalább egy krónikus betegségben. A legtöbb válaszadó a magasvérnyomás-betegséget (29,3%) jelölte meg, de magas volt a mozgásszervi betegségek prevalenciája is. Derékfájdást, krónikus hátgerincproblémát a válaszadók 23,3%-a jelölt meg, míg 17,3%-nál jelentkezett ízületi kopás. A krónikus megbetegedések előfordulásának gyakorisága az életkor előrehaladtával növekszik. A nem szerinti gyakoriságot vizsgálva a magasvérnyomás-betegség előfordulása a 65 év alatti korcsoportban a férfiaknál, míg 65 év felett a nőknél volt magasabb. A nők esetében a migrén, az allergiás megbetegedések gyakorisága mindhárom korcsoportban magasabb a férfiakhoz képest.

Következtetések: Nyíregyháza felnőtt lakosságának körében leggyakrabban előforduló krónikus betegségek a hipertónia és a mozgásrendszeri betegségek, amelyek összefüggésbe hozhatók az egészségtelen életmóddal. A krónikus betegségek csökkentése érdekében életmódváltoztatás és szűrésre fókuszáló preventív programok szervezése szükséges a nyíregyházi lakosság körében.

Kulcsszavak: krónikus betegségek; prevalencia; hipertónia; mozgásszervi betegségek

Summary:

Introduction: According to WHO data, in 2009 chronic diseases are the leading causes of mortality in Europe, responsible for 80% of all-cause mortality. Health status of the Hungarian population is unfavourable. According to the „Health Report 2016” of The National Institute for Health Development the chronic diseases are the most challenging problems in Hungary, too. The aim of our research was to assess the prevalence of chronic diseases among adult population of Nyíregyháza.

Methods: In our cross-sectional survey the questions regarding the prevalence of chronic diseases were obtained from the European Health Interview Survey 2014 (Hungarian version). Data recording and analysis were performed using SPSS software (version 22.0).

Results: Among 386 participants, 33.7% of respondents declared presence of at least one chronic disease. The most common disease was the hypertension (29.3%), however the prevalence of musculoskeletal diseases was also high. Within the population, 23.3% of respondents reported about low back pain and chronic spine problems, while 17.3% reported about arthrosis. The prevalence of chronic diseases has increased with age. Examining the gender differences, the prevalence of hypertension was higher in men under 65 years, and in women over 65 years. The prevalence of migraine and allergy were higher in all three age groups among women compared to men.

Conclusions: The most common chronic diseases were hypertension and musculoskeletal diseases among the adult population of Nyíregyháza. These diseases can be associated with unhealthy diet. In order to decrease chronic diseases, prevention programmes focusing lifestyle and screening are needed for the population of Nyíregyháza.

Keywords: chronic diseases; prevalence; hypertension; musculoskeletal diseases

BEVEZETÉS

A krónikus betegségek jelenleg vezető halálokok a világon és az európai régióban is.^{1,2} Ezen belül a világon a vezető halálokot a halálozások kb. 31%-áért felelős kardiovaszkuláris megbetegedések képezik, a daganatos megbetegedések kb. 16%-kal a második helyen szerepelnek.^{3,4} A WHO adatai szerint 2009-ben az európai régióban a krónikus megbetegedések (szív- és érrendszeri megbetegedések, a cukorbetegség, daganatos megbetegedések, krónikus légzőszervi megbetegedések, a mentális betegségek) összesen a halálozások kb. 80%-áért voltak felelősek.²

Magyarországon – hasonlóan az európai régióhoz – 2015-ben a teljes népességben a szív- és érrendszeri és daganatos betegségek, a 0-64 éves korcsoportban első helyen a daganatos, míg a második helyen a szív- és érrendszeri betegségek miatti halálozás állt.⁵ A krónikus betegségek okozta korai halálozás Magyarországon kimagasló, az Európai Unió (EU) 15 fejlett országához képest 2015-ben a nők halálozása közel kétszer, a férfiaké 2,5-szer volt magasabb. A 2014-es Európai Lakossági Egészségfelmérés eredményei szerint a 15 éves és idősebb korcsoportban a leggyakoribb krónikus betegségek a hipertónia (kb. 30%), a mozgásszervi és a szív- és érrendszeri betegségek (13%) voltak.⁶

Az Eurostat adatai szerint 2013-15 között az észak-magyarországi régióban haltak meg a legtöbben krónikus betegségekben az Európai Unióban

(100 000 főre 1 169 haláleset jutott), az ötödik helyen az észak-alföldi régió szerepelt.⁷ A Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei férfiak halálozása az országos átlagnál szignifikánsan magasabb, a nőké az országos átlagnak megfelelő volt 2009-ben. Ezzel szemben Nyíregyháza férfi lakosságának halálozása az országos átlagnál kedvezőbb, a nőké nem szignifikánsan alacsonyabb volt.⁸

A krónikus betegségek kialakulásának kockázata nagymértékben függ az egyén életmódjától, az őt érő környezeti hatásoktól. A magyar lakosság jelentős része egészségtelen életmódot folytat.⁵ Az egészségtelen táplálkozás, a mozgásszegény életmód, a dohányzás és elhízás mind hozzájárulnak a krónikus betegségekben szenvedők számának növekedéséhez.

MÓDSZERTAN

Nyíregyháza város vezetése és a Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar 2008-ban „Nyíregyháza város életminősége – Háztartáspanel” címmel indította el kutatássorozatát. Az adatfelvételekre 5 alkalommal, a következő években került sor: 2008, 2010, 2012, 2015, 2018. A kutatás célja a 18. életévet betöltött, nyíregyházi lakosok életminőségét érintő jellemzők nyomon követése, monitorozása. A 2018-as adatfelvétel során külön kérdőív készült a lakosság egészségi állapotának felmérésére. A minta elemszáma 386 fő. A válaszadók nem minden esetben

adtak választ a kérdésekre, így a nem és korcsoport tekintetében a minta elemszáma 376 fő. [1. táblázat] A krónikus betegségek előfordulásának gyakoriságát vizsgálva az esetszámokat a nem és a korcsoport figyelembevételével tüntettük fel.

A megkérdezettek átlagéletkora 50 év, a legfiatalabb válaszadó 20 éves, a legidősebb 92 éves volt. A kutatás módszertanát bővebben jelen különszám, Takács és munkatársai által publikált módszertani cikke tárgyalja.

1. táblázat: A válaszadók nem és korcsoportonkénti megoszlása

	Férfi N (%)	Nő N (%)	Összesen N (%)
18-34 év	37 (9,84%)	57 (15,16%)	94 (25%)
35-64 év	68 (18,08%)	114 (30,32%)	182 (48,40%)
65 év felett	35 (9,31%)	65 (17,28%)	100 (26,59%)
Összesen:	140 (37,23%)	236 (62,76%)	376

Forrás: saját szerkesztés

Jelen cikkünk az egészségi állapot elemzésével, azon belül is a krónikus betegségek gyakoriságával foglalkozik. A krónikus betegségekre vonatkozó kérdések az Európai Lakossági Egészségfelmérés 2014-es kérdőívéből származnak. A keresztmetszeti vizsgálat során kérdőív segítségével felmértük, hogy a válaszadók szenvednek-e olyan krónikus betegségben, mely legalább 6 hónapja tart, vagy előreláthatólag 6 hónapig fog tartani. Továbbá a kérdőív tartalmazott egy 25 betegséget felsoroló listát, melyek közül a megkérdezettek megjelölték azokat a betegségeket vagy egészségi problémákat, melyeket az elmúlt 12 hónapban diagnosztizáltak náluk. Vizsgáltuk az egyes krónikus betegségek előfordulásának gyakoriságát, a betegségek nem és korcsoport szerinti megoszlását a nyíregyházi lakosság körében. Az adatrögzítést és elemzést SPSS 22.0 statisztikai program segítségével végeztük.

EREDMÉNYEK

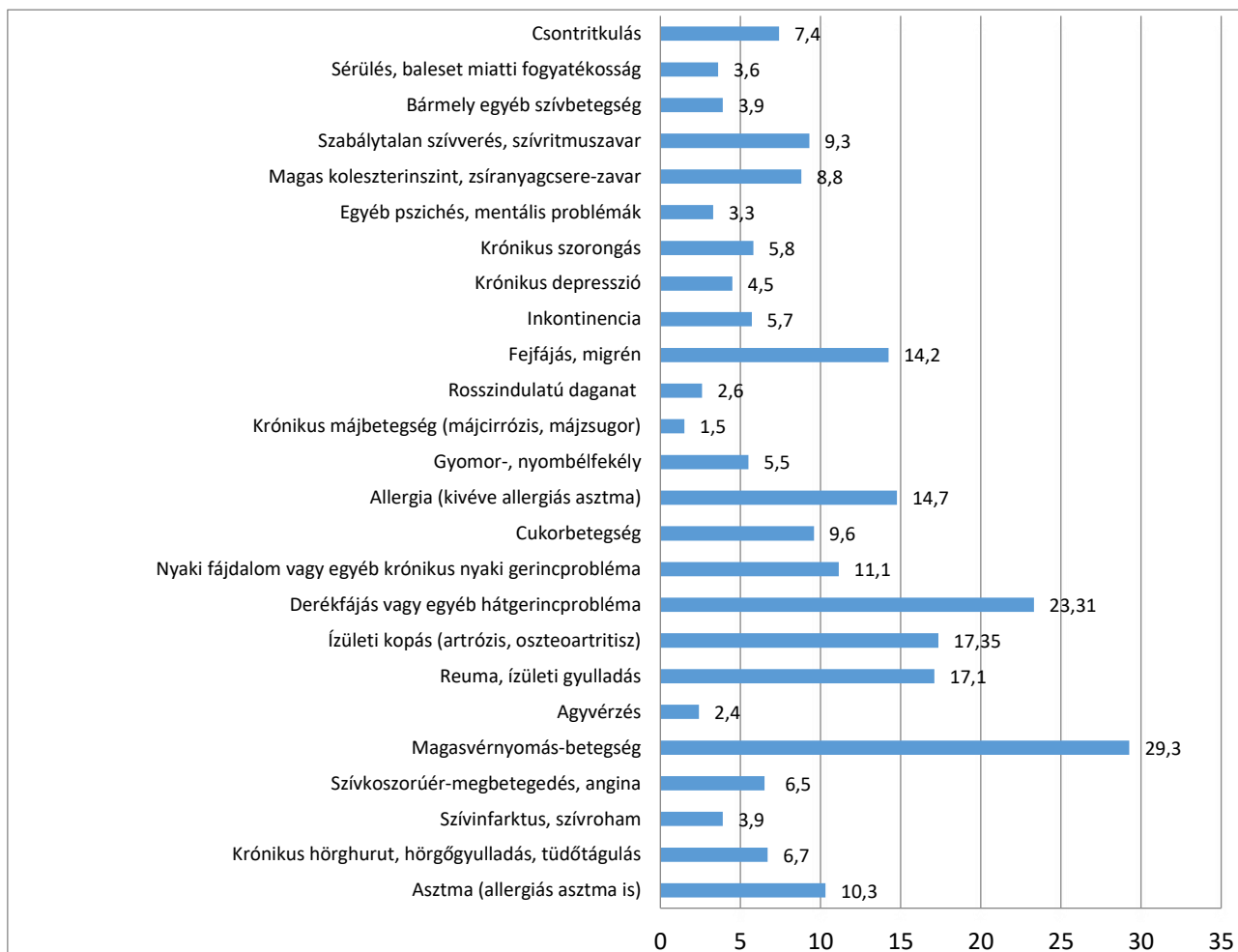
A felmérést Nyíregyháza állandó lakosai között végeztük. 386 db kérdőívet dolgoztunk fel. A megkérdezettek 33,7%-a (130 fő) szenved legalább egy olyan krónikus betegségben, amely legalább 6 hónapja tart, vagy előreláthatólag 6 hónapig fog tartani. A krónikus betegségben szenvedők közül a legtöbben (58,5%) egy krónikus betegséget, leggyakrabban a mozgásszervi betegségek különböző formáit, a magasvérnyomás-betegséget, illetve a cukorbetegséget említették. A krónikus betegséggel élők 20,3%-a szenved két krónikus

betegségben a kapott válaszok alapján. A két krónikus megbetegedés egyike szinte minden esetben a magasvérnyomás-betegség volt. 6,2% (8 fő) nevezett meg három krónikus betegséget, míg szintén 6,2% (8 fő) négy vagy több krónikus betegségben szenved.

A legtöbb válaszadó a magasvérnyomás-betegséget (29,3%) jelölte meg. [1. ábra] A betegség kialakulásának gyakorisága az életkor előrehaladtával fokozatosan növekszik. Az eredmények nem szerinti vizsgálata során láthatjuk, hogy a magasvérnyomás-betegség kialakulása 64 év alatt a férfiak körében gyakoribb. A 65 év feletti korosztályban a betegség prevalenciája a nők körében jelentős emelkedést mutat a férfiakhoz képest. [2. ábra]

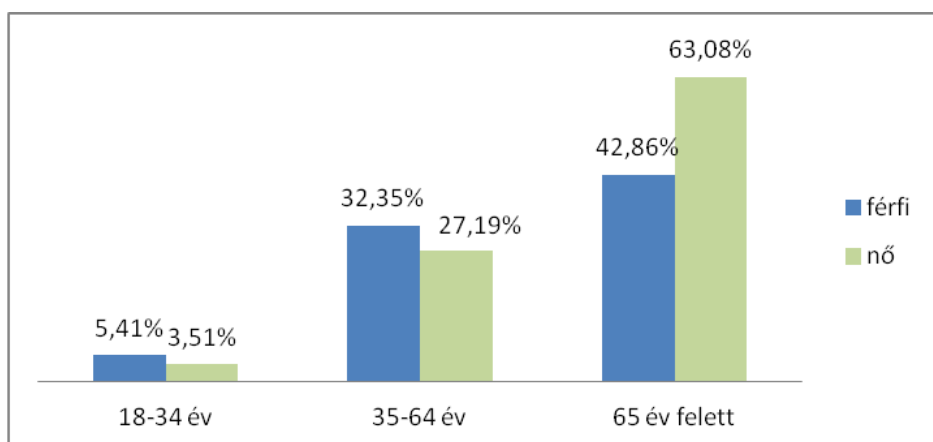
A második leggyakoribb betegségcsoport, melyeket a válaszadók megjelöltek, a mozgásszervi betegségek voltak. A kérdőívet kitöltők 23,3%-a derékfájásról, krónikus hátgerincproblémáról számolt be. A nemek szerinti gyakoriságot vizsgálva mindhárom korcsoportban a betegség gyakoribb a nők körében. [3. ábra] 34 év alatt nem fordult elő reuma, ízületi gyulladással megbetegedés, illetve ízületi kopás a megkérdezett férfiak körében. A nők körében a 35-64 év közötti korcsoportban a reuma, ízületi gyulladással megbetegedés, ízületi kopás és nyaki fájdalom, míg 65 év felett a reuma, ízületi gyulladás és nyaki fájdalom előfordulása volt gyakoribb a férfiakhoz képest.

1. ábra: Krónikus betegségek előfordulásának gyakorisága az elmúlt 12 hónapban a nyíregyházi felnőtt lakosság körében, 2018 (%) (N=386)



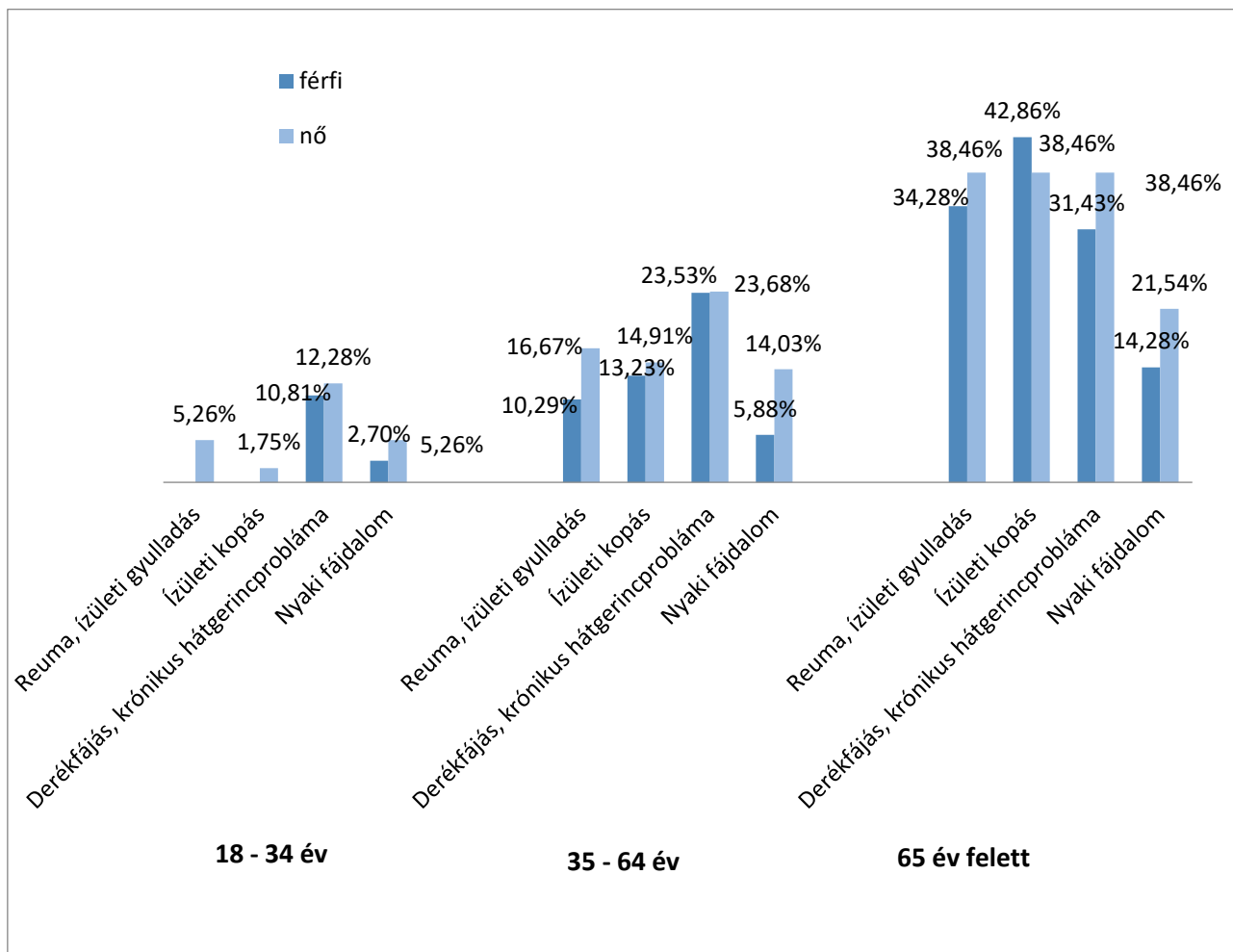
Forrás: saját szerkesztés

2. ábra: A magasvérnyomás-betegség prevalenciája nemek és korcsoportok szerint a nyíregyházi felnőtt lakosság körében, 2018 (N=113)



Forrás: saját szerkesztés

3. ábra: Mozgásszervi betegség gyakorisága nem és korcsoportok szerint a nyíregyházi felnőtt lakosság körében, 2018 (nyaki fájdalom N=43; derékfájás, krónikus hátgerincprobléma N=90; ízületi kopás N=67; reuma, ízületi gyulladás N=66)



Forrás: saját szerkesztés

Allergiás megbetegedésben (szénanátha, ekcéma, ételallergia és egyéb allergia) a kérdőívet kitöltők 14,76%-a szenved. A 25 felsorolt krónikus betegség közül ez az egyik leggyakoribb megbetegedés a magasvérnyomás-betegség és a mozgásszervi betegségek után. A nők körében az allergiás betegség kétszer gyakoribb a 18-34 éves és 65 év feletti korosztályban a férfiakhoz képest. [4. ábra]

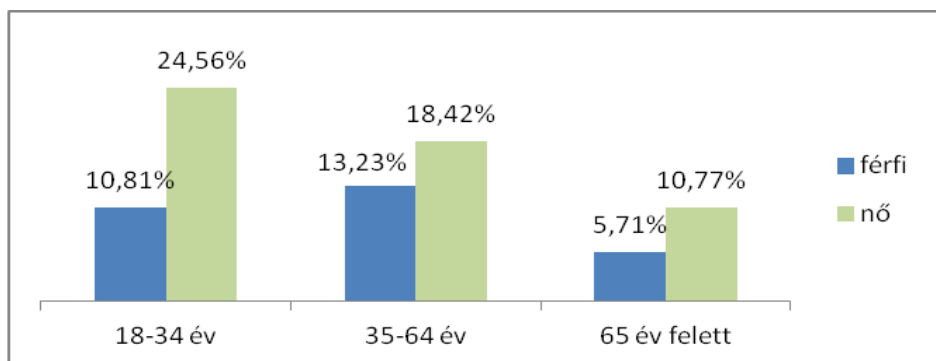
Erős fejfájásról, migrénről a betegek 14,2%-a számolt be, a nők körében minden korcsoportban jelentősen gyakoribb volt. [5. ábra]

Cukorbetegség a megkérdezettek 9,6%-ánál fordult elő. Korcsoportok szerinti bontásban a betegség gyakorisága a 65 év feletti nők körében kiemelkedően magas. [6. ábra]

A cukorbetegséghez hasonló eredményeket láthatunk a magas koleszterinszint, zsírsanyagcsere-zavar tekintetében. A magas koleszterinszint előfordulása (8,8%) az életkor előrehaladtával emelkedő tendenciát mutat. [7. ábra] A 65 év feletti korcsoportban a betegség prevalenciája megduplázódott mindkét nem esetében a 35-64 éves korcsoportéhoz képest, míg a 18-34 év közötti korosztályban a férfiaknál nem volt ilyen megbetegedés.

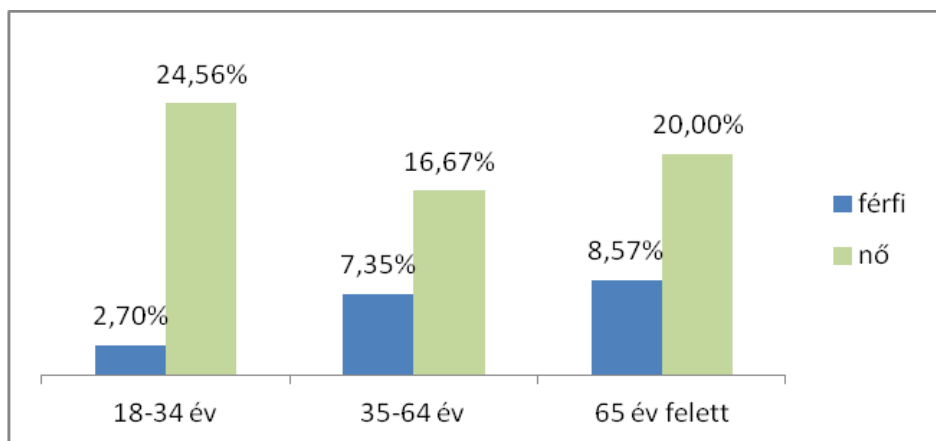
Szívritmuszavar, pitvarfibrilláció a betegek 9,3%-ánál jelentkezett. Szívkoszorúér (koronária)-megbetegedésről, anginás panaszokról a megkérdezettek 6,5%-a számolt be. Egyéb szívbetegséget a válaszadók 3,9%-ánál diagnosztizáltak. A kérdőívben a rosszindulatú daganatos betegségeket a megkérdezettek mindössze 2,6%-a jelölte meg, közülük 7 fő 64 év alatti.

4. ábra: Az allergiás betegségek gyakorisága nemek és korcsoportok szerint a nyíregyházi felnőtt lakosság körében, 2018 (N=57)



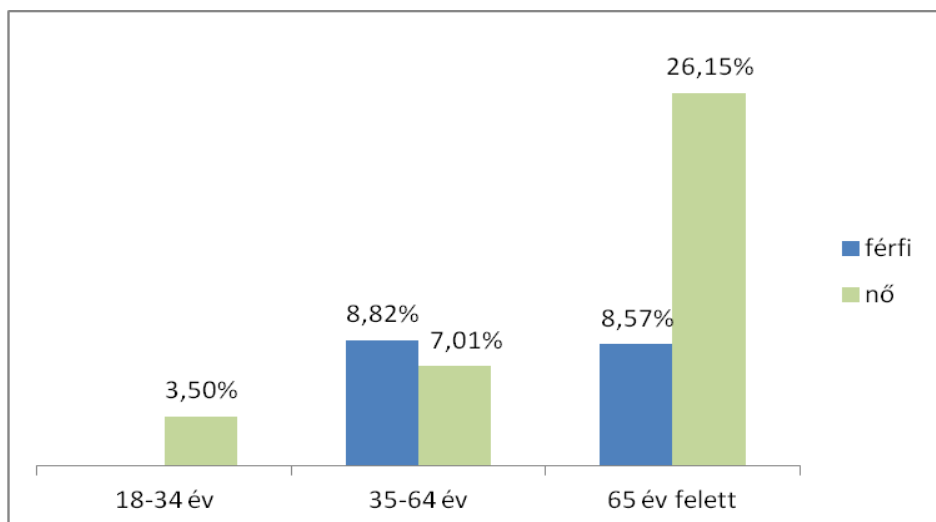
Forrás: saját szerkesztés

5. ábra: Erős fejfájás, migrén gyakorisága nemek és korcsoportok szerint a nyíregyházi felnőtt lakosság körében, 2018 (N=91)



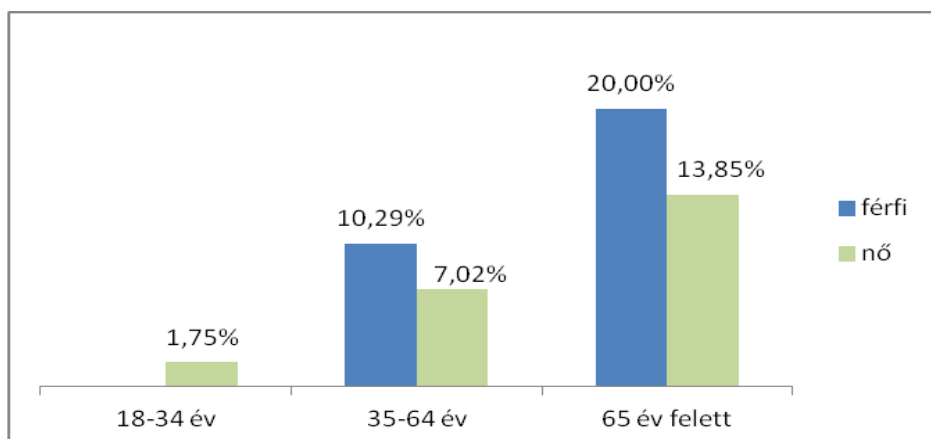
Forrás: saját szerkesztés

6. ábra: Cukorbetegség gyakorisága nemek és korcsoportok szerint a nyíregyházi felnőtt lakosság körében, 2018 (N=37)



Forrás: saját szerkesztés

7. ábra: Magas koleszterinszint, zsíryanycsere-zavar gyakorisága nemek és korcsoportok szerint a nyíregyházi felnőtt lakosság körében, 2018 (N=32)



Forrás: saját szerkesztés

MEGBESZÉLÉS

A szív- és érrendszeri megbetegedések jelenleg vezető halálokok a teljes korcsoportban mind a világon, mind Magyarországon, míg a daganatos megbetegedések a második helyen állnak.¹⁻⁵

A szív- és érrendszeri betegségekhez tartozó magasvérnyomás-betegség gyakorisága a világon a 25 év feletti korcsoportban kb. 40%, míg a fejlett országokban kb. 35% volt 2008-ban, a férfiak körében magasabb prevalenciát mértek.⁹ A mozgásrendszeri betegségek világszerte 20-33% között fordulnak elő, és a leggyakrabban vezetnek valamilyen korlátozottsághoz.¹⁰

Magyarországon az ELEF 2014-es felmérése szerint a magasvérnyomás-betegség prevalenciája a 15 éves és idősebb korcsoportban a férfiak körében 29%, a nők körében 34% volt. A háziorvosi szolgálat-hoz bejelentett 19 éves és idősebb lakosság körében 2017-ben a hipertónia gyakorisága a férfiaknál 36,9%, a nőknél 41,9% volt.¹¹ A Magyarország átfogó egészségvédelmi szűrőprogramjában részt vevő lakosság körében a férfiak 23,7%-a, a nők 21,9%-a nyilatkozott arról, hogy magas a vérnyomása, ebben az esetben az adatok alulbecslik a tényleges adatokat.¹² A nyíregyházi lakosság körében a megkérdezettek többsége magasvérnyomás-betegségben (29,3%), illetve mozgásszervi betegségben szenved. Ez az eredmény megfelel az ELEF 2014-es felmérés eredményeinek. A hipertónia

előfordulása a nyíregyházi 35-64 éves korcsoportban 5%-kal, (28% vs. 33%), míg a 65 éves és afölötti korosztályban 10%-kal kedvezőbb értéket kaptunk országos átlaghoz képest (56% vs. 66%). Megjegyzendő, hogy az egyes korcsoportokban a viszonylag alacsony esetszám miatt kisebb az adatok megbízhatósága, ez részben magyarázhatja a két korosztály eltérő viselkedését az országos adatokhoz képest. Kiemelkedő volt a migrén és az allergiás megbetegedések prevalenciája is. Korcsoportonkénti vizsgálatot tekintve láthatjuk, hogy a betegségek előfordulásának gyakorisága az életkor előrehaladtával emelkedő tendenciát mutat.

A cukorbetegség a válaszadók 9,6%-ánál fordult elő, ami megfelelt az ELEF 2014-ben mért országos átlagnak (8%). Ugyanakkor ez az érték alacsonyabb, mint a háziorvosi szolgálat által a 2017-es évre közölt adatok, mely szerint a felnőtt (19 éves és idősebb) férfiak 13,1%-a, a nők 13,3%-a szenved cukorbetegségben.¹¹ Magyarország átfogó szűrővizsgálati programjában csupán a férfiak 5,1%-ának, a nők 5,7%-ának volt diagnosztizált cukorbetegsége, ami a két előbb említett adat ismeretében lényegesen alacsonyabb a valódi prevalenciánál.¹²

Az ELEF 2014-es egészségfelmérése szerint a magyar lakosság jelentős része egészségtelen életmódot folytat.⁶ A feldolgozott eredményekből is látható, hogy a nyíregyházi lakosság körében leggyakrabban előforduló krónikus betegségek mind összefüggésbe hozhatók az egészségtelen

táplálkozással, mozgásszegény életmóddal, dohányzással és elhízással.

Szembetűnő eredmény mutatkozik az ízületi megbetegedések, a derékfájdalom, illetve krónikus gerincproblémák előfordulási gyakoriságánál: mind a magyar lakosság körében (spondilopátiák esetén: férfiak: 22,2%, nők: 28,8%), mind a nyíregyházi lakosság körében magas a prevalencia.¹¹ A reuma, ízületi gyulladásos betegségeket a válaszadók 17,1%-a jelölte meg, míg 23,3% él krónikus hátgerinc-, illetve derékfájdalommal.

A WHO által 2000-ben kidolgozott és elfogadott „A nemfertőző betegségek megelőzésének és kontrolljának globális stratégiája” után a WHO európai régiója 2012-ben fogadta el az első (a 2012-2016-os időszakra) és 2016-ban a második (a 2016-2025-ös időszakra) az európai régióra vonatkozó nemfertőző betegségek megelőzésének akciótervét, amely meghatározta a régiós szinten elérendő célokat. Ezek szerint 2020-ig évente 1,5%-kal, 2025-ig 25%-kal, 2030-ig harmadával kell csökkenteni négy nemfertőző betegség (szív- és érrendszeri, rosszindulatú daganatos betegségek, cukorbetegség, légzőrendszeri betegségek) miatti korai halálozást a 2010-es bázisévhez képest. Ehhez az elváráshoz kapcsolódik a krónikus betegségek kiváltásában szerepet játszó rizikófaktorok csökkentése.^{11,12,13,14,15}

A jelenlegi trendek alapján a négy legfontosabb nemfertőző betegség miatti korai halálzásra kitűzött célt az európai régió teljesíteni fogja.¹⁶ A nemfertőző betegségek megelőzésének stratégiájához kapcsolódóan a leggyakoribb betegségek esetén a WHO meghatározta a legfontosabb beavatkozási területeket, illetve bemutatta a régió országaiban a jó gyakorlatokat. Így például a magasvérnyomásbetegség mint népegészségügyi probléma kezelésének WHO által meghatározott hat komponense a következő: integrált alapellátási gondozási program kialakítása, a program alkalmazási költségeinek biztosítása, az alapvető diagnosztikai módszerek és gyógyszerek biztosítása, a rizikófaktorok populációs szintű csökkentése, munkahelyi wellnessprogramok szervezése, a programok monitorozása.⁹ A rizikófaktorok szintjén meghatározott négy beavatkozási terület: sócsökkentés, az egészséges

fogyasztás elterjesztése – az alkoholfogyasztás, a dohányzás, a telített zsírsavakban, transz-zsírsavakban, cukorban gazdag élelmiszerek fogyasztása tekintetében, a transz-zsírsavak kiküszöbölése az élelmiszerekből, kardiometabolikus kockázatbecslés és -menedzselés.¹⁷

Magyarországon a 2003-ban elfogadott „Egészség Évtizedének Nemzeti Program”-ja tűzte ki célul a legfontosabb nemfertőző betegségek és a rizikófaktorok (pl. dohányzás, alkoholfogyasztás) csökkentését, a megelőzésben szerepet játszó tényezők növelését 10 év alatt. Ezt egészítette ki a 2006-ban kidolgozott és elfogadott „Szív- és érrendszeri betegségek megelőzésének és gyógyításának nemzeti programja” és a „Nemzeti Rákellenes Program”, amelyek a prevenció minden szintjén megfogalmazták az elérendő célokat és szükséges beavatkozásokat.^{18,19} 2018-ban dolgoztatta ki az Emberi Erőforrások Minisztériuma az öt nemzeti programot magába foglaló népegészségügyi programot, amelyek kodifikációja és programmá alakítása még nem valósult meg.

2018-ban Nyíregyházán és Szabolcs-Szatmár-Bereg megye további öt járásában egészségfejlesztési irodák (EFI-k) nyíltak, amelyek elsősorban a primer és szekunder prevenció szintjén segíthetik elő a krónikus betegségek megelőzését. Továbbá a városi önkormányzat számos intézkedést hozott, amelyek a lakosság fizikai aktivitásának növelését szolgálják (pl. „Mozdulj, Nyíregyháza!” ingyenes mozgásprogram²⁰, kerékpárutak fejlesztése, jégkorcsolyapálya, uszoda építése).

KÖVETKEZTETÉSEK

A nyíregyházi felnőtt lakosság körében a leggyakrabban előforduló krónikus betegségek a hipertónia és a mozgásrendszeri betegségek voltak, amelyek összefüggésbe hozhatók az egészségtelen életmóddal. A krónikus betegségek előfordulásának csökkentése érdekében életmódváltoztatás és szűrésre fókuszáló prevenció programok szervezése szükséges.

HIVATKOZÁSOK

- ¹ World Health Organization: Global status report on noncommunicable diseases 2014. WHO, 2014. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf;jsessionid=8957D07642D3105E98D5BDDE3EC603A5?sequence=1 (Elérve: 2019. 09. 14.)
- ² World Health Organization: The European health report 2012: charting the way to well-being. WHO, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/197113/EHR2012-Eng.pdf?ua=1 (Elérve: 2019. 09. 14.)
- ³ World Health Organization: Fact sheets - Cardiovascular diseases (CVDs). [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)) (Elérve: 2019. 09. 14.)
- ⁴ World Health Organization: Fact sheets - Cancer. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer> (Elérve: 2019. 09. 14.)
- ⁵ Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet: Egészségjelentés 2016. Budapest, NEFI, 2017.
- ⁶ Központi Statisztikai Hivatal (KSH): A 2014-ben végrehajtott Európai lakossági egészségfelmérés eredményei. Összefoglaló adatok. KSH, Budapest, 2018.
- ⁷ Eurostat regional yearbook 2018. Eurostat, 2019. <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/9210140/KS-HA-18-001-EN-N.pdf/655a00cc-6789-4b0c-9d6d-eda24d412188> (Elérve: 2019. 09. 14.)
- ⁸ Ádány R (szerk.): Megelőző orvostan és népegészségtan. Budapest, Medicina kiadó, 2012.
- ⁹ World Health Organization: A global brief on Hypertension. WHO, 2013.
- ¹⁰ World Health Organization: Fact sheets – Musculoskeletal conditions. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions> (Elérve: 2019. 09. 14.)
- ¹¹ Központi Statisztikai Hivatal: Egészségügyi statisztikai évkönyv, 2017. KSH, Budapest, 2019.
- ¹² Kiss I, Barna I, Daiki T, et al. A népegészségügyi stratégiák és a szűrővizsgálatok megvalósulása „Magyarország átfogó egészségvédelmi szűrőprogramja” (MÁESZ) eredményeinek tükrében (2010-2017). *Leg Artis Med.* 2018;28(3):99–105.
- ¹³ World Health Organization: Global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases. WHO, 2000. http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA53/ea14.pdf?ua=1 (Elérve: 2019. 09. 14.)
- ¹⁴ Action plan for implementation of the European strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases 2012–2016. WHO Regional Office for Europe, 2012. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/170155/e96638.pdf?ua=1 (Elérve: 2019. 09. 14.)
- ¹⁵ Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases in the WHO European Region. WHO Regional Office for Europe, 2016. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/346328/NCD-ActionPlan-GB.pdf?ua=1 (Elérve: 2019. 09. 14.)
- ¹⁶ World Health Organization: European Health Report 2018 More than numbers – evidence for all. WHO, 2018. <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/european-health-report/european-health-report-2018/european-health-report-2018.-more-than-numbers-evidence-for-all-2018> (Elérve: 2019. 09. 14.)
- ¹⁷ World Health Organization: High blood pressure - country experiences and effective interventions utilized across the European Region. WHO, 2013. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/185903/e96816.pdf?ua=1 (Elérve: 2019. 09. 14.)
- ¹⁸ Egészségügyi Minisztérium: Szív- és érrendszeri betegségek megelőzésének és gyógyításának nemzeti programja, EüM, 2006. <http://regi.oefi.hu/szeb.pdf>
- ¹⁹ Egészségügyi Minisztérium: Nemzeti Rákellenes Program. EüM, 2006. http://www.oncol.hu/rtg/2016/nemzeti_rakellenes_program.pdf (Elérve: 2019. 09. 14.)
- ²⁰ Mozdulj Nyíregyháza” Program. <https://hu-hu.facebook.com/mozduljnyiregyhaza/> (Elérve: 2019. 10. 14.)

A felnőtt lakosság dohányzási szokásai Nyíregyházán

Smoking habits among adult population in Nyíregyháza

Szerzők: Rákóczi Ildikó^a ✉, Sárváry Attila^b, Gyulai Anikó^a, Takács Péter^c, Jávorné Erdei Renáta^a
a: Debreceni Egyetem, Egészségügyi Kar, Egészségtudományi Intézet, Védőnői Módszertani és Népegészségtani Tanszék, b: Debreceni Egyetem, Egészségügyi Kar, Egészségtudományi Intézet, Ápolástudományi Tanszék, c: Debreceni Egyetem, Egészségügyi Kar, Egészségtudományi Intézet, Egészségügyi Informatikai Tanszék

Beküldve: 2019. 09. 17.

doi: 10.24365/ef.v60i5.522

Összefoglaló:

Bevezetés: Világmértékben a dohányzás évente közel 6 millió ember haláláért felelős, ezen belül 600 ezer fő azoknak a száma, akik másodlagos dohányfüst-expozíciót (second-hand smoke, SHS) szenvedtek el. A Tobacco Atlas 2018-as számában megjelent jelentés alapján a 15 éves vagy annál idősebb személyek közül világszerte 942 millió férfi és 175 millió nő dohányzott napi rendszerességgel. Magyarországon a dohányzás népegészségügyi és egyben nemzetgazdasági kihívást is jelent. Komoly kockázati tényező a különböző daganatos és krónikus megbetegedések kialakulásának szempontjából; a dohányzás következtében kialakuló betegségek adják a második vezető halálokat. Jelen tanulmányunk célja a Nyíregyháza város életmínősége – Háztartáspanel kutatás 2018-as adatbázisára támaszkodva bemutatni a város felnőtt lakosságának dohányzási szokásait.

Módszertan: Az adatfelvétel a 2017/2018-as évben történt, az állandó nyíregyházi lakcímmel rendelkező, 18. életévüket betöltött lakosok körében.

Eredmények: A felmérésben résztvevő, Nyíregyházán élő felnőtt lakosság 26,2%-a rendszeresen dohányzik. Korcsoportos bontásban vizsgálva kitűnik, hogy a rendszeres dohányzók zömét döntően a fiatal és középkorú felnőttek, 18–34 (35,2%) és a 35–64 évesek (24,9%) képezik. A 65 éves vagy ennél idősebb korosztályban alacsonyabb a dohányzók aránya (19,2%). A környezeti dohányfüst káros hatásai által sújtottak aránya szintén a 18–34 éves korosztályban a legmagasabb, e csoport válaszadóinak 7,9%-a naponta több mint 5 órát tölt „passzív dohányos” környezetben. Ezen tanulmány alapadatai szerint az alacsonyabb iskolai végzettség és munkanélküliség nem bizonyult veszélyeztető tényezőnek a dohányzás szempontjából.

Következtetések: Céljaink elérésére – a lakosság egészségi állapotának javítására – az alapellátás prevenciók szolgáltatásainak bővítése kedvező hatással lesz. Az egészségfejlesztési programok közül a legjelentősebb változás a dohányzásról leszokni szándékozók támogatásától várható. A vonatkozó egészségügyi szakmai irányelv valamennyi egészségügyi dolgozó számára ajánlásokat fogalmaz meg. Ennek egyik igen fontos eleme a leszokás támogatás gyakorlatának oktatása és fejlesztési lehetőségeinek beillesztése a szakdolgozói képzésekbe.

Kulcsszavak: dohányzási szokások; dohányzásról való leszokás; kockázati csoportok; Nyíregyháza

Summary:

Introduction: Smoking is responsible for almost 6 million deaths every year worldwide, among which 600,000 individuals had been exposed to SHS (second-hand smoke). According to the report of the Tobacco Atlas, 942 million males, 175 million females (>15yr) smoked on a daily basis in 2018. In Hungary, tobacco use is a public health and a national economic challenge

also. It is a high-risk factor in the pathogenesis of oncological and chronic diseases. Smoking-related diseases are the second leading cause of deaths in the country. The aim of this study is to represent the population's (>18yr) smoking habits in Nyíregyháza, based on the data from the research called "Quality of life of Nyíregyháza – Household Panel".

Methods: The survey was conducted in 2017/2018 among residents of Nyíregyháza who were 18 years of age or over.

Results: 26% of the adult population in Nyíregyháza, represented in the research, is considered regular smoker. Distribution by age groups shows that young and middle aged adults represent the majority of smokers (18-34: 35,2%, 34-64: 24,9%). People over the age of 65 are less likely to smoke (19,2%). The age group of 18-34 is also the most likely to be exposed to secondhand smoke, 7,9% of respondents of this group spend over 5 hours per day in a passive smoker environment. Based on this study we can not conclude that academic background or unemployment are risk factors in terms of smoking.

Conclusion: The development of the primary care's preventive services will have a positive effect on the health status of Nyíregyháza's population. Smoking cessation programs are expected to result in the most significant change, even more so than other health development programs. The relevant health professional guidelines make recommendations for all health workers. In order to achieve the desired outcome, the skills and competencies, required by these plans of actions, need to be embedded in the education of public health professionals.

Keywords: smoking habits; smoking cessation; risk groups; Nyíregyháza

BEVEZETÉS

A dohányzást az Egészségügyi Világszervezet (*World Health Organization, WHO*) népegészségügyi katasztrófának nevezi, a betegségek és az idő előtti halálozások legfontosabb megelőzhető okai közé sorolja. Világmértékben a dohányzás évente közel 6 millió ember haláláért felelős.¹ A Tobacco Atlas 2018-as számában megjelent jelentés alapján a 15 éves vagy annál idősebb személyek közül világszerte 942 millió férfi és 175 millió nő dohányzott napi rendszerességgel. A dohányzás gyakorisága a gazdaságilag fejlett országokban csökkent, de a trend az utóbbi években megtorpanni látszik, viszont a gazdaságilag kevésbé fejlett országokban, mint a Szaharától délre fekvő dél-afrikai országokban az előfordulása egyre fokozódik.² Az Európai Unióban (EU) évente közel 700 ezren veszítik életüket dohányzás okozta megbetegedések következtében.³ Az EU tagországok lakosainak 14%-a csaknem minden nap kénytelen elviselni a mások által teremtett dohányfüstös környezetet.⁴ Magyarországon a dohányzás népegészségügyi és nemzetgazdasági kihívást jelent, ugyanis a kialakuló betegségek miatt jelentős károkat okoz. Komoly kockázati tényező a legkülönbözőbb daganatos és krónikus megbetegedések kialakulásának szempontjából, és a dohány-

zás következtében kialakuló betegségek adják a második vezető halálokat.⁵ Ez azzal együtt is igaz, hogy a halálozás mérsékelt csökkenése érzékelhető, amely óvatosan követi az európai trendet: nők esetében 2014-re a 2005-ös évhez viszonyítva 81%-ra, férfiaknál pedig 78%-ra redukálódott. A halálozás gyakoriságában eltűnőben van a két nem közötti különbség.⁶ A dohányzás a népességszaporulat csökkenésében is szerepet játszik: az anya várandósság alatti dohányzása egyike azoknak a megelőzhető és legsúlyosabb kockázati tényezőknek, melyek jelentősen hozzájárulnak a születés előtti, illetve a születés körüli megbetegedéshez és halálához.⁷ A 2000-es években végzett reprezentatív felmérések alapján, Magyarországon a felnőtt lakosság körében a rendszeres és alkalmi dohányzás együttes gyakorisága 36–38% körül mozgott. 2010-ben a dohányzás miatti közvetlen és közvetett kiadás 450 és 1000 milliárd forint közé esett.⁸ Az 1990-es évek kezdetétől Magyarországon a nemdohányzók védelmében számos jogszabályt vezettek be, amelyek a többi között dohányzóhelyet jelöltek ki a munkahelyeken (1993), tiltották a dohánytermékek reklámozását (1997), és a fiatalok számára dohánytermékekkel való kiszolgáltatását.⁹ Miután Magyarország 2004-ben csatlakozott az EU-hoz, a dohánytermékek áfájának lényeges emelésével

jelentősen növekedtek az ebből származó adóbevételek. Ez 2008-ban 350 milliárd forintra emelkedett, amely a teljes állami költségvetés 4%-ának felelt meg.¹⁰ Magyarországon 2012-től nagyon határozott jogi szabályozás lépett hatályba. Minden nyilvános és zárt helyen tilos a dohányzás (éttermek, munkahelyek, egészségügyi és oktatásügyi intézmények), de olyan nyilvános és egyébként nyitott terekben is tilos dohányozni, mint pl. a közösségi közlekedés járműveinek megállóhelyei vagy a játszóterek.¹¹ Reményre adhatnának okot a legutóbbi, 2014-es felmérés adatai, miszerint a rendszeres dohányosok aránya 29%, ami pozitív irányú elmozdulást is jelezhetne a 2009-ben mért 31,4%-os értékhez viszonyítva, azonban nemenkénti megoszlásban a különbség szembetűnő: a férfiak 34, a nők 22%-a dohányzik.¹² Ismert tény, hogy az alacsonyabb gazdasági-társadalmi helyzetű személyek nagyobb valószínűséggel és korábbi életkorban próbálják ki a cigarettát, valamint válnak rendszeres fogyasztóvá, esetükben a leszokást is nehezebb elérni.¹³ Kutatók is alátámasztják, hogy az aktív dohányzás mellett a környezeti dohányfüst-expozíciónak is jelentős szerepe van a hazai kedvezőtlen halálzási és megbetegedési helyzetben.¹⁴ A másodlagos dohányfüsttartalom világszerte és évente körülbelül 900 ezer ember haláláért tehető felelőssé.¹⁵ Az utóbbi években megnövekedett az érdeklődés a harmadlagos dohányzási ártalom hatásai iránt is. Az Amerikai Egyesült Államokban kaliforniai kutatók által végzett vizsgálatok igazolták, hogy a dohányfüstből lerakódott anyagok a levegőben megtalálható salétromsav hatására olyan dohány-specifikus vegyületekké, nitrózaminokká alakulnak át, amelyek a legszélesebb hatásspektrumú és legerősebb rákkeltő anyagok közé tartoznak, viszont a frissen kibocsátott füstben nem találhatók meg. Még kevésbé ismert a harmadlagos dohányfüst-expozíció (*third-hand smoke, THS*) méhen belüli hatása, de a csecsemőkre és a gyermekekre kifejtett káros hatások vizsgálatáról már számos tanulmány jelent meg.^{16,17,18,19} A dohányzást tiltó rendelkezések megjelenése óta a fejlett társadalmakban a rendszeres dohányzók arányának csökkenése figyelhető meg, azonban ezzel párhuzamosan egy új élvezeti forma, az elektronikus cigaretta (e-cigaretta) használata is megjelent.²⁰ Az e-cigaretta magyarországi elterjed-

ése vélhetően alacsonyabb – hazánkban a felnőtt lakosság 1–4%-a használja –, szemben az Egyesült Királyságban (5%), Franciaországban (4%), és Belgiumban mért (4%) adatokkal.

Jelen tanulmányunk célja a „Nyíregyháza város életminősége – Háztartáspanel 2018” adatbázisára támaszkodva bemutatni a 18 évnél idősebb felnőtt lakosság dohányzási szokásait felmérő vizsgálatok adatait, elemezni a kialakult helyzetet, valamint a nyíregyházi dohányzási helyzetet a hazai környezettel összevetve elősegíteni a megelőzést és a leszokás támogatás hatékonyságát.

MÓDSZERTAN

A Nyíregyháza város életminősége – Háztartáspanel kutatás 2008 óta öt hullámban, két-, illetve háromévente mérte fel a városlakók életminőségét. A mintaválasztás módszerét és általános jellemzőinek leírását jelen különszám módszertani bevezetése tárgyalja.ⁱ A 2018-as felmérés két szakaszban történt meg. Az első szakaszban, 2017 őszén 541 háztartást értek el, a második szakaszban, 2018 tavaszán pedig 391-et, melyből 389 háztartás választai voltak értékelhetők. Az adatfelvétel az állandó nyíregyházi lakcímmel rendelkező, 18. életévüket betöltött lakosok körében történt meg. A minta véletlen kiválasztását a Közigazgatási és Elektronikus Közszolgáltatások Központi Hivatala végezte.²¹

Kategóriák képzése

Az egy-egy kérdésre adott (egyébként csekély számú) hiányos vagy nem értékelhető válaszok miatt az egyes kategóriák elemszáma eltérhet a vizsgált teljes sokaságtól, ezt azonban minden táblázat címében, illetve celláiban külön feltüntettük. Elemzésünkben vizsgáltuk az életkor szerinti dohányzási szokásokat, amelyek esetében két kategóriát állítottuk szembe a nem dohányzókkal, nevezetesen a naponta, valamint az alkalmanként dohányzókat. Dohányzónak azokat tekintettük, akik a megelőző 30 napban rendszeresen, vagy alkalmanként dohányoztak. Korcsoportok képzésénél az Európai lakossági egészségfelmérés (ELEF) 2014-es kérdőívben használt kategóriákat vettük figyelembe

ⁱ Takács P, Fábrián G, Jávorné Erdei R. A 2018-as Nyíregyháza város életminősége Háztartáspanel kutatás általános és EgészségPanel szakaszainak mintavételi jellemzői. Egészségfejlesztés, LX. évfolyam, Jubileumi lapszám, doi: 10.24365/ef.v60i5.523

(18–34, 35–64, 65 éves vagy annál idősebb). A környezeti dohányfüst-expozíciónak való kitettséget aszerint vizsgáltuk, hogy a megkérdezettek otthonukban vagy ezen kívül szenvednek-e el ártalmat. Vizsgáltuk azt is, hogy a családi állapot milyen hatást gyakorol a dohányzás gyakoriságára.

A statisztikai elemzés céljára az SPSS 20.0 verziójú statisztikai programcsomagot használtuk. A leíró statisztikai számítások során a mintára jellemző és a fentiekben meghatározott változókat mutattuk be. Keresztábrás elemzéseknél az összefüggések jellemzésére a Pearson-féle kádrégyzet próbát

használtuk. 95%-os megbízhatósági tartomány mellett az eredményeket szignifikánsként értékeltük, ha a p-érték kevesebb, mint 0,05 volt.

EREDMÉNYEK

A minta jellemzőit az 1. táblázat foglalja össze. A minta nemi megoszlása a következő: 63,2% nő és 36,8% férfi. A felmérésben résztvevők 26,2%-a dohányzik napi rendszerességgel. Az alkalmanként dohányzók aránya 8,7%. A megkérdezettek 65,1%-a vallotta magát nem dohányzónak.

1. táblázat: Demográfiai jellemzők és dohányzási szokások a felmérésbe bevont nyíregyházi lakosok körében (n=378)

Változók	Elemzés (n)	(%)
Nem	386	100,0
Férfi	142	36,8
Nő	244	63,2
Nemzetiség	386	100,0
Roma	4	1,0
Nem-roma	382	99,0
Dohányzási státusz	383	100,0
Naponta dohányzik	101	26,2
Alkalmanként dohányzik	34	8,7
Nem dohányzik	248	65,1
Napi vagy megközelítően napi rendszerességgel legalább egy éven keresztül dohányzott	343	100,0
Igen	157	45,8
Nem	186	54,2
Otthonában tartózkodott olyan helyiségben, ahol mások dohányoztak	367	100,0
Soha, szinte soha	289	78,7
Naponta kevesebb, mint 1 órát	45	12,3
Napi 1–5 órát	23	6,3
Napi több, mint 5 órát	10	2,7
Otthonán kívül olyan helyen tartózkodott, ahol mások dohányoztak	373	100,0
Soha, szinte soha	231	61,9
Naponta kevesebb, mint 1 órát	87	23,3
Napi 1–5 órát	37	9,9
Napi több, mint 5 órát	18	4,8

Forrás: saját szerkesztés

A különböző korcsoportokban jelentősen eltérnek a dohányzási szokások. Említésre méltó, hogy a naponta dohányzók körében nagyobb arányban vannak a 18–34 év közöttiek, a dohányzók 35,2%-a ebből a korcsoportból kerül ki. [2. táblázat] Összehasonlítva az ELEF 2014-es felmérés eredményével szembeötlő, hogy az általunk kapott eredmények alacsonyabbak, kivéve a 65 éves vagy annál idősebb korosztályt, de a trend ugyanaz. Eredményeink mutatják – hasonlóan az ELEF 2014 adatához (33,2 %) –, hogy legtöbben a 18–34 éves korosztályban dohányoznak.

A két nem dohányzási szokásai közötti kismértékű különbség van: a nők 24%-a dohányzik napi

rendszerességgel, szemben a férfiaknál mért 30,5%-kal. [3. táblázat]

Legnagyobb arányban a 18–34 éves korosztály tagjai dohányoztak napi, vagy megközelítően napi rendszerességgel legalább egy éven keresztül. [4. táblázat]

Az otthonukban dohányfüstnek való kitettségre vonatkozó kérdések alapján elmondható, hogy a korcsoportok tekintetében találunk különbséget, de ez nem szignifikáns. Említést érdemel, hogy elsősorban a 18–34 év közöttiek szenvednek el környezeti dohányfüst-expozíciót. [5. táblázat]

2. táblázat: Dohányzás megoszlása korcsoportok szerint a felmérésbe bevont nyíregyházi lakosok körében (n=368)

Korcsoport	Dohányzási szokás		
	Igen, naponta n (%)	Igen, alkalmanként n (%)	Nem dohányzik n (%)
18–34 év	31 (35,2)	12 (13,6)	45 (51,2)
35–64 év	45 (24,9)	17 (9,4)	119 (65,7)
65 éves és idősebb	19 (19,2)	3 (3,0)	77 (77,8)
Összesen:	95 (25,8)	32 (8,7)	241 (65,5)

Forrás: saját szerkesztés

3. táblázat: Dohányzási szokások megoszlása nemek szerint a felmérésbe bevont nyíregyházi lakosok körében (n=383)

Nem	Dohányzási szokás		
	Igen, naponta n (%)	Igen, alkalmanként n (%)	Nem n (%)
Férfi	43 (30,5)	9 (6,4)	89 (63,1)
Nő	58 (24,0)	25 (10,3)	159 (65,7)
Összesen:	101 (26,2)	34 (8,9)	248 (64,6)

Forrás: saját szerkesztés

4. táblázat: Napi, vagy megközelítően napi rendszerességgel legalább egy éven keresztül dohányzók megoszlása korcsoport szerint a felmérésbe bevont nyíregyházi lakosok körében (n=333)

Korcsoport	Igen n (%)	Nem n (%)
18–34 év	46 (54,1)	39 (45,9)
35–64 év	74 (46,0)	87 (54,0)
65 éves és idősebb	33 (37,9)	54 (62,1)
Összesen:	153 (45,9)	180 (54,1)

Forrás: saját szerkesztés

5. táblázat: Otthonában környezeti dohányfüst-expozíciónak kitétek korcsoport szerinti megoszlása a felmérésbe bevont nyíregyházi lakosok körében (n=358)

Korcsoport	Soha, szinte soha n (%)	Naponta kevesebb, mint 1 óra n (%)	Napi 1-5 óra n (%)	Napi több, mint 5 óra n (%)
18–34 év	63 (71,6)	15 (17,0)	8 (9,1)	2 (2,3)
35–64 év	136 (79,1)	21 (12,2)	9 (5,2)	6 (3,5)
65 éves és idősebb	86 (86,7)	7 (7,1)	5 (5,1)	1 (1,0)
Összesen:	284 (79,3)	43 (12,0)	2 (6,1)	9 (2,5)

Forrás: saját szerkesztés

Az otthonukon kívül elszendvedett másodlagos dohányfüsttartalom szintén a 18–34 éves korosztályt érinti nagyobb arányban. Napi több mint 5 órát szenvedett el az említett korosztály 7,9%-a. A 6. táblázatban jól látható, hogy a mintában a 65 éves és ennél idősebb korosztály tagjai soha vagy szinte soha (81%) nincsenek kitéve környezeti dohányfüst-expozíciónak, akiket másodlagos dohányfüst-expozíciónak ér, jellemzően azok is kevesebb, mint naponta egy órán keresztül tartózkodnak dohányzók közelében (14%).

A 7. táblázatban látható a mintába bevontak megoszlása dohányzási szokások és a családi állapot

összefüggésében. A nem dohányzók között a házasságban élők 73,4%-os aránya kedvező képet mutat.

Az iskolai végzettség és a dohányzás kapcsolatát vizsgálva elmondható, hogy a nyolc általános iskolai osztállyal vagy annál kevesebb, valamint a szakmunkás végzettséggel rendelkezők esetében nagyobb arányban találunk napi rendszerességgel dohányzókat. [8. táblázat]

A naponta dohányzók 67,3%-a rendelkezik munkaviszonnyal. Az alkalmanként dohányzók is nagyobb arányban azok közül kerülnek ki, akik jelen vannak a munkaerőpiacon. [9. táblázat]

6. táblázat: Otthonán kívül környezeti dohányfüst-expozíciónak kitétek korcsoport szerinti megoszlása a felmérésbe bevont nyíregyházi lakosok körében (n=364)

Korcsoport	Soha, szinte soha n (%)	Naponta kevesebb, mint 1 óra n (%)	Napi 1-5 óra n (%)	Napi több, mint 5 óra n (%)
18–34 év	35 (39,3)	29 (32,6)	18 (20,2)	7 (7,9)
35–64 év	111 (63,4)	43 (24,6)	11 (6,3)	10 (5,7)
65 éves és idősebb	81 (81,0)	14 (14,0)	5 (5,0)	0 (0,0)
Összesen:	227 (62,4)	86 (23,6)	34 (9,3)	17 (4,7)

Forrás: saját szerkesztés

7. táblázat: A felmérésbe bevont nyíregyházi lakosok megoszlása dohányzási szokások és családi állapot szerint (n=365)

Dohányzási szokás	Nőtlen/Hajadon n (%)	Házasn (%)	Élettárs n (%)	Elvált n (%)	Özvegy n (%)	Összesen
Naponta	27 (39,7)	36 (18,8)	18 (32,7)	11 (30,6)	4 (28,6)	96 (26,3)
Alkalmanként	6 (8,8)	15 (7,8)	7 (12,7)	3 (8,3)	1 (7,1)	32 (8,8)
Nem dohányzik	35 (51,5)	141 (73,4)	30 (54,5)	22 (61,1)	9 (64,3)	237 (64,9)

Forrás: saját szerkesztés

8. táblázat: A dohányzási szokások megoszlása iskolai végzettség szerint a felmérésbe bevont nyíregyházi lakosok körében (n=363)

Dohányzási szokás	≤ 8 általános iskolai osztály n (%)	Szakiskola n (%)	Szakközépiskola n (%)	Gimnázium n (%)	OKJ n (%)	Főiskola/BSc vagy BA n (%)	Egyetem/MSc vagy MA n (%)	PhD n (%)	Összesen n (%)
Naponta	9 (31,0)	19 (33,9)	15 (30,0)	17 (30,4)	15 (26,8)	10 (14,1)	10 (29,4)	0 (0,0)	95 (26,1)
Alkalmanként	0 (0,0)	4 (7,2)	3 (6,0)	4 (7,1)	4 (7,1)	7 (9,9)	7 (20,6)	1 (14,3)	30 (8,3)
Nem dohányzik	24 (69,0)	33 (58,9)	32 (64,0)	35 (62,5)	37 (66,1)	54 (76,1)	17 (50,0)	6 (85,7)	238 (65,6)

Forrás: saját szerkesztés

9. táblázat: Dohányzási szokások megoszlása munkaviszony szerint a felmérésbe bevont nyíregyházi lakosság körében (n=372)

Dohányzási szokások	Munkaviszonnyal rendelkezik n (%)	Munkaviszonnyal nem rendelkezik n (%)
Naponta dohányzik	66 (67,3)	32 (32,7)
Alkalmanként	23 (69,7)	10 (30,3)
Nem dohányzik	130 (53,9)	111 (46,1)
Összesen:	219 (58,9)	153 (41,1)

Forrás: saját szerkesztés

MEGBESZÉLÉS ÉS KÖVETKEZTETÉSEK

Eredményeink szerint a válaszadók 26,2%-a dohányzik rendszeresen. Azok aránya, akik nem dohányoztak 65,1%, az alkalmi dohányosok gyakorisága pedig 8,7% volt. Az ELEF 2014 eredményei szerint a magyar felnőtt lakosság 27,5%-a gyújtott rá napi rendszerességgel.¹² Ezzel összehasonlítva az általunk mért eredmények hasonló képet mutatnak. A 2014. évi Eurobarometer felmérés adataihoz viszonyítva – ahol is a lakosság 26%-a dohányzó (ide értve a cigaretta-, szivar-, szivarka-, pipahasználókat, de az e-cigarettát szívók nincsenek benne ebben a kategóriában) közel azonos.³

A két nem dohányzási szokásai közötti kismértékű különbséget találtunk, az általunk megkérdezettek közül a nők 24%-a dohányzik napi rendszerességgel szemben a férfiaknál mért 30,5%-kal. Ezt összehasonlítva az ELEF 2014-es felmérés eredményével – miszerint a nők 22,2%-a és a férfiak 33,5%-a dohányzott napi rendszerességgel – láthatjuk, hogy az értékek közel azonosak.

A dohányfüstnek való kitétségre és a passzív dohányzásra vonatkozó kérdések alapján kiderült, hogy az általunk vizsgált korcsoportok között különbség mutatkozik, ám erre vonatkozóan nem találtunk szignifikáns összefüggést. Említést érdemel, hogy leginkább a 18–34 év közöttiek szenvednek el környezeti dohányfüst-expozíciót. Az ELEF eredményei alapján elmondható, hogy 2014-ben a megkérdezettek 6%-a napi több mint egy órát volt dohányfüstös környezetben, és ez közel azonos az általunk Nyíregyházán mért 6,1%-os eredménnyel. Országosan kevesebb, mint egy órás dohányfüst-expozíciónak való kitétség a lakosság 2,2%-ra volt jellemző, szemben a nyíregyházi minta 12%-ával. Az ELEF 2014-ben résztvevők 84,5%-a egyáltalán nem volt kitéve otthonában dohányfüst-expozíciónak, ami a mi kutatásunkban alacsonyabb mértékű volt: 79,3%.

Az otthonán kívül elszenvedett másodlagos dohányfüstártalom szintén a 18–34 éves korosztályt érinti nagyobb arányban, így napi több mint 5 órát szenved el a válaszadók 7,9%-a. A 65 éves és idősebb korosztály ilyen hosszú ideig egyáltalán nincs kitéve ennek az ártalomnak. Az eredmények alapján megállapítható, hogy szignifikáns összefüggés van az életkor, valamint az otthonon kívüli környezetben elszenvedett dohányfüst-expozíció között. A felm-

résben résztvevők 9,3%-a napi több mint egy órát, ennél kevesebb ideig a lakosság 23,6%-a volt kitéve passzív dohányzásnak. Az ELEF 2014 adatai szerint országos szinten a lakosság 2,3%-a napi több mint egy órát, 1,7 %-a kevesebb, mint egy órát volt kitéve dohányfüst-expozíciónak, míg 80,3%-uk egyáltalán nem töltött időt dohányfüstös környezetben.¹² Ennek alapján kijelenthetjük, hogy Nyíregyházán az országosnál kedvezőtlenebb a helyzet.

Az általunk végzett felmérés korcsoportos adataiból az is kitűnik, hogy a rendszeres dohányosok zömmel a 18–34 (35,2%) és a 35–64 éves (24,9%) korosztályból kerülnek ki. A 65 éves vagy afeletti korosztályban alacsonyabb a dohányzók aránya (19,2%). A napi rendszerességgel dohányzók között az egyedülálló 39,7%-os értéke igen kedvezőtlen képet ad. A nem dohányzók esetében megállapítható, hogy a gyakoriság nagyobb a házasságban élők esetében. Ennek 73,4%-os aránya igen kedvezőnek ítélandó. A nyolc általános iskolai osztállyal vagy annál kevessebbel, valamint a szakmunkás végzettséggel rendelkezők esetében nagyobb arányban találunk napi rendszerességgel dohányzókat (31,0–33,9%). A munkaviszony nem bizonyult protektív tényezőnek, mert a foglalkoztatottak nagyobb arányban dohányoznak szemben azokkal, akik nem rendelkeznek munkaviszonnal.

A WHO egyik kiemelkedő feladata az utóbbi évtizedekben a dohányzás elleni küzdelem, amelynek célja a felnőtt lakosság körében 20% alá csökkenteni a dohányzók arányát. Ennek érdekében jött létre a Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezmény, és az EU tagállamai is a legszigorúbb intézkedéseket alkalmazzák a dohányzás visszaszorítása érdekében.^{22,23} A cél elérése érdekében az oktatás területén a dohányzás prevenciónak állandóan jelen kell lennie. Számos, a dohányzás abbahagyását segítő program működik a világon, melyek egyéni vagy csoportos segítséget nyújtanak, illetve elektronikus szolgáltatásokon keresztül segítik a leszokni vágyókat.^{24,25} Az Országos Korányi Pulmonológiai Intézetben 2012-ben kezdte meg működését a Dohányzás Leszokást Támogató Módszertani Központ azzal a céllal, hogy megbízható adatok ismeretében a hazai dohányzási szokások körvonalazódása alapján szakmai segítséget nyújtson a leszokást támogató programok megvalósításához. Ezzel egy időben a tudógondozókban elindult az egyéni, valamint csoportos dohányzás leszokást támogató tanácsadás.²⁶

A dohányzás egészségre gyakorolt káros hatásai a fiatalokat és az alacsony iskolai végzettségűeket – feltételezhetően a hiányos ismereteik miatt – különösen veszélyeztetik.^{27,28} Az eddigi kutatások is ezt támasztják alá, ezzel szemben a saját eredményeink birtokában elmondhatjuk, hogy a magasabb iskolai végzettséggel rendelkezőket sem szabad figyelmen kívül hagyni, mert közöttük nagyon magas a rendszeres, napi cigarettázók aránya.^{26,29}

Mindenképpen fontos, hogy a leszokás támogatása a legszélesebb körben ismertté váljon, mivel ez a program hatékonyságának és sikerességének alapvető feltétele.³⁰

A felsőoktatásban és ezen belül az egészségügyi képzéseken tanuló hallgatók számára a dohányzás prevenciók tevékenységnek állandóan jelen kell lennie.^{31,32} Általános céljaink elérésére az alapellátás prevenciók szolgáltatásainak bővítése, a lakosság egészségi állapotának javítása remélhetőleg kedvező hatással lesz. Az egészségfejlesztési programok közül a legjelentősebb változás a dohányzásról való leszokás támogatásától várható.³³ A vonatkozó egészségügyi szakmai irányelv valamennyi egészségügyi dolgozó számára ajánlást fogalmaz meg. Ennek egyik igen fontos eleme, hogy a leszokástámogatás gyakorlatának oktatását és fejlesztési lehetőségeit integrálja a szakdolgozói képzésekbe.

Ki kell emelni, hogy a védőnő, mint az alapellátás szakembere, a dohányzásleszokás támogatása során képes minimál intervencióra, a nemzetközi gyakorlatban javasolt, igen elterjedt „5A” módszer lépéseinek követésével.³⁴ Ebből kiindulva 2018-ban a „Kelet-európai Ápolók Kiválósági Központja a Dohányzás Visszaszorításáért” program keretében

Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében 45 védőnő vett részt területi képzésben. A képzés célja a leszokástámogatás gyakorlatának megismertetése a védőnőkkel, akik munkájuk során ennek hatékony végzésére kompetensé válnak, valamint felkeltik és erősítik a várandós és gyermekágyas anyák leszokás iránti motivációját.³⁵ Nyíregyházán 2019. június 7-én egyedülálló módon dohányzásról leszokást támogató tanácsadás nyílt. A dohányzó várandósok kiszűrése egyszerűsített kérdőíves adatrögzítéssel történik az egyes védőnői körzetekben, a védőnők javasolják az érintett várandósoknak, hogy vegyenek részt a leszokást támogató programban. Erre az Egészségügyi Alapellátás Igazgatóság épületében működő „Dohányzásról való leszokást támogató tanácsadón” van lehetőség, ahol is erre képzett tanácsadó nyújt segítséget a dohányzásról leszokni akaró várandósoknak.^{36,37}

A felmérésünk eredményeiből levont következtetések csak a kutatásban résztvevőkre érvényesek, így nem vonatkoztathatók Nyíregyháza teljes lakosságára. A mintába csekély számú roma nemzetiségű került be, ezért roma és nem-roma alcsoportonként történő elemzést nem tudtuk végezni. A Nyíregyháza város életminősége – Háztartáspanel kutatás reprezentatív mintaválasztását feltételezve ez azt jelenti, hogy vagy Nyíregyháza lakosságának 1%-a roma, vagy az 541 háztartásból a 150 nem válaszoló között a romák halmozottan fordultak elő. Továbbá a mintában a nők felülreprezentáltak voltak. Ugyanakkor fontos kiemelni, hogy a jelenlegi kutatási adatok szerint a nemek szerinti, valamint a nemzetiségi hovatartozás nem közömbös a dohányzás szempontjából.¹³

HIVATKOZÁSOK

¹ World Health Organization. Report on the global tobacco epidemic, Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship 2013; 16. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85380/9789241505871_eng.pdf;jsessionid=BCF3C6DF10103AF14B14FBC72B06F437?sequence=1 (Elérve: 2019. 09. 02.)

² Drope J, Schluger N, Cahn Z, Drope J, Hamill S, Islami F, Liber A, Nargis N, Stoklosa M. The Tobacco Atlas. 6th ed. 2018. Atlanta: American Cancer Society and Vital Strategies. <https://tobaccoatlas.org/> (Elérve: 2019. 11. 12.)

³ Special Eurobarometer 429. Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes European Commission, Brussels, 2015. https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_429_en.pdf (Elérve: 2019. 11. 12.)

⁴ Flash Eurobarometer 253 Survey on Tobacco. Analytical report. European Commission, Brussels 2009. https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/flash/fl_253_en.pdf (Elérve: 2019. 11. 12.)

- ⁵ Péntes M, Balázs P. Dohányzásellenes intézkedések hatékonyságának megítélése serdülők körében. *Egészségtudomány*. 2013; 57(1): 57-74. <http://egeszsegtudomany.higienikus.hu/cikk/2013-1/2013-1.pdf> (Elérve: 2019. 11. 14.)
- ⁶ Varsányi P. (szerk.): *Egészségjelentés 2016: Információk a népegészségügyi beavatkozások célterületeinek azonosításához a nem fertőző betegségek és az egészségmagatartási mutatók elemzése alapján*. Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, Budapest, 2017. <https://konyvtar.aeek.hu/cgi-bin/egyszeru4.exe?a1=0&a2=0&a3=1&a4=10&a5=M&a6=e251> (Elérve: 2019. 12. 10.)
- ⁷ Rákóczi I, Fogarasi-Grenczer A, Balázs P. A várandósság alatt dohányzó nők szocio-ökonomiai háttérének jelentősége a leszokás támogatásában. *Védőnő*. 2014; 24(4): 28-31.
- ⁸ Demjén T, Kiss J, Formanek-Balku E. Az Egészségügyi Világszervezet Nemzetközi Ifjúsági Dohányzás Felméréseinek 2016. évi hazai megvalósításáról. Zárótanulmány, Budapest 2016. október. https://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/01_GYTS_2016_osszefoglalo_tanulmany.pdf (Elérve: 2019. 11. 14.)
- ⁹ Paulik E. Social determinants of smoking and quitting in Hungary. In: *Increasing Capacity for Tobacco Research in Hungary 2008-2013*. Institute for History of Hungarian Sciences, Budapest, 2013; 39-60. https://mafiadoc.com/increasing-capacity-for-tobacco-research-in_5c58bb7b097c47a4388b45d0.html (Elérve: 2019. 12. 10.)
- ¹⁰ Bodrogi J. Economic impact of tobacco smoking. In: *Increasing Capacity for Tobacco Research in Hungary 2008-2013*. Budapest, Institute for History of Hungarian Sciences Budapest, 2013; 185-214. https://mafiadoc.com/increasing-capacity-for-tobacco-research-in_5c58bb7b097c47a4388b45d0.html (Elérve: 2019. 12. 10.)
- ¹¹ 2011. évi XLI. törvény a nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól szóló 1999. évi XLIII. törvény módosításáról. <https://mkogy.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1100041.TV> (Elérve: 2019. 09. 15.)
- ¹² Központi Statisztikai Hivatal. Európai lakossági egészségfelmérés, 2014. Statisztikai Tükör 2015/29., <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/elef14.pdf> (Elérve: 2019. 12. 10.)
- ¹³ Paulik E, Lukács A, Rogers T, Easterling D, et al. Dohányzási szokások és dohányzással kapcsolatos ismeretek a roma népesség körében. *Népegészségügy* 2012; 90 4. 246-252.
- ¹⁴ Balku E, Varsányi P. Dohányzás okozta megbetegedés és halálozás. In: Demjén T. (szerk.) *Dohányzás visszaszorítása 2016*. Dohányzás Fókuszpont, Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet. Budapest, 2016
- ¹⁵ Kovács G, Manchin R. A passzív dohányzás hatása az egészségre. In: *Dohányzás vagy egészséges életmód?* Medicina Könyvkiadó Zrt. Budapest 2006; 161-162.
- ¹⁶ Hrubá D, Šikolová V. Co je „third-hand smoke“?. *General Practitioner/Prakticky Lekar* [serial online]. April 2014;94(4):190-194. <https://www.prolekare.cz/en/journals/general-practitioner/2014-4/what-is-third-hand-smoke-49738> (Elérve: 2019. 12. 10.)
- ¹⁷ Ferrante G, Simoni M, Cibella F, Ferrara F, Liotta G, Malizia V, Corsello G, Viegi G, La Grutta S. Third-hand smoke exposure and health hazards in children. *Monaldi Arch For Chest Dis*. 2013;79(1):38-43. doi: [10.4081/monaldi.2013.108](https://doi.org/10.4081/monaldi.2013.108)
- ¹⁸ Sleiman M, Gundel LA, Pankow JF, Jacob P 3rd, Singer BC, Destailats H. Formation of carcinogens indoors by surface-mediated reactions of nicotine with nitrous acid, leading to potential thirdhand smoke hazards. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2010;107(15):6576-81. doi: [10.1073/pnas.0912820107](https://doi.org/10.1073/pnas.0912820107)
- ¹⁹ Jacob P 3rd, Benowitz NL, Destailats H, et al. Thirdhand Smoke: New Evidence, Challenges, and Future Directions. *Chem Res Toxicol*. 2017;30 (1):270–294. doi: [10.1021/acs.chemrestox.6b00343](https://doi.org/10.1021/acs.chemrestox.6b00343)
- ²⁰ Cselkó Zs, Péntes M. Az elektronikus cigarettáról meglévő ismeretek összefoglalása. *Orv Hetil.*, 2016; 157(25), 979–986. doi: [10.1556/650.2016.30469](https://doi.org/10.1556/650.2016.30469)
- ²¹ Jávorné Erdei R, Takács P. Szubjektív egészségi állapot és annak változásai Nyíregyházán. *Acta MedSoc* 2018; 9. 26. (3-15) doi: [10.19055/ams.2018.9/27/7](https://doi.org/10.19055/ams.2018.9/27/7)
- ²² WHO Framework Convention on Tobacco Control. WHO, 2003. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42811/9241591013.pdf;jsessionid=080A4AB27FBECE428A234CA7E3FAF6D1?sequence=1> (Elérve 2019. 12. 09.)
- ²³ WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking. WHO, 2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/156262/1/9789241564922_eng.pdf?ua=1 (Elérve: 2019. 12. 10.)
- ²⁴ McCrabb S, Balogh Z, Baker AL, et al. Development of an online smoking cessation program for use in hospital and following discharge: smoke-free recovery. *BMJ Innovations*. 2017;3:115-122. doi: [10.1136/bmjinnov-2016-000126](https://doi.org/10.1136/bmjinnov-2016-000126)
- ²⁵ WHO Regional Office for Europe. *European Tobacco use. Trends Report 2019*. WHO, 2019. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/402777/Tobacco-Trends-Report-ENG-WEB.pdf?ua=1 (Elérve: 2019. 12. 10.)
- ²⁶ Cselkó Zs, Kovács G. Dohányzási szokások Magyarországon: az utóbbi évtized felméréseinek elemzése. *Orv Hetil.*, 2013; 154 (37): 1454-1468. doi: [10.1556/OH.2013.29694](https://doi.org/10.1556/OH.2013.29694)

²⁷ Paulik E, Rogers T, Easterling D, Nagymajtényi I. A dohányzással kapcsolatos ismeretek és attitűdök egyenlőtlenségei Magyarországon. Egészségtudomány, 2012; 56 (3): 8-24 <http://egeszsegtudomany.higienikus.hu/cikk/2012-3/2012-3.pdf> (Elérve: 2019. 12. 10.)

²⁸ WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/156262/1/9789241564922_eng.pdf?ua=1 (Elérés: 2019. 10. 12.)

²⁹ Pénzes M, Foley LK, Balázs P, Urbán R. Patterns Of Alternative Tobacco Product Experimentation Among Ever Smoker Adolescents. Cent Eur J Public Health 2019; 27 (1): 3–9. doi: [10.21101/ceiph.a5364](https://doi.org/10.21101/ceiph.a5364) (Elérés: 2019. 12. 10.)

³⁰ Zhuang YL, Gamst AC, Cummins SE, Wolfson T, Zhu SH. Comparison of smoking cessation between education groups: findings from 2 US National Surveys over 2 decades. Am J Public Health. 2015;105(2): 373-9. doi: [10.2105/AJPH.2014.302222](https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302222)

³¹ Ward KD. Tobacco intervention research in low- and middle-income countries: lessons learned and future directions. J Smok Cessat. 2016; 11(2): 61–64. doi: [10.1017/jsc.2016.6](https://doi.org/10.1017/jsc.2016.6)

³² Urbán R. Lehetnek-e az elvárások a dohányzás prevenció célpontjai? A dohányzással kapcsolatos elvárások szerepe a serdülőkori dohányzásban. Egészségtudomány, 2011; 55(2): 105. <http://egeszsegtudomany.higienikus.hu/cikk/2011-2/2011-2.pdf> (Elérve: 2019. 12. 09.)

³³ Balázs P, Fogarasi-Grenczer A, Rákóczi I, Kristie LF. A koraszülés epidemiológiája Északkelet-Magyarországon. Gyermekgyógyászat 2015; 66(3): 166-172.

³⁴ Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve a dohányzásról való leszokás támogatásáról. 2019. EÜK. 2. szám EMMI szakmai irányelv 1. https://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/2837/fajlok/EMMI_szakmai_iranyelve_dohanyzasrol.pdf (Elérve: 2019. 12. 09.)

³⁵ Cselkó Zs, Pataki E, Fényes M, Várfalvi M, Rákóczi I, Vecseryés E, Forgó A, Csányi P. Smoking cessation training for health visitors in Hungary. Tob. Prev. Cessation 2019;5 (Supplement):A19 doi: [10.18332/tpc/105316](https://doi.org/10.18332/tpc/105316)

³⁶ Várandósan már nemcsak maguknak ártanak. SZON, 2019. 07. 05. <https://szon.hu/életstilus/helyi-életstilus/varandos-mar-nem-csak-maguknak-artanak-3172169/> (Elérve: 2019. 12. 10.)

³⁷ Országosan 15, megyénkben 20 százaléka dohányzik a várandós kismamáknak. Frissmédia, 2019. 07. 05. <https://frissmedia.hu/hir/orszagosan-15-megyenkben-20-szazaleka-dohanyzik-a-varandos-kismamaknak/11438> (Elérve: 2019. 12. 10.)

A 2018-as Nyíregyháza város életminősége Háztartáspanel kutatás általános és EgészségPanel szakaszainak mintavételi jellemzői

Sampling characteristics of the Nyíregyháza Life Quality Panel Survey in general and with focus on the Health Questionnaire

Szerzők: Takács Péter ✉, Fábán Gergely, Jávorné Erdei Renáta
Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar

Beküldve: 2019. 09. 23.

doi: 10.24365/ef.v60i5.523

Összefoglaló:

A Nyíregyháza Életminősége Panelkutatás 2008 óta méri fel időről időre a városi lakosok életminőség-viszonyait. 2018-ban a felmérés időben kettébomlott: a lakosok egészségi állapotára, az ellátórendszer igénybevételére, az egészségmagatartásra és az egészségkultúrára vonatkozó felmérésre időben később, EgészségPanel néven került sor.

A publikáció célja a tíz évre visszanyúló Életminőség Panelkutatás vizsgálatainak bemutatása, a 2018. évi felmérés mintavételi leírása, az alapvető mintajellemzők összefoglalása. A 2018-as vizsgálat első, általános szakasza az 1000 fős címlistából 541 főt ért el. A második szakaszban (EgészségPanel) közel négyszáz főt (391) tudott felmérni. Az adatok feldolgozása az egyéni válaszok esetében súlyozottan (kor, nem, iskolai végzettség); a háztartásokra vonatkozó kérdések esetében súlyozás nélkül történt.

A leíró és elemző statisztikai vizsgálatok összefoglalásaként elmondható, hogy a korábbi kutatási hullámokban tapasztalt arányok, összefüggések 2018-ban is mutatkoztak. Kiemelhető, hogy a férfiak szignifikánsan nagyobb arányban gondolták úgy, hogy egészségi állapotuk rendben van, és mindkét nem azonos módon gondolkodik arról, hogy mennyit tehet egészségéért. A különválasztott egészségi felmérési szakasz lehetőséget adott a városi lakosság egészségi helyzetének részletes feltárására. A bemutatott kutatási eredmények szorosan kapcsolódnak Nyíregyháza város Egészségtervének megalapozásához.

Kulcsszavak: Nyíregyháza; panelkutatás; egészségi felmérési szakasz

Summary:

The Nyíregyháza Life Quality Panel Survey has been measuring the quality of life of urban residents since 2008. In 2018, the survey was split into two parts – the Health Questionnaire block was measured separately. The second survey focused on the health status of residents, access to the health care system, health behavior and health culture – under the name HealthPanel.

The primary objective of this publication is to provide a sampling description of the Nyíregyháza Life Quality Panel Survey and the Health Survey (part of the Panel Study in 2018). The first general phase of the 2018 study reached 541 people out of a sample of 1,000. The second phase (HealthPanel) reached nearly forty (391) people). Data processing was weighted for individual responses (age, gender, educational level). For household questions, the original data was used.

As a summary of descriptive and analytical studies, it can be seen that the results are the same in 2018 as before. It can be emphasized that significantly more men thought that their state of

health was good enough. Both genders think the same way about how much they can do for their health.

The separated health assessment questionnaire provides a detailed insight into the health status of the urban population. The presented research results are closely related to the development of the Nyíregyháza City Health Plan.

Keywords: Nyíregyháza; household survey; health survey

BEVEZETÉS

Az emberi élet minősége szorosan kapcsolódik az egyén egészségi állapotához. A kérdés számos aspektusa ismert és aktívan kutatott.^{1,2,3,4} Jelen írás Nyíregyháza megyei jogú város polgárai körében 2008 óta rendszeresen elvégzett életminőség kutatás (Nyíregyháza város életminősége Háztartáspanel kutatás, röviden Panelkutatás) 2018-as általános felmérési szakaszának és ugyanabban az évben különállóan felmért EgészségPanel szakaszának (egészségi állapotra, ellátórendszer igénybevétele, egészségmagatartásra és egészségkultúrára egyaránt vonatkozó felmérés) módszertani bemutatására vállalkozik.

A bevezető rész utáni első fejezet a Panelkutatás 2008 és 2018 közötti felmérési hullámainak háttérül szolgáló európai és magyar vizsgálatokat, a kutatás mérőeszközének kérdőívblokkjait és az adatfelvételi jellemzőket írja le – főleg a 2018-as évre koncentrálna. A következő fejezet a 2018-as különálló EgészségPanel mintavételi jellegzetességeit tárgyalja. Az Eredmények fejezet a minta nem, életkor, iskolai végzettség, családi állapot, foglalkoztatás, önminősített egészségi állapot (vélt egészségi állapot) és a „mennyit tehet egészségéért” kérdésekre adott válaszokat taglalja. Még ebben a részben a leíró statisztikai eredmények után az előbb felsorolt változókkal kapcsolatos néhány összefüggés bemutatására kerül sor. A közölt eredmények kapcsolódnak az Egészségfejlesztés folyóirat jelen számában megjelenő további témaspecifikus közleményekhez is.

NYÍREGYHÁZA VÁROS ÉLETMINŐSÉGE HÁZTARTÁSPANEL KUTATÁS, 2008-2018

Az eddigi felmérési hullámok

Nyíregyháza város vezetősége és a Debreceni Egyetem Egészségügyi Kara 2008-ban indította el a

„Nyíregyháza város életminősége” címet viselő panelvizsgálatot – amit sokszor Háztartáspanel, vagy Panelkutatás néven is említenek. Ennek fő célja a városi felnőtt lakosság életminőségét érintő jellemzők folyamatos nyomon követése, a változások monitorozása és elemzése. Az eddigi adatfelvételek öt hullámban: 2008-ban, 2010-ben, 2012-ben, 2015-ben és 2018-ban zajlottak. A 2015-ös a kutatás területileg kibővült, a városi lakosok mellett a nyíregyházi járás felnőtt népessége is felmérésre került.⁵

A nyíregyházi Panelkutatás kialakítása során mintául vett külföldi és hazai előzmények

A nyíregyházi Panelkutatás egyik közvetlen példájának az Európai Közösség Háztartáspanel kutatás (*European Community Household Panel; ECHP*^{6,7}) tekinthető, amely standardizált kérdőívvel, azonos mintán (60.500 európai háztartás, közel 130.000 fő) vizsgálta 1994 és 2001 között az európai polgárok életkörülményeit. Hazánk ehhez a felméréssorozathoz később, az ECHP folytatásának tekinthető Európai Jövedelem és Életminőség Statisztika vizsgálatsorozathoz csatlakozott (*Statistics on Income and Living Conditions; EU-SILC*⁸). A felmérés megszakítására és módosítására azért volt szükség, mert az eredeti mintában szereplő háztartások és személyek lemorzsolódása egyre nagyobbá vált (költözés, elhalálozás, válaszmegtagadás – panelkopás). A reprezentatív adatfelvétel 2001-re gyakorlatilag lehetetlenné vált. Az EU-SILC vizsgálatot 2003-ban hagyta jóvá az Európai Parlament.

A nyíregyházi felmérések közvetlen hazai előzménye a Magyar Háztartás Panel országos kutatássorozat (MHP – később Háztartás Monitor HM⁹, TÁRKI). A felmérés az európai felmérésekkel azonos módszertani alapokon, két évente vesz mintát a magyar háztartások életkörülményeinek pontosabb megismerésére, a változások követésére.

A vizsgálatok módszertana – háztartáspanel kutatás

A nyíregyházi vizsgálatok a háztartáspanel módszertant követi: a felmérés ugyanazokat a háztartásokat keresi meg időről-időre és egyidejűleg a háztartásokról, a háztartás tagjairól, valamint a kérdésekre választ adó személyről (aki a háztartás tagja) gyűjti az információkat.^{10(6.o.)} Az ilyen vizsgálatok adatfelvétele során az első lépések közé tartozik az, hogy a kutatók rögzítenek egy (több adatfelvételi hullámra vonatkozó) címlistát, gyakran pótcímlistát is (a pótcímlista használatára lásd Tordai írásának Konklúzióját^{10(51.o.)}), amelyet a panelkopás hatásainak csökkentésére használnak. A pótcímlista alkalmazásának szükségességét, annak hazai tapasztalatait Paksy is összefoglalta: „A hazai normálpopulációs survey kutatásokban – elsősorban a lakosság csökkenő részvételi hajlandóságának következtében – ma már általános, hogy minimálisan 100-200%-os pótminta alkalmazása szükséges”.¹¹ Nyíregyházán a felmérések során alkalmazott címlista összeállítását (2008 és 2015) a Közigazgatási és Elektronikus Közszolgáltatások Központi Hivatala¹² végezte. A címlistába a 18. életévüket betöltött állandó lakcímmel rendelkező nyíregyházi lakosok kerülhettek be. 2008-ban és 2015-ben is az alaplista (2000 cím, illetve 1000 cím) mellé pótlista (400 cím, illetve 500 cím) is kialakításra került. A 2015-ös új címlistára a panelkopás – az adatfelvétel drasztikus szűkülésére lehetett számítani – okán volt szükség. A minta reprezentativitási vizsgálata és súlyozása 2015-ig a nemek megoszlása alapján történt. A 2018-as felmérési hullámban került sor a nemi megoszlás mellett az életkor és az iskolai végzettség bevonására.¹³ A felhasznált populációs szintű városi adatok a korábbi népszámlálásokból (2001 és 2011) álltak rendelkezésre. Magát az adatfelvételt – előzetes felkészítést követően – minden vizsgálati hullámban főleg a Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar hallgatói végezték. A címlistán szereplők első lépésként egy tájékoztató levelet kaptak a Polgármesteri Hivaltaltól. Ez a megkeresés többek között leírta a vizsgálat céljait és a várható megkeresési időpontot. Ezt követően keresték fel a kérdezőbiztosok a címlista alapján a háztartásokat. A megkeresések nagyrészt munkaidő után történtek. A kérdezők a háztartás azon felnőtt tagját igyekeztek megszólítani, akiről feltételezték, hogy megfelelő információkat tudnak adni

a kérdőív egyes blokkjaira. A háztartásra vonatkozó kérdéseket sokszor a kérdés során jelen lévő személyek válaszaiból összesítették a kérdezők. Meghiúsult adatfelvétel esetén a kérdezők újra keresték a háztartást. Amennyiben a lekérdezés ismételen sikertelen volt az adott címen, úgy a pótcímlistából választottak újabb címet. A lekérdezések ellenőrzése véletlenszerűen a helyszíneken történt. A kitöltött papír alapú kérdőívek összegyűjtése és számítógépes rögzítése az Egészségügyi Karon történt.

A Panelkutatás kérdőívblokkjai

A nyíregyházi Panelkutatás során alkalmazott kérdőív fő struktúrája (blokkjai) és alapkérdései 2008 óta állandóak, de a kutatócsoport minden felmérési hullám előtt áttekintette és szükség esetén a külső körülményekhez és az adott hullám konkrét vizsgálati rész céljaihoz igazította a mérőeszközt. Ennek eredményeként például:

- a kérdőív 2015-től tartalmazza az érzelmi jóllét dimenziót (Oxford Boldogságmérő kérdéscsoport¹⁴ használata) – ez a bővítés teszi lehetővé a teljes Rahman-féle életminőség-modell¹⁵ interpretálását;
- a negyedik és ötödik hullámban (2015 és 2018) az egészségi állapotra vonatkozó kérdéseket átalakították; így a felmérés jobban illeszkedik az Európai Lakossági Egészségfelméréshez (ELEF16).

A kérdőív nagy blokkjai a következők:

1. Háztartások jellemzői (összetétel, lakhatás körülményei, lakás felszereltsége, jövedelmi viszonyok).
2. Gazdasági aktivitás (munkával, gazdasági helyzettel kapcsolatos jellemzők).
3. Egészség (önmegítélés, megbetegedések és jellemzőik, alapellátás és szakellátás igénybevétele, tartós betegségek) – 2018-ban a különállóan elvégzett EgészségPanel lekérdezés okán ez a Panelkutatás blokk csak egyetlen kérdést, az egészségi állapot önmegítélésére (vélt egészségi állapot) vonatkozó kérdést tartalmazta.
4. Társas kapcsolatok (családi és emberi kapcsolatok jellemzői, kiterjedtsége, intenzitása).

5. Időskorúak helyzete (a 65 éves, illetve annál idősebb lakosok életkörülményei: például gondozási és ápolási szükségletek, jövedelmi helyzet (ön)megítélése, étellel való elégedettség).
6. Támogató rendszerek – szociális kérdések és problémák (a természetes és mesterséges védőháló jellemzői, segélyezés, vélemények a segélyezési rendszerekről és a szociális ellátásról).
7. Szociális Osztály működése (ügyfelek és véleményük).
8. Kulturális tőke – csak 2015-ben.
9. Érzelmi jóllét – Oxford Boldogságmérő Skála, 2015-től mérve.
10. Biográfia – a megkérdezettek demográfiai jellemzői.

Az alkalmazott kérdőív mind a háztartásra, mind a háztartás válaszadó tagjára gyűjtött adatokat. A rögzített változók száma a felmérési hullámokban jellemzően négyszáz felett volt.

A 2018-AS PANELKUTATÁS EGÉSZSÉGPANEL VIZSGÁLAT JELLEMZŐI

A legújabb, 2018. évi Panelkutatás időben és tematikában két részre bomlott. Az egészségre, egészségügyre vonatkozó témakört az első felmérési szakasz egyetlen kérdéssel érintette (vélt egészségi állapot). A második felmérési szakasz viszont főleg egészséggel, egészségmegőrzéssel, egészségtudatossággal kapcsolatos, valamint az ellátórendszerrel összefüggő kérdéseket tartalmazott. Az első lekérdezésre 2017 őszén, a másodikra 2018 tavaszán került sor.

A városi lakosok egészségére vonatkozó felmérését az indokolta, hogy az évek során a Panelkutatás által lefedett szakmai területek jelentősen kiegészültek, így a teljes lekérdezés túl hosszú időt vett volna igénybe. Az egészségkérdőív felvételekor ugyanazon címlistával (az első szakaszban megíúsult címetek nem keresték fel újra a kérdezők), ugyanazzal a módszertannal dolgoztak, mint a Panelkutatás első szakaszában. A korábbi négy adatfelvételi hullám kérdőíveinek Egészségblokkjához képest a különválasztott felmérésrészt egy új dimenzióval, az egészségműveltség moduljával, annak két kérdéssorával bővült. A *Chew-kérdéssor* attitűd-mérő, előszűrési célokra kifejlesztett és alkalmazott

kérdéslista (3 item, ötfokú Likert skála). A mérési eszköz az egyén egészségműveltségi szintjét három kategóriába sorolja.^{17,18} A *The Newest Vital Sign* teszt (6 item, kérdésenként maximálisan 6 pont érhető el) azt méri, hogy az egyén milyen mértékben képes egy jégkrém termékismertető címkéjén található információt elolvasva megérteni és felhasználni azt – három képesség: szövegértés, alapvető számolási készség, problémamegoldó képesség mérése. A pontozás szerinti csoportok: 0-1 pont – nagy valószínűséggel elégtelen, 2-3 pont – valószínűsíthetően elégtelen, 4-6 pont megfelelő egészségműveltséggel kapcsolatos információfeldolgozási szintet jelent.^{19,20}

Az EgészségPanel kérdőív moduljai

A *Biográfia* kérdőívmodul a felmérésekben szokásosnak nevezhető, egyénre és háztartásra jellemző általános jellegű adatokat gyűjtött: nem, születési év, családi állapot, nemzetiség, vallásosság, háztartási jövedelmek (demográfiai adatok). A *Gazdasági aktivitás* modul három kérdése a megkérdezett munkaviszonyait taglalta. Az *Egészségi állapot* modul több részmodulra bomlott. Az első rész az általános egészségi állapotra vonatkozó kérdéseket foglalta magába, majd a krónikus és akut betegségek előfordulását, a gyógyszerhasználatot mérte. A második rész a szakellátás és az alapellátás helyzetét és megítélését vizsgálta. Ebben a részmodulba kerültek a dohányzásra vonatkozó kérdések is. Az egészségügyi szűrések felmérése a következő részmodult jelentette. Ezután elkülönítve szerepeltek a kérdőívben a testmagasság, testsúly, hátfogat kérdései; majd a táplálkozási és testmozgási szokásokra vonatkozó kérdések. Az utolsó előtti nagyobb részmodul a mentális egészség felmérése volt, amit a kérdőívet lezáró egészségkulturáltsági kérdések követtek.

Mintanagyságok

Az ötödik hullám első szakasza 541 kitöltött kérdőívet eredményezett. Ezeket a háztartásokat próbálták újra felkeresni a második szakasz során a kérdezőbiztosok. Végül az elért 391 háztartásból 386 kérdőív felelt meg a számítógépes rögzítésre (71,35 %-os válaszadási arány az első szakaszhoz viszonyítva, 39,1% a címlistából). Az 1. táblázat a különböző kutatási hullámok mintavételi és meg-

valósulási jellemzőit foglalja össze. A táblázatban a 2018B oszlopban szereplő „elért személyek száma” sorban az EgészségPanel lekérdezésben a közvetlenül értékelhető választ adó személyek száma szerepel (386 fő). A korábbi értékek ebben a sorban a családokban együtt élők számára vonatkozó

összegző becslés. Ennek indoka az, hogy az EgészségPanel legtöbb kérdése inkább személyes forrású és jellegű – célszerűbb itt a válaszadó személyek számát jelölni –; míg a háztartásra vonatkozó kérdések aránya kisebb.

1. táblázat: A Panelvizsgálat egymást követő hullámai során elért háztartások és személyek száma (2008-2018, Nyíregyháza)

Év	2008	2010	2012	2015	2018 A	2018 B
Címlista nagysága (pótcím) (tervezett minta, háztartásszám)	2000 (400)			1000 (500)		
Eredményes adatfelvétel (megvalósult minta, háztartásszám)	1848 (92,4%)	1060 (53,0%)	1227 (61,4%)	754 (75,4%)	541 (54,1%)	391 (39,1%)
Elért személyek száma (becsült fő)	4866	3066	2930	1899	1348	386

Forrás: saját szerkesztés

Mintavétel és súlyozás

A statisztikusi munka célja és feladata, hogy a rendelkezésre álló véges keretek között (idő, anyagi források, emberi tudás, stb.) minél precízebb képet nyújtson a vizsgált populációról. Az egyik legfőbb kiindulási eszköz ennek elérésére a statisztikai mintavételezés. A megfelelő minta tükrözi a populáció jellegzetességeit (arányok és összefüggések) – a vizsgált tulajdonságok, változók alapján. Az ilyen mintát nevezik reprezentatív mintának. Nyilvánvaló, hogy a nem megfelelő mintavétel helytelen következtetésekre vezet. A megfelelő minta kialakítása ezért alapvető fontosságú.

A megvalósult minta utólagos korrigálásának egyik alapvető módszere a minta súlyozása: az adatok „kiigazítása” annak érdekében, hogy a minta pontosabban tükrözze annak a populációnak jellemzőit, amelyből a mintát vették.^{10(50.o.)} A súlyozás bonyolultabb esetei azok, amelyekben nem egy, hanem több változó populációs arányait kell figyelembe venni a súlyok kialakításához – de lényegében továbbra is arányok kiszámítása a feladat. A súlyozás módszertanának elméleti és gyakorlati kidolgozásáért a magyar származású Kiss László (Leslie Kish, 1910-2000²¹) tett sokat. A súlyozás leggyakrabban a válaszmegtagadások nagyobb száma és egyes részcsoportok túlzott aránya (ismert populációs arányokhoz viszonyítva) esetében alkalmazandó és

kisebb korrekciókra alkalmas. Rosszul tervezett, helytelenül elvégzett mintavételkor a súlyozás nem jelenthet segítséget.

A Panelkutatás és az EgészségPanel adatainak súlyozása

A Panelkutatás adatainak előkészítése során a 2018-as adatfelvételhez legközelebbi, megfelelő adattartalommal bíró, teljes körű adatfelvétel a 2011-es országos népszámlálás volt Nyíregyháza vonatkozásában. A Központi Statisztikai Hivatal a kutatás rendelkezésére bocsátotta a szükséges arányszámokat.²² A súlyozáshoz bevont változók a nem, a kor/korcsoport és az iskolai végzettség (NKI rövidítés). A súlyozás módszertana mátrixsúlyozás volt.²³ A legkisebb súlyérték 0,24, a legnagyobb 3,70 volt. A súlyok meghatározása és alkalmazása előtt elvégezték a változók lehetséges értékészleteinek összehangolását, átkódolását és az adattisztítást.¹³ Az EgészségPanel esetében az előbb leírtakkal azonos módon történtek az adatelőkészítés lépései. Az elemzésekhez használt SPSS (V22) adatbázis lehetőséget adott a kutatók számára, hogy súlyozatlan formában dolgozzák fel az adatokat (háztartásra vonatkozó összefüggések feltárása), vagy három változó szerinti súlyozást (NKI – egyénekre vonatkozó vizsgálatok) alkalmazzanak.

EREDMÉNYEK

A minta alapvető jellemzőit bemutató táblázatok (2. – 9. táblázatok) hasonló módon épülnek fel. Az oszlopok a súlyozott elemszámokat és százalékos megoszlásokat jelzik (fő, % – ezek becslést jelentenek a nyíregyházi felnőtt populáció arányaira). Ahol elérhetőek voltak, ott a 2011-es nyíregyházi népszámlálási adatok is szerepelnek a táblázatokban.

A nem szerinti megoszlás

A válaszadók körében minden hullámban enyhe női többség volt megfigyelhető – erre vonatkozó pontosabb adatok a felmérési hullámok összefoglaló kiadványaiban találhatóak.²⁴ A 2018-as mintában is a várt női többlet jelent meg, amely a súlyozás hatására kiegyenlítődtött, a népszámlálási arányokhoz igazodott. [2. táblázat]

A minta életkori eloszlása

50 éves átlagéletkorral lehet becsülni a populációs átlagot. [3. táblázat] A legfiatalabb válaszadó 20 éves, a legidősebb 92 éves volt.

A 4. táblázat a minta korcsoportos eloszlását mutatja. Kiemelhető, hogy a válaszadók majdnem fele (44,7%) ötven év feletti volt; ami összhangban van Nyíregyháza demográfiai viszonyaival.

Az iskolai végzettség kategóriáinak arányai

Az iskolázottság arányai közül a középfokú (érettségizett) végzettség a legmarkánsabb. Ezt követi a felsőfokú végzettségűek aránya. [5. táblázat] A táblázatban összesítve is szerepelnek az alacsony, középfokú és felsőfokú végzettségűek arányszámai. A népszámlálási adatoktól való eltérés az alapvégzettségben mutatkozik – ennek oka a válaszmegtagadások nagy aránya ebben a körben.

2. táblázat: A súlyozott minta nemi megoszlása

nem	fő	%	KSH 2011
férfi	168	45,4 %	46,0%
nő	201	54,6 %	54,0%
Összesen	369	100,0 %	

Forrás: saját szerkesztés

3. táblázat: Az életkori megoszlás paraméterei

átlag (95% CI)	47,85 (46,11-49,59)
5%-os vágott átlag	47,56
medián	46
variancia	281,188
szórás	16,769

Forrás: saját szerkesztés

4. táblázat: Korcsoportok

kor	fő	%	KSH 2011
20-29	58	15,8%	16,2%
30-39	72	19,5%	22,4%
40-49	64	17,4%	17,1%
50-59	67	18,1%	18,6%
60+	98	26,6%	25,7%
összesen	359	97,3%	
adathiány	10	2,7%	
Összesen	369	100,0%	

Forrás: saját szerkesztés

5. táblázat: A súlyozott minta iskolai végzettség szerinti megoszlása

iskolai végzettség	fő	%	KSH, 2011
kisebb, mint 8 általános	7	2,0%	(3,2%)
8 általános	55	14,8%	(16,4%)
szakiskola	72	19,5%	(20,9%)
		36,3%	40,5%
szakközép érettségivel	41	11,2%	
gimnázium	42	11,4%	
érettségi, technikum	42	11,5%	
		34,1%	34,2%
főiskola, alap	55	14,8%	
egyetem, mester	34	9,2%	
doktori	6	1,5%	
		25,5%	24,4%
egyéb			0,9%
Összesen	354	95,9%	100,0%
adathiány	15	4,1%	
Összesen	369	100,0%	

Forrás: saját szerkesztés

A családi állapot kategóriáinak mintabeli megjelenése

A családi állapot tekintetében a megkérdezettek legnagyobb arányban (a válaszadók fele) házasnak vallotta magát. [6. táblázat] Társsal él a válaszadók közel kétharmada (63,9%); egyedül a másik egyharmad (33,3%); nem válaszolt közel három százalék.

Foglalkoztatás

A foglalkoztatás tekintetében a megkérdezettek nagyobb aránya (közel kétharmada) dolgozik. [7. táblázat]

Vélt (önminősített) egészségi állapot

A nagyon jó és jó egészségi állapotot jelző személyekkel (56,5%) szemben a rossz vagy nagyon rossz állapotúak (7,6%) heted annyian vannak. [8. táblázat]

A „mennyit tehet egészségéért” kérdésre adott válaszok megoszlása

Figyelemre méltó, hogy a „nagyon sokat” és a „sokat” választók együttes aránya nyolcvan százalék körüli; a „keveset”, vagy „semmit sem” pedig tizenöt százalék. [9. táblázat]

6. táblázat: A súlyozott minta családi állapot szerinti megoszlása

családi állapot	fő	%
nőtlen, hajadon	83	22,4%
házas	187	50,8%
élettárssal él	48	13,1%
elvált	25	6,9%
özvegy	15	4,0%
Összesen	358	97,1%
Hiányzó	11	2,9%
Összesen	369	100,0%

Forrás: saját szerkesztés

7. táblázat: A súlyozott minta foglalkoztatás szerinti megoszlása

munkaviszony	fő	%
dolgozik	230	62,3%
nem dolgozik	135	36,5%
Összesen	365	98,8%
Hiányzik	4	1,2%
Összesen	369	100,0%

Forrás: saját szerkesztés

8. táblázat: A súlyozott minta önminősített egészségi állapot szerinti megoszlása

önminősített állapot	fő	%
nagyon jó	78	21,1%
jó	131	35,4%
elfogadható	131	35,4%
rossz	21	5,8%
nagyon rossz	7	1,8%
Összesen	367	99,4%
adathiány	2	0,6%
Összesen	369	100,0%

Forrás: saját szerkesztés

9. táblázat: A súlyozott minta „mennyit tehet egészségéért” kérdésre adott válaszok megoszlása

mennyit tehet ...	fő	%
nagyon sokat	125	33,9%
sokat	181	49,0%
keveset	46	12,5%
semmit sem	11	2,9%
Összesen	363	98,3%
adathiány	6	1,7%
Összesen	369	100,0%

Forrás: saját szerkesztés

ELEMZŐ STATISZTIKAI EREDMÉNYEK ÖSSZEFOGLALÁSA – SÚLYOZATLAN ÉS SÚLYOZOTT ESETEKBEN

Az összesítő 10. táblázat A – J részei a nemek és a munkaviszonyok (dolgozik/nem dolgozik) közötti hasonlóságokat és különbségeket írja le. Ezek alapján:

A, A súlyozott minta esetében a kétmintás t-próba szignifikáns különbséget mutatott a nemek átlag-életkora között. A nők négy évvel mutatkoztak idősebbnek a nyíregyházi felnőtt lakosok között.

B, A minta vizsgálata elvetette a nemek családi állapotára vonatkozó függetlenségi alapfeltevést. A férfiak nagyobb arányban voltak egyedülállóak (32,7%; nők hajadon 14,9%). A nők esetében viszont az elváltak és özvegyek csoportja volt nagyobb a férfiakhoz képest (nők 9,3% és 7,7%; férfiak 4,2% és 0%).

C, Az iskolai végzettség vizsgálata során a nem és az iskolai végzettség között összefüggést lehetett kimutatni. A nők esetében egyértelműen magasabb a felsőfokú alapképzés aránya (15,9%, férfiak esetében 7,3%). A mesterképzésre viszont a férfiak nagyobb aránya jellemző (11,6%; nők esetében 7,9%). A szakiskola is a férfiak nagyobb

arányát mutatja (29,9%; nők 12,2%); a technikumok esetében a női arány a jellemzőbb (15,9%, férfiak 7,3%).

- D, A súlyozott minta a férfiak szignifikáns nagyobb munkaarányát jelzi (72,3%; nők 55,3%).
- E, A férfiak esetében magasabb volt a magát nagyon jó egészségi állapotúnak vallók aránya (28,5%; nők 15,4%). A nők a rossz egészségi állapotot jelezték nagyobb arányban (9,0%; férfiak 1,8%).
- F, A nemtől függetlenül bizonyult az, hogy saját maguk mennyit tehetnek az egészségükért. Kiemelendő, hogy a nagyon sokat és a sokat választók aránya mind a nők, mind a férfiak esetében nyolcvan százalék felett volt.
- G, A testtömegindex átlaga férfiaknál és a nőknél szignifikánsan eltért (férfiak 28, a nők 25).
- H, A dolgozók csoportjára jellemzőbb, hogy a

nagyon jó, vagy jó kategóriát választották egészségi állapotuk megítélésükor (65%; nem dolgozók 35%).

- I, A foglalkoztatottak főleg a nagyon sokat és a sokat tehet kategóriákat jelöltékbe (90% körül; nem dolgozók 70% körül).
- J, A vélt (önminősített) egészségi állapot és „mennyit tehet egészségéért” kérdések esetében megállapítható, hogy az önminősített egészségi állapot és a mennyit tehet az egészségéért válasz összefügg egymással. A korrelációs vizsgálatok 0,4 körüli, gyengének minősíthető szignifikáns együtthatóértékeket eredményeztek. Az, aki úgy véli, hogy többet tehet egészségéért, az jobbnak is értékeli általában egészségét; valamint fordítva: aki jobbnak értékeli egészségét az azt gondolja, hogy többet is tehet érte.

10. táblázat: Elemző statisztikai eredmények – nemek, dolgozik/nem dolgozik szempontok szerint

Elemzés	Alkalmazott eljárás és statisztikai eredmények
A, nem és életkor	kétmintás t-próba átlagok eltérése = -4,081; $t(357) = -2,312$, $p = 0,021$
B, nem és családi állapot	függetlenségvizsgálat $\chi^2(4, N = 359) = 28,553$, $p < 0,0001$
C, nem és iskolai végzettség	függetlenségvizsgálat $\chi^2(8, N = 353) = 30,836$, $p < 0,0001$
D, nem és dolgozik/nem dolgozik	függetlenségvizsgálat $\chi^2(1, N = 365) = 11,239$, $p < 0,001$; Fisher próba $p = 0,001$
E, nem és vélt (önminősített) egészségi állapot	függetlenségvizsgálat $\chi^2(4, N = 366) = 17,107$, $p = 0,002$; Fisher próba $p = 0,001$
F, nem és „mennyit tehet egészségéért”	függetlenségvizsgálat $\chi^2(3, N = 363) = 1,994$, $p = 0,574$; Fisher próba $p = 0,568$
G, nem és BMI	kétmintás t-próba átlagok eltérése = 2,63882; $t(364) = 5,027$, $p < 0,0001$
H, dolgozik/nem dolgozik és önminősített (vélt) egészségi állapot	függetlenségvizsgálat $\chi^2(4, N = 364) = 52,907$, $p < 0,0001$; Fisher próba $p < 0,0001$
I, dolgozik/nem dolgozik és „mennyit tehet egészségéért”	függetlenségvizsgálat $\chi^2(3, N = 359) = 26,525$, $p < 0,0001$; Fisher próba $p < 0,0001$
J, önminősített egészségi állapot és „mennyit tehet egészségéért”	függetlenségvizsgálat $\chi^2(12, N = 364) = 134,425$, $p < 0,0001$

Forrás: saját szerkesztés

AZ ELEMZÉSEK ÖSSZEGZÉSE, MEGBESZÉLÉS ÉS KÖVETKEZTETÉSEK

A leíró és elemző vizsgálatok összefoglalásaként elmondható, hogy a korábbi kutatási hullámokban tapasztaltak mutatkoztak 2018-ban is.^{25,26,27} Az EgészségPanel súlyozott adatainak elemzése szerint a válaszadók között (a szokásos) női többség figyelhető meg. A női válaszadók átlagosan négy évvel idősebbek, ami statisztikailag szignifikáns. A nők körében magasabb a családi kapcsolat után egyedül élők (elváltak, özvegyek) aránya. Ez az eltérés többek közt visszavezethető a férfiak és nők közötti átlagosan megélt élethossz különbségre.²⁸ A férfiak a fizikai munkavégzéshez kötődő képzésekben (szakiskola), a nők pedig az elméletibb képzési területeken (technikum) mutatnak nagyobb arányt. A felsőfokú (egyetem, alap- és mesterképzés) szintű képzésekben is mutatkozott némi eltérés a nemek között – az alapképzésben a többség női, a mesterképzésben pedig férfi. A férfiak nagyobb arányban dolgoznak – összhangban más kimutatásokkal.

A férfiak nagyrészt gondolják úgy, hogy egészségi állapotuk rendben van; és kimondható,

hogy a nők jobban aggódnak egészségükért, általában rosszabbnak vélik azt. Ennek vonzata lehet az, hogy a nők hamarabb jelennek meg szűréseken, korábban jelentkeznek háziorvosuknál, vagy szakorvosnál – az időben felfedezett megbetegedések gyógyítási, gyógyulási esélyei pedig köztudottan magasabbak. Abban, hogy mit gondolnak, mennyit tehetnek a nők és férfiak az egészségükért, a nemek válaszai nem tértek el szignifikánsan.

A munka megléte szerint az aktívabb, dolgozó válaszadók szignifikánsan jobbnak ítélik egészségi állapotukat; ők úgy gondolják, hogy többet is tehetnek egészségükért.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A szerzők köszönetet mondanak a kutatásban részt vevő kollégáknak és hallgatóknak önkéntes munkájukért. Külön köszönetet érdemelnek az Egészségfejlesztés folyóirat munkatársai, akik felhívták a figyelmünket néhány tartalmi és formai hibára – lehetőséget adva azok korrigálására és javítására.

HIVATKOZÁSOK

- Raphael D, Renwick R, Brown I, Rootman I. Quality of Life Indicators and Health: Current Status and Emerging Conceptions. *Social Indicators Research*, Vol. 39, No. 1 (1996), pp. 65-88.
- Musschenga AW. The relation between concepts of quality-of-life, health and happiness. *J Med Philos.* 1997 Feb; 22(1):11-28.
- Kermode S, MacLean D. A study of the relationship between quality of life, self-esteem and health. *Australian Journal of Advanced Nursing*, vol. 19, no. 2, pp. 33-40. 2001.
- Zubaran C, Persch K, Tarso D, Ioppi A, Mezzich J. The correlation between health status and quality of life in southern Brazil. *Sao Paulo Med. J.* vol.126 no.5 Sao Paulo Sept. 2008.
- Fábián G, Huszti É, Hüse L, Takács P. Az életminőség Nyíregyházán – A nagymintás társadalomkutatás első négy hulláma a megyeszékhelyen. *Szabolcs-Szatmár-Beregi Szemle*, 2018/3 p. 83-102.
- Az 'European Community Household Panel' (ECHP) kutatás weboldala. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/micro-data/european-community-household-panel> (Elérve: 2019.09.19)
- Peacchi F. The European Community Household Panel: Review. *Empirical Economics* (2002) 27: 63-90.
- Az 'European Union Statistics on Income and Living Conditions' (EU-SILC) weboldala. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-union-statistics-on-income-and-living-conditions> (Elérve: 2019.09.19.)
- A TÁRKI Magyar Háztartás Panel kutatás weboldala. <https://www.tarki.hu/magyar-haztartas-panel-1992-1997> (Elérve: 2019.09.19.)
- Tordai B. A panelfelvételek módszertani problémái és kezelésük a nemzetközi gyakorlatban. TÁRKI Alapítvány, Budapest, 2007.
- Paksi B. A „lázadó értelmiség szigete”. Paksi Borbála: Pepsi Sziget 2000 kutatási jelentés. <http://old.tarki.hu/adat-bank-h/kutjel/pdf/b275.pdf> (Elérve: 2019.10.08.)

- ¹² A Belügyminisztérium Nyilvántartások Vezetéséért Felelős Helyettes Államtitkárságának honlapja, KEKKH. <http://nyilvantarto.hu/hu/> (Elérve: 2019.09.19.)
- ¹³ Huszti É, Hüse L, Takács P, Fábíán G. A „Nyíregyháza Életminősége 2018” vizsgálat és a kutatás módszertana. *Acta Medicinæ et Sociologica*. Vol. 9 : No. 27. (2018), p. 7-18. DOI: 10.19055/ams.2018.9/27/2
- ¹⁴ Hills P, Argyle M. The Oxford Happiness Questionnaire: a compact scale for the measurement of psychological well-being. In *Personality and Individual Differences*, Volume 33, Issue 7., 2002. 1073-1082, [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00213-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00213-6) (Elérve: 2019.09.19.)
- ¹⁵ Rahman T, Mittelhammer R C, Wandschneider P. Measuring the Quality of Life across Countries: A Sensitivity Analysis of Well-being Indices. Research Paper No. 2005/06. World Institute for Development Economic Research (UNU-WIDER).
- ¹⁶ Európai Lakossági EgészségFelmérés (ELEF) magyar weblapja. <http://www.ksh.hu/elef> (Elérve: 2019.09.19.)
- ¹⁷ Papp-Zípernovszky O, Náfrádi L, Schulz P J, Csabai M. "So that each patient may comprehend": measuring health literacy in Hungary. *Orvosi Hetilap*; 157(23): 905-15. 2016.
- ¹⁸ Chew L D, Griffin J M, Partin M R, Noorbaloochi S, Grill J P, Snyder A. Validation of Screening Questions for Limited Health Literacy in a Large VA Outpatient Population, *J Gen Intern Med*. 23(5): 561–566. 2008.
- ¹⁹ Koltai J, Kun E. The practical measurement of health literacy in Hungary and international comparison. *Orvosi Hetilap*, 157 (50), 2002–2006. 2016. <https://akademiai.com/doi/pdf/10.1556/650.2016.30563> (elérve: 2019.09.19.)
- ²⁰ Weiss B D, Mays M Z, Martz W, Castro K M, DeWalt D A, Pignone M P. Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign. *The Annals of Family Medicine*, 3. 6. sz. 514–522. 2005.
- ²¹ Grajales C. Weighting: The statistical element essential in polling, *Statisticsviews* <https://www.statisticsviews.com/details/feature/10713232/Weighting-The-statistical-element-essential-in-polling.html> (Elérve: 2019.09.19.)
- ²² Adatforrás: 15_3_1_4_3.xls egyedi kérésre összeállított táblázatos adatállomány.
- ²³ Szelényi B. Az adatbázis súlyozása. In Kapitány Balázs (szerk.): *Módszertan és dokumentáció. Az adatfelvétel ismertetése. Műhelytanulmányok 2.* KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, Budapest, 2003. pp 51–63.
- ²⁴ *Acta Medicinæ et Sociologica* Vol. 3. No. 3. (2012.) Életminőség Nyíregyházán 2008-2010. <https://epa.oszk.hu/02500/02535/00003/pdf/> (Elérve: 2019.10.06.); *Acta Medicinæ et Sociologica* Vol. 5. No. 12-13. (2014.). <https://epa.oszk.hu/02500/02535/00009/pdf/> (Elérve: 2019.10.06.); *Acta Medicinæ et Sociologica* Vol. 6. No. 18-19. (2015.). <https://epa.oszk.hu/02500/02535/00013/pdf/> (Elérve: 2019.10.06.); *Acta Medicinæ et Sociologica* Vol. 9. No. 27. (2018.). <https://epa.oszk.hu/02500/02535/00020/pdf/> (Elérve: 2019.10.06.)
- ²⁵ Hüse L. A szubjektív egészségi állapot tényezői és azok változása Nyíregyházán és vonzáskörzetében. *Acta Medicinæ et Sociologica* Vol. 6. No. 18-19: 96-120.
- ²⁶ J Erdei R, R Fedor A, B Madácsi E. A nyíregyházi lakosok szubjektív egészségi állapota és annak változásai. *Acta Medicinæ et Sociologica* Vol. 5. No. 12-13: 189-206.
- ²⁷ Jóna Gy, J Erdei R. A szubjektív egészségi állapot meghatározó tényezői Nyíregyházán. *Acta Medicinæ et Sociologica* Vol. 3. No. 3: 99-115.
- ²⁸ Iván L. Az öregedés élettani és társadalmi jelenségei. *Magyar Tudomány*, 2002/4. <http://www.matud.iif.hu/02apr/ivan.html> (Elérve: 2019.09.19.)

A szubjektív egészségi állapot egészségszociológiai aspektusai

Health sociological aspects of subjective health state

Szerző: R. Fedor Anita ✉
*Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, Szociális és Társadalomtudományi Intézet,
Egészségszociológiai Tudományos Koordinációs Központ*

Beküldve: 2019. 10. 07.
doi: 10.24365/ef.v60i5.524

Összefoglaló:

Bevezetés: A „Nyíregyháza város életminősége – Háztartáspanel” című kutatás 2008 óta öt hullámban, két-, illetve háromévente mérte fel a városlakók életminőségét. A 2018-as felmérés két szakaszban zajlott. A második szakasz az egészségi állapot felmérésére koncentrált, melyben a mentális és fizikai egészség, valamint a rizikómagatartás vizsgálata mellett helyet kapott az önminősített egészségi állapot felmérése is.

Módszertan: Jelen tanulmányunk középpontjában a szubjektív egészségi állapot szociológiai vizsgálata áll. Írásunkban elsősorban a szociodemográfiai, szociokulturális jellemzők, valamint a szocioökonómiai státusz és a szubjektív egészségi állapot összefüggéseit mutatjuk be. Az adatok rögzítését és feldolgozását az SPSS programcsomag 24. verziójának segítségével végeztük.

Eredmények: Eredményeink szignifikáns összefüggést mutatnak a családi állapot, az életkor, az iskolai végzettség, a gazdasági aktivitás és a jövedelmi helyzet vonatkozásában is. A családi állapot esetében azt tapasztaltuk, hogy a korábbi vizsgálatoknak ellentmondó összefüggést bizonyítanak az adataink, míg a többi vizsgált változó vonatkozásában a vártnak megfelelő eredmények születtek. Eszerint a fiatalabb életkor, a magasabb iskolai végzettség, a gazdasági aktivitás és a kedvezőbb jövedelmi helyzet pozitívan befolyásolja a szubjektív egészségi állapotot.

Következtetések: Eredményeink rávilágítanak az objektív egészségi állapotot befolyásoló szubjektív egészségi állapot vizsgálatának fontosságára. Mindamellett úgy véljük, hogy az ok-okozati összefüggések pontosításához további magyarázó változók bevonására van szükség.

Kulcsszavak: szociodemográfiai jellemzők; szociokulturális jellemzők; szocioökonómiai státusz; szubjektív egészségi állapot; egészségszociológia

Summary:

Introduction: Since 2008, the Quality of Life in Nyíregyháza research panel has been assessing the quality of life of city dwellers every two years. The 2018 survey was conducted in two phases. The second phase focused on health assessment, which included a review of mental and physical health and risk behavior, as well as self-rated health.

Method: In the focus of our study is the sociological examination of subjective health. In this paper, we present the relationship between socio-demographic and sociocultural characteristics and socioeconomic status and subjective health status among the inhabitants of Nyíregyháza, based on our empirical study conducted in 2018. Data were recorded and processed using SPSS 24.00 for Windows software.

Results: Our results also showed a significant correlation with marital status, age, education, economic activity and income status. In the case of marital status, we found that our data show a contradictory relationship to previous studies, while the other variables examined were expected to produce results that were consistent with expectations. According to this, younger

age, higher education, economic activity and a more favorable income situation have a positive effect on subjective health.

Findings: Our results highlight the importance of examining the subjective health status that affects objective health. However, we believe that further explanatory variables are needed to clarify the causal relationship between them.

Keywords: socio-demographic characteristics; socio-cultural characteristics; socioeconomic status; subjective health status; health sociology

BEVEZETÉS

A társadalom tagjainak egészségi állapota, egészségtudatossága rendkívüli jelentőséggel bír. Az egészségtudatos magatartás erősítése, az egészségmegőrzés nemcsak egyéni, de ösztársadalmi szinten is fontos, melynek hozadéka egyéni és gazdasági szinten is érzékelhető.

Az elmúlt évtizedben jelentős változásokat tapasztalhattunk az egyénre vonatkozó egészségkép alakulásában. Az egészségmegőrzés, az egészséges életmód követésének fontossága, az ehhez szorosan kapcsolódó tudatos fogyasztás a médiában is egyre gyakrabban – néha egymásnak ellentmondó információkat közvetítve – jelenik meg. Ez tekinthető a modernizáció egyik egészségügyi vívmányaként is, melynek hatására jelentősen többen törődünk az egészségünkkel, a környezetünkkel, a személyi higiéniával. Ennek eredményeképpen kijelenthető, hogy a társadalom egyes szintjein az egészségtudatos magatartás jelentős emelkedést mutat, az egészség tulajdonképpen a kultúra részévé vált.^{1,2}

Az egészségszociológiai vizsgálatok azt mutatják, hogy a társadalmi-gazdasági helyzet jelentősen befolyásolja az egészségi állapotot.

Jelen tanulmányunk középpontjában a szubjektív egészségi állapot szociológiai vizsgálata áll. Írásunkban elsősorban a szociodemográfiai, szociokulturális jellemzők, valamint a szocioökonómiai státusz és a szubjektív egészségi állapot összefüggéseit mutatjuk be. Célunk, hogy rávilágítsunk arra, hogy a társadalmi különbségek alakítják-e és ha igen, hogyan a szubjektív egészségi állapotot. Fontos megjegyezni, hogy a különbségeket az egyes szociodemográfiai jellemzőkön túl elsősorban a rétegtípus ismérvek segítségével azonosítjuk, úgymint iskolai végzettség, gazdasági aktivitás, jövedelem.

Elemző munkánkban a „Nyíregyháza város életminősége – Háztartáspanel” elnevezésű kutatás egészségi állapotot felmérő adatbázisát (Egészség-Panel) használjuk.

Az empirikus vizsgálat bemutatása

A „Nyíregyháza város életminősége – Háztartáspanel” című kutatás 2008 óta öt hullámban, két-, illetve háromévente mérte fel a városlakók életminőségét. A mintaválasztás módszerét és általános jellemzőinek leírását jelen különszám módszertani bevezetése tárgyalja.¹

A 2018-as felmérés két szakaszban zajlott. Az első szakaszban, 2017 őszén 541 háztartást értek el, a második szakaszban, 2018 tavaszán pedig 391-et, melyből 386-ot vontak be az elemzésbe. A Panelkutatás Egészségpanel része az első felmérési szakaszban egyetlen kérdéssel érintette az egészségre, egészségügyre vonatkozó témakört, a második szakasz pedig az egészségi állapot felmérésére koncentrált, melyben a mentális és fizikai egészség, valamint a rizikómagatartás vizsgálata mellett helyet kapott az önminősített egészségi állapot felmérése is.

A szubjektív egészségi állapot általános mintázatát két kérdés segítségével mértük. A „Hogyan jellemeznéd általában egészségi állapotát?” kérdésre adott válaszok arról adnak információt, hogy a válaszadó a megkérdezés pillanatában hogyan vélekedik saját egészségi állapotáról, saját bevallása szerint hogyan érzi magát. A másik kérdés arra irányult, hogy felmérjük, a megkérdezettek mit gondolnak arról, ők maguk mennyiben tudják befolyásolni saját egészségüket. A kérdést így szövegeztük: „Véleménye szerint Ön mennyit tehet az egészségéért?” A felmérésbe bevont nyíregyháziak véleményét mindkét esetben Likert-skálán mértük.

¹ Takács P, Fábíán G, Jávorné Erdei R. A 2018-as Nyíregyháza város életminősége Háztartáspanel kutatás általános és EgészségPanel szakaszainak mintavételi jellemzői. Egészségfejlesztés, LX. évfolyam, Jubileumi lapszám, doi: 10.24365/ef.v60i5.523.

A „Hogyan jellemezné általában egészségi állapotát?” kérdésre a „nagyon jó/jó/elfogadható/rossz/nagyon rossz” lehetőségek; a „Véleménye szerint Ön mennyit tehet az egészségéért?” kérdésre a „nagyon sokat/sokat/keveset/semmit” lehetőségek közül választhattak a megkérdezettek. Elemzésünkben az önminősített egészségi státuszt körülíró változókat tekintjük függő változónak, míg a nemet, életkort, iskolai végzettséget, jövedelmet, foglalkoztatottságot magyarázó változóként jelöljük.

Az adatok rögzítését és feldolgozását az SPSS programcsomag 24. verziójának segítségével végeztük. Elemző munkánkban egyváltozós és többváltozós elemzési technikákat is alkalmaztunk. Az elemzés során a leggyakrabban használt többváltozós forma a keresztábra-elemzés volt, a változók közötti összefüggés vizsgálatát pedig kázi-négyzet próbával végeztük el.

Statisztikai elemzésünkben a következő magyarázó változók csoportját alkalmaztuk mint a vizsgált populáció szubjektív egészségi állapotának prediktorait:

Szociodemográfiai jellemzők:

1. Életkori hatások: A megkérdezett betöltött és szülési életkora
2. Nem: férfi/nő
3. Családi állapot

Szociokulturális jellemzők:

1. Legmagasabb iskolai végzettség

Szocioökonomiai jellemzők:

1. Gazdasági aktivitási jellemzők hatása I.: dolgozott-e, rendelkezett-e munkahellyel a megkérdezés idején
2. Gazdasági aktivitási jellemzők hatása II.: hetente átlagosan hány órát dolgozott
3. Jövedelem hatás: havi nettó jövedelem

A szubjektív egészséget mérő kérdések közül pedig a következőkre koncentráltunk (függő változók):

1. Hogyan jellemezné általában egészségi állapotát?
2. Véleménye szerint Ön mennyit tehet az egészségéért?

Társadalmi háttérváltozók

Elemzésünk első részében a felmérésben részt vett nyíregyházi lakosokra vonatkozó – a szubjektív egészségi állapot megismeréséhez releváns – alapadatokat közöljük. Az Eredmények részben pedig

részletesen bemutatjuk, hogy az egyes bevont változók mennyiben magyarázzák az önminősített egészségi állapotot.

A válaszadók 54,6%-a nő, 45,4%-a férfi. Családi állapot szerint 18,8%-uk egyedülálló, 52,3% házas, 15,3%-uk élettársi kapcsolatban élt a megkérdezés idején. Az elváltak aránya 9,7%, az özvegyeké 4% volt.

Életkori megbontás alapján a legtöbben a 41–55 éves (26,6%), valamint a 65 év feletti korosztályhoz tartoznak (26,6%), majd a 26–40 éves korosztály tagjai (20,7%), utánuk pedig az 56–64 évesek (14,9%) következnek a sorban. Legkevesebben a 18–25 évesek vannak, ők a vizsgált minta 11,2%-át teszik ki.

A megkérdezettek 54,8%-a dolgozott, 41,6%-a pedig nem dolgozott a felmérés időpontjában. Érdekes lehetett volna még az elemzés szempontjából, hogy akik nem dolgoztak, azok közül hányan voltak például gyermekgondozási szabadságon, vagy voltak ténylegesen munka nélkül vagy esetleg már nyugdíjban. Ezen információk ismerete további összefüggések felderítését tette volna lehetővé.

A jövedelemszerző tevékenységet végzők 51,9%-ára a klasszikusnak mondható, heti 40 órás munkavégzés a jellemző. A következő legnépesebb csoport heti 48–50 órát dolgozik. Ennél magasabb heti óraszámról a válaszadók 8,6%-a számolt be. Minden ötödik megkérdezettre részmunkaidős foglalkoztatás (legfeljebb heti 35 óra) jellemző, ezen belül is a heti 20 órában dolgozók vannak a legtöbben.

300 ezer forint feletti nettó jövedelemből él a válaszadó nyíregyháziak 26,7%-a. Minden hatodik válaszadó 151 ezer és 250 ezer forint közötti összeggel gazdálkodik havonta. Kevesen (8,6%) keresnek 251 ezer és 300 ezer forint közötti összeget. A két alsó jövedelemhatár a lakosok 12,5%-ára jellemző.

EREDMÉNYEK

Subjektív egészségi állapot jellemzői

A felmérésben részt vevő nyíregyházi lakosok önminősített egészségi állapotáról a következő mondható el: „jó”-nak, illetve „nagyon jó”-nak ítéli meg az egészségi állapotát 44,4%. A semlegesnek tekinthető „elfogadható”, se nem jó, se nem rossz kategóriába tartozik több mint minden harmadik válaszadó. 10% pedig „rossz”-nak, illetve „nagyon

rossz"-nak minősítette az egészségi állapotát. A legtöbben és ráadásul közel azonos arányban vannak a „jó” és „elfogadható” egészségi állapotról vallók. [1. táblázat]

Arra kértük a válaszadókat, hogy véleményezzék, ők maguk mennyit tehetnek saját egészségük érdekében. 83,4% gondolja úgy, hogy inkább befolyásolhatja saját egészségét, de valamivel több mint minden nyolcadik ember mondta azt, hogy kevésbé múlik rajta egészségi állapotának alakulása, és 3,4% szerint semmit nem tehet egészsége érdekében. [2. táblázat]

1. táblázat: *Hogyan jellemezné általában egészségi állapotát? (%)*

Hogyan jellemezné általában egészségi állapotát?					
	Nagyon jó	Jó	Elfogadható	Rossz	Nagyon rossz
megoszlás N=384	17,2	37,2	36,7	7,6	1,3

Forrás: saját szerkesztés

2. táblázat: *Véleménye szerint Ön mennyit tehet az egészségéért? (%)*

	Nagyon sokat	Sokat	Keveset	Semmit
megoszlás N=381	32,5	50,9	13,1	3,4

Forrás: saját szerkesztés

Szociodemográfiai jellemzők hatása a szubjektív egészségi állapotra

Arra is kíváncsiak voltunk, hogy az egyes szociodemográfiai tényezők mennyiben befolyásolják az önminősített egészségi állapotot. Eredményeink szerint az életkor és a családi állapot szignifikáns kapcsolatot mutat az egészségi állapot értékelésével ($p < 0,001$). A nem vonatkozásában azt tapasztaltuk, hogy a férfiak valamivel jobbnak érzik egészségi állapotukat, mint a nők. A „jó” és „elfogadható” kategóriákban mért megoszlások közel azonosak a két nem vonatkozásában, a két kevésbé kedvező, „rossz” és „nagyon rossz” értékelést választók körében a nők vannak többen. [3. táblázat]

Landa és mtsai eredményei egyértelműen rámutatnak arra, hogy a családi állapot nagymértékben befolyásolja az egészségi állapotot és az ezzel szorosan összefüggő érzékelt stressz szintjét. Ebből a szempontból a partnerrel együtt élők (házasok, élettársi kapcsolatban élők) előnye figyelhető meg.³ Saját vizsgálatunk eredményei azonban ezzel

ellentétes összefüggést mutatnak. A családi állapot és egészségi állapot megítélésének összefüggései az egyedülállók csoportjába tartozók előnyéről tanúskodnak. Körükben a legmagasabb az egészségi állapotukat „nagyon jó”-nak értékelők aránya (38,6%). Itt azért érdemes megemlíteni az egészségi állapotot köztudottan befolyásoló életkori hatást, mivel feltételezhető, hogy ők a minta legifjabbjai. Vélhetően ez is alakítja ennek a csoportnak a véleményalkotását. (Az életkori hatás meghatározó voltára a későbbiekben még részletesen kitérünk.) Mindemellett az együtt élők közötti érzelmi kapcsolat minősége, a nem megfelelő családi kapcsolatok szintén felülírhatják a családi állapot egészségi állapotra gyakorolt, vélt pozitív hatását. Ennek mérését következő vizsgálatunkban feltétlenül fontosnak tartjuk, az ok-okozatok pontos megismeréséhez, hiszen a nem kiegyensúlyozott, feszült partnerkapcsolat ellenkezőleg hat az egészségi állapotra, főleg a férfiak körében. A házasok esetében mindössze 10,8% nyilatkozott úgy, hogy „nagyon jó”-nak ítéli meg az egészségi állapotát, amely közel azonos az elváltak véleményével (!).

A „jó” értékelés a házas családi állapotúaknál volt a legmagasabb, míg az „elfogadható” minősítésben jelentős átfedés figyelhető meg – az egyedülállók csoportjának kivételével – minden családi állapot-

kategória között. „Rossz” és „nagyon rossz” egészségi állapotról az özvegyek nyilatkoztak. Ettől jóval lemaradva, második helyen vannak az elváltak. [4. táblázat]

3. táblázat: *Hogyan jellemezné általában egészségi állapotát? (%)*

A megkérdezett neme	Nagyon jó	Jó	Elfogadható	Rossz	Nagyon rossz	Összesen
Férfi (N=140)	20,0	37,1	37,9	3,6	1,4	100,0
Nő (N=244)	15,6	37,3	36,1	9,8	1,2	100,0

p=0,219

Forrás: saját szerkesztés

4. táblázat: *Hogyan jellemezné általában egészségi állapotát? (%)*

A megkérdezett családi állapota N=368	Nagyon jó	Jó	Elfogadható	Rossz	Nagyon rossz	Összesen
Egyedülálló	38,6	34,3	22,9	1,4	2,9	100,0
Házas	10,8	41,8	38,1	8,8	0,5	100,0
Élettárssal él	21,4	35,7	41,1	1,8	0,0	100,0
Elvált	11,1	30,6	41,7	13,9	2,8	100,0
Özvegy	0,0	26,7	40,0	26,7	6,7	100,0

p<0,001

Forrás: saját szerkesztés

Általánosságban elmondható, hogy a megkérdezettek többsége úgy véli, hogy ő maga is tehet az egészségi állapota megőrzéséért. Túl nagy eltéréseket nem tapasztaltunk az egyes családi állapotúak tekintetében, bár az is igaz, hogy leginkább az egyedülállók gondolkodnak úgy, hogy nagyon sok szerepük van egészségük megóvásában. Ebből a szempontból a lepresszimentáltabbnak az özvegyek és az elváltak bizonyultak. [5. táblázat]

Korábbi vizsgálatok pozitív erős korrelációt mutatnak ki az életkor és a szubjektív egészségi állapot között, vagyis kijelenthető, hogy az életkor emelkedésével romlik a saját egészségi állapot megítélése.^{4,5,6,7} Deaton nemzetközi összehasonlító vizsgálatában arra is rámutatott, hogy az egészségi állapot romlásának életkorral emelkedő üteme nagymér-

tékben függ az adott ország gazdasági helyzetétől.⁸ Hayo vizsgálatai szerint a szubjektív jóllét az életkor függvényében U alakú görbét írt le, melynek minimumpontja 40 év körül van.^{9,10} (Jelen vizsgálatunkban a szubjektív jóllét jellemzőit nem vizsgáljuk.) Saját empirikus vizsgálatunk eredményei visszaigazolják a korábbi kutatások konklúzióját. A legjobbnak a legfiatalabbak ítélik egészségi állapotukat. 42,9%-uk nyilatkozta azt, hogy „nagyon jó” az egészségi állapota. Ahogyan haladunk előre az egyes életkori csoportokban, úgy csökken a hasonlóan vélekedők aránya. 40 éves kortól jelentős romlásról számolhatunk be, s a 60 év feletti korosztálynál ez a megoszlás már csak 3%, mely vélhetően összefügg az életkor emelkedésével romló, objektív egészségi állapottal. [6. táblázat]

Szintén a fiatalok előnye rajzolódik ki a „Véleménye szerint Ön mennyit tehet az egészségéért?” kérdésre adott válaszokból. A 18–25 évesek több mint fele mondta azt, hogy nagyon sokat tehet saját egészsége alakulásáért. Valamivel kevesebben gondolják ugyanezt a 26–40 éves korosztály tagjai

közül s közel ennyien vélik úgy, hogy ha nagyon sokat nem is, de sokat tehenek egészségük érdekében. A 41–55 éves és 65 év felettiak közül minden harmadik, az 56–64 évesek közül pedig minden negyedik válaszadó gondolkodik hasonlóan. [7. táblázat]

5. táblázat: Véleménye szerint Ön mennyit tehet az egészségéért? (%)

A megkérdezett családi állapota N=368	Nagyon sokat	Sokat	Keveset	Semmit
Egyedülálló	40,0	47,1	10,0	2,9
Házass	29,8	56,0	12,0	2,1
Élettársal él	35,7	48,2	14,3	1,8
Elvált	25,0	50,0	13,9	11,1
Özvegy	26,7	46,7	20,0	6,7

Forrás: saját szerkesztés

6. táblázat: Hogyan jellemezné általában egészségi állapotát? (%)

A megkérdezett életkora (év) N=374	Nagyon jó	Jó	Elfogadható	Rossz	Nagyon rossz	Összesen
18-25	42,9	28,6	23,8	2,4	2,4	100,0
26-40	37,2	50,0	11,5	1,3	0,0	100,0
41-55	10,1	50,5	36,4	2,0	1,0	100,0
56-64	10,9	29,1	43,6	12,7	3,6	100,0
65+	3,0	22,0	56,0	18,0	1,0	100,0

$p < 0,001$

Forrás: saját szerkesztés

7. táblázat: Véleménye szerint Ön mennyit tehet az egészségéért? (%)

A megkérdezett életkora (év) N=371	Nagyon sokat	Sokat	Keveset	Semmit
18-25	52,4	42,9	4,8	0,0
26-40	47,4	48,7	2,6	1,3
41-55	32,3	56,6	8,1	3,0
56-64	24,1	55,6	16,7	3,7
65+	32,6	51,5	12,7	3,2

$p < 0,001$

Forrás: saját szerkesztés

Szociokulturális jellemzők hatása a szubjektív egészségi állapotra

Kopp és Mészáros a boldogságot és egészségi állapotot meghatározó háttérváltozók feltárásánál egyértelműen rámutatnak, hogy az önértékelés egészségi állapot és boldogság megítélését jelentősen és pozitívan határozza meg az iskolai végzettség. Ezzel szemben a nemzetközi szakirodalom számos olyan eredménye ismert, mely árnyalja ezt az összefüggést.^{11,12} Azonban a magyar populáció körében lebonyolított vizsgálatok erős pozitív kapcsolatot tártak fel az említett két változó között, míg például Nagy-Britanniában negatív összefüggés mutatkozott. Mindez arra enged következtetni, hogy az iskolai végzettség hatása más magyarító változók bevonása esetén módosulhat, valamint hogy az adott ország általános társadalmi-gazdasági-kulturális környezete eltérő módon tipizálja a szubjektív egészségi állapotot.¹⁰ A korábbi nyíregyházi vizsgálatok a magyarországi eredményekkel megegyező összefüggéseket mutatnak.^{5,6,7,13}

A 2018-as nyíregyházi adatfelvétel véleményalkotásából kitűnik, hogy a válaszadók többsége a „jó” (37,2%) és „elfogadható” (36,7%) jelzővel minősítette saját egészségi állapotát. Iskolai végzettség szerinti megbontásban a vártak megfelelően jelentős eltéréseket tapasztaltunk. Eredményeink szerint az iskolai végzettség és az önértékelt egészségi állapot között statisztikailag releváns összefüggés van ($p < 0,001$). Legnagyobb arányban az érettségivel és technikus végzettséggel rendelkezők válaszolták azt, hogy „nagyon jó” az egészségi állapotuk. Ettől csak kissé marad el a diplomások véleménye, míg a legfeljebb nyolc osztállyal, valamint szakmunkás bizonyítvánnyal rendelkezők körében nagyon alacsony azok aránya, akik úgy gondolják, hogy „nagyon jó” az egészségi állapotuk. [8. táblázat] Ebben a csoportban azok vannak a legtöbben, akik „elfogadhatónak” tartják jelenlegi egészségi állapotukat, míg a többi iskolai végzettség szerinti csoportban a „jó” kategóriába sorolta magát a válaszadók legnagyobb része. Ezen belül is kiemelkednek az egyetemi (56,1%) és főiskolai (46,5%) diplomával rendelkezők. Ebből a szempontból az egyetemet végzettek közel 20%-kal, míg a főiskolát végzettek 10%-kal térnek el az átlagtól (37,2%). [8. táblázat]

Még inkább nyomon követhetőek az eltérések, ha összevonjuk a két szélső válaszkategóriát („nagyon

jó” és „jó”, „rossz” és „nagyon rossz”). Élesen kirajzolódik az egyetemi végzettséggel rendelkezők előnye a többi csoporthoz képest. Még a másik diplomás kontingenstől is 13,3%-kal eltér a magukat „nagyon jó” és „jó” egészségi állapotban tudókat. Ez a legalacsonyabb iskolai végzettségű csoport adatainak a kétszerese. Az is látható, hogy a „rossz” és „nagyon rossz” csoportban az alacsony iskolai végzettségűek felülreprezentáltak, közel minden nyolcadik ember vélekedik kedvezőtlenül saját egészségi állapotáról. [9. táblázat]

Saját sorsunk irányításába vetett hitünket számos tényező befolyásolja. Jelen vizsgálatunk eredményei azt támasztják alá, hogy a megszerzett legmagasabb iskolai végzettség is az egyik ilyen magyarító változó az egészségmegőrzés vonatkozásában. Ahogyan már fentebb bemutattuk, a legtöbben úgy vélték, hogy „sokat” tehetnek saját egészségük érdekében (50,9%), és minden harmadik ember gondolta csak úgy, hogy „nagyon sokat” tehet ebben az ügyben. Azonban, ha iskolai végzettség szerint vizsgáljuk a válaszokat, akkor azt látjuk, hogy a legmagasabb iskolai végzettségűek többsége hisz abban, hogy nagyon sokat tud tenni saját egészségéért, hiszen a válaszadók közel fele így nyilatkozott. Valamivel kevesebben, de még mindig meghatározó arányban voltak azok, akik azt mondták, hogy sok múlik, illetve múlhat saját hozzáállásukon, életmódjukon (43,9%). Ha összevonjuk e két válaszlehetőséget megjelölők számát („nagyon sokat” és „sokat” tehetek) azt látjuk, hogy az egyetemi diplomával rendelkezők több mint 90%-a meg van győződve arról, hogy befolyásolhatja egészségét. A legfeljebb nyolc osztállyal rendelkezők véleménye jelentősen különbözik ettől. Körükben mindössze 12,1% véli úgy, hogy „nagyon sokat” tehet az egészségéért. Nagyságrendileg ehhez az arányhoz hasonlóan alakult a szakiskolát, szakmunkásképzőt végzettek véleménye. Az érettségizettek véleményétől mutatkozik egy nagyobb „ugrás” az egészségi állapot befolyásolását illetően, és válik egyre optimistábbá az egyén szerepének megítélése. Aggasztó, hogy a két kevésbé kvalifikált csoport tagjai milyen nagy arányban vélekednek úgy, hogy keveset, illetve semmit sem tehetnek egészségük megőrzéséért. Az érettségivel nem rendelkezők közül minden harmadik megkérdezett a pesszimisták csoportjához tartozik. [10. táblázat]

8. táblázat: *Hogyan jellemezné általában egészségi állapotát? (%)*

A megkérdezett iskolai végzettsége N=369	Nagyon jó	Jó	Elfogadható	Rossz	Nagyon rossz	Összesen
legfeljebb 8 általános iskola N=87	9,2	23,0	55,2	11,5	1,1	100,0
szakiskola, szakmunkásképző N=58	6,9	22,4	60,3	10,3	0,0	100,0
szakközépiskolai, gimnáziumi érettségi N=109	23,9	29,4	27,5	6,4	2,8	100,0
érettségit követő, nem felsőfokú szakképzés, technikum N=59	23,7	39,0	28,8	3,4	5,1	100,0
főiskola, alapképzés N=71	15,5	46,5	31,0	7,0	0,0	100,0
egyetem, mesterképzés N=41	19,5	56,1	19,5	2,4	2,4	100,0

p<0,001

Forrás: saját szerkesztés

9. táblázat: *Hogyan jellemezné általában egészségi állapotát? (%)*

A megkérdezett iskolai végzettsége N=369	Nagyon jó/Jó	Elfogadható	Rossz/ Nagyon rossz	Összesen
legfeljebb 8 általános iskola N=87	32,2	55,2	12,6	100,0
szakiskola, szakmunkásképző N=58	29,3	60,3	10,3	100,0
szakközépiskolai, gimnáziumi érettségi N=109	53,3	27,5	9,2	100,0
érettségit követő, nem felsőfokú szakképzés, technikum N=59	62,7	28,8	8,5	100,0
főiskola, alapképzés N=71	62,0	31,0	7,0	100,0
egyetem, mesterképzés N=41	75,6	19,5	4,8	100,0

p<0,001

Forrás: saját szerkesztés

10. táblázat: *Véleménye szerint Ön mennyit tehet az egészségéért? (%)*

A megkérdezett iskolai végzettsége N=367	Nagyon sokat	Sokat	Keveset	Semmit
legfeljebb 8 általános iskola N=33	12,1	48,5	36,3	3,0
szakiskola, szakmunkásképző N=56	16,1	60,7	19,6	3,6
szakközépiskolai, gimnáziumi érettségi N=109	35,7	49,4	11,2	2,7
érettségit követő, nem felsőfokú szakképzés, technikum N=57	40,4	47,4	7,0	5,3
főiskola, alapképzés N=71	38,0	53,5	5,6	2,8
egyetem, mesterképzés N=41	46,4	43,9	7,3	2,4

p<0,003

Forrás: saját szerkesztés

Szocioökonómiai jellemzők hatása a szubjektív egészségi állapotra

A foglalkoztatási helyzetet körbejáró írásainkban többször kiemeltük, hogy a munka milyen fontos értéket jelent a mai magyar társadalomban, s annak hiánya milyen mélyen hat az életminőséget meghatározó számos területen.^{14,15,16,17} A munka központi szerepére apellálva ki kell emelni, hogy a munkavégzés nem más, mint a szükségletek kielégítésének egyik fontos eszköze, a társadalmi részvétel formája, a kultúra, a társadalmi beágyazódás alapja. A munka – és itt elsősorban a munkahelyen végzett, illetve a bérrel és szolgáltatásokkal elismert társadalmi szerepére utalva – a modern társadalmakban biztonságot jelent, elsősorban azért, mert a munkavégzésből származó jövedelem biztosítja a megélhetés alapvető feltételeit. A munka nélkül élőknél mindemellett számos, a munkavégzéshez mint feltételhez kapcsolódó szolgáltatások, ellátások (társadalombiztosítás) hiányával kell számolniuk. A munkanélküliség annak időtartamától függően egyrészt kirekesztődéshez vezet, másrészt a jövedelemkiesésből származó hatása mellett csökkenti az élettől való elégedettséget is.¹⁸ Ez kedvezőtlenül befolyásolja az önminősített egészségi állapotot. Mindezen túl a munkanélküliség nemcsak magára a munka nélkül lévő személyre gyakorol kedvezőtlen hatást, hanem családtagjaira is.¹⁰ A munkából való kiesés veszélyezteti a megélhetést, a különböző, addig megszokott tevékenységekben való részvétel biztosítását, hiszen a munka hiánya maga után vonja a jövedelmi helyzet romlását, mely szintén kedvezőtlenül hat a szubjektív egészségi állapotra, jóllétre.

Elemzésünk ezen részében azt tárjuk fel, hogy a gazdasági aktivitás milyensége, a heti munkaidő mennyisége, valamint a jövedelmi helyzet hogyan tipizálja az önminősített egészségi állapotot a nyíregyházi populáció vonatkozásában.

Empirikus vizsgálatunkban szignifikáns összefüggés rajzolódott ki a szubjektív egészségi állapot és a gazdasági aktivitás, valamint a jövedelmi viszonyok között. A heti munkaidő mennyisége nem befolyásolja statisztikailag mérhető szinten az önminősített egészségi állapotot. Adekvát statisztikai összefüggést találtunk azonban az egészségmegőrzés lehetősége és a gazdaságiaktivitás-változók között, viszont nem találtunk bizonyítható összefüggést a jövedelmi viszonyok jellemzőivel.

Az alábbi táblázat adatai egyértelmű képet festenek a munkaerőpiaci helyzet és az önminősített egészség összefüggéseiről. Azok, akik dolgoztak a megkérdezéskor, jóval nagyobb százalékban vélekednek úgy, hogy „nagyon jó”, illetve „jó” az egészségi állapotuk (70%). Mindkét kategóriában jelentős eltérést tapasztalunk a nem dolgozók véleménynyilvánításához viszonyítva (36,7). A vizsgálat idején nem dolgozó válaszadók közül minden ötödik személy minősítette saját egészségi állapotát „rossz”-nak vagy „nagyon rossz”-nak. Ez a mutató a dolgozók csoportjában minden 43. személyre igaz. [11. táblázat]

Vélhetően ezzel is összefügg, hogy egészségi állapotuk befolyásolásában jobban hisznek a dolgozók csoportjába tartozók, mint a nem dolgozók. Utóbbiak esetében minden ötödik válaszadó véli azt, hogy keveset, illetve semmit sem tehet egészsége érdekében. A másik csoportban ez nagyjából minden 10. személyre igaz. [12. táblázat]

11. táblázat: Hogyan jellemezné általában egészségi állapotát? (%)

Dolgozik-e jelenleg? N=379	Nagyon jó	Jó	Elfogadható	Rossz	Nagyon rossz	Összesen
Igen	21,3	45,7	30,8	2,3	0,0	100,0
Nem	12,0	24,7	44,9	15,2	3,2	100,0

p<0,001

Forrás: saját szerkesztés

12. táblázat: Véleménye szerint Ön mennyit tehet az egészségéért? (%)

Dolgozik-e jelenleg? N=376	Nagyon sokat	Sokat	Keveset	Semmit
Igen N=222	37,4	53,2	8,1	1,4
Nem N=154	26,6	47,4	19,5	6,5

p<0,001

Forrás: saját szerkesztés

A nyíregyháziak jövedelmi helyzete egyre kedvezőbben alakul az elmúlt évekhez viszonyítva. A javulás mértéke 2015 után gyorsult fel igazán. Ettől kezdve a foglalkoztatás színvonalában, a nettó- és mediánjövedelemben is jelentős emelkedés tapasztalható.¹⁹

Eredményeink szerint a nagyon jó egészségi állapotról vallók százalékos megoszlása a 201 ezer forintos

nettó jövedelemmel bírók csoportjától kezdve emelkedik jelentősebb méretékben. Azok, akik 201-250 ezer forint közötti jövedelemből élnek, 18%-ban értékelik saját egészségi állapotukat „nagyon jó”-nak. Ez a megoszlás a legmagasabb jövedelmi csoportban 23,5%. A „rossz” és „nagyon rossz” válaszlehetőséget a két legalacsonyabb jövedelmi kategóriába tartozók választották a legtöbben. [13. táblázat]

13. táblázat: Hogyan jellemezné általában egészségi állapotát? (%)

Havi nettó jövedelem (%)	Nagyon jó	Jó	Elfogadható	Rossz	Nagyon rossz	Összesen
legfeljebb 50 ezer Ft	0,0	25,0	25,0	25,0	25,0	100,0
51-100 ezer Ft	11,8	23,5	44,1	14,7	5,9	100,0
101-150 ezer Ft	7,0	36,8	47,4	8,8	0,0	100,0
151-200 ezer Ft	12,0	28,0	46,0	14,0	0,0	100,0
201-250 ezer Ft	18,0	46,0	34,0	2,0	0,0	100,0
251-300 ezer Ft	15,4	57,7	19,2	7,7	0,0	100,0
300 ezer Ft felett	23,5	38,3	34,6	2,5	1,2	100,0

p<0,002

Forrás: saját szerkesztés

Összegzés, az eredmények összefoglalása

Elemző munkánkban a szubjektív egészségi állapot szociológiai vizsgálatát vállaltuk Nyíregyháza lakói körében, egy 2018-ban lebonyolított, empirikus vizsgálatunk alapján. Írásunkban elsősorban a szociodemográfiai, szociokulturális jellemzők, valamint a szocioökonómiai státusz és a szubjektív egészségi állapot összefüggéseit mutattuk be. Arra voltunk kíváncsiak, hogy a megkérdezettek hogyan értékelik saját egészségi állapotukat, és hogyan vélekednek

arról, hogy az egyén maga mennyiben befolyásolhatja egészsége megőrzését. A válaszadók véleménynyilvánítását mindkét kérdés vonatkozásában öt- és négyfokú Likert-skála segítségével mértük. Eredményeink szignifikáns összefüggést mutattak a „Hogyan jellemezné általában egészségi állapotát?” és a családi állapot, az életkor, az iskolai végzettség, a gazdasági aktivitás és a jövedelmi helyzet vonatkozásában. A családi állapot esetében azt tapasztaltuk, hogy a korábbi vizsgálatoknak ellentmondó összefüggést mutatnak az adataink, míg a többi

vizsgált változót illetően a vártak megfelelő eredmények születtek. Eszerint a fiatalabb életkor, a magasabb iskolai végzettség, a gazdasági aktivitás és a kedvezőbb jövedelmi helyzet pozitívan befolyásolja a szubjektív egészségi állapotot. A családi állapot tekintetében azt tapasztaltuk, hogy az egyedülállók érzik a legjobbnak az egészségi állapotukat. Mindez csak részben magyarázza a családi állapot szubjektív egészségi állapotra gyakorolt hatását, ugyanis az egyedülállók legnagyobb része a 18–25 éves korosztályhoz tartozott. A lefutott korrelációs számítás szintén az életkori hatás meghatározó voltát erősítette (korrelációs együttható szubjektív egészségi állapot/családi állapot: $r=0,225$; szubjektív egészségi állapot/életkor: $r=0,461$).

A „Véleménye szerint Ön mennyit tehet az egészségéért?” kérdésre adott válaszok mintázatában a bevont magyarázó változók közül az életkor, az iskolai végzettség és a gazdasági aktivitás bizonyító erejét tártuk fel. Eredményeink szerint a fiatalabbak, a magasabb iskolai végzettséggel bírók és a fizetett munkát végzők gondolják úgy, hogy hatással lehetnek saját egészségi állapotukra.

Fontos megemlíteni eredményeink azon korlátját, mely a kérdőív egyes kérdéseinek és válaszlehetőségeinek hiányából adódik. A további vizsgálatoknál a családi állapot egyszerű osztályozása mellett érdemes rákérdezni a párkapcsolat érzelmi minőségére, illetve az „Ön dolgozik-e?” kérdésen túl a gazdasági aktivitás teljes körű feltérképezésére. A „nem dolgozók” csoportján belül érdemes tovább vizsgálni, hogy az, aki nem dolgozik, az azért nem dolgozik, mert éppen elveszítette a munkáját, vagy az inaktivitás egyéb kategóriájához sorolható; például nyugdíjas vagy gyermeknevelési szabadságon van. Meglátásunk szerint ezen jellemzők megismerése tovább pontosíthatja az ok-okozati összefüggések feltárását, mely segítheti a helyi egészségfejlesztési koncepció finomhangolását.

A munkával való elégedettség és a szubjektív egészségi állapot összefüggéseinek vizsgálatát szintén fontosnak tartjuk. Jövőbeni célunk a szubjektív egészségi állapot minél pontosabb felmérésén túl a szubjektív jóllét vizsgálata, a Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar Egészségszociológiai Tudományos Koordinációs Központ keretei között.

HIVATKOZÁSOK

¹ Pikó B. Egészségszociológia. Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest, 2002.

² Libicki É. Társadalmi egyenlőtlenségek egészségszociológiai vizsgálata. Kézirat.

³ Landa JMA, López-Zafra E, Berrios Martos MP, Aguilar-Luzón MC. The relationship between emotional intelligence, occupational stress and health in nurses: A questionnaire survey. Int J Nurs Stud. 2008;45 (6), 888-901. doi: [10.1016/j.ijnurstu.2007.03.005](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.03.005)

⁴ Pikó B, Piczil M. A saját egészség megítélése és a pszichoszociális munkakörnyezet. LAM. 2007;17,65-69.

http://www.elitmed.hu/upload/pdf/a_sajat_egeszseg_megitelese_es_a_pszichoszocialis_munkakornyezet_vizsgalat_a_szabadkai_egeszsegugyi_szakdolgozok_koreben-429.pdf (Elérve: 2019. 10. 27.)

⁵ Jóna Gy, Erdei R. A szubjektív egészségi állapot meghatározó tényezői Nyíregyházán. Fábrián G, Patyán L, Huszti É. (szerk.) Életminőség Nyíregyházán. Nyíregyháza, Magyarország: Debreceni Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, 2012: 99-115. http://ams.foh.unideb.hu/sites/ams.foh.unideb.hu/files/07_jona_erdei.pdf (Elérve: 2019. 10. 27.)

⁶ Erdei R, R. Fedor A, Madácsi E. A nyíregyházi lakosok szubjektív egészségi állapota és annak változásai. Acta MedSoc 2014 : 12-13 pp. 189-206. http://ams.foh.unideb.hu/sites/ams.foh.unideb.hu/files/10_02_javorne_erdei_renata_04.pdf (Elérve: 2019. 10. 17.)

⁷ Erdei R, Barth A, R. Fedor A, Takács P. Measuring the factors affecting health literacy in East Hungary: Health literacy in the adult population of Nyíregyháza city. Kontakt 2108;20:375-380. doi: [10.1016/j.kontakt.2018.08.007](https://doi.org/10.1016/j.kontakt.2018.08.007)

⁸ Deaton A. Income, Health, and Well-being around the World: Evidence from the Gallup World Poll. J Econ Perspec. 2008;22. No. 2. pp. 53–72. doi: [10.1257/jep.22.2.53](https://doi.org/10.1257/jep.22.2.53)

⁹ Hayo B. Happiness in Transition: An Empirical Study on Eastern Europe. Economic Systems, 2007;31. No. 2. pp. 204–221. doi: [10.1016/j.ecosys.2006.08.003](https://doi.org/10.1016/j.ecosys.2006.08.003)

¹⁰ Molnár Gy, Kapitány Zs. Miért elégedetlenek annyira a magyarok az életükkel? Műhelytanulmányok. MTA Közgazdaság-és Regionális Tudományi Kutatóközpont Közgazdaság-tudományi Intézet. 2013. <http://econ.core.hu/file/download/mtdp/MTDP1347.pdf>. (Elérve: 2019. 10. 01.)

- ¹¹ Kopp M, Mészáros E. Az életminőség és a jóllét társadalmi-gazdasági különbségei Magyarországon. Megjelent: Európai lakossági egészségfelmérés. Tanulmányok II. Az egészség társadalmi, gazdasági összefüggései. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2012:9–32.
- ¹² Caporale GM, Georgellis Y, Tsitsianis N, Yin. Income and Happiness Across Europe: Do reference Values Matter? J Econ Psychol. 2009;30. pp. 42-51. doi: [10.1016/j.joep.2008.06.004](https://doi.org/10.1016/j.joep.2008.06.004)
- ¹³ Hüse L. A szubjektív egészségi állapot tényezői és azok változásai Nyíregyházán és vonzáskörzetében. Acta MedSoc 2015:18-19 pp. 96-120. [http://ams.foh.unideb.hu/sites/ams.foh.unideb.hu/files/acta_ms_vol6_no18-19 - 06_huse.pdf](http://ams.foh.unideb.hu/sites/ams.foh.unideb.hu/files/acta_ms_vol6_no18-19_-_06_huse.pdf) (Elérve: 2019. 10. 27.)
- ¹⁴ R. Fedor A. Foglalkoztatási helyzetkép és a munkával való elégedettség jellemzői. Acta MedSoc 2019:27 pp. 33-57. doi: [10.19055/ams.2018.9/27/4](https://doi.org/10.19055/ams.2018.9/27/4)
- ¹⁵ R. Fedor A. Labor Market Participation of Women Living in the North Great Plain Region. Hum. Innov. Szle. 2018:1-2 pp. 32-53. http://humanexchange.hu/site/uploads/HISZ_2017-2018.pdf (Elérve: 2019. 10. 26.)
- ¹⁶ R. Fedor A. The power of theoretical models to explain the presence of women in the labor market based upon a survey of eastern hungarian women. Taylor: Gazdálkodás- és Szervezéstudományi Folyóirat: A virtuális intézet Közép-Európa kutatására közleményei 2018:1 pp. 91-101. <http://vikek.eu/wp-content/uploads/2018/04/TaylorNo31.pdf> (Elérve: 2019. 10. 27.)
- ¹⁷ R. Fedor A, Toldi A. Labour market opportunities of women with young children after childbirth. Kontakt 2017: 3 pp. 220-226. doi: [10.1016/j.kontakt.2017.07.003](https://doi.org/10.1016/j.kontakt.2017.07.003)
- ¹⁸ Clark AE. Work, Jobs and Well-being Across the Millennium. Diener E, Helliwell J, Kahneman D. (szerk.): International Differences in Well-being. Oxford University Press, Oxford. 2010. <http://ftp.iza.org/dp3940.pdf> (Elérve: 2019. 10. 27.)
- ¹⁹ Fábrián G, Takács P, Szigeti F. Jövedelmi helyzet, jövedelmi egyenlőtlenségek. Acta MedSoc 2018:9, pp. 58-69. [http://ams.foh.unideb.hu/sites/ams.foh.unideb.hu/files/acta_ms_vol6_no18-19 - 04_fabian-takacs-szigeti.pdf](http://ams.foh.unideb.hu/sites/ams.foh.unideb.hu/files/acta_ms_vol6_no18-19_-_04_fabian-takacs-szigeti.pdf) (Elérve: 2019. 10. 27.)

Serdülők étkezési szokásai az „egészség-hit-modell”, illetve az éhhatékonyág, az optimizmus és az önkontroll tükrében

Adolescents' dietary habits in light of the Health Belief Model, self-efficacy, optimism and self-control

Szerzők: Szabó Katalin^a, Pikó Bettina^b✉
a: SZTE Neveléstudományi Doktori Iskola, Szeged, PhD hallgató,
b: SZTE Magatartástudományi Intézet, Szeged, egyetemi tanár

Beküldve: 2019. 07. 03.
doi: 10.24365/ef.v60i6.497

Összefoglaló:

Bevezetés: Manapság egészségünk fenntartása és a betegségek megelőzése központi társadalmi célkitűzés. Különböző viselkedési modellek segítségével számos kutatás irányul arra, hogy feltérképezze az egészséges és az egészségtelen életmód szempontjait. Ezek közül kiemelten fontos a táplálkozás, mivel az egészségtelen étkezési szokásokból eredő betegségek és elhízás nemcsak hazánkban, hanem világszerte is súlyos népegészségügyi probléma. A megfelelő táplálkozási szokások kialakítása szempontjából a serdülőkor különösen érzékeny időszak a végbemenő testi és lelki változások miatt. Ezért kutatásunk központi eleme középiskolások tudatos ételválasztási preferenciáira ható tényezők felmérése. Célkitűzésünkhöz az „egészség-hit-modell” elemeit vettük alapul, amelyeket kiegészítettünk bizonyos személyiségbeli jellemzőkkel (éhatékonyág, optimizmus, önkontroll), hogy feltárjuk a tudatos étkezéssel való összefüggéseiket.

Módszertan: Vizsgálatunkat szegedi középiskolákban végeztük 440 fő bevonásával. A minta 37%-a fiú volt, életkoruk átlaga 16,0 év, szórása 1,2 év volt. Az adatgyűjtéshez online önkitöltős kérdőívet alkalmaztunk. Statisztikai elemzésünk során korreláció- és regresszióanalízist használtunk.

Eredmények: Adataink a vizsgált serdülők körében az „egészség-hit-modell” elemei, a személyiségbeli tényezők és a tudatos étkezés között számos kapcsolatot állapítottak meg. A regresszióelemzés eredménye szerint a tudatos étkezést legnagyobb mértékben az egészséges étkezés fontossága, a viselkedésváltozásból következő haszon, az önkontroll, valamint kisebb mértékben az éhatékonyág segíti elő, míg az észlelt korlátok változója gátolja. A fiúknál szignifikáns jósló erővel rendelkezett a táplálkozással összefüggő betegségekre vonatkozó észlelt hajlam, valamint az éhatékonyág, míg a lányoknál ezek a változók nem szerepeltek prediktorként. Mindkét nemnél az egészséges ételek fogyasztásának fontossága volt a legerősebb tényező.

Következtetések: Eredményeinkből arra következtethetünk, hogy az „egészség-hit-modell”, kibővítvé egyéb releváns pszichológiai változókkal, felhasználható elméleti háttérként serdülők étkezési szokásainak megismerésére.

Kulcsszavak: serdülők; „egészség-hit-modell”; étkezési szokások; pszichológiai változók

Summary:

Introduction: Nowadays health maintenance and disease prevention are main social objectives. Several studies are focused on exploring aspects of healthy and unhealthy lifestyles by means of behavioral models. Among these studies those related to nutrition are highly

important because obesity and diseases caused by unhealthy eating habits are serious public health concerns not only in our country but also worldwide. Adolescence is a very sensitive lifetime period in terms of developing appropriate eating habits due to physical and psychological changes. Therefore, the focal point of our study has been to detect factors that predict adolescents' conscious eating preference. Our goal based on the exploration of the relationships between elements of the Health Belief Model, completing with some personality factors (self-efficacy, optimism, self-control), and self-conscious eating.

Methods: Our study was going on with the participation of 440 high school students in Szeged. Thirty-seven percent of the sample were boys, average age was 16.0 years with a standard deviation of 1.2 years. For collecting data we used an online self-administered questionnaire. For statistical analysis we applied correlation and regression analysis.

Results: Our data have revealed several relationships between the elements of Health Belief Model, the psychological factors and self-conscious eating. Referring to the results of regression analysis the importance of healthy eating, the benefits of behavioral change and self-control were the most and self-efficacy the least decisive positive predictors, while perceived barriers predicted negatively self-conscious eating. For boys perceived susceptibility referring to eating habits related diseases and self-efficacy had significant prediction value, for girls these variables did not act as predictors. For both sexes the importance of healthy eating was the most powerful factor.

Conclusion: From our results we can conclude that the Health Belief Model completing with some relevant psychological variables, may serve as a useful theoretical background to have better knowledge of adolescents' eating habits.

Keywords: adolescents; Health Belief Model; eating habits; psychological variables

BEVEZETÉS

Manapság köztudott, hogy a táplálkozás az életmód meghatározó eleme, amely az egészséget és az életminőséget is hosszú távon befolyásolja. A megfelelő étkezési szokások segíthetnek abban, hogy fennartsuk egészségünket, és elkerüljünk számos krónikus betegséget.¹ A kiegyensúlyozatlan táplálkozási szokások miatt olyan betegségek alakulhatnak ki, mint az elhízás², a szív- és érrendszeri megbetegedések, agyvérzés vagy cukorbetegség.^{3,4,5} Mivel a felnőttkori táplálkozási szokásokat korábbi életkorokban alapozzuk meg, már gyermek- és serdülőkorban oda kell figyelni a helyes, egészségvédő étkezés kialakítására. A serdülők ebből a szempontból különösen veszélyeztetettek. Míg a gyermekek étkezési szokásait főként a szülők döntései határozzák meg, addig a függetlenedési törekvések miatt a serdülők táplálkozása drasztikusan megváltozhat: a szülői hatások helyett inkább a kortársak befolyásolják étkezési döntéseiket.^{6,7,8} A serdülő fiatalok nem megfelelő táplálkozási magatartása azért is jelenthet problémát, mivel a serdülőkor nagyon érzékeny életszakasz. Egyrészt a jelentős fizikai változás miatt elengedhetetlen a megfelelő

tápanyagbevitel⁹, másrészt a táplálkozás minőségének hosszú távú egészségügyi hatásai is lehetnek.¹⁰ Számos kutatás bizonyította már, hogy a serdülőkori elhízás nagymértékben előre jelzi a felnőttkori elhízást, amely az egyik legfőbb népegészségügyi probléma a fejlett országokban, köztük hazánkban is.^{11, 12, 13}

Étkezési szokásainkat különböző tényezők befolyásolják, amelyek feltárására és a köztük lévő kapcsolatok megállapítására több viselkedési modell született. Ezek közül az egyik legjelentősebb az „egészség-hit-modell”, amelyet az 1950-es években dolgoztak ki¹⁴, és azóta széles körben használják számos egészségmagatartás feltárására, mint például a testmozgás¹⁵, a testsúly kezelése¹⁶, a dohányzás¹⁷ és az egészséges táplálkozás.¹⁸ A modell az egészséges viselkedést befolyásoló elemek szerepét méri fel, amelyek a következők: az észlelt súlyosság és az észlelt hajlam (amelyek együttesen a fenyegetettséget mérik fel), a viselkedésváltozás haszon/korlát aránya, akciótervek, demográfiai tényezők és az érzékeltség. Egyrészt feltételezzük, hogy az egyén elköteleződik az egészséges viselkedés mellett, ha fenyegetettséget érez arra, hogy megbetegedhet. Ez a fenyegetettség az adott

betegség súlyosságából (pl. az étkezéssel kapcsolatban mennyire gondolja súlyosnak az elhízás problémáját), és az egyén által észlelt hajlamból (pl. mennyire tartja valószínűnek, hogy ő is túlsúlyosá válik az étkezési szokásai miatt) ered. Másrészt úgy vélhetjük, hogy a tervezett preventív magatartást meghatározza az ahhoz köthető becsült előnyök/hasznok (pl. az egyén fitt marad) és hátrányok/korlátok (pl. több időt kell szánni az ételek elkészítésére) aránya, továbbá az adott cselekvésre irányuló akciótervek (pl. iskolai kampányok és egyéb lehetőségek) is. Egyéb demográfiai tényezők és az énhatékonyság (annak hite, hogy képesek vagyunk a viselkedésváltozásra) is módosíthatják a modell elemeinek hatásait.^{19, 20}

A táplálkozással kapcsolatban is számos kutatás megerősítette az „egészség-hit-modell” hatékonyságát.^{21, 22, 23} Eredményeik tükrében úgy tűnik, hogy felnőttek körében az adott egészségügyi problémára vonatkozó észlelt hajlam és az egészséges táplálkozáshoz köthető előnyök megítélésének mértéke pozitívan, míg az egészséges táplálkozáshoz kapcsolódó korlátozó tényezők túlsúlyának észlelése negatívan befolyásolja az egészséges étkezésre irányuló magatartást.²¹ Egy másik tanulmány egyetemisták körében is megállapította a korlátozó tényezők hasonló szerepét, emellett az énhatékonyság nagyobb elkötelezettséget eredményezett a kiegyensúlyozott táplálkozás irányában.²⁴ Megállapítható azonban, hogy a kutatások többsége felnőttek körében készült, és keveset tudunk arról, hogy az „egészség-hit-modell” milyen szerepet játszik serdülőknél. Egy tanulmányban a serdülő lányok körében az észlelt fenyegetettség, az énhatékonyság és az akciótervek kapcsolatban álltak a súlycsökkentés szándékával.²⁵ Továbbá azok a serdülők, akik ételallergiától szenvedtek, jobban odafigyeltek az egészségükre, beleértve a táplálkozásukat is, amikor a betegségük súlyosságát nagyobb, és az egészséges magatartással járó korlátozó tényezőket kisebb mértékűnek észlelték.²⁶ Viszont ezek a kutatások specifikus csoportokra vonatkoztak, és eddig nem találtunk olyan átfogó tanulmányt, amely általánosságban vizsgálná a serdülők körében az „egészség-hit-modell” relevanciáját. Az ún. étkezés-szabályozási motivációs elmélet²⁷, valamint az étkezéssel összefüggő öndeterminációs elmélet²⁸ alapján pszichológiai tényezők is fontos szerepet játszanak abban, hogy megértsük a serdül-

lők táplálkozási szokásait. Ezek közé tartozik az „egészség-hit-modellben” is már megjelenő énhatékonyság mellett az önkontroll és az optimizmus. Az énhatékonyság olyan vélekedésekre vonatkozik, hogy az egyén milyen jól tudja végrehajtani azokat a cselekvéseket, amelyek a jövőbeni helyzettel foglalkoznak²⁹, azaz annak megítélése, hogy a jövőben mennyire képes egy adott cél érdekében hatékonyan cselekedni. Vizsgálatok alapján az énhatékonyság olyan fontos személyiségjellemző, amely általánosságban pozitívan befolyásolja a serdülők étkezési magatartását.³⁰ A nagyobb mértékű énhatékonyság összefüggött a zöldség- és gyümölcsfogyasztással³¹, valamint az alacsonyabb zsírtartalmú ételek iránti preferenciával.³²

Az önkontroll az egyén azon képessége, amely egy adott viselkedés megváltoztatásáért felelős, valamint elősegíti a hosszú távú célokra való törekvést.³³ Az önkontroll, mivel korlátozni tudja a nem kívánt viselkedést, szintén fontos tényezője lehet az egészséges táplálkozásnak.³⁴ Kutatások igazolták, hogy a nagyobb önkontrollal rendelkezők jobban tudják irányítani a gondolataikat, érzéseiket és impulzusait, míg azok, akik kisebb mértékű önkontrollal rendelkeztek, sokkal valószínűbben mutattak problémás viselkedést.^{35, 36} Az önkontroll és az étkezési magatartás vizsgálata során megállapították, hogy azok, akik nagyobb önkontrollal és kisebb impulzivitással rendelkeznek, előnyben részesítik az egészséges ételek fogyasztását, szemben azokkal, akikre ennek az ellenkezője jellemző.³⁷ Az önkontroll szerepe serdülők körében sem elhanyagolható. Kutatási eredmények alapján a kisebb mértékű önkontrollal rendelkező fiatalok sokkal valószínűbb, hogy dohányoznak, több alkoholt és zsíros ételt fogyasztanak, mint a magasabb önkontrollal bíró társaik.³⁸ Továbbá a nagyobb önkontrollal rendelkező serdülők több egészséges nassolnivalót esznek⁷, illetve kevesebb pénzt költenek édességre és üdítőitalokra.³⁹ Meg kell jegyeznünk azt is, hogy az önkontroll szerepe nem egyértelmű az egészséges táplálkozás elősegítésével kapcsolatban. Míg az egyik vizsgálat szerint az önkontroll kapcsolatban állt a nagyobb mértékű zöldség- és gyümölcsfogyasztással⁴⁰, addig mások ezt a kapcsolatot nem igazolták.⁴¹ Ezek alapján valószínűsíthető, hogy az önkontroll nem mindig direkt, hanem inkább indirekt szerepet tölthet be az egészséges táplálkozásban.⁴²

Végül az optimizmus szerepe sem elhanyagolható az egészséges táplálkozás fenntartásában. Optimizmus alatt olyan, jövőbeni elvárásokra vonatkozó attitűdöt értünk, amelyet az egyén kívánatosnak tart saját hasznára vagy örömére.⁴³ Eredmények szerint az optimistább nőknek alacsonyabb volt a testtömegindexe (Body Mass Index, BMI)⁴⁴, valamint általánosságban is nagyobb mértékű optimizmus volt jellemző az egészségesebb ételleket fogyasztók körében.⁴⁵ Továbbá az optimizmus növelte, míg a pesszimizmus csökkentette a zöldség- és gyümölcsfogyasztás gyakoriságát, illetve kapcsolatban állt több egészségtelen étel fogyasztásával is.⁴⁶ Serdülőkorban azonban az optimizmus irreális is lehet, ami az egészségtelen étkezéshez kapcsolódó kockázatok alulbecsléséhez vezethet.⁴⁷ Úgy gondoljuk, hogy az eddigi eredmények alapján fontos tovább vizsgálni serdülők étkezési magatartását e szempontok figyelembevételével. Ehhez jelen tanulmányunkban azt a célt tűztük ki, hogy az „egészség-hit-modell” elemeinek segítségével és a bemutatott pszichológiai változók felhasználásával megvizsgáljuk a fiatalok jelenlegi étkezési szokásait. Vizsgálatunk során arra a kérdésre kerestük a választ, hogy ezek a tényezők milyen mértékben befolyásolják az étkezési szokásaikat, milyen kapcsolat állapítható meg a változók között. További célkitűzésünk volt, hogy feltérképezzük, hogy tapasztalható-e nemi különbségek a vizsgált területen.

MÓDSZERTAN

Vizsgálatunkban 440 szegedi középiskolás vett részt 2018-2019-ben. A résztvevők 37%-a fiú volt, életkoruk 14-19 év közé esett (átlag: 16,0, szórás: 1,2 év). Az adatok gyűjtését online kérdőívvel végeztük 2018 novembere és 2019 januárja között, informatikai vagy délutáni tanóra keretében, a kitöltés körülbelül 15-20 percet vett igénybe. A részvétel önkéntes és anonim volt. Kérdőívünk a szociodemográfiai kérdések mellett tartalmazott az „egészség-hit-modellre” vonatkozó, illetve az étkezési szokásokkal kapcsolatos kérdéseket. Továbbá három pszichológiai faktort is bevontunk az elemzésbe: az énhatékonyságot, az optimizmust és az önkontrollt. Az „egészség-hit-modell” elemeihez kapcsolódó kérdéseket Deshpande, Basil és Basil (2009) kutatásából¹⁸ adaptáltuk.

Függő változónak a tudatos étkezést választottuk, amely az egészséges ételek preferenciáján alapult. Ezzel kapcsolatban négy kérdést tettünk fel.¹⁸

1) Véleményed szerint az elmúlt két hétben az általad fogyasztott ételek mennyire voltak tápanyagban gazdagok?”, 2) „Az elmúlt két hétben az általad fogyasztott ételek mennyire voltak egészségesek?”, 3) „Az elmúlt két hét folyamán milyen gyakran választottál egészséges ételleket?”, 4) „Az elmúlt két hét folyamán milyen gyakran választottál egészségtelen ételleket?”. A válaszokat 7-fokú Likert-skálán mértük (1 = egyik étel sem, 7 = minden étel, valamint 1 = soha, 7 = mindig; az utolsó kérdéskor inverz értékelést alkalmaztunk). A megbízhatóságot mérő Cronbach-alfa értéke 0,81-nek bizonyult.

Független változókként a részben az étkezéssel összefüggő faktorok (észlelt súlyosság, észlelt hajlam, észlelt hasznok és korlátok, fontosság), részben a pszichológiai változók (énhatékonyság, optimizmus, önkontroll) szerepeltek.

Az észlelt súlyosság mérésére hét állítást használtunk¹⁸, amelyet bevezető mondat előzött meg: „A rossz étkezési szokásaim miatt tartok attól, hogy az életem során...”: 1) „... több mint két hónapot hiányozni fogok az iskolából/munkából.”, 2) „... hosszú távú hatásai lesznek.”, 3) „... hosszú ideig ágyhoz leszek kötve.”, 4) „... orvosi kiadásaim lesznek.”, 5) „... hátráltatja az előmeneteletem.”, 6) „... megszenvedik a társas kapcsolataim.”, 7) „... rossz hatása lesz a családi életemre.”. A válaszokat hét-fokú Likert-skálán mértük (1 = egyáltalán nem értek egyet, 7 = teljes mértékben egyetértek). A mérőeszköz megbízhatósága (Cronbach-alfa) jelen esetben 0,89 volt.

Az észlelt hajlamot öt kérdéssel mértük^{18, 30}, amelyek szintén bevezetővel kezdődtek: „Szerinted mekkora annak a kockázata, hogy...”: 1) „komolyan megbetegszel, ha nem táplálkzol egészségesen”, 2) „táplálkozási szokásaid miatt magasvérnyomásbetegséged lesz életed során?”, 3) „táplálkozási szokásaid miatt magas koleszterinszinted lesz életed során?”, 4) „táplálkozási szokásaid miatt rákos megbetegedésed lesz életed során?”, valamint 5) „táplálkozási szokásaid miatt cukorbetegséged lesz életed során?”. A válaszokat szintén hétfokú Likert-skálán mértük (1 = szinte semmi, 7 = valószínű). A skála megbízhatónak bizonyult (Cronbach-alfa = 0,85).

Az észlelt haszon változóhoz tartozó kérdésre („Számomra az, hogy az elkövetkező két hét nagy

résében egészségesen táplálkozzak ... , ... lenne.”) öt válaszpár tartozott.¹⁸ 1) káros/ előnyös, 2) kellemetlen/ kellemes, 3) rossz / jó, 4) értéktelen/ értékes, 5) élvezhetetlen / élvezetes. Hétfokú Likert-skálán kellett eldönteni, hogy a válaszok melyik része igaz inkább a kitöltőre. A megbízhatóság mértéke (Cronbach-alfa) 0,88 volt.

Az észlelt korlátokat három állítással tártuk fel, amelyekre hétfokú Likert-skálán kellett választ adniuk (1 = egyáltalán nem értek egyet, 7 = teljes mértékben egyetértek).¹⁸ Az állítások a következők voltak: 1) „Nem szeretem a legtöbb egészséges étel ízét.”, 2) „Úgy vélem, túl sok időt venne igénybe az elkövetkező két hétben, hogy megváltoztassam a táplálkozási szokásaimat azért, hogy azok egészségesebbek legyenek.”, 3) „Úgy vélem, nehéz lenne az elkövetkező két hét után, hogy megváltoztassam a táplálkozási szokásaimat azért, hogy azok egészségesebbek legyenek.” Cronbach- alfa: 0,78.

Az étkezési szokásokhoz kapcsolódóan továbbá arra kerestük a választ, hogy mennyire tartják fontosnak az egészséges táplálkozást. Ehhez két kérdés tartozott:¹⁸ 1) “Mennyire fontos számodra, hogy tápanyagban gazdag ételeket fogyassz?”, 2) “Mennyire fontos számodra az egészséges táplálkozás, amikor élelmiszert vásárolsz?”. Hétfokú Likert-skálán kellett megjelölni, hogy az állítással mennyire ért egyet a kitöltő (1 = egyáltalán nem, 7 = nagyon fontos). A Cronbach-alfa értéke: 0,74 lett.

A pszichológiai változók közül az én-hatékony-ságot a 10 állításból álló Énhatékony-ság Skála validált magyar verziójával mértük.⁴⁶ A kitöltő egy négypon-tos skálán jelöli, hogy mennyire jellemző rá az adott állítás (1 = egyáltalán nem jellemző, 4 = teljesen jellemző). Saját mintánkon a megbízhatósági mutató (Cronbach-alfa) 0,86 lett. Az optimizmus feltá-rására A Life Orientation Test (LOT)⁴⁷ magyar verzi-óját alkalmaztuk.⁴⁸ A skála 10 állításával kapcsolatos egyetértést ötfokú Likert-skálán kellett bejelölni. A magasabb összpontszám az optimizmusra, míg az alacsonyabb pesszimista hozzáállásra utal. A mérő-eszköz megbízhatósága (Cronbach-alfa): 0,66 lett. Az önkontrollt Tangney, Baumeister és Boone (2004) ún. Önkontroll skálájával⁴⁹ mértük, amely szintén 10 itemből áll. Ötfokú Likert-skálán kellett megjelölni, hogy az állítás mennyire jellemző a kitöl-tőre (1 = egyáltalán nem jellemző rám, 5 = teljesen jellemző rám). A skála megbízhatósági mutatója a saját mintán: 0,79.

Statisztikai elemzésünk során először korreláció-analízissel a változók közötti kétoldalú kapcsolatokat, illetve független mintás t-próbával a változók közötti nemi különbségeket vizsgáltuk meg. Majd a tudatos étkezést használtuk függő változóként. Többváltozós lineáris regresszióelemzéssel tártuk fel az egész mintára, valamint nemekre vonatkozóan külön-külön, hogy az „egészség-hit-modell” elemei, valamint a pszichológiai faktorok mekkora mértékben befolyásolják a jelenlegi étkezési státuszra jellemző tudatos étkezést.

EREDMÉNYEK

Elemzésünk során először a vizsgált változók közötti kétoldalú kapcsolatokat tártuk fel. Az 1. táblázat tartalmazza a korrelációs együtthatókat. Az „egészség-hit-modell” elemei a következőképpen álltak kapcsolatban egymással: az észlelt hajlam és az észlelt súlyosság erős, szignifikáns pozitív kapcsolatot mutatott egymással ($r = 0,44$, $p < 0,01$). Az észlelt haszon és az észlelt korlátok közepesen erős, szignifikáns negatív kapcsolatban álltak ($r = -0,36$, $p < 0,01$). Ezen kívül az észlelt korlátok változója az észlelt súlyossággal ($r = 0,10$, $p < 0,05$) és az észlelt hajlammal ($r = 0,12$, $p < 0,05$) mutatott kismértékű szignifikáns kapcsolatot. A pszichológiai változók közepesen erős, szignifikáns pozitív kapcsolatban álltak egymással. Az optimizmus nagyobb mértéke együtt járt a magasabb fokú énhatékonysággal ($r = 0,31$, $p < 0,01$) és önkontrollal ($r = 0,30$, $p < 0,01$). Továbbá az önkontroll magasabb mértéke nagyobb fokú énhatékonysággal állt kapcsolatban ($r = 0,29$, $p < 0,01$). A pszichológiai változók és az „egészség-hit-modell” egyes elemei között is együtt-járás tapasztalható. Az énhatékonyság és az észlelt haszon között szignifikáns pozitív kapcsolatot tár-tunk fel ($r = 0,21$, $p < 0,01$). Az optimizmus az észlelt haszonnal ($r = 0,26$, $p < 0,01$) pozitív, míg az észlelt súlyossággal ($r = -0,16$, $p < 0,01$), az észlelt hajlammal ($r = -0,12$, $p < 0,05$) és az észlelt korlátokkal ($r = -0,19$, $p < 0,01$) negatív kapcsolatban állt. Az önkontroll és az észlelt haszon között pozitív ($r = 0,22$, $p < 0,01$), valamint az önkontroll és az észlelt súlyos-ság ($r = -0,11$, $p < 0,05$) és észlelt korlátok között negatív ($r = -0,23$, $p < 0,01$) kapcsolat állapítható meg. Végül az egészséges étkezés fontossága pozitívan korrelált az énhatékonysággal ($r = 0,24$,

$p < 0,01$), az optimizmussal ($r = 0,29$, $p < 0,01$), az önkontrollal ($r = 0,23$, $p < 0,01$), az észlelt haszonnal ($r = 0,41$, $p < 0,01$), valamint negatív kapcsolatban állt az észlelt korlátokkal ($r = -0,37$, $p < 0,01$).

A tudatos étkezés szignifikánsan pozitív kapcsolatot mutatott az énhatékonysággal ($r = 0,26$, $p < 0,01$), az optimizmussal ($r = 0,28$, $p < 0,01$), az önkontrollal ($r = 0,33$, $p < 0,01$) és az egészséges táplálkozás

fontosságával ($r = 0,54$, $p < 0,01$), valamint negatívan korrelált az észlelt korlátokkal ($r = -0,42$, $p < 0,01$). Nemi különbséget találtunk az észlelt súlyosság [$t(378) = -2,02$, $p = 0,04$], és az észlelt előnyök [$t(438) = -3,70$, $p < 0,01$] tekintetében: mindkét esetben a lányok értékei voltak nagyobbak [1. táblázat].

1. táblázat: A változók leíró statisztikája és korrelációelemzése ($N = 440$)

	Átlag (Szórás)	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Észlelt súlyosság	15,6 (9,3)	-							
2. Észlelt hajlam	19,0 (7,1)	0,44**	-						
3. Észlelt haszon	28,3 (5,9)	0,01	0,03	-					
4. Észlelt korlátok	8,7 (4,5)	0,10*	0,12*	-0,36**	-				
5. Énhatékonyság	29,6 (5,2)	-0,05	-0,72	0,21**	-0,08	-			
6. Optimizmus	19,6 (4,4)	-0,16**	0,12*	0,26**	-0,19**	0,31**	-		
7. Önkontroll	3,0 (0,7)	-0,11*	-0,08	0,22**	-0,23**	0,29**	0,30**	-	
8. Fontosság	10,4 (2,5)	-0,17	0,07	0,41**	-0,37**	0,24**	0,29**	0,23**	-
9. Tudatos étkezés	18,4 (3,8)	-0,08	-0,08	0,41	-0,42**	0,26**	0,28**	0,33**	0,54**

Forrás: saját szerkesztés. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

2. táblázat: Az „egészséghit-modell” változóinak és egyéb pszichológiai változók szerepe a tudatos étkezésben: többváltozós lineáris regresszióelemzés

Független változók	Összesen	Fiúk	Lányok
	Standardizált regressziós együttható (β)		
Észlelt súlyosság	-0,01	0,09	-0,05
Észlelt hajlam	-0,06	-0,14*	-0,02
Észlelt haszon	0,15***	0,15**	0,15**
Észlelt korlátok	-0,19***	-0,18**	-0,21***
Énhatékonyság	0,07*	0,14**	0,05
Optimizmus	0,03	-0,01	0,05
Önkontroll	0,13**	0,18**	0,11**
Fontosság	0,36***	0,29***	0,38***
R^2	0,41	0,39	0,44

Forrás: saját szerkesztés. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

3. táblázat: Kollinearitás-vizsgálat a többváltozós regresszióelemzéshez

Független változók	Összesen		Fiúk		Lányok	
	VIF	Tolerancia	VIF	Tolerancia	VIF	Tolerancia
Észlelt súlyosság	1,27	0,79	1,32	0,76	1,28	0,78
Észlelt hajlam	1,29	0,78	1,33	0,75	1,28	0,78
Észlelt haszon	1,33	0,75	1,17	0,86	1,57	0,64
Észlelt korlátok	1,28	0,78	1,35	0,74	1,30	0,77
Énhatékonyság	1,20	0,84	1,31	0,77	1,21	0,82
Optimizmus	1,26	0,79	1,34	0,75	1,25	0,80
Önkontroll	1,21	0,83	1,15	0,83	1,29	0,77
Fontosság	1,39	0,72	1,48	0,68	1,50	0,67

Forrás: saját szerkesztés. Tolerancia és VIF (Variance Inflation Factor), a kollinearitás mérőszámai

A 2. táblázat a többváltozós lineáris regresszióelemzés eredményeit mutatja a tudatos étkezés (mint függő változó) és a többi (független) változó között. Látható, hogy a teljes mintát tekintve a jelenlegi tudatos étkezést pozitív irányban legnagyobb mértékben a fontosság ($\beta = 0,36, p < 0,01$) jelezte előre, továbbá az észlelt haszon ($\beta = 0,15, p < 0,01$), az önkontroll ($\beta = 0,13, p < 0,05$), és kismértékben az énhatékonyság ($\beta = 0,07, p < 0,1$). Ezzel szemben negatív irányú prediktornak mondható az észlelt korlátok változója ($\beta = -0,19, p < 0,01$). A nemeket külön vizsgálva is hasonló összefüggéseket állapíthatunk meg, azzal a különbséggel, hogy a fiúknál szignifikáns jósló erővel rendelkezett az észlelt hajlamot mérő változó ($\beta = -0,14, p < 0,1$), valamint az énhatékonyság ($\beta = 0,14, p < 0,05$), míg a lányoknál ezek a változók nem szerepeltek prediktorként. Mindkét nemnél az egészséges ételek fogyasztásának fontossága volt a legerősebb tényező. Ezek a változók az egész mintán a variancia 41%-át, a fiúknál 39%-át, a lányoknál pedig 44%-át magyarázták meg. A modellek megbízhatóságát a VIF-mutatóval (*Variance Inflation Factor*) is megvizsgáltuk, amely alapján a VIF értékek az elfogadható tartományon belül maradtak (< 2). [3. táblázat]

MEGBESZÉLÉS ÉS KÖVETKEZTETÉS

Jelen vizsgálatunkban arra kerestük a választ, hogy a serdülők tudatos étkezését hogyan befolyásolják az „egészség-hit-modell” elemei, kiegészítve egyes pszichológiai változókkal.

A vizsgált változók közötti korrelációs kapcsolatok feltárása során megállapíthatjuk, hogy a fenyegetettséget meghatározó észlelt hajlam és súlyosság pozitív kapcsolatban álltak egymással. Az egyén tehát minél nagyobb mértékben gondolja, hogy ki van téve egy betegségnek, valamint minél nagyobb mértékben tartja ezt a betegséget súlyosnak, annál nagyobb mértékben észleli saját fenyegetettségét.^{14,18} Ez azért lényeges, mert intervenciók vizsgálatokban, pl. hipertóniás betegek körében végzett étkezési tanácsadás során a betegek életmódbeli változtatására nagyobb az esély, ha felismerik saját veszélyeztetettségüket.⁵⁰ Serdülők esetében ezt azért nehezebb megvalósítani, mert ők még kevésbé érzik érintettnek magukat, a jövőbeli kockázatokat hajlamosak alulértékelni. Jelen vizsgálatban az optimizmus mindkét változóval negatív kapcsolatban állt, azonban az utóbbi pszichológiai változó a tudatos étkezéssel is pozitív összefüggést mutatott; ennek alapján arra következtethetünk, hogy ez az optimizmus reális, és azért érzik magukat kevésbé fenyegetettnek a negatív következményektől, mert valóban törekszenek az egészséges étkezésre. Korábbi vizsgálatok is arra engednek következtetni, hogy a serdülők kockázateszlelése sokkal reálisabb, mint azt korábban feltételeztük.⁵¹

A betegség megelőzésére irányuló viselkedésváltozásból származó észlelt hasznok és korlátok ellentétesen viszonyultak egymáshoz. Ezek alapján valószínűsíthető, hogy az, aki a viselkedésváltozás pozitívumait részesíti előnyben, kevésbé veszi számításba a változást akadályozó korlátokat.

Ezek a korlátok eredményeink szerint az észlelt fenyegetettséggel is pozitív kapcsolatban állnak. Ráadásul a korlátokat jellemző változó mind a tudatos étkezéssel, mind pedig az egészséges étkezés fontosságával negatív kapcsolatot mutat, ugyanakkor a haszon nevű változóval ezek az összefüggések pozitívak. Mivel keresztmetszeti vizsgálatról van szó, ok-okozati viszonyt nem tudunk igazolni, feltételezhető, hogy azok, akik a korlátokat észlelik, kevésbé hajlandók tudatosan egészségesen étkezni, míg a haszonra figyelők számára ez fontosabb, és törekednek is rá. Hasonló eredmények alátámasztják jelen megállapításunkat, miszerint az észlelt haszon pozitívan, míg az észlelt korlátok negatívan befolyásolják az egészségviselkedést.^{21,24,26}

A pszichológiai változókat tekintve elsőként érdemes kiemelni, hogy azok, akik úgy vélik, hogy sikeresebben megbirkóznak a problémákkal, képesek jobban uralkodni a cselekvéseiken, valamint optimistábbak is. Az énhatékonyság, az önkontroll és az optimizmus magasabb szintje a vizsgált serdülők körében az adott viselkedés iránti előnyök/hasznok preferenciáját eredményezheti. Továbbá azok a serdülők, akik optimistábbak, kevésbé gondolják azt, hogy hajlamosak megbetegedni. Szintén jellemző, hogy a nagyobb önkontrollal rendelkező serdülők kevésbé észlelik a viselkedésváltozás okozta korlátokat. Ezek az eredmények megerősítik a korábbi kutatások megállapításait.^{24,30,37,44}

A tudatos étkezés többváltozós regresszióelemzésének eredményei alapján megállapíthatjuk, hogy serdülők körében az egészséges táplálkozásra törekvést legerősebben az jelzi előre, ha a serdülő fontosnak tartja az egészséges táplálkozást. Emellett az önkontrollnak és az énhatékonyság magasabb szintjének lehet meghatározó szerepe, amit korábbi vizsgálatok is megerősítenek.^{31,32,38,39,40} Az optimizmus nem játszik szerepet a többváltozós elemzésben; úgy tűnik, jelentősége inkább az észlelt fenyegetettség szintjének kalibrálásában mutatkozik meg.

A nemek szerinti elemzésből megállapítható, hogy a fiúk egészséges táplálkozásában szerepet játszhat az, hogy az egészségtelen táplálkozásból eredő megbetegedésekkel kapcsolatban mekkora hajlomot tulajdonítanak maguknak. Itt szintén utalni kell arra, hogy ok-okozati viszony jelen adatokból nem erősíthető meg, azonban feltételezhető, hogy a tudatos étkezés hiánya mutat összefüggést a nagyobb észlelt fenyegetettséggel (negatív előjel). Ez reális

kockázateszlelésre utal, azaz tudatában vannak annak, hogy amennyiben nem étkeznek tudatosan, megnövekedett betegségekkockázatnak vannak kitéve a későbbiekben. Lányoknál ez a jelenség nem igazolható. Ez korábbi kutatási eredményeknek is megfelel; a lányok kedvezőbb egészségmagatartása kisebb betegségekkockázatot jelent, s ezzel tisztában is vannak.⁴⁸ Szintén a fiúkra jellemző, hogy az énhatékonyság, általános problémamegoldó készség meghatározó számukra a tudatos étkezés preferálásában; a lányoknál ez a változó nem befolyásolja az étkezést. Annak ellenére, hogy az énhatékonyság pontszámaiban nem volt jelentős nemi eltérés, úgy tűnik, a fiúknak nagyobb szükségük van a tudatos ételválasztáshoz arra, hogy bízzanak önmagukban. Első helyen azonban mindkét nem esetében a fontosság állt.

Kutatásunk korlátjaként meg kell említenünk, hogy mintánk nem reprezentálja a teljes hazai serdülő populációt, amely az eredmények általánosítását így nem teszi lehetővé. Amint azt már több helyen is említettük, mivel adatfelvételünk keresztmetszeti jellegű, ok-okozati összefüggés igazolására nem alkalmas. Jelenleg önbevalláson alapuló módszerrel mértük fel az étkezési magatartást, amelyet a jövőben a validitás fokozása érdekében bővíteni lehetne interjúkkal vagy táplálkozási napló alkalmazásával. Fontos azt is megjegyezni, hogy bár az „egészséghit-modell” korábbi és jelen kutatásunkban is hasznosnak bizonyult, a modell egyik alapvető kritikája, hogy kizárólag az egyéni, és szinte kizárólag a kognitív tényezőket veszi figyelembe, miközben a legtöbb esetben nem ezek, vagy nem csupán ezek befolyásolják táplálkozási szokásainkat. Serdülőket vizsgálva ez különösen fontos lehet, hiszen más hatás (pl. szülői befolyás vagy az iskolai étkeztetés jellege) is meghatározó lehet az ételválasztásukban, mint ahogy a motivációk széles skálája vagy egyéb környezeti tényezők is, amit korábbi vizsgálatok igazoltak.^{52,53,54} Ugyanakkor kutatásunk erőssége, hogy az „egészséghit-modell” számos elemét teszteltük a serdülők tudatos étkezésével kapcsolatban, kiegészítve néhány fontos pszichológiai változóval. A serdülők jelentik azt a korosztályt, ahol az étkezési preferencia a gyermekkor után már kevésbé függ a külső körülményektől, ezért érdemes ételpreferenciájukat e modell segítségével is elemezni. E tekintetben a vizsgálatunk beváltotta a hozzá fűzött reményeket, és további kutatásokra ösztönöz.

Összegezve elmondható, hogy eredményeink alapján a serdülők többnyire reálisan látják saját fenyegetettségüket az étkezésük egészséges vagy egészségtelen jellege alapján; ugyanakkor ez még nem elég ahhoz, hogy hosszabb távon gondolkodjanak, és változtassanak étkezési szokásaikon. Azok a serdülők, akik fontosnak tartják az egészséges táplálkozást, tudatosan törekszenek is arra, hogy egészséges ételeket fogyasszanak, ennek hasznát is látják, ráadásul rendelkeznek megfelelő önkontrollal, optimizmussal és éhatékonysággal, hogy ezt fenntartsák. Azok azonban, akik nem tartják ezt fontosnak, nem is törekszenek rá, és inkább a korlátokat tartják szem előtt, ami megakadályozza őket a változtatásban. A serdülő fiúk különösen veszélyeztetettek, hiszen, ha nem rendelkeznek megfelelő éhatékonysággal, nem bíznak eléggé saját döntési képességeikben, kevésbé törekszenek egészséges táplálkozásra, még akkor sem, ha egyébként reálisan látják a jövőbeli kockázatokat. Mindezek alapján arra következtethetünk, hogy az „egészség-hit-modell” megfelelő elméleti háttér lehet a serdülők étkezési magatartásának megismerésére. Továbbá hasznos lehet a modellt egyéb pszichológiai tényezőkkel is kiegészíteni, amelyek szintén szerepet játszhatnak az egészséges ételvá-

lasztásban. Vizsgálatunk eredményei a későbbiekben iskolai prevenció programokban is felhasználhatók, mivel igazolják, hogy az „egészség-hit-modell” elemei, valamint az önkontroll és az éhatékonyság szerepet játszanak az egészséges táplálkozásban. Iskolapszichológus vagy mentálhigiénikus bevonásával indokolt lehet a fiatalok éhatékonyságának és önkontrolljának a fejlesztése. Fontos lenne továbbá ezen programok keretében az észlelt fenyegetettség megismerése érdekében az egészségkockázatok megbeszélése, valamint az észlelt hasznok és korlátok közös feltárása. Ezen túl eredményes lehet az egészséges táplálkozásról való beszélgetés is, főként az egyéni motivációkat előtérbe helyezve, amely során megismerhetnék, hogy ki mi alapján választja meg az ételeit, és mit tesz azért, hogy egészségesen táplálkozzon, valamint ennek esetleges akadályait is.

Jövőbeli kutatásokban az étkezési magatartás részletesebb és sokoldalúbb feltárása is célszerű lenne, hiszen a hiedelmek, a meggyőződések és a motivációk, valamint a korlátok megismerése ugyanolyan fontos, mint a tényleges ételválasztás elemzése. Mivel a serdülők táplálkozási szokásainak alakulása hosszú távon is meghatározó egészségi állapotuk alakulásában, vizsgálatuk prioritást kell, hogy élvezzen.

HIVATKOZÁSOK

- ¹ Ross A, Caballero B, Cousins R, et al. Modern nutrition in health and disease. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2014.
- ² Nishtar S, Gluckman P, Armstrong T. Ending childhood obesity: a time for action. *Lancet* 2016;387(10021):825-7. doi: [10.1016/S0140-6736\(16\)00140-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00140-9)
- ³ Kelsey M, Zaepfel A, Bjornstad P, et al. Age-related consequences of childhood obesity. *Gerontology* 2014;60(3):222-8. doi: [10.1159/000356023](https://doi.org/10.1159/000356023)
- ⁴ McCrindle B. Cardiovascular consequences of childhood obesity. *Can J Cardiol* 2015;31(2):124-30. doi: [10.1016/j.cjca.2014.08.017](https://doi.org/10.1016/j.cjca.2014.08.017)
- ⁵ Needlman R. Food marketing to children and youth: threat or opportunity? *J Dev Behav Pediatr* 2009;30(2):183. doi: [10.1097/01.DBP.0000349916.04784.91](https://doi.org/10.1097/01.DBP.0000349916.04784.91)
- ⁶ Ali MM, Amialchuk A, Heiland FW. Weight-related behavior among adolescents: The role of peer effects. *PLoS ONE* 2011;6(6):e21179. doi: [10.1371/journal.pone.0021179](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0021179)
- ⁷ Robinson E, Tobias T, Shaw L, et al. Social matching of food intake and the need for social acceptance. *Appetite* 2011;65(3):747-52. doi: [10.1016/j.appet.2011.03.001](https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.03.001)
- ⁸ Loth K, MacLehose R, Buchianeri M, et al. Predictors of dieting and disordered eating behaviors from adolescence to young adulthood. *J Adolesc Health* 2014;55(5):705-12. doi: [10.1016/j.jadohealth.2014.04.016](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.04.016)
- ⁹ Amine EK, Baba NH, Belhadj M, et al. (2003). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. World Health Organization - Technical Report Series. doi: [10.1016/S0031-3025\(16\)36541-2](https://doi.org/10.1016/S0031-3025(16)36541-2)
- ¹⁰ Corkins MR, Daniels SR, de Ferranti SD, et al. (2016). Nutrition in children and adolescents. *Med Clin North Am* 2016;100(6):1217-35. doi: [10.1016/j.mcna.2016.06.005](https://doi.org/10.1016/j.mcna.2016.06.005)

- ¹¹ Nishtar S, Gluckman P, Armstrong T. Ending childhood obesity: A time for action. *Lancet* 2016; 378(10021):825-7. doi: [10.1016/S0140-6736\(16\)00140-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00140-9)
- ¹² Simmonds M, Llewellyn A, Owen CG, et al. Predicting adult obesity from childhood obesity: A systematic review and meta-analysis. *Obes Rev* 2015;17(2):95–107. doi: [10.1111/obr.12334](https://doi.org/10.1111/obr.12334)
- ¹³ Verhagen H, van Loveren H. Status of nutrition and health claims in Europe by mid 2015. *Trends Food Sci Technol* 2016;56(1):39–45. doi: [10.1016/j.tifs.2016.07.005](https://doi.org/10.1016/j.tifs.2016.07.005)
- ¹⁴ Rosenstock I. The Health Belief Model and preventive health behavior. *Health Educ Monogr* 1974;2(4):354-86. doi: [10.1177/109019817400200405](https://doi.org/10.1177/109019817400200405)
- ¹⁵ King K, Vidourek R, English L, et al. Vigorous physical activity among college students: using the health belief model to assess involvement and social support. *Arch Exerc Health Dis* 2014;4(2):267-79. doi: [10.5628/aehd.v4i2.153](https://doi.org/10.5628/aehd.v4i2.153)
- ¹⁶ McArthur LH, Riggs A, Uribe F, et al. Health Belief Model offers opportunities for designing weight management interventions for college students. *J Nutr Educ Behav* 2018;50:485-93. doi: [10.1016/j.jneb.2017.09.010](https://doi.org/10.1016/j.jneb.2017.09.010)
- ¹⁷ Sharifirad G, Charkazi A, Moodi M, et al. Factors affecting cigarette smoking based on health-belief model structures in pre-university students in Isfahan, Iran. *J Educ Health Promot* 2014;3(1):23. doi: [10.4103/2277-9531.127614](https://doi.org/10.4103/2277-9531.127614)
- ¹⁸ Deshpande S, Basil M, Basil D. Factors influencing healthy eating habits among college students: an application of the Health Belief Model. *Health Mark Q* 2009;26(2):145-64. doi: [10.1080/07359680802619834](https://doi.org/10.1080/07359680802619834)
- ¹⁹ Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of control*. W.H. Freeman, New York, 2012.
- ²⁰ Rosenstock I, Strecher V, Becker M. Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Health Educ Q* 1988;15(2):175-83. doi: [10.1177/109019818801500203](https://doi.org/10.1177/109019818801500203)
- ²¹ Wang E, Li Y. The effect of stress and visible health problems on the intent to continue health food consumption. *Br Food J* 2015;117(1):302-17. doi: [10.1108/BFJ-09-2013-0275](https://doi.org/10.1108/BFJ-09-2013-0275)
- ²² Chew F, Palmer S, Kim S. Testing the influence of the Health Belief Model and a television program on nutrition behavior. *Health Commun* 1998;10(3):227-45. doi: [10.1207/s15327027hc1003_3](https://doi.org/10.1207/s15327027hc1003_3)
- ²³ Schafer R, Schafer E, Bultena G, et al. Food safety: An application of the health belief model. *J Nutr Educ* 1993;25(1):17-24. doi: [10.1016/S0022-3182\(12\)80183-X](https://doi.org/10.1016/S0022-3182(12)80183-X)
- ²⁴ Von Ah D, Ebert S, Ngamvitroj A, et al. Predictors of health behaviours in college students. *J Adv Nurs* 2004;48(5):463-74. doi: [10.1111/j.1365-2648.2004.03229.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03229.x)
- ²⁵ Park D. Utilizing the Health Belief Model to predicting female middle school students' behavioral intention of weight reduction by weight status. *Nutr Res Pract* 2011;5(4):337-48. doi: [10.4162/nrp.2011.5.4.337](https://doi.org/10.4162/nrp.2011.5.4.337)
- ²⁶ Jones C, Smith H, Frew A, et al. Explaining adherence to self-care behaviours amongst adolescents with food allergy: A comparison of the health belief model and the common sense self-regulation model. *Br J Health Psychol* 2013;19(1):65-82. doi: [10.1111/bjhp.12033](https://doi.org/10.1111/bjhp.12033)
- ²⁷ Verstuyf J, Vansteenkiste M, Soetens B, et al. Motivational dynamics underlying eating regulation in young and adult female dieters: Relationships with healthy eating behaviours and disordered eating symptoms. *Psychol Health* 2016;31(6):711-29. doi: [10.1080/08870446.2016.1143942](https://doi.org/10.1080/08870446.2016.1143942)
- ²⁸ Leblanc V, Bégin C, Corneau L, et al. Gender differences in dietary intakes: What is the contribution of motivational variables? *J Hum Nutr Diet* 2015;28(1):37-46. doi: [10.1111/jhn.12213](https://doi.org/10.1111/jhn.12213)
- ²⁹ Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist* 1982; 37(2):122-147. doi: [10.1037/0003-066X.37.2.122](https://doi.org/10.1037/0003-066X.37.2.122)
- ³⁰ Renner B, Schwarzer R. The motivation to eat a healthy diet: How intenders and nonintenders differ in terms of risk perception, outcome expectancies, self-efficacy, and nutrition behavior. *Pol Psychol Bull* 2005; 36(1): 7–15.
- ³¹ Burg J, Lechner L, de Vries H. Psychosocial determinants of fruit and vegetable consumption. *Appetite* 1995; 25(3): 285–96. doi: [10.1006/appe.1995.0062](https://doi.org/10.1006/appe.1995.0062)
- ³² Parcel GS, Edmundson E, Perry CL, et al. Measurement of self-efficacy for diet-related behaviors among elementary school children. *J Sch Health* 1995;65(1):23–7. doi: [10.1111/j.1746-1561.1995.tb03335.x](https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.1995.tb03335.x)
- ³³ Baumeister R, Vohs KD, Tice DM. The strength model of self-control. *Curr Dir Psychol Sci* 2007;16(6):351-5. doi: [10.1111/j.1467-8721.2007.00534.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2007.00534.x)
- ³⁴ Tangney JP, Baumeister RF, Boone AL. High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *J Pers* 2004;72(2):271-324. doi: [10.1111/j.0022-3506.2004.00263.x](https://doi.org/10.1111/j.0022-3506.2004.00263.x)
- ³⁵ Baumeister RF, Bratslavsky E, Muraven M, et al. Ego depletion: Is the active self a limited resource? *J Pers Soc Psychol* 1998;74(5):1252-65. doi: [10.1037/0022-3514.74.5.1252](https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.5.1252)
- ³⁶ de Ridder DTD, Lensvelt-Mulders G, Finkenauer C, et al. Taking stock of self-control: A meta-analysis of how trait self-control relates to a wide range of behaviors. *Pers Soc Psychol Rev* 2012;16(1):76–99. doi: [10.1177/1088868311418749](https://doi.org/10.1177/1088868311418749)
- ³⁷ Verplanken B, Herabadi AG, Perry JA, et al. Consumer style and health: The role of impulsive buying in unhealthy eating. *Psychol Health* 2005;20(4):429–41. doi: [10.1080/08870440412331337084](https://doi.org/10.1080/08870440412331337084)
- ³⁸ Wills TA, Isasi CR, Mendoza D, et al. Self-control constructs related to measures of dietary intake and physical activity in adolescents. *J Adolesc Health* 2007;41(6):551–8. doi: [10.1016/j.jadohealth.2007.06.013](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2007.06.013)

- ³⁹ Adriaanse MA, Kroese FM, Gillebaart M, et al. Effortless inhibition: Habit mediates the relation between self-control and unhealthy snack consumption. *Front Psychol* 2014;5(444):10–5. doi: [10.3389/fpsyg.2014.00444](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00444)
- ⁴⁰ Junger M, van Kampen M. Cognitive ability and self-control in relation to dietary habits, physical activity and bodyweight in adolescents. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2010;7(22). doi: [10.1186/1479-5868-7-22](https://doi.org/10.1186/1479-5868-7-22)
- ⁴¹ McCarthy MB, Collins, AM, Flaherty SJ, et al. Healthy eating habit: A role for goals, identity, and self-control? *Psychol Market* 2017;34(8), 772–85. doi: [10.1002/mar.21021](https://doi.org/10.1002/mar.21021)
- ⁴² Serlachius A, Pulkki-Råback L, Juonala M, et al. Does high optimism protect against the inter-generational transmission of high BMI? The Cardiovascular Risk in Young Finns Study. *J Psychosom Res* 2017;100: 61–4. doi: [10.1016/j.jpsychores.2017.07.006](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.07.006)
- ⁴³ Tiger L. *Optimism: The biology of hope*. Simon and Schuster, New York, 1979.
- ⁴⁴ Kelloniemi H, Ek E, Laitinen J. Optimism, dietary habits, body mass index, and smoking among young Finnish adults. *Appetite* 2005;45(2):169-76. doi: [10.1016/j.appet.2005.05.001](https://doi.org/10.1016/j.appet.2005.05.001)
- ⁴⁵ Renner B, Schwarzer R. Social-cognitive factors in health behavior change. In: Suls J, Wallston KA. (eds.) *Social psychological foundations of health and illness*. Blackwell Publishing, 2003; pp. 169–96.
- ⁴⁶ Kopp MS, Schwarzer R, Jerusalem M. *Hungarian questionnaire in psychometric scales for cross cultural self-efficacy research*. Zentrale Universitäts Druckerei der FU Berlin, 1993.
- ⁴⁷ Scheier MF, Carver CS. Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychol* 1985;4:219–47. doi: [10.1037//0278-6133.4.3.219](https://doi.org/10.1037//0278-6133.4.3.219)
- ⁴⁸ Bérdi M, Köteles F. Az optimizmus mérése: Az életszemlélet teszt átdolgozott változatának (LOT-R) pszichometriai jellemzői hazai mintán. *Mentálhig Pszichoszom* 2010;65(2):273–94. doi: [10.1556/MPSzle.65.2010.2.7](https://doi.org/10.1556/MPSzle.65.2010.2.7)
- ⁴⁹ Tangney JP, Baumeister RF, Boone AL. High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *J Pers* 2004;72(2):271–324. doi: [10.1111/j.0022-3506.2004.00263.x](https://doi.org/10.1111/j.0022-3506.2004.00263.x)
- ⁵⁰ Shojaei, S, Farhadloo R, Aein A, Vahedian M. Effects of the Health Belief Model (HBM)-Based Educational Program on the nutritional knowledge and behaviors of CABG patients. *J Tehran Heart Cent* 2016; 11(4): 181–6.
- ⁵¹ Pikó B, Gibbons FX. Behavioral and psychosocial influences of risk perception among Hungarian adolescents. *International J Publ Health* 2008;53:131–8.
- ⁵² Szabó K, Pikó B. Az étkezési magatartás összefüggése az ételválasztási motivációkkal és egyes személyiségbeli jellemzőkkel középiskolások körében. *Egészségfejlt* 2017;58(2):5–16.
- ⁵³ Story M, Neumark-Sztainer D, French S. Individual and environmental influences on adolescent eating behaviors. *J Am Diet Assoc* 2002;102(3):S40–S51. doi: [10.1016/s0002-8223\(02\)90421-9](https://doi.org/10.1016/s0002-8223(02)90421-9)
- ⁵⁴ Glanz K, Sallis JF, Saelens BE, Frank LD. Healthy nutrition environments: concepts and measures. *Am J Health Prom* 2005;19(5):330–3. doi: [10.4278/0890-1171-19.5.330](https://doi.org/10.4278/0890-1171-19.5.330)

Szülői egészségértést vizsgáló, kulturálisan adaptált kérdőív létrehozása: koncepció és tanulságok

Creating a new, culturally adapted questionnaire of parental health literacy: concept and experience

Szerzők: Gács Katalin Zsófia^a✉, Kun Eszter^b, Koltai Anna Júlia^c
a: Semmelweis Egyetem II. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest, b: Szinapszis Piackutató és Tanácsadó Kft., Budapest-Debrecen, c: ELTE Társadalomtudományi Kar, Empirikus Tanulmányok Intézete és MTA Társadalomtudományi Kutatóközpont, Budapest

Beküldve: 2019. 02. 28.

doi: 10.24365/ef.v60i5.429

Összefoglaló:

Bevezetés: A szülői egészségértés (parental health literacy) nemcsak a gyermekek egészségének fontos meghatározója, de befolyásolja a következő felnőttgeneráció egészséggel kapcsolatos döntéseit is. Az egészségértés felmérésekor ugyanakkor körültekintően kell eljárni, mert a fogalom meghatározása és az erre épülő kérdőív jellege befolyásolja az eredményeket. Kutatásunk célja az volt, hogy a korábbi kutatásainkon alapuló szülői egészségértés új, kulturálisan adaptált definíciója és témakörei alapján létrehozott kérdőív segítségével létrehozzuk a szülői egészségértés alindexeit és vizsgáljuk ezek kapcsolatát egymással.

Módszertan: A kérdőívet egy olyan országos mintán kérdeztük le kérdezőbiztosok segítségével, amely reprezentatív a 0-18 éves gyermeket nevelő háztartásokra településtípus és régió szerint. A mintába 430 háztartás került be. A válaszadó minden esetben a gyermekek egészségével kapcsolatos döntésekért leginkább felelős felnőtt személy volt, amely személyeknek 92 százaléka nő, 8 százaléka pedig férfi volt. A kérdőív elemeiből létrehoztuk a korábban megalkotott definíción alapuló szülői egészségértés négy fő dimenziójának (magabiztosság, tudás, problémamegoldás, tudásigény) indexeit a hozzájuk tartozó alindexekből.

Eredmények: Az előzetes eredmények alapján megállapítottuk, hogy a szülői egészségértés négy dimenziója (magabiztosság, tudás, problémamegoldó képesség és tudásigény) a korrelációs együtthatók mentén ténylegesen elkülönül egymástól.

Következtetések: Az általunk összeállított kérdőív egymástól javarészt függetlenül ad képet a szülői egészségértés négy dimenziójáról. Így a mindennapi gyakorlatban segítheti a gyermekellátókat a gyermekek egészségével kapcsolatos szülői döntések megfelelő támogatásában. Emellett lehetővé teszi további kutatások számára, hogy megvizsgálja a szülőpopuláció egészségértésének kapcsolatát különböző gyermekegészségügyi tényezőkkel.

Kulcsszavak: szülői egészségértés; kérdőív; kulturálisan adaptált

Summary:

Introduction: Parental health literacy is not only an important determinant of children's health, but it also influences the health related decisions of the next adult generation. However, surveying health literacy should be conducted with caution, since the definition of the concept and the nature of the questionnaire based on this concept influence the results. The aim of our research was to develop and study the subindices of parental health literacy using a

questionnaire based on a new culturally adapted definition and themes of parental health literacy.

Methods: We conducted the survey of this newly developed questionnaire on a Hungarian nationwide sample, which was representative of the households with 0-18 year-old children. The sample included 430 households. In each case, the respondent was the adult, who is most responsible for decisions about children's health. 92 percent of these respondents were women and 8 percent were men. Based on the questions in the questionnaire and according to the previously created definition, we created the indices of the four main dimensions (self-confidence, knowledge, problem-solving, knowledge-demand) of parental health literacy.

Results: The preliminary results show, that according to the correlation coefficients the four main dimensions of parental health literacy are actually separated from each other.

Conclusions: Our questionnaire gives independent information of the four dimensions of parental health literacy. Thus it may help child healthcare providers in everyday work to assist the parents' choices on their children's health. It may also facilitate future studies of the connection between parental health literacy and different aspects of paediatric health.

Keywords: parental health literacy; questionnaire; culturally adapted

BEVEZETÉS

Bár az egészségműveltség vagy egészségértés (health literacy) standard kutatásokban használt fogalma csak a múlt század kilencvenes éveiből származik,^{1,2} annak felismerése, hogy az emberek egészségéhez, betegségeihez az orvosi tevékenység mellett legalább annyit tesz hozzá az egyén magatartása (azok a döntések, amelyeket az egészségével kapcsolatban a meglévő ismeretei, tévedései, előfeltevései, önállósága alapján hoz meg), inkább évezredekre visszanyúló orvosi tapasztalat.

Az elmúlt évtizedek kutatásai nagyrészt igazolják a gyógyítók tapasztalatait a betegek, hozzátartozók tudásáról, ismereteiről, tévhiteiről. Ugyanakkor ezen tudományos igényű felmérések nem csak a sejtéseket igazolják, de rámutatnak olyan kapcsolatokra, összefüggésekre is, amelyeket eddig nem, vagy nem pontosan ismertünk, illetve kijelölik azokat az irányokat, területeket, amelyek megváltoztatásától a betegek egészségi állapotának változását is remélhetjük.^{3,4}

Korábbi magyarországi kutatások

Tekintettel arra, hogy a magyar szakirodalomban csak szórványos kísérletek születtek a szülői egészségértés felmérésére,^{5,6,7} illetve a „health literacy” kutatások komoly problémájának tekinti a nemzetközi szakirodalom is a vizsgált fogalom sokféle definícióját², kutatásunk első szakaszában⁸ épp azt tűztük ki célul, hogy létrehozzuk a szülői egészség-

értés kulturálisan adaptált definícióját és meghatározzuk a hozzá tartozó témákat, illetve azokat a dimenziókat, amelyek alapján az egyén egészségértése vizsgálható.

Itt térnénk ki magának a magyar nyelvű megnevezésnek a kérdésre: a magyar szakirodalom a „health literacy” fogalmára váltva használja az „egészségműveltség” és az „egészségértés” kifejezést, sőt, az „egészségtudatosság” elnevezéssel is találkozunk.^{9,10} Meggyőződésünk szerint az egészségműveltség illetve az egészségtudatosság kifejezések választása zavaróan leszűkíti a fogalmat az eredeti, összetett készség egy-egy területére, míg az egészségértés, mivel kevésbé köthető már korábban is használt fogalmakhoz, alkalmasabb arra, hogy lefedje a „health literacy” – saját kutatásunkból is megállapítható – összetett fogalmát.

A szakirodalmi tapasztalatok is azt támasztják alá, hogy az egészségértés fogalma kultúránként igen eltérő¹¹, a kiinduló, amerikai készség- vagy valódi szövegértés fogalomhoz képest a kutatások során sokat finomodott, illetve a különböző társadalmak különbségei is kirajzolódtak.^{2,12,13}

Épp ezért tartottuk fontosnak, hogy kulturálisan adaptált, tehát a magyar egészségnevelési, illetve egészségügyi rendszerben mozgó alanyokat felmérő kérdőívet használjunk. Ennek első lépéseként szükség volt a szülői egészségértés aktív (fel)használói által elfogadott definíciójának megalkotására, illetve azon témák megismerésére, amelyeket ők a fogalomhoz kapcsolnak. Ennek érdekében a kutatás egy korábbi fázisában gyereket nevelő szülők és

aktív, különböző tapasztalatú gyermekorvosok, védőnők véleményét, tapasztalatait kértük ki azzal kapcsolatban, hogy mit tekintenek az egészségértés fogalmába tartozónak, milyen készségeket, tudásokat használnak, illetve milyen készségek, tudások ismeretét feltételezik. A részben szóbeli, részben írásbeli interjúk alapján a kutatás első fázisának⁸ eredményeként a következő megállapításokat tettük:

1. A szülői egészségértés az alábbi dimenziókból áll össze: i, ismeretek vagy valós tudás; ii, funkcionális tudás, tehát a meglévő ismeretek és a megszerzett információk alapján alapfokú logikai és számítási műveletek elvégzése; iii, a döntések magabiztossága; iv, hiteles információkeresés igénye. Eredményeink tehát az integratív szemléletet képviselő, Kristine Sørensen és munkatársai által kidolgozott egészségértés-definícióhoz² állnak közel.
2. A szülői egészségértéshez tartozó témák közé az alábbiak tartoznak: anyatejes táplálás, fogápolás, vitaminok, fertőző betegségek megelőzése és terápiája, védőoltások, krónikus betegségek (cöliakia, asthma bronchiale, diabetes mellitus) tünetei és terápiája, sürgősségi helyzetek ellátása, lázcsillapítás. (A végleges kérdőívbe a fenti témák közül azok kerültek be, amelyekkel a gyermekek ellátása során nagy valószínűséggel minden szülő találkozik.)

Jelen kutatásunkban ezt a kulturálisan adaptált definíciót és témákat alapul vevő módszertan és kérdőív felhasználásával egy magyarországi országos reprezentatív mintán azt kívántuk felmérni, hogy képes szeparáltan megragadni egy ennyire komplex, több dimenziót és sokféle témát felmérő kérdőív a szülői egészségértés négy elkülönült dimenzióját.

MÓDSZERTAN

A kérdőívet a Bevezetésben részletezett módon kialakított témák és dimenziók mentén állítottuk össze. Fontos szempontnak tartottuk, hogy a kérdőív kitöltésével olyan ismeretekhez lehessen hozzájutni a kitöltőről, amelyek a valóságban is reprodukálhatók: az orvostudományi kutatások aktuális trendjének megfelelő „real life” adatokra

voltunk kíváncsiak.¹⁴ Ennek érdekében a szülők számára is érthető situációkat, „életségű” helyzeteket írtunk le, a válaszokban sokféle változót ajánlottunk fel, tehát például nem 1-5 skálákat használtunk, hanem az előkutatásban egy-egy téma kapcsán elhangzó szülői/védőnői/orvosi reakciókat ajánlottuk fel válaszként. A statisztikai értelemben nem validált skálák használatával így nem a statisztikai, hanem a tartalmi validitás elérése volt a cél.

A fent felsorolt nyolc nagy témacsoportból az előzetes interjúk eredményei alapján hét került be a kérdőívbe, a krónikus betegségek ismerete egy itt nem részletezett pilot kutatás tapasztalatai alapján nem tűnt meggyőzően korrelálónak a szülői egészségértés többi témájával. A maradék hét téma köré esetenként a kitöltők által jó eséllyel átélte vagy átélhető helyzeteket építettünk fel („Képzeld el, hogy a gyermeke...” típusú kérdések).

A magabiztosság dimenzióját vizsgáló volt az egyetlen olyan kérdéscsoport, amelyhez korábbi nemzetközi és magyar kutatásokban is validált kérdéseket használtunk.^{3,4,15} Ezen kérdések beemelésének több oka volt: a kérdések magyarországi validációját a kutatócsoportunk két tagja végezte; ezen kívül kíváncsiak voltunk az általános felnőttpopuláció és a szülőpopuláció közti hasonlóságokra illetve különbségekre. Továbbá azt is fontosnak tartottuk, hogy a kérdőív nem skálázható válaszokat tartalmazó részét egy statisztikailag is validálható eredményt adó résszel összevegyessük.

Annak ellenőrzésére, nincs-e olyan kérdés, amelyet a kérdeztettek minden törekvésünk ellenére sem értenek teljesen, avagy másképp értelmeznek, a kérdőívet a nagymintás lekérdezés előtt kiscsoportos tesztelésnek vetettük alá.

Az adatfelvétel 2017 márciusában zajlott, többlépcsős, véletlen sétás mintavétellel az EUROBAROMETER kutatássorozat szabályai szerint¹⁶ országos reprezentatív mintából indulva, szűrőkérdőív segítségével. A szűrőkérdőívben a szűrési feltétel arra vonatkozott, hogy van-e 0-18 éves gyermek a háztartásban. Az adatgyűjtés számítógéppel segített személyes megkérdezés (computer aided personal interviewing, CAPI) technikával történt. A minta a mintavétel következtében (rétegzett mintavétel véletlen sétával ötvözve) reprezentatív volt a 0-18 éves gyermekeket nevelő magyar háztartásokra településtípus és régió szerint. A válaszadók kiválasztásának kritériuma az volt, hogy a válaszadó

olyan felnőtt legyen, aki a háztartásban élő gyermek(ek) egészségével-betegségeivel kapcsolatos döntések legalább feléért felelős; koncepcionális szempontból tehát azok, akik a gyermekekkel kapcsolatosan az egészségértési kompetenciáikat leginkább működtetik.

A mintába 430 háztartás került bele, a válaszadók 92 százaléka nő, 8 százaléka férfi volt. A háztartásokban átlagosan 1,9 gyermeket neveltek, az átlagos háztartásnagyság 3,9 fő volt. A kérdőív kitöltése 40-45 percet vett igénybe.

Az alábbiakban azt mutatjuk be, hogy a fenti kérdőívfelvétel során nyert adatokból hogyan hoztuk létre a korábban, a kutatás első fázisában⁸ definiált szülői egészségértés négy dimenziójának mutatóit. Bemutatjuk a négy nagy koncepcionális terület operacionálisát a hozzájuk tartozó kérdőívkérdésekkel, illetve elemezzük ezen mutatók egymáshoz való viszonyát a válaszadók különböző kérdésekre adott válaszainak összehasonlítása segítségével. (Az olvashatóság érdekében a kérdőívkérdéseket a szöveghez igazítva és nem a formailag kötöttebb, kérdőíves alakjukban közöljük. A teljes lekérdezett és formázott kérdőív a mellékletben található.)

A mutatók bemutatása után azok egymáshoz való viszonyát taglaljuk a mutatók páronkénti összevetésének vizsgálatával. Az egyes dimenzió mutatói közti páronkénti összefüggést Pearson-féle korrelációs együtthatókkal mértük. Ezen együtthatók kétféle információval is szolgálnak a mutatók kapcsolatairól. Előjelük a két mutató közötti kapcsolat irányát mutatja meg (amely lehet pozitív vagy negatív); abszolút értékük pedig a kapcsolat erősségét. A kapcsolat erősségét egy 0-tól 1-ig terjedő skálán értelmezhetjük, amelynél a 0 érték jelenti a teljes függetlenséget, az 1-es érték pedig a legerősebb, determinisztikus összefüggést. Minél közelebb van tehát az együttható abszolút értéké 1-hez, annál erősebb kapcsolatról beszélhetünk.

EREDMÉNYEK

Magabiztosság

A magabiztosság volt az egyetlen, a kutatás első fázisa alapján megállapított egészségértés-dimenzió, amelyet nemzetközileg validált kérdéssorral

mértünk, mivel a pilot study során a korábbi kérdőív magabiztossági kérdései nem működtek az elvárásaink szerint. A kérdéssorban így a Pelikan és munkatársai által kidolgozott HLS-EU mérőeszközt alkalmaztuk,³ pontosabban annak 16 itemes verzióját. A fent részletezett okok mellett azért is esett éppen erre a kérdéssorra a választásunk, mert a benne szereplő itemek standardizáltságuk ellenére a célunknak megfelelő, hétköznapi szituációkat hívnak elő, úgy, mint az orvos utasításának megértése vagy információ keresése bizonyos betegségekről. A magabiztosságot mérő index ezen kérdések összesítéséből jön létre a nemzetközi módszertan alapján.^{15,17} A nemzetközi módszertan alapján az alábbi itemekből készült magabiztosság skálájának elméleti minimuma 0, elméleti maximuma pedig 16 pont.

Kérem, adja meg ezen a skálán, hogy Ön szerint mennyire könnyű, illetve nehéz...

1 – Nagyon könnyű,

2 – Inkább könnyű,

3 – Inkább nehéz,

4 – Nagyon nehéz

- ...információt találni olyan betegségek kezeléséről, amelyek érintik Önt?
- ...megtudni, hol kaphat szakmai segítséget, ha beteg? (pl. orvos, gyógyszerész, pszichológus)
- ...megérteni, amit az orvos mond önnek?
- ...megérteni az orvos, vagy gyógyszerésze által adott utasításokat arra vonatkozóan, hogy hogyan kell szedni a felírt gyógyszert?
- ...megítélni mikor lehet szüksége második szakvéleményre egy másik orvostól?
- ...felhasználni az orvosától kapott információkat arra, hogy döntéseket hozzon a betegségével kapcsolatban?
- ...követni az orvos, illetve gyógyszerésze utasításait?
- ...információt találni olyan mentális egészségügyi problémák kezeléséről, mint a stressz vagy a depresszió?
- ...megérteni az egészségvédő figyelmeztetéseket olyan szokásokról, mint a dohányzás, kevés testmozgás és túl sok alkohol fogyasztása?
- ...megérteni, hogy miért van szüksége szűrővizsgálatokra? (pl. emlővizsgálat, vércukor, vérnyomás)
- ...megítélni, hogy a médiából kapott információ az egészségügyi kockázatokról megbízható-e?

- (pl. TV, Internet vagy más média)
- ...eldönteni, hogy védekezhet a betegségek ellen a médiából szerzett információk alapján? (pl. újságok, információs anyagok, internet, vagy egyéb média)
 - ...többet megtudni olyan tevékenységekről, amelyek jót tesznek az Ön szellemi egészségének? (pl. meditáció, testmozgás, séta, pilates, stb.)
 - ...megérteni a családtól vagy barátoktól kapott tanácsokat az egészséggel kapcsolatban?
 - ...megérteni a médiából kapott információt arról, hogy hogyan lehetünk egészségesebbek? (pl. Internet, újságok, magazinok)
 - ...megítélni, hogy mely mindennapi tevékenységek vannak hatással egészségére? (pl. ivási és evési szokások, testmozgás, stb.)

Tudás

A tudást mérő konceptuális dimenzió operacionálizálása volt a legkomplexebb az összes közül. A dimenzió létrehozásához három alindexet alkalmaztunk, amelyben szereplő kérdések mindegyike olyan hétköznapi helyzetekkel kapcsolatos ismeretekre irányult, amelyekkel a gyermek ellátása során minden szülő találkozik. Az alábbiakban felsoroljuk az alindexeket és ajánlásokat teszünk azok létrehozásának módjára. (Az általunk helyesnek, tehát megjelölendőnek ítélt válaszokat aláhúzással jelöljük.)

I. Primer prevenció

i. A csecsemő védelme

Ezt a mérőszámot az alábbi két kérdésre adott pontszámok átlagolásával hoztuk létre úgy, hogy előtte a homeopátiás kivezetés változónál az értékeknél megfordítottuk a pontozást, így az eredeti értékek „tükröképével” számoltunk. (A kérdésekhez tartozó értékeket és azok címkéit lásd a mellékletben elérhető kérdőívben.)

Ön szerint mennyire járulnak hozzá az alábbiak egy csecsemő védelméhez a különböző betegségek kialakulásától? Kérjük, értékelje az alábbi módszere-

ket egy 1-től 5-ig tartó skálán, ahol az 1-es azt jelenti, hogy egyáltalán nem járul hozzá, az 5-ös pedig azt, hogy teljes mértékben hozzájárul.

- Kötelező védőoltás
- Homeopátiás kivezetés védőoltásoknálⁱ

ii. Fertőző betegségek terjedésének kontrollja kézmosással

A kézmosással kapcsolatos ismereteket jellemző pontszámot az alábbi kérdések alapján hoztuk létre, méghozzá úgy, hogy összeszámoltattuk, hogy a három kérdésből hányra adott helyes választ.

Ön szerint a táblázatban felsoroltak közül melyek azok a betegségek, amelyekkel szemben egy alapos kézmosással hatékonyan lehet védekezni?

- Vírusos hányás-hasmenés (pl. rotavírus fertőzés)
- Fehérvérűség/leukémia
- B-vírus okozta fertőző májgyulladás

iii. Fertőző betegségek

Azt, hogy a kérdezett mennyire van azzal tisztában, hogy egyes betegségek fertőzők-e, úgy mértük, hogy az alább felsorolt hét betegségből hány esetben tudta megmondani a válaszadó, hogy azt elkaphatja-e gyermeke, ha együtt játszik egy már beteg gyermekkel.

Képzelve el a következő szituációt: A szomszéd gyerek beteg. Gyermeke mégis szeretne vele játszani. Melyik betegség esetén szabad együtt játszaniuk, hiszen NEM FOGJA MEGFERTŐZNI a gyermekét?

- Nátha
- Tetű
- Vesemedence-gyulladás
- Vérszegénység
- Kötőhártya-gyulladás
- Leszáradt bányahimlős kiütések
- Egy-két hasmenés, hányás néhány órával korábban

ⁱ A homeopátiás orvoslás a védőoltások káros hatásainak kivédésére használja az „oltás kivezetést” a védőoltás hatóanyagának homeopátiás formájával. Ez az eljárás tapasztalatunk szerint sok szülő körében népszerű, ezért került be a kérdőívbe. Az eljárás pontos működési elvét és hatásosságát a cikk szerzői nem ismerik.

II. Acut infectio ellátása: hányás és hasmenés utáni tápanyag bevitel

Azt, hogy az általunk felsorolt innivalók közül a szülő melyeket adná gyermekének hányás után pár órával, és hogy a felsorolt ételek közül melyeket adná hasmenés esetén, jól mutatja az ilyen irányú tudását, tájékozódását. Ezen alindexeket a helyesen megjelölt enni- és innivalók számával mértük, külön a hányás utáni folyadékbevitel és külön a hasmenés utáni tápanyagbevitel esetén.

Ön melyik innivalót adná gyermekének pár órával hányás után a következők közül?

- Probiotikum
- Rostos narancslé
- Víz
- Kóla
- Szőlőlé
- Hideg tea
- Meleg tej
- Kakaó

Gyermekének hasmenése van, 3-4 alkalommal volt már híg széklete. Az alábbi ennivalók közül melyiket szabad ennie?

- Szőlő
- Alma
- Banán
- Száraz keksz
- Főtt krumpoli
- Hamburger
- Rizs
- Étcsokoládé
- Lecsó

III. Védőoltások: kötelező védőoltások ismerete

A kérdőívben felsoroltunk összesen 14 betegséget (plusz egy egyéb kategóriát), melyeknél arra kérdeztünk rá, hogy a kérdezett szerint ezek közül melyek azok, amelyek ellen minden gyermek kötelezően kap védőoltást. Jelen alindexnél a tizenötből a megfelelő súlyozás érdekében csak az alábbi itemeket vettük figyelembe, méghozzá oly módon, hogy azt vizsgáltuk, hogy a nem kötelező védőoltások esetén

hány esetben van tisztában azzal a válaszadó, hogy ezek nem kötelezőek, továbbá hogy a Hepatitis B esetén tudja-e a megkérdezett, hogy az kötelező.

Ön szerint melyek azok a betegségek, amelyek ellen minden gyerek **KÖTELEZŐEN KAP** védőoltást?

- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Rotavírus okozta hasmenés/hányás
- Bárányhimlő
- HPV (humán papilloma virus)

Összesített tudásindex

Az alindexek magas értéke minden esetben a nagyobb tudást jelölte. Az összesített tudásindexet az alindexek összegéből hoztuk létre.

Feladat- és problémamegoldás

A feladat- és problémamegoldás operacionalizálása esetén négy nagy témát vettünk figyelembe, melyek mindegyike ismét egy-egy alindexben csoportosul. A kérdések során arra törekedtünk, hogy kifejezetten gyakorlat-orientált feladatokat adjunk a kérdeztetteknek. Emiatt a számukra ismerős, hétköznapi szituációkban arra vonatkozóan érdeklődtünk, hogy mit tennének egy ilyen helyzetben. A négy alindexet és létrehozásukra tett ajánlásunkat az alábbiakban soroljuk fel.

I. Lázcsillapító adagolása

A feladat során egy szirup kisserelésű lázcsillapító gyógyszer adagolásának leírása alapján kellett a kérdeztetteknek megállapítaniuk, hogy mennyi gyógyszert adnának be egy lázas gyermeknek az alábbiak szerint.

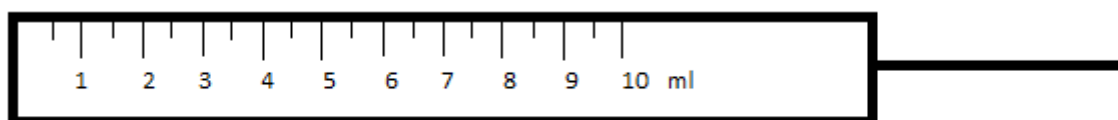
Egy 10 hónapos gyermek lázas. Kérem, az alábbi gyógyszer leírása alapján rajzolja be a gyógyszer adagolófecskendőjén, hogy mennyit ad be belőle egyszerre a tízhónapos gyereknek!
Ha az orvos másképpen nem rendel, fájdalom- és lázcsillapításra a szokásos adagja:

Jellemző testtömeg	Kor	Egyszeri adag (ml)
6-8 kg	3-6 hónap	3,5-4
8-10 kg	6-12 hónap	4,5-5
10-13 kg	1-2 év	6-6,5
13-15 kg	2-3 év	7-8
15-21 kg	3-6 év	9-10
21-29 kg	6-9 év	13-14
29-42 kg	9-12 év	18-19

A fenti táblázat alapján a gyermek testtömegének megfelelő adagot alkalmazza.

Amennyiben nem biztos a gyermek tömegében, alkalmazza a gyermek életkorának megfelelő adagot.

Az egyszeri adag szükség szerint 4-6 óránként ismételtethető, de 4 óránál gyakrabban nem szabad alkalmazni. (A 4,5-5 ml közti jelölést fogadtuk el jó válasznak.)



II. Láz, kiütés ellátása

A lentebb olvasható fiktív szituáció szerint egy hároméves gyermek lázas és testén viszkető kiütések láthatók. A válaszadók kilenc, általunk megadott megoldási lehetőségéből választhattak és ezeken kívül saját megoldással is előállhattak (ezen felül természetesen volt „nem tudom, mit csinálnék” és „nem válaszol” opció is). A kutatócsoport gyermekgyógyász tagja által helyesnek megjelölt válaszok alapján egy kétértékű változót hoztunk létre, melynek alapján megállapítottuk, hogy a kérdezett (orvosilag) helyes vagy helytelen megoldáshoz folyamodna. A lekérdezés során a válaszlapon a kérdezőbiztos jelölte az első és a második választást. (Itt az elemzési szempontok összetettsége miatt nem részletezzük az egyes kérdésekre adott válaszok értékelését. A helyzetben rejlő legvalószínűbb/legveszélyesebb probléma felismerésekor a gyermek biztonsága mellett az ellátórendszer indokolatlan terhelését is figyelembe vettük.)

Hároméves gyerek lázas, testén viszkető kiütéseket lát.

„A” Ön mit tenne ELŐSZÖR az alábbi helyzetben egy átlagos vasárnap délelőtt?

„B” És mit tenne még?

- Tudom, mi a teendő, és egyedül otthon megoldom a helyzetet: Kérem, írja le, mit tenne!.....
(lázcsillapító adása)
- Megbeszélésem családtaggal, barátal, hogy mi a teendő.
- Utánanézek az interneten.
- Telefonon felveszem a kapcsolatot orvossal (házi gyermekorvos, ügyelet, stb.).
- Beviszem a gyereket az ügyeletre.
- Mentőt hívok.
- Várnék, hogy milyen tünete lesz még.
- Értesítem az óvodát, bölcsődét.
- Leviszem a házi gyermekorvoshoz rendelési időben.
- Más:.....
(A kitöltőnek a bárányhimlőhöz hasonló fertőző betegség felismerése volt a feladata.)

III. Agyhártyagyulladás előfordulása a környezetben

Egy másik kérdésnél a válaszadóknak egy olyan kitalált helyzetre kellett reagálniuk, melyben kiskamasz gyermekük iskolájában agyhártyagyulladásos megbetegedés történt. Nyolc, általunk felsorolt lehetőség közül választhattak a kérdezettek, illetve itt is megadhattak saját válaszopciót. A kérdést a

korábbihoz hasonlóan kétértékű változóba kódoltuk, melyben szétválasztottuk az orvosilag helyes és helytelen válaszokat.

Kiskamasz gyermekétől hallja, hogy az iskolájában agyhártya-gyulladásban meghalt egy diák.

„A” Ön mit tenne ELŐSZÖR az alábbi helyzetben egy átlagos vasárnap délelőtt?

„B” És mit tenne még?

- Tudom mi a teendő, és egyedül otthon megoldom a helyzetet: Kérem, írja le, mit tenne!.....
(oltás; vagy eleve nem gond, mert már oltva van)
- Megbeszélem családtaggal, baráttal, hogy mi a teendő.
- Utánanézek az interneten.
- Telefonon felveszem a kapcsolatot orvossal (házi gyermekorvos, ügyelet, stb.).
- Beviszem a gyereket az ügyeletre.
- Leviszem a házi gyermekorvoshoz rendelési időben.
- Átviszem másik iskolába.
- Magántanuló lesz év végéig.
- Mást:.....

(A kitöltőnek egy súlyos, védőoltással megelőzhető fertőző betegség elkerülése volt a feladata.)

IV. Bárányhimlő előfordulása a környezetben

A jelen indexhez utolsóként felhasznált item, egy olyan, meglehetősen gyakori helyzetet vetített fel, melyben a kérdezett gyermekének óvodás csoportjában úgy tör ki bárányhimlő, hogy a gyermek még nem kapta el korábban a betegséget. A helyzet megoldásához jelen esetben is kilenc opció állt a válaszadók rendelkezésére, plusz természetesen itt is lehetséges volt saját megoldást felkínálni. A szituáció megoldásának végeredménye jelen esetben is kétértékű változó, amely az orvosilag helyes és nem helyes válaszokat rögzíti.

Értesítik, hogy az óvodában ahova gyermeke jár, bárányhimlő járvány tör ki, de gyermeke még nem volt bárányhimlős.

„A” Ön mit tenne ELŐSZÖR az alábbi helyzetben egy átlagos vasárnap délelőtt?

„B” És mit tenne még?

- Otthon tartom, nehogy elkapja.

- Továbbra is beviszem az óvodába, sőt, ha lehetséges meglátogatunk egy beteg gyereket is, hogy minél előbb elkapja.
- Beoltatom bárányhimlő ellen a lehető leg hamarabb.
- Megbeszélem családtaggal, baráttal, hogy mi a teendő.
- Utánanézek az interneten.
- Telefonon felveszem a kapcsolatot orvossal (házi gyermekorvos, ügyelet, stb.).
- Beviszem a gyereket az ügyeletre.
- Leviszem a házi gyermekorvoshoz rendelési időben.
- Mást:.....
(Semmit, mert már be van oltva.)

(A kitöltőnek egy potenciálisan súlyos, védőoltással megelőzhető betegség elkerülése volt a feladata.)

A problémamegoldásos feladatok során az index elkészítésekor az elsőként adott válaszokat vettük figyelembe, melyek közül azokat számítottuk helyes válasznak, amelyeket a fenti listából aláhúzással vagy dőlt szöveges plusz válaszként jelöltünk.

Összesített feladat- és problémamegoldás index

Az összesített feladat- és problémamegoldás indexet a fenti alindexek összegéből hoztuk létre és a magas értékei azt jelentették, hogy a kérdezettnek jók a feladat- és problémamegoldási képességei.

Tudásigény

A korábbi fókuszcsoportos interjúk azt mutatták, hogy a szülők a gyermekek egészségével, betegségekkel kapcsolatban különböző mértékben keresnek a meglévő tudásukon, illetve az egészségügyi személyzettől származó tudáson kívül plusz információkat, amelyek a döntéseiket segíthetik. (Ez a tudásigény független lehet a szülő valós tudásától, az összegéségértés felmérésében külön tényezőként vizsgálható.)

A tudás forrása sokféle lehet, így megbízhatóságuk is: azonban az információszerzés igénye maga láthatóan fontos és tudatos része a szülők egészségértésének. Így a tudásigény operacionalizálásakor két nagyobb témát építettünk be a kérdőívbe: az egyik azon forrásokra vonatkozott, ahonnan tájékozódik a szülő a gyermeke egészségét illetően. A másik pedig

az olyan információkra vonatkozott, amelyeket még ki kellene egészítenie a kérdezettnek.

I. Hányféle forrásból tájékozódik gyermeke egészségét illetően

Ezen alindex mérésére felsoroltunk tizennégy forrást, ahonnan tájékozódni szoktak a szülők a gyermekük egészségével kapcsolatban és azt mértük, hogy ezek közül (plusz az esetlegesen saját maga által említett forrásból) hányféle forrásból tájékozódik a megkérdezett a fenti témában.

Ön honnan, kitől tájékozódik felmerülő kérdések esetén gyermekbetegségekkel, gyermeke egészségügyi problémáival, egészségmegőrzésével kapcsolatban? Kérem, azoknál mondja, hogy igen, amelyek valóban releváns információforrások az Ön számára, amelyekre többnyire támaszkodik!

- Gyógyszerész
- Házi gyermekorvos
- Kórházi gyermekorvos
- Családorvos, vegyes praxisú orvos
- Védőnő
- Családtag, barát, ismerős
- Interneten olvasottak (általában megbízhatónak tartott oldalak)
- Ingyenes patikai magazinokban olvasottak
- Egyéb nyomtatott újságban, magazinban olvasottak
- TV reklámok, műsorok
- Rádió reklámok, műsorok
- Betegtájékoztatók, információs füzetek
- Gyógyszertárban, orvosi rendelőben kihelyezett plakátok
- ÁNTSZ honlapja
- Egyéb, éspedig:.....

II. Hányféle témában lenne még szüksége információra

Ezt az aldimenziót mérő kérdéssor arra irányult, hogy hány olyan téma van az általunk felsorolt nyolcból (plusz az „egyéb kategória”), amelyeknél valamilyen plusz információt igényelne a kérdezett. Minden témánál azt vizsgáltuk, hogy a kérdezett válasza alapján erről szeretne valahonnan több információt szerezni vagy sem. A plusz információt nem különböztettük meg forrása szerint, tehát oda soroltuk a házi/gyermeorvost, a tájékoztató

anyagokat és az egyéb forrásokat is. (Ennek az eljárásnak az volt az oka, hogy a szülői egészségértés tudásigény aldimenziója szempontjából a konkrét forrás nem fontos, azonban a szülőedukáció tervezéséhez igen hasznos tudni, hogy milyen utakon érhető el egy-egy szülő.) Mindezekből egy olyan alindexet készítettünk, melynek magas értékei azt jelölik, hogy sokféle témában szeretne a kérdezett pluszinformációkat szerezni.

Kérem, az alábbi témák közül mindegyikről mondja el, hogy szeretne-e többet tudni róla a házi gyermekorvosától és/vagy tájékoztató anyagot kapni róla, ha nem, akkor pedig kérem, azt is jelölje meg, hogy miért nem!

1 – Szeretnék többet tudni róla a házi gyermekorvosomtól és/vagy tájékoztató anyagot kapni róla.

2 – Egyiket sem, mivel erről a témáról megfelelően tájékoztat házi gyermekorvosunk.

3 – Egyiket sem, mivel erről a témáról nem ezekből a forrásokból szeretnék tájékozódni.

4 – Egyiket sem, mivel nem érdekel ez a téma.

- Gyermekek helyes táplálása
- Egészséges életmód gyermekkorban
- Fertőző gyermekkori betegségek
- Nem fertőző gyermekkori betegségek
- Milyen örökletes problémákra kell odafigyelni
- Kötelező védőoltások
- Nem kötelező, de ajánlott védőoltások
- Lázcsillapítás helyes módja gyermekeknél
- Egyéb, éspedig:.....

Összesített tudásigény index

A tudásigény index a fenti alindexek összegéből jön létre és a magas értékei azt mutatják, hogy a kérdezettnek magas a tudásigénye.

Az indexek egymáshoz való viszonya

Az egyes dimenziókból létrehozott indexek csak gyengén függnek össze egymással. [1. táblázat] A magabiztosság és a tudás indexei közti kapcsolat a leggyengébb (0,015), ennél valamivel erősebb az összefüggés a magabiztosság és a tudásigény indexei között (0,028), amely kapcsolat azonban a vártak megfelelően negatív irányú. A feladat- és problémamegoldás és a magabiztosság illetve tudás közötti kapcsolat hasonló erősségűnek bizonyult

(0,099 illetve 0,090), míg relatíve leginkább pedig a tudásigény és a feladat- és problémamegoldás között erős a kapcsolat (azonban még ez utóbbi esetében is csak 0,141 körüli a kapcsolat erőssége a

0-1 tartományban), a vártaknak megfelelően pedig ezen korreláció is negatív előjelű.

1. táblázat: Pearson-féle korrelációs együtthatók értékei az egyes dimenziók között

	Magabiztosság	Tudás	Feladat- és problémamegoldás	Tudásigény
Magabiztosság				
Tudás	0,015			
Feladat- és problémamegoldás	0,099	0,090		
Tudásigény	-0,028	-0,141	0,119	

Forrás: saját szerkesztés

MEGBESZÉLÉS

Az egészségértéssel foglalkozó szakirodalom fontos megállapítása,¹⁸ hogy nem mindegy, hogy mit mérünk. Az egyén egészségértésének felmérésekor rendkívül fontos, hogy pontosan definiáljuk az egészségértés fogalmát és azt is, hogy milyen elemeit vizsgáljuk. Csak úgy lehet összehasonlítani az eredményeket egymással, illetve csak úgy lehet a mért értékeket akár kutatásra, akár a mindennapok gyakorlatában használni, ha pontosan látjuk, hogy az általunk használt kérdőív mit mutat meg. Az alábbiakban a kutatás előzetes eredményeinek értelmezését mutatjuk be. Fontos azonban kiemelni, hogy a cikk alapjául szolgáló kérdőív validálása még a későbbi munkák során kell, hogy megvalósuljon. Kutatásunk során – tudtunkkal – elsőként készítettünk reprezentatív mintán felmérést a szülői egészségértésről Magyarországon. A korábbi eredményeinkre támaszkodóan felépített kérdőív összeállítása során az volt az elsődleges célunk, hogy a szülői egészségértés aktuális használói, tehát a szülők mindennapi tapasztalatait mozgató kérdéseken és átélhető szituációkon keresztül mérjük fel a gyerekek egészségével kapcsolatos döntéseket mozgató készségeket, tudáselemeket, információigényt és döntési magabiztosságot.

Az egészséggel kapcsolatos döntések meghozatala során mindenki egy rendkívül összetett, sokféle forrásból összeálló rendszerben működik. Ezen rendszer ugyanúgy tartalmazza az adott kérdéshez kapcsolódó tudáselemeket, mint az általános

helyzetben, illetve egészségügyi döntéshelyzetben mutatott döntési magabiztosságot, a rendelkezésre álló információk megértését, az „információhiányosság” észlelését és hiányok pótlására irányuló tevékenységeket, majd mindezen elemek összerendezési készségét.

A Pearson-féle korrelációs együtthatók, mint fent láttuk, azt mutatják, hogy az egyes dimenziókból létrehozott indexek csak gyengén függenek össze egymással. Legkevésbé a magabiztosság és a tudás indexei függenek össze, és még a relatíve legerősebb kapcsolat (a tudás és a tudásigény között) is csak 0,141-es erősségű a 0-1 tartományban. Az indexek (magabiztosság, tudás, problémamegoldás, tudásigény) közti gyenge erősségű korrelációkból arra következtethetünk, hogy ténylegesen sikerült megragadni a szülői egészségértés célzottan operacionalizált négy különböző aspektusát, az egyes dimenziók valóban elkülönült ismereteket és képességeket jelentenek.

Az eddigi magyarországi egészségértés-kutatásokból publikált eredmények is felhívják a figyelmet az egészségértés különböző aspektusait vizsgáló módszerekkel nyert adatok nehéz összemérhetőségére.¹⁹ Saját jelen eredményeink is ezt támasztják alá: a gyenge korrelációk az egyes dimenziók között az egészségértés egyes aspektusainak egymástól külön való változását mutatják.

Ugyanakkor elismerjük, hogy a célkitűzésben felváltalt „real-life” helyzetekre épülő és az egészségértés több dimenzióját egyszerre vizsgáló kérdőívnek korlátai is vannak, hiszen épp a fentiekből követ-

kezően nem feltétlenül ad statisztikai értelemben validálható eredményeket.

További hátrányként felmerülhet az, hogy a munka első fázisában fókuszcsoportos definíció-alkotás során körvonalazódott dimenziók és témák nem feltétlenül egyformán hangsúlyosak; a gyermekek egészségével kapcsolatos napi döntéshozatal során a szülők nem feltétlenül egyformán működtetik az egészségértésük egyes területeit.

A kutatás korlátjaként felmerülhet a háztartásokra országosan reprezentatív mintában a válaszadó férfiak igen alacsony arányszáma. Kérdés, hogy így mennyire tekinthetők az eredmények valóban a szülői egészségértésre vonatkozóan. A vonatkozó nemzetközi kutatásokban felfedezhető érdekes jelenség, hogy általában nem is tüntetik fel a kérdőívet kitöltő felnőtt (parent, caregiver) nemét.^{20,21} Ismert szociológiai jelenség, hogy a családban az egészséggel kapcsolatos döntések javarészt az anyáktól származnak: ezt a tényt használja ki például az ENSZ (Egyesült Nemzetek Szövetsége), amikor a rossz társadalmi-gazdasági státuszú populációkban a gyermekek egészsége javításának kulcsként az anyák egészségnevelését célozza meg.²² Kutatásunk eredményei is a nők meghatározó szerepét támasztják alá, hiszen a kérdőívet minden háztartásban azzal a felnőttel vettük fel, aki a családban a gyerekekkel kapcsolatos egészségügyi döntéseket meghozza.

Mindezen korlátokkal együtt kutatásunkat két szempontból tartjuk értékesnek és egyedülállónak.

1. A kulturálisan adaptált egészségértés-definícióra épülő, életszerű szituációkat használó kérdőív lehetővé teszi további kutatások számára, hogy megvizsgálja a szülőpopuláció egészségértésének kapcsolatát a gyermekek egészségével, az egészségügyi szolgáltatások igénybevételeivel, ajánlott vakcinák felvételével, stb.²³
2. A szülői egészségértés dimenziói összetettségének felismerése a gyakorló orvos számára is lényeges. Segítségével jóval tudatosabban használhatja (ki) a rendszer komplexitását, így sokkal hatékonyabban tudja befolyásolni a szülőknek a gyermek egészségével kapcsolatos döntéseit. Az egészségügyi döntések meghozatalakor ugyanis nem csupán az adott pillanatban frissen megszerzett információkat használja a szülő, de rendelkezésére áll egy olyan összetett információ- és készségi táár, amelybe beilleszti azokat. Így amikor az orvos a szülő

egészségértési szintjének megfelelő tájékoztatást kíván adni, tisztában kell lennie annak minden rész-szintjével, dimenziójával. Ez a gyakorlatban azt jelenti, hogy nem pusztán az adott helyzetre „célzott” adatok közlésére kell szorítkoznia, hanem fel kell mérnie a másik fél tudása mellett a problémamegoldó készséget, döntési magabiztosságát, tájékozódási igényét és szokásait, hogy valóban az általa szakmailag megfelelőnek tartott irányba léptethesse a családot.

KÖVETKEZTETÉSEK

Eredményeink szerint a gyermekük egészségével kapcsolatos döntéseket hozó magyar szülőknél a szülői egészségértés négyféle dimenziója egymástól függetlenül változhat. Ez a felismerésünk azért is fontos, mert ez alapján az egyes szülők különböző mértékben lehetnek „egészségértők” az egyes dimenziók szempontjából: így például elképzelhető, hogy egy alacsony tudásigényű szülő a meglevő, közepes szintű tudása alapján jó problémamegoldó készséggel végül jó döntéseket hoz a gyermek egészsége érdekében, míg egy alapszinten is nagy tudásanyaggal rendelkező, magas tudásigényű szülő nem vállalja fel a probléma megoldását, mert a magabiztossága ugyanakkor túlságosan alacsony, és inkább az egészségügyi rendszer (esetenként felesleges) terhelésével tud csak megoldani egy-egy gyermek-egészségügyi kérdést.

Eredményeink közlésével elsődleges célunk a gyakorló gyermekorvos munkájának hatékonyabbá tétele. A beteg- és szülővezetésben tapasztalatokkal rendelkező szakemberekben tudatosítani szeretnénk, míg a pályakezdőknek szeretnénk felhívni a figyelmét arra, hogy az egészséggel kapcsolatos döntésekben sokféle tényező vesz részt. Ezeket a különböző tényezőket a gyakorló orvosnak érdemes nem csak együttesen figyelembe venni, de a tájékoztatás, információátadás során tudatosan befolyásolni is. Másfelől pedig a kérdőív kidolgozásával eszközt szeretnénk adni olyan orvosoknak, védőnőknek a kezébe, akik pontosabban szeretnék látni a betegek családjainak egészségértését, esetleg annak kapcsolatát egy-egy betegség lefolyásával – gondoljunk akár krónikus betegségekre vagy az anyatejes táplálásról való döntésben közrejátszó dimenziókra.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A szerzők köszönetet mondanak dr. Berend Katalinnak, illetve Csanádi Gábornak és Csizmady

Adrienne-nek (ELTE TáTK) a kérdőív első változatának elkészítésében nyújtott támogatásukért.

Anyagi támogatás: a kutatást az MSD Pharma Hungary támogatta.

HIVATKOZÁSOK

- ¹ Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council of Scientific Affairs (AMA)., Health literacy: report of the council on scientific affairs, in J Am Med Assoc., 1999;552 - 557. doi:10.1001/jama.281.6.552
- ² Sorensen, K., van Der Brucke, S., Fulham, J. et al Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health, 2012;2:80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- ³ Sorensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., et al Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). [European Journal of Public Health](https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043). 2015;25(6): 1053-1058. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>
- ⁴ Koltai, J., Kun, E. A magyarországi egészségértés nemzetközi összehasonlításban. Egészségfejlesztés 2016;57(3):3-20. doi: <http://dx.doi.org/10.24365/ef.v57i3.62>
- ⁵ Fülöp, T., Mányi, G., Egészségügyi műveltség és a csecsemőhalálozás összefüggéseiről. Orvosi Hetilap, 1963;104(13): 595-598. <https://doi.org/10.1556/650.1963.03.03>
- ⁶ Kocsis, E., Forgács A., Marton S., A szoptatással és a csecsemőtáplálással kapcsolatos előzetes ismeretek szerepe a csecsemő táplálási módjának megválasztásában. Orvosi Hetilap, 2001;142(51): 2845-9. <https://doi.org/10.1556/650.2001.12.02>
- ⁷ Szabó, L. et al., Csecsemőtáplálás Magyarországon. Gyermekorvos Továbbképzés, 2011;10(5):216-219.
- ⁸ Gács, Zs., Berend, K., Csanádi G. et al., A new questionnaire for the assessment of parental health literacy (Új kérdőív a szülői egészségműveltség mérésére) Orvosi Hetilap, 2015. 156(42): 1715-1718. <https://doi.org/10.1556/650.2015.30237>
- ⁹ Csizmadia, P., Az egészségműveltség definíciói. Egészségfejlesztés, 2016. 57(3): 41-44. DOI 10.24365/ef.v57i3.68
- ¹⁰ Papp-Zipernovszky, O., Náfrádi, L, Schulz, P et al., "So each patient comprehends": measuring health literacy in Hungary. Orvosi Hetilap. 2016;157(23):905-915. DOI: 10.1556/650.2016.30412
- ¹¹ Xue, J., Liu, S., Sun Y et al., Validation of a newly adapted Chinese version of the Newest Vital Sign instrument. PLoS One, 2018,13(1):e0190721. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190721>
- ¹² Costa, F.A., C. Duggan, and I. Bates, A systematic approach to cross-cultural adaptation of survey tools. Pharm Pract (Granada). 2007;5(3):115-24. DOI:10.4321/S1886-36552007000300004
- ¹³ Levin-Zamir, D. Health Literacy in Selected Populations: Individuals, Families, and Communities from the International and Cultural Perspective. Stud Health Technol Inform. 2017;240:392-414. DOI: 10.3233/ISU-170834
- ¹⁴ Sherman, R. E., Anderson, S. A., Dal Pan, G. J et al: Real-World Evidence - What Is It and What Can It Tell Us? N Engl J Med, 2016; 375(23):2293-2297. DOI: 10.1056/NEJMs1609216
- ¹⁵ Pelikan J., R.F., Ganahl K Measuring comprehensive health literacy in general populations: validation of instrument, indices and scales of the HLS-EU study, in 6th Annual Health Literacy Research Conference. 2014: Bethesda, Maryland. <https://www.bumc.bu.edu/healthliteracyconference/files/2014/06/Pelikan-et-al-HARC-2014-fin.pdf> (Elérve: 2019.08.23.)
- ¹⁶ <https://www.gesis.org/eurobarometer-data-service/survey-series/standard-special-eb/sampling-and-fieldwork/> (Elérve: 2019.08.01.)
- ¹⁷ Lorini C, Santomauro F, Grazzini M, et al Health literacy in Italy: a cross-sectional study protocol to assess the health literacy level in a population-based sample, and to validate health literacy measures in the Italian language. BMJ Open 2017; 7: e017812. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017812
- ¹⁸ Sorensen, K. and A. Pleasant, Understanding the Conceptual Importance of the Differences Among Health Literacy Definitions. Stud Health Technol Inform, 2017;240:3-14. DOI 10.3233/978-1-61499-790-0-3
- ¹⁹ Koltai, J. and E. Kun, The practical measurement of health literacy in Hungary and in international comparison. Orvosi Hetilap, 2016;157(50):2002-2006. DOI: 10.1556/650.2016.30563
- ²⁰ Yin, H. S., Johnson, M., Mendelsohn, A. L. et al. The Health Literacy of Parents in the United States: A Nationally Representative Study. Pediatrics, 2009;124(Supplement 3):S289-S298. DOI: 10.1542/peds.2009-1162E
- ²¹ Morrison, A. K., Myrvik, M. P., Brousseau, D. C. et al The relationship between parent health literacy and pediatric emergency department utilization: a systematic review. Acad Pediatr, 2013;13(5):421-9. DOI: 10.1016/j.acap.2013.03.001

²² Veneman, AN. Education Is Key to Reducing Child Mortality: The Link Between Maternal Health and Education. UNChronicle, 2007;44(4). <https://unchronicle.un.org/article/education-key-reducing-child-mortality-link-between-maternal-health-and-education> (Elérve: 2019.08.23.)

²³ Santha, A.-R., Maternal health literacy of ethnic Hungarian mothers in Romania. Kontakt, 2019; 21(2):197-205.

Részvétel a közösség által támogatott mezőgazdaságban: a társas támogatás szerepe

The role of social support in the participation of community supported agriculture

Szerzők: Birtalan Ilona Liliána^a ✉, Kis Bernadett^b, Rác József^c, Bárdos György^d
a: ELTE PPK Pszichológiai Doktori Iskola, ELTE PPK Pszichológiai Intézet, ELTE PPK Egészségfejlesztési és Sporttudományi Intézet, b: SZTE JGYPK Alkalmazott Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Intézet c: ELTE PPK Pszichológiai Intézet, SE-ETK Addiktológiai Tanszék, Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Drogambulancia Alapítvány, d: ELTE PPK Egészségfejlesztési és Sporttudományi Intézet

Beküldve: 2019. 07. 11.

doi: 10.24365/ef.v60i5.499

Összefoglaló:

A friss biotermények termelőktől való közvetlen beszerzése mára egyre közkedveltebb alternatívája a konvencionális termelésből származó, áruházi polcokról levehető zöldségeknek és gyümölcsöknek. E közvetlen kapcsolódások egyik gazdaságilag jól körülhatárolható formája a közösség által támogatott mezőgazdaság (community supported agriculture, CSA), melyet mára a nemzetközi szakirodalom az egészségmagatartási intervenciók lehetséges eszközei között taglal. Hazai kvalitatív feltáró kutatásunk során 35 félig strukturált interjút készítettünk CSA-tagokkal. Az adatokat tematikus analízissel dolgoztuk fel. Kutatásunk eredményeként a résztvevő tagok élettársi/házastársi viszonylatában háromféle társas támogatási mintázatot tártunk fel. A CSA-tagság újradefiniálhatja az egyéni/családi fogyasztási mintázat jellegzetességeit (pl. menütervezés, tárolás, társas összejövetelek), és a feltárt társas támogatás működésbeli jellegzetességei hatással vannak a tagság fenntartására, hosszára. Amennyiben a CSA-tagok teljesebb tájékoztatást kapnak ezen életmód sajátosságairól, a részvétel fenntartásához hozzájáruló folyamatok jellegzetességeiről, az növeli annak valószínűségét, hogy a CSA-tag fenn tudja tartani elköteleződését.

Kulcsszavak: egészségfejlesztés; közösség által támogatott mezőgazdaság; életmód; fogyasztási mintázat; HAPA-modell; társas támogatás

Summary:

Getting fresh organic products directly from the farmers is a growing phenomenon worldwide as an alternative to do the weekly grocery shop in the supermarkets. A well-defined form of this direct contact between producers and consumers is the community supported agriculture (CSA), where participation is seen as an intervention for health-behaviour by the scientific discourse. Using an explorative design, 35 semi-structured interviews were conducted with CSA members in Hungary. The collected data had been explored by thematic analysis. We identified three types of social influence patterns among the participant's spouses. CSA can redefine the attributes of consumption (e.g. menu planning, storage, social events). In addition, the type and features of the spousal social support influences the maintenance, length of CSA membership. Receiving a more complete guide about CSA related lifestyle and the strategies for maintaining the participation, consumers can make their commitment to their membership stronger.

Keywords: health promotion; community supported agriculture; lifestyle; consumption patterns; HAPA model; social support

BEVEZETÉS

A fogyasztói magatartásvizsgálatok nagy hangsúlyt fektetnek a fogyasztási mintázat jellemzőinek taglására annak érdekében, hogy a személyes életkörülmények befolyásoló hatása, az érzelmi, mentális és viselkedési reakciók mögött álló folyamatok minél inkább érthetővé váljanak. Ez akár egészen speciális nézőpontokat is magában foglalhat, mint például a családi életciklus szerinti fogyasztás feltárása.^{1,2} A társas környezet, a társas támogatás vizsgálata és megértése nemcsak a fogyasztói magatartás kutatások szempontjából lehet érdekes, hanem az egészségmagatartás fenntartása, az egészségfejlesztés szempontjából is, melynek megértésére jelen kutatás keretei között is törekszünk.

Az egészséges étkezésre törekedő fogyasztók számára élelmet biztosító alternatív élelmiszerhálózatokban való részvételⁱ elemzése mára közkeletű téma lett, hiszen az egészséges élelmiszer, a termelő és fogyasztó közötti közvetlen bizalmi kapcsolat, valamint a termőföld ökológiai megművelésének körülményeiről való személyes tudás nem szokványos piaci körülményeket jelent a gyakorlatban.^{3,4} Ugyanakkor e környezet fogyasztási mintázatának egészségpszichológiai szempontú leírása, az egyéni tagság mögötti társas támogatás kibontása az egészséges életmód fenntartásához számos új szempontot adhat.⁵

HÁTTÉR

Egészséges élelmiszer nem konvencionális forrásból

Mára egyre több fogyasztó fordul az ökológiai módszerekkel termesztett élelmiszerek felé.^{6,7,8} Magyarországon a biotermékek fogyasztásának indokai között elsősorban az egészséges életmód fenntartása, és a betegségek megelőzése vagy gyógyítása áll.⁹ Az egészséges életmódot fontosnak tartó fogyasztók egy része az élelmiszer-termelés körülményeivel kapcsolatban is szeretne minél több információt kapni, ezért a közvetlen termelő-fogyasztó kapcsolatot keresi, azt tartja értékesnek

az élelmiszer megválasztásakor.¹⁰ Ennek köszönhetően mára az erre teret biztosító közösség által támogatott mezőgazdaság, a nemzetközi szakirodalomban a konvencionális termelés alternatívájaként megjelenő élelmiszerhálózati rendszer egyik fajtája, egyre keresettebb lehetőség.^{11,12,13} Ez a gazdasági forma már Magyarországon is megtalálható és elérhető főként nagyvárosok (pl. Budapest, Szeged, Miskolc, Debrecen) környékén, közkeletűsége pedig folyamatosan nő.⁸ A hazai elérhető tizenhat CSA többsége a zöldségek köré szerveződik.¹⁴ E termelő-fogyasztó kockázatmegosztó gazdasági formában a CSA-tagⁱⁱ előre fizeti ki a rá eső terményhányadot, a termelő pedig legjobb tudása szerint műveli a földet, gondozza a terményeket a szerződött, jellemzően egyéves keretben. E közegben a termelő és a CSA-tag között a kapcsolat rendszeres a heti terményátadások és gazdaságlátogatások, körlevelezések stb. során. Úgy tűnik, ez az új szerveződési forma kielégíti a CSA-tagok saját egészséget közvetlen termelésikörnyezet-ismerettel is összekötő igényeit, hiszen jellemzően aznap szedett, vagyis friss, ökológiai gazdálkodással termelt (pl. növényvédőszer-mentes), helyi, szezonális zöldségtermények jutnak el a gazda földjéről/kezéből az asztalukra hetente. A gazda felé történő éves elköteleződés minimalizálja a felesleges keresgélést, vagy éppen a túl sok információ okozta frusztrációt, ami könnyen előfordul a hagyományos fogyasztói rendszerekben zöldség és gyümölcs vásárlása közben.¹⁵ Nem mellesleg, a nagyobb hozzáférést biztosító CSA-kból heti rendszerességgel kapott változatos összetételű, szezonális, friss zöldségek fogyasztása hatással van a tagok életmódjára. A kutatások mára visszaigazolják az ebben való részvételnek az egészségre és az egészségmagatartásra gyakorolt pozitív hatásait.^{4,15,16,17,18}

A CSA életmódot befolyásoló hatása

A konvencionális fogyasztók számára az otthoni ételkészítési lánc annak eldöntésével kezdődik, hogy „mit együnk”, majd folytatódik a vásárlással, étel-előkészítéssel, és végül a hulladékkezeléssel. Az alternatív élelmiszerhálózatok felé elköteleződők esetében azonban a „mit együnk” kérdése másként fogalmazódik meg. A CSA jellegéből fakadóan a

ⁱ angolul alternative food networks (AFNs); fajtái pl. termelői piac, bevásárlóközösség, közösség által támogatott mezőgazdaság

ⁱⁱ a CSA-ba belépés esetén CSA-tagságról, avagy CSA-részvételről beszélünk

gazda felé megjelenő bizalom meghatározó, a tagok nem tudják előre, hogy milyen fajta és milyen mennyiségű élelmiszert kapnak az adott héten, hiszen ezt a termelési mód (pl. növénytársítások), az egyéni növényi tulajdonságok (pl. tájfajta), az időjárás (pl. bő év, szűk év), a szezonális (pl. érési jellemzők), a szedési környezet (pl. föld, rovar a terményen), és a kártevők megjelenése egyaránt befolyásolhatják.^{19,20,21} Ez esetben hatással van az étkezések megtervezésére is, sok alkalommal beszüktetve akár a lehetőségeiket a hagyományos bolti vásárláshoz képest.^{4,18,22,23} A menütervezés csak a zöldségek kézhezvétele után lehetséges, emiatt azt nagyban befolyásolja a kapott friss termékek típusa, mennyisége és eltarthatósága is. Mivel a résztvevők sokszor büntudatot éreznek a felhasználatlan termények kidobásakor, már a feldolgozás korai fázisaiban is igyekeznek csökkenteni a hulladékot, ami a teljes élelmiszerfogyasztási folyamatra visszahat (pl. előkészítés, tárolás módja).^{3,17,24,25} A CSA-tagságot vizsgálva az látható, hogy a családtagok (pl. gyerekek) aktívabb részvétel eredményezi az élelmiszer körüli tevékenységekben, szélesíti a család látókörét az élelmiszerekkel kapcsolatos ismeretek terén.^{4,5,26} Az otthon elkészített étel jelentősége megnő, miközben az étkezési szolgáltatások igénybevétele csökken, és a rendszeres otthoni főzés következtében a kereskedelmi úton beszerezhető feldolgozott termékek fogyasztásának mennyisége is kevesebb.^{15,17}

A CSA-tagok jellemzői

A résztvevők, a CSA-gazda és CSA-élelmiszer felé történő elköteleződésüket, új szokásaik (pl. heti átvétel) kialakítására való nyitottságukat az egyéves szerződés aláírásával jelzik explicit módon. A tipikus CSA-tagnak fontos a helyi termelőkkel való kapcsolat, és a jó minőségű, friss, egészséges terményhez való közvetlen hozzáférés.^{27,28,29,30} A tagok iskolai végzettsége és jövedelme jellemzően magasabb, emellett a nők nagyobb arányban vesznek részt elsődleges vásárlóként, majd az ételek elkészítőjeként a feldolgozásban.^{15,17,25,31,32} Fontos megjegyezni, hogy az egyértelmű előnyök ellenére a tagok cserélődési aránya, fluktuációja magas; a kilépők jellemzően a szállítás, feldolgozás, előkészítés és menütervezés folyamatáról mondanak negatív véleményt.^{21,23,24,26,32,33,34} A fluktuációról a magyaror-

szági környezetben nincs adatunk, de tapasztalunk szerint a hazai közösségek egy részénél szintén magas (akár 50%/év). Ez nem véletlen, hiszen az életmód és az egészségmagatartás megváltoztatása, melyet a gyakorlatban a CSA megkövetel, nagy kihívás.³⁵

A jelenlegi kutatások kevésbé foglalkoznak a CSA-fluktuáció mögött álló okokkal, és egészségpszichológiai, a társas támogatásra vonatkozó kutatás egyáltalán nem található a CSA-kra vonatkozóan. Jelen kutatás célja, hogy feltárja, milyen módon befolyásolja a társas támogatás szociális-kognitív folyamatmodell szerinti értelemben (ld. lejjebb) a CSA iránti elköteleződést/bennmaradást.

A HAPA-modell

Az egészségmagatartás megértése alapvető szerepet játszik az egészségkárosító viselkedések és szokások megváltoztatásában, és az egészséget támogató új magatartásformák kialakításában.³⁶ Az egészségmagatartás Ralf Schwarzer és kutatócsoportja által kidolgozott szociális-kognitív folyamatmodellje (*health action process approach; HAPA*) az egészségmagatartás megváltozását két egymást követő fázisra bontja. Megkülönbözteti a szándék kialakulása előtti motivációs szakaszt, amely a szándék megformálásához, valamint a kialakulása utáni akarati szakaszt, amely a tényleges egészségviselkedéshez vezet. A HAPA-modell a szándék/motiváció – elkezdés – fenntartás – (esetleges) visszaesés és újrakezdés stádiumaiban képzeletben el az egészségmagatartás megváltoztatását, mindaddig, amíg végül tartósan fennmarad az újonnan kialakított cselekvés.³⁵ Az egészségmagatartás megváltoztatását előidéző személyes és társas tényezők jelentőségére a megelőző kutatásokban már Bandura is felhívta a figyelmet.³⁷ Ezek közül a tervezett viselkedés kivitelezését akadályozó, illetve segítő észlelt társas tényezők kerültek vizsgálatunk középpontjába. A HAPA-koncepció szerint a társas támogatás az akarati szakasz „egészére”, számos konstruktmára hatva támogatja az egészségviselkedés kialakítását és fenntartását. Schwarzer a társas támogatás három fajtáját azonosítja: érzelmi (pl. megbecsülés, elfogadás aktuális nehézségek ellenére is), információs (pl. segítség, támogatás ismeretekben), és instrumentális (pl. pénzügyi, avagy eszközbeli) társas támogatás. Amennyiben

a támogatás bármely formája jelen van, az a fenntartást segítő erőforrás; ha hiányzik, az nehezítő tényező lehet az egyén számára.³⁵

Problémafelvetés

Az a tény, hogy a tagok a CSA-hoz való csatlakozáskor többfajta, új kihívással szembesülnek, számtalan nehézséget jelent számukra. A CSA-tagság fenntartása során, a részvétel későbbi szakaszában is jelentkeznek önszabályozási kérdések, ahogy ezt fentebb láttuk. Feltételezzük, hogy a CSA-ban való tartós bennmaradás egyik kritikus tényezője a társas támogatás, vagyis a közvetlen hozzátartozó (házastárs, élettárs, partner) viszonya a CSA-ban való részvételhez. Kutatásunkban azt vizsgáltuk, milyen formában jelenik meg ez a támogatás, ez mennyiben és hogyan járul hozzá a CSA-tagság fennmaradásához, avagy a kilépéshez egészségpszichológiai szempontból. Feltételezzük, hogy a társas támogatás formáit azonosítva felderíthetővé válnak olyan folyamatok, amelyek hozzásegíthetik a résztvevőket a tartósabb bennmaradáshoz.

MÓDSZERTAN

Alanyok

Mivel a hazai CSA-król és a körjük szerveződő közösségek működéséről kevés információ állt ren-

delkezésre, feltáró kutatási módszert alkalmaztunk.³⁸ Hazai CSA-közösségek tagjait kerestük meg emailen keresztül, illetve termelők javaslatai alapján, és ezt kiegészítve hólabdamódszerrel is találtunk alanyokat a tagok ajánlása alapján. Ezek eredményeképp végül 35 CSA-taggal készítettünk félig strukturált mélyinterjút. Az interjú feltétele az elköteleződött CSA-részvétel volt, azaz az alanyokkal a HAPA-modell szerint a belépés, tehát a szándék megvalósítása utáni, akarati szakaszban találkoztunk. Az interjúk jellemzően a tagok saját környezetében történtek, avagy általuk választott ismert környezetben, néhányuk esetében a partnerük jelenlétében. Az interjúk hossza 1 és 2,5 óra közé esett.

Adatgyűjtés

A kvalitatív interjúk során körbejártuk a részvétel módját, időszükségletét és körülményeit, megkérdeztük a jelenlegi háztartásvezetési szokásokat, esetlegesen megfogalmazható változásokat a belépést megelőző, korábbi szokásokhoz képest, ahogyan az 1. táblázatban is látszik. Azt is feltérképeztük, hogy a résztvevő hogyan látja az adott CSA-környezetet és tagjait. Végül megkérdeztük a tagokat a közösségben elfoglalt helyükről, e források távlati lehetőségeiről, illetve a termelőkről és terményeikről alkotott véleményükről. Minden személyes és családi (párkapcsolati) aspektusra kitértünk, amennyiben az említésre került.

1. táblázat: Interjúk témái

Vásárlási és ételkészítési preferenciák általában
Az adott CSA-ba belépés körülményei
Életvitel a CSA-ban (tapasztalatok, asszociációk)
A tag helyzete a CSA-ban
A tagság hatása az otthoni életre/a családtagok munkamegosztására stb.
A többi résztvevőről alkotott vélemény
Egyéb: jelen, jövő, a termelő, kényelem stb.

Forrás: saját szerkesztés

Adatok feldolgozása

Az interjúszövegek feldolgozása során tematikus elemzéssel dolgoztunk, eredményeinkre induktív elméleti általánosítással jutottunk.³⁹ Ez a típusú elemzés kifejezetten az interjúadatokból indul ki, vagyis esetünkben a terepmunka kapcsán adódó kutatói megfigyelések/interjúalany visszajelzések alkották az adatelemzés alapját. A terepmunka adta felvetést követően a tematikus elemzés módszertanát követve kerestük, elemeztük, és dokumentáltuk a társas támogatás adathalmazban található jellemzőit. A témák kialakítása során a tematikus analízis szabályai szerint az interjúadatokból kirajzolódó, a kutatási kérdést megragadó témák belső konzisz-

tenciája, és az egymástól való távolsága, majd a létrejött témarendszer interjúadatokon való visszaellenőrzése is szempont volt.⁴⁰

EREDMÉNYEK

Az interjúadatok elemzése alapján három társas támogatási mintázattípus rajzolódott ki. A típusok a következő szempontok mentén írják le a párok együttműködését: logisztika (vásárlás), menütervezés, előkészítés és főzés, hulladékkezelés. [2. táblázat] Az együttműködési típusokat a következőkben egyenként mutatjuk be, anonim interjúidézetekkel szemléltetve a tipikus narratívákat.

2. táblázat: A fogyasztás szakaszai, és az együttműködési típusok közötti összefüggések

	Koherens	Komplementer	Neutrális/Antagonisztikus
Partnerség jellege	- aktív/aktív	- aktív/elfogadó	- aktív/semleges vagy elutasító
Logisztika (vásárlás)	- közös feladat	- kényelmes a bevásárló félnek - támogató és kooperatív háttér	- kettős beszerzés
Menü kialakítása	- közös kreativitás - közös tanulás	- preferenciák figyelembevétele - magabiztosság a bevásárló félben	- eltérő preferenciák - kétféle étrend
Előkészítés és főzés	- nyitottság - új étrend	- ízek kombinálása - turmixolás - zöldségek maszkolása	- párhuzamos előkészítés - kétszeres főzés
Hulladékkezelés	- nincs/minimális CSA-hulladék	- elosztás a veszteség csökkentése érdekében - társas eseményeken felajánlás	- CSA-termény kidobás és büntudat

Forrás: saját szerkesztés

Koherens együttműködési típus

A koherens típus esetében mindkét fél számára elv az egészséges ételmszer megválasztása és fogyasztása. Mentálisan és fizikailag tevékenyen támogatják egymást a fogyasztási folyamat egésze alatt, a beszerzés megszervezésétől a termékek

elfogyasztásáig. A pár mindkét tagja nyitottan és rugalmasan kezeli az új alapanyagokat és a nem megszokott mennyiségeket. A főzésben, és a hozzá kapcsolódó előkészítő folyamatokban új szokások és viselkedésformák jönnek létre. A családtagok elfogadják nyers ételek és nagyobb mennyiségű zöldség fogyasztását (a húsevés csökkenésével együtt), mint új étrendet. Tehát a koherens típusú

kapcsolat azt jelenti, hogy mindkét fél teljes értékű tagja a CSA-nak: egyező döntéseket hoznak CSA-alapú étkezésük kapcsán, illetve megosztják a CSA-val járó kötelezettségeket, és a közös tevékenységekből fakadó örömet is. A partner részéről a HAPA-modellben bemutatott mindhárom társas támogatási forma megnyilvánul; vagyis mind az érzelmi, mind az instrumentális, mind az eszközbeni támogatás.

„Petivel beszélgettünk, hogy kéne nekünk egy gazda, aki csak nekünk dolgozik egész évben.”

„Tehát, hogy van egy ilyen fő irányvonal az életünkben, hogy minden nap van zöldség-gyümölcs.”

„Így jön, aztán olyan természetes a dolog [CSA-részvétel]. Mi ilyenekben szerintem rugalmasak vagyunk.”

„Szerintem mi nem egy általános háztartást vezetünk. Ez az életünk minden területére kihat.”

Komplementer együttműködési típus

A komplementer együttműködési típus esetében a pár egyik tagja az egészséges ételkészítés-beszerzés fő szorgalmazója, vagyis aki alapvetően intézi a csatlakozást, vállalva a CSA-val járó kockázatokat. Az ő szempontjából az állandó és megbízható ételkészítés kényelmes megoldás a család egészséges táplálkozásának fenntartásában. Bár az új, ételkészítés-vezérelt étrendet a belépést szorgalmazó döntése uralja, a másik fél elfogadja, és aktívan támogatja ezt a választást, és az ezzel járó változásokat. Nyitott az újfajta ételekre, az új hozzávalókra és a főzés új módjaira, emellett pozitív visszajelzést ad, és részt is vesz bizonyos fázisokban. Hozzáállása és viselkedése segít csökkenteni a feszültséget, amit a CSA-részvétel okozhat.

„De az az igazság, hogy én szeretném valahogy, és a Gábor nagyon sok esetben azt mondja, hogy igen, az neki úgy is jó.”

„A férjem is többször hangot ad annak, hogy ez finom, és ezek is jó érzések, szerintem ennek nagy szerepe van, meg családösszetartó szerepe is van, én úgy gondolom.”

„A férjem a fogyasztó. És a minőségellenőr. Ezzel segíti a felhasználást: 'ilyet máskor is főzhetsz', avagy 'hát, nem volt rossz, de ne erőltessük'.”

„(...) tehát mindketten idomulunk azért a másikhoz,”

Miközben a döntést szorgalmazó (jellemzően nő) jelentős befolyással bír az elfogyasztott ételek kiválasztására, az új ételkészítés-feldolgozásakor számos konyhatechnológiai módszert alkalmaz, például az elkészítésnél, a termények minél teljesebb körű felhasználása érdekében.^{41,42} A legjellemzőbb technikák a textúrák kombinálása, pl. zöldségpalacsinta, vagy elfedés más ízekkel (maszkolás); illetve a turmixolás és pürésítés/krémelés, pl. zöldségkrémleves. Ha a vásárló fél vagy a pár úgy érzi, hogy a zöldségek bősége túl nagy teher, akkor az értékes termények tartós tárolására, vagy akár közösségi környezetben (pl. társasági vacsora) való elosztására is sor kerülhet. A partner részéről legalább az egyik: vagy az érzelmi, vagy az instrumentális, vagy az eszközbeni támogatás jelen van. Ebben a környezetben az egyén/család megtanulhatja, hogyan alakíthatja saját motivációját és viselkedését (pl. a figyelem fókuszálása a cselekvésre, vagy a negatív érzelmek kezelése) ezek hosszú távú fenntartása érdekében. Míg a koherens együttműködési típus esetében mindkét fél hozzáállása aktív, itt az egyik fél aktív másik fél pedig elfogadó.

„Én szocializáltam erre az útra. Azt gondolom, hogy igen.”

„Én nem veszekszem veletek, összeturmixolom, kaptok hozzá pirított kenyérkockákat, megesszitek, kész.”

„Beleraktam az édesköményt is, és nem vették észre.”

„És akkor jó, próbáljuk meg a krémleveset.”

„Tudom, hogy mi az, amit mind a ketten szeretünk, mi az, amit még bele lehet csempészni, ami még elfogy.”

„Hát ez az, inkább megfőzöm, és akkor próbálom szétoosztogatni.”

„És akkor jött ez, hogy áthívjuk a többieket társasozni, és csinálom vacsit. És így oldódott a nyomás.”

Neutrális/Antagonisztikus együttműködési típus

A neutrális/antagonisztikus kapcsolat esetében az egyik fél CSA ételkészítés-részvétele mintegy melléktevékenységként fut a korábban megszokott családi fogyasztás mellett. A komplementer típushoz hasonlóan a pár egyik fele az ötletgazda, és motorja az egészséges ételkészítés-kiválasztásnak, ugyanakkor a másik fél nem tud felülkerekedni korábbi szokásain és az eddigi életmódján, viselkedésén

nem akar változtatni. Miközben az egyik fél ragaszkodik a korábbi gyakorlatokhoz, egyben vissza is utasítja az új élelmiszereket, mely konfliktusokat is generálhat.⁴³ Ha az eltérő ételfogyasztási preferenciák fennállnak, és a pár nem tud közös nevezőre jutni, akkor kétféle étrendet kell működtetni párhuzamosan. Az élettárs/házastárs ételekkel kapcsolatos preferenciái erősebb hatással bírnak, mint a tagságot fontosnak tartó fél egészséges élelmiszer melletti kitartása: egyéni feladattá válik a családi háztartás fenntartása mellett, és a feladatok megduplázódása (vásárlás, előkészítés, étkezés) a zöldségek fel nem használása, hosszabb távon kilépésre ösztönzi az aktív felet. Ezek az alanyok a személyes interjúkon már megfogalmazták szándékukat a CSA-k elhagyásával kapcsolatban.

„Mivel ő is ilyen negatívan állt a dologhoz, megmondta is, hogy neki nem kellene ezek.”

„Szerintem ez is valamilyen szinten hozzájárult, hogy inkább benne maradjak a komfortzónámban, és ne lépjek ki [vagyis ne változtassak a korábbi szokásaimon].”

„Az nem fért bele az időbe, hogy két helyről szerezzek be.”

„Tehát szerintem mind a két fél pozitívan kell álljon a dologhoz, hogy legyen valamiféle elfogadás, mert másképp nem működik a dolog.”

MEGBESZÉLÉS

Az egészségmagatartás egyik legmeghatározóbb eleme a táplálkozás, melyhez az alapanyagokat a fogyasztók egy része a helyi termelőktől való közvetlen beszerzésen keresztül kívánja biztosítani. Az mára ismert, hogy ahogyan az élelmiszerről gondolkodunk, ahonnan és ahogyan azt beszerezzük, jelentős hatással van az életmódunkra.⁴⁴ Ezt alátámasztja, hogy a vizsgált CSA-közegben azt tapasztaltuk, hogy az egyéves szerződéses formában létrejövő elköteleződés nemcsak az egészséges élelmiszer megválasztásáról szól, hanem azon túlmutatóan hatással van a belépő és családjának életmódjára, ami komolyabb alkalmazkodást követel az összes családtag részéről. A CSA-részvétel az életmód megváltoztatásán keresztül jelentős mértékű önszabályozó erőfeszítést igényel, melynek része a viselkedés kontrollállása, módosítása, vagy akár

teljes megváltoztatása is.³⁵ Ez a megállapítás összhangban van az olyan szakirodalmakkal, amelyek a CSA-részvételt tanulási tapasztalás, tanulási folyamat mentén jellemzik.^{3,21,45}

Kutatásunk eredményei betekintést nyújtanak az egészséges élelmiszer választáson alapuló és alternatív (nem konvencionális) fogyasztási megközelítés mögött rejlő társas támogatás jellemzőinek működésébe. A CSA-tagok esetében a főzési folyamatokat a nem megválasztható, kapott termények határozzák meg, így az élelmiszer-kiválasztás miatti rendszeres döntéskényszer megszűnik. Ugyanakkor az életmód és az egészségmagatartás megváltoztatása nagy kihívás, és az egészséges élelmiszer felé történő elköteleződés fenntartásában megnő a felnőtt házastárssal/élettárssal történő kooperáció szerepe.

Míg az eddigi kutatások a vásárlást eldöntő – jellemzően női fél – nézőpontjából vizsgáldnak^{46,47}, feltáró kutatásunk a társas támogatás leírását és jellemzőinek elemzését tűzte ki célul. Noha a tagság kifejezés jellemzően a belépő személyét jelenti, a belépő személyéhez kapcsolható közvetlenül az egész család, illetve a házastárs/élettárs bevonódásának lényeges szerepe van a CSA-tagság alakulásában. A részvétel iránti elköteleződés fenntartási folyamatára ható tényezőként a társas támogatás (érzelmi, információs és instrumentális) pozitív hatása, mint ahogy a HAPA-modell is bemutatja, a CSA-részvételnél is érzékelhető. Amennyiben az aktív együttműködés (ld. koherens) vagy aktív elfogadás jelen van (ld. komplementer típus), az a fenntartást elősegítő erőforrás; ha hiányzik (ld. antagonisztikus/neutrális együttműködési típus), az nehezítő tényező lehet a CSA-tagság fenntartására nézve.

A személyes hatékonyság megélése (a zöldségekkel való megbirkózás révén), a pozitív következmények elvárása a HAPA-modell értelmében az egészséges élelmiszer fogyasztását támogatja. Jelen vizsgálatból látható, hogy a partneri támogatás jelentősen megkönnyíti a CSA-tagsággal szükségszerűen együtt járó életmódváltozást, ezért úgy véljük, hogy a házastárs/partner (esetleg tágabb család) tagságot támogató szándékának kialakítása is alapvető feltétele a CSA-részvétel fenntartásának. Azon családok, ahol az elköteleződő (jellemzően női) tag mögött, vagy az érzelmi, vagy az instrumentális, vagy az eszközbeli támogatás jelen van a partner/élettárs

részéről, a kilépési szándékra kisebb az esély, vagyis a CSA-tagság hosszabb távon fennmaradhat.

KÖVETKEZTETÉSEK

Az életmód egyik meghatározó eleme a táplálkozás, és az egészséges táplálkozás egyik alternatív útja a CSA-ban való részvétel. Eredményeink alapján úgy látjuk, hogy az egészséges ételkészítés irányában történő elköteleződés számos nehézsége ellensúlyozható lenne, ha teljesebb körű volna a tájékoztatás az ezzel járó életmóddal kapcsolatban. Amennyiben a teljes család, vagy legalább a család felnőtt tagjai részt tudnak venni erre szervezett, ismeretterjesztő alkalmakon/találkozókon, és útmutatást is kapnak miként képesek megváltoztatni és kontrollálni, befolyásolni szokásaikat, a tagság fenntartása, egészségmagatartásuk CSA-tagság révén történő formálása inkább elérhetővé válik.

A menü megtervezéséhez fontos, hogy a tagok ötleteket, recepteket kapjanak, hiszen az új és változatos mennyiségű zöldségek másfajta készítéseket igényelnek a konyhában és a családi kommunikációban, együttműködésben. Hasznos lehet felhívni a tagok figyelmét olyan konyhatechnológiai módszerekre, mint a nagy mennyiségben főzés, tárolás és fagyasztás, valamint a közösségi utakra, mint például a felesleg megosztása más tagokkal vagy a tágabb családi/baráti körrel. A cselekvés tervezése szempontjából sokat segíthet, ha az egész heti doboz tartalommal kapcsolatban megoszthatják egymással a tagok személyes tapasztalataikat. A megküzdés tervezésében segíthet, ha a közösségekben elérhetőek viselkedési minták, sablonok, pl. ki, hogyan veszi át akadályoztatás esetén a zöldségeket. Az időről időre ismételt tájékoztató alkalmak, a régebbi tagokkal való találkozások szintén segíthetnek fenntartani a részvételt: oldani a személyes felszültséget, növelni az elköteleződést, és ezáltal javítani a kooperációt a családban és a CSA

termelő-tag viszonyban egyaránt. Ez magába foglalhatja jó gyakorlatok megosztását és közösségi eseményeket egyaránt, amelyekre ma már láthatunk példákat néhány magyarországi CSA-ban is.^{5,48} Tekintettel arra, hogy egészségfejlesztési szempontból felértékelődik az egyéni döntések és azok támogatásának jelentősége, úgy véljük, kutatásunk értékes információkat szolgáltat ennek CSA-közegben megfogható taglalására.⁴⁹ E mellett a CSA-fogyasztás interpretálása a HAPA-modell tükrében a hazai CSA-közösségek szervezőinek is iránymutatásként szolgálhatnak a fennmaradás/bennmaradás ösztönzésére, a fluktuáció mérséklésére.

Korlátok

Feltáró kutatásunk során a CSA-tagsághoz szükséges társas támogatás megértésére törekedtünk, ugyanakkor nem vizsgáltuk azokat a meglévő partneri belső működést leíró szabályokat és szokásokat (párkapcsolati viszony jellemzői), melyek befolyásolhatják a társas támogatás formáit. Erre a későbbi kutatások folyamán érdemes kitérni.⁵⁰ Kutatásunk másik korlátja lehet a viszonylag kicsi minta, továbbá az, hogy az adatok gyűjtésekor elsősorban nem a társas támogatás feltérképezésére törekedtünk. Ugyanakkor úgy gondoljuk, a kvalitatív elemzés eredményei megalapozottak, és iránymutatást adhatnak további, kvantitatív szemléletű (pl. követéses) kutatásokhoz.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Köszönettel tartozunk anonim lektorainknak, akik megjegyzéseikkel számos ponton segítettek az anyag továbbfejlesztését.

Finanszírozási forrás: ezt a tanulmányt az Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Karának Pszichológiai Doktori Iskola által biztosított kutatási alapja támogatta.

HIVATKOZÁSOK

- ¹ Neulinger Á, Radó M. Családi életciklusok szerint eltérő fogyasztási minták elemzése. *Közgazdasági Szle.* 2015;LXII:415–437.
- ² Neulinger A, Simon J. Food consumption patterns and healthy eating across the household life cycle in Hungary: Food consumption patterns and healthy eating. *Int J Consum Stud.* 2011;35(5):538–44. doi: 10.1111/j.1470-6431.2011.01015.x
- ³ Opitz I, Specht K, Pierr A, et al. Effects of consumer-producer interactions in alternative food networks on consumers' learning about food and agriculture. *Morav Geogr Rep.* 2017;25(3):181–191. doi: 10.1515/mgr-2017-0016
- ⁴ Wharton CM, Hughner RS, MacMillan L, et al. Community Supported Agriculture Programs: A Novel Venue for Theory-Based Health Behavior Change Interventions. *Ecol Food Nutr.* 2015;54(3):280–301. doi: 10.1080/03670244.2014.1001980
- ⁵ Birtalan IL, Péntes M, Rác J, et al. Szülői fogyasztás – gyermeki tanulás. In: Fehérvári A, Széll K, Misley H (editors). *Kutatási sokszínűség, oktatási gyakorlat és együttműködések: Absztrakt kötet: XVIII Országos Neveléstudományi Konferencia.* ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Kar, MTA Pedagógiai Tudományos Bizottság, Budapest, 2018. pp 303.
- ⁶ Key Health and Wellness Trends for 2017. Euromonitor International, 2017. <https://blog.euromonitor.com/2017/02/key-health-wellness-trends-2017.html> (Elérve: 2019. 07. 01.)
- ⁷ Gagliardi N. Consumers Want Healthy Foods--And Will Pay More For Them. *Forbes*, 2015. <https://www.forbes.com/sites/nancygagliardi/2015/02/18/consumers-want-healthy-foods-and-will-pay-more-for-them/> (Elérve: 2019. 07. 01)
- ⁸ Tudatos Vásárló Piaci Jelentés 2014-2016. Budapest: Tudatos Vásárlók Egyesülete, Budapest, 2017. www.tudatosvasarlo.hu/piaci-jelentes (Elérve: 2019. 07. 01)
- ⁹ Hofer M. *Bioélelmiszerek Fogyasztásának Tendenciája Magyarországon [Doktori értekezés].* Széchenyi István Egyetem, Győr, 2009.
- ¹⁰ Jarosz L. The city in the country: Growing alternative food networks in Metropolitan areas. *J Rural Stud.* 2008;24(3):231–44. doi: 10.1016/j.jrurstud.2007.10.002
- ¹¹ Overview of Community Supported Agriculture in Europe. European CSA Research Group, 2015. <https://ur-genci.net/new-report-european-csa-overview-released-by-the-european-csa-research-group/> (Elérve: 2019. 07. 01.)
- ¹² Goodman D, Goodman MK. Alternative Food Networks. In: Kitchin R, Thrift N (editors). *International Encyclopedia of Human Geography.* Elsevier, Oxford, 2009. pp 208–220.
- ¹³ Low SA, Adalja A, Beaulieu E, et al. Trends in U.S. Local and Regional Food Systems: A Report to Congress. U.S. Department of Agriculture, Economic Research Service, 2015. Report No.: AP-068. <https://naldc.nal.usda.gov/download/60312/PDF> (Elérve: 2019. 07. 01.)
- ¹⁴ Működő közösségi gazdaságok, dobozrendszerek és bevásárlóközösségek. Tudatos Vásárlók Egyesülete, Budapest, 2019. <https://tudatosvasarlo.hu/cikk/mukodo-kozossegi-mezogazdasagi-csoportok-bevasarlokozossegek> (Elérve: 2019. 07. 01.)
- ¹⁵ Cohen JN, Gearhart S, Garland E. Community Supported Agriculture: A Commitment to a Healthier Diet. *J Hunger Environ Nutr.* 2012;7(1):20–37. doi: 10.1080/19320248.2012.651393
- ¹⁶ Allen JE, Rossi J, Woods TA, et al. Do Community Supported Agriculture programmes encourage change to food lifestyle behaviours and health outcomes? New evidence from shareholders. *Int J Agric Sustain.* 2017;15(1):70–82. doi: 10.1080/14735903.2016.1177866
- ¹⁷ MacMillan Uribe AL, Winham DM, Wharton CM. Community supported agriculture membership in Arizona. An exploratory study of food and sustainability behaviours. *Appetite.* 2012;59(2):431–436. doi: 10.1016/j.appet.2012.06.002
- ¹⁸ Rossi J, Woods T, Allen J. Impacts of a Community Supported Agriculture (CSA) Voucher Program on Food Lifestyle Behaviors: Evidence from an Employer-Sponsored Pilot Program. *Sustainability.* 2017;9(9):1543. doi: 10.3390/su9091543
- ¹⁹ Cone C, Myhre A. Community-supported agriculture: A sustainable alternative to industrial agriculture? *Hum Organ.* 2000;59(2):187–197. doi: 10.17730/humo.59.2.715203t206g2j153
- ²⁰ Hayden J, Buck D. Doing community supported agriculture: Tactile space, affect and effects of membership. *Geoforum.* 2012;43(2):332–341. doi: 10.1016/j.geoforum.2011.08.003
- ²¹ Vasquez A, Sherwood NE, Larson N, et al. Community-Supported Agriculture as a Dietary and Health Improvement Strategy: A Narrative Review. *J Acad Nutr Diet.* 2017;117(1):83–94. doi: 10.1016/j.jand.2016.09.029
- ²² Zepeda L, Reznickova A, Russell WS. CSA membership and psychological needs fulfillment: an application of self-determination theory. *Agric Hum Values.* 2013;30(4):605–14. doi: 10.1007/s10460-013-9432-z
- ²³ Goland C. Community supported agriculture, food consumption patterns, and member commitment. *Cult Agric Food Environ.* 2002;24(1):14–25. doi: 10.1525/cag.2002.24.1.14

- ²⁴ Lang KB. Expanding Our Understanding of Community Supported Agriculture (CSA): An Examination of Member Satisfaction. *J Sustain Agric.* 2005;26(2):61–79. doi: 10.1300/J064v26n02_06
- ²⁵ Tegtmeier EM, Duffy M. Community supported agriculture (CSA) in the Midwest United States: A regional characterization. *Iowa Stat University, Leopold Cent Pubs Pap.*, 2005. pp 1-23. http://lib.dr.iastate.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1151&context=leopold_pubs_papers (Elérve: 2019. 07.01.)
- ²⁶ Russell WS, Zepeda L. The adaptive consumer: shifting attitudes, behavior change and CSA membership renewal. *Renew Agric Food Syst.* 2008;23(02):136–48. doi: 10.1017/S1742170507001962
- ²⁷ Cooley JP, Lass DA. Consumer Benefits from Community Supported Agriculture Membership. *Rev Agric Econ.* 1998;20(1):227-237. doi: 10.2307/1349547
- ²⁸ Pole A, Gray M. Farming alone? What’s up with the “C” in community supported agriculture. *Agric Hum Values.* 2013;30(1):85–100. doi: 10.1007/s10460-012-9391-9
- ²⁹ Schnell SM. Food with a Farmer’s Face: Community-Supported Agriculture in the United States. *Geogr Rev.* 2007;97(4):550–564. doi: 10.1111/j.1931-0846.2007.tb00412.x
- ³⁰ Zepeda L, Li J. Who buys local food? *J Food Distrib Res.* 2006;37(3):1–11. doi: 10.22004/ag.econ.7064
- ³¹ Kane DJ, Lohr L. Maximizing shareholder retention in Southern CSAs. *Organic Farming Research Foundation, Portland,* 1997. <https://ofrf.org/research/grants/outcome-maximizing-shareholder-retention-southern-csas> (Elérve: 2019. 07. 01.)
- ³² Lang KB. The Changing Face of Community-Supported Agriculture. *Cult Agric.* 2010;32(1):17–26. doi: 10.1111/j.1556-486X.2010.01032.x
- ³³ White MJ, Pitts SBJ, McGuirt JT, et al. The perceived influence of cost-offset community-supported agriculture on food access among low-income families. *Public Health Nutr.* 2018;21(15):2866–2874. doi:10.1017/S1368980018001751
- ³⁴ Strohlic R, Crispin S. Community Supported Agriculture in California, Oregon and Washington: Challenges and Opportunities. *California Institute for Rural Studies, Davis,* 2004. <http://www.cirsinc.org/publications/category/9-food-systems?download=10:community-supported-agriculture-in-california-oregon-and-washington-challenges-and-opportunities-> (Elérve: 2019. 07. 01.)
- ³⁵ Teleki S, Tiringier I. Az egészségmagatartás változásának szociális-kognitív folyamatmodellje (HAPA-modell). *Mentálhig És Pszichoszomatika.* 2017;18(1):1–29. doi: 10.1556/0406.18.2017.001
- ³⁶ Schwarzer R. Health Self-Regulation, Motivational and Volitional Aspects of. In: J. D. Wright (editor). *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences.* Elsevier, 2015; pp. 710–715. doi: 10.1016/B978-0-08-097086-8.26031-5
- ³⁷ Bandura A. Health promotion by social cognitive means. *Health Educ Behav.* 2004;31(2):143–164. doi: 10.1177/1090198104263660
- ³⁸ Sutton J, Austin Z. Qualitative Research: Data Collection, Analysis, and Management. *Can J Hosp Pharm.* 2015;68(3):226–231. doi:10.4212/cjhp.v68i3.1456
- ³⁹ Terry G, Hayfield N, Clarke V, et al. Thematic analysis. In: Willig C, Rogers WS (editors). *The SAGE Handbook of Qualitative Research in Psychology.* SAGE Publications, London, 2017. pp 17–36.
- ⁴⁰ Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006;3(2):77–101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- ⁴¹ Just DR, Heiman A, Zilberman D. The interaction of religion and family members’ influence on food decisions. *Food Qual Prefer.* 2007;18(5):786–794. doi: 10.1016/j.foodqual.2007.01.008
- ⁴² Poelman AAM, Delahunty CM, de Graaf C. Vegetable preparation practices for 5–6 years old Australian children as reported by their parents; relationships with liking and consumption. *Food Qual Prefer.* 2015;42:20–26. doi: 10.1016/j.foodqual.2015.01.005
- ⁴³ Cong LC, Olsen SO, Tuu HH. The roles of ambivalence, preference conflict and family identity: A study of food choice among Vietnamese consumers. *Food Qual Prefer.* 2013;28(1):92–100. doi: 10.1016/j.foodqual.2012.08.015
- ⁴⁴ Benkő Z, Tarkó K, Erdei K, et al. Hagymány és modernitás a “Visegrádi négyek” családjainak életmódjában; Táplálkozási szokások. In: Tóth S (editor). *Tudományos és művészeti műhelymunkák.* SZTE JGYPK, Garmond 2000 Kft, Szeged, 2009; pp. 410–414.
- ⁴⁵ Feagan R, Henderson A. Devon Acres CSA: local struggles in a global food system. *Agric Hum Values.* 2009;26(3):203–217. doi: 10.1007/s10460-008-9154-9
- ⁴⁶ Cox R, Holloway L, Venn L, et al. Common ground? Motivations for participation in a community-supported agriculture scheme. *Local Environ.* 2008;13(3):203–218. doi: 10.1080/13549830701669153
- ⁴⁷ Shi Y, Cheng C, Lei P, et al. Safe food, green food, good food: Chinese Community Supported Agriculture and the rising middle class. *Int J Agric Sustain.* 2011;9(4):551–558. doi: 10.1080/14735903.2011.619327
- ⁴⁸ Kis B. Community-supported agriculture from the perspective of health and leisure. *Ann Leis Res.* 2014;17(3):281–295. doi: 10.1080/11745398.2014.941885

⁴⁹ Lippai L. A fizikális aktivitást elősegítő szokások kialakításának transzteoretikus megközelítése. In: Lippai L (editor). Testmozgásfókuszú egészségnevelést megvalósító kortárs csoportok kialakításának módszertani ismeretei. Szegedi Tudományegyetem, Szeged, 2018. pp. 42–50.

⁵⁰ Birtalan IL, Rácz J, Bárdos Gy. The Practice of Eating Together. In: 10th Conference of the European Family Therapy Association Visible and Invisible: Bordering Change in Systemic Family Therapy. European Family Therapy Association (EFTA), Napoles, 2019. pp 91.

Cikkismertetés: Vége a globális orális egészség mellőzésének: itt az ideje a radikális intézkedéseknek

Article review: Ending the neglect of global oral health: time for radical action

Ismertető: Bencze Zsuzsa ✉, Varga Orsolya
Debreceni Egyetem, Népegészségügyi Kar, Megelőző Orvostani Intézet, Debrecen

Ismertetett cikk: Watt RG, Daly B, Allison P, Macpherson LMD, Venturelli R, Listl S, Weyant RJ, Mathur MR, Guarnizo-Herreño CC, Celeste RK, Peres MA, Kearns C, Benzian H. Ending the neglect of global oral health: time for radical action. *Lancet*. 2019 Jul 20;394(10194):261-272. doi: [10.1016/S0140-6736\(19\)31133-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31133-X).

Beküldve: 2019. 11. 15.
doi: 10.24365/ef.v60i5.538

Kulcsszavak: kariesz prevenció; egyenlőtlenségek; cukorfogyasztás; népegészségügyi politikák; egészségfejlesztés

Keywords: caries prevention; inequalities; sugar consumption; public health policies; health promotion

BEVEZETÉS

A szájüregi megbetegedések rendkívül súlyos népegészségügyi problémát jelentenek: világszerte több, mint 3,5 milliárd ember érintett; a kezeletlen fogszuvasodás (káriesz) a leggyakoribb megbetegedés. A jelenlegi fogászati megközelítéssel nem sikerült megoldani ezt a problémát. Az ismertetett közlemény a kialakult helyzet okait és megoldási javaslatait fejti ki.

A kariesz népegészségügyi jelentőségét tárgyalva érdemes különválasztani a magas, közepes és az alacsony jövedelmű országokat. A magas jövedelmű országokban (high-income countries, HICs) a kariesz előfordulása ugyan már csökkent a gyermekpopulációban, de a betegség progresszív és kumulatív jellege miatt felnőttkorban továbbra is komoly probléma maradt a fejlett fogászati ellátórendszer ellenére. A társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek az orális egészségben különösen megmutatkoznak, a HIC országok szegény és kiszolgáltatott csoportjai különösen érintettek a szájüregi megbetegedésekben. Számos közepes jövedelmű országban (middle-

income countries, MICs) a szájbetegségek terhei jelentősek, de a fogászati ellátórendszerek gyakran elmaradottak és megfizethetetlenek a legtöbb ember számára. Az alacsony jövedelmű országokban (low-income countries, LICs) az általános betegségteher továbbra is viszonylag alacsony, de növekvő kariesz prevalencia jellemző. Az orális egészségbe történő beruházás lehetősége nagyon korlátozott, a fogászati ellátás elérhetetlen és megfizethetetlen "luxusa" a gazdagok számára van fenntartva.

JELLENLEGI GYAKORLATOK

Fogászati válsághelyzetre hívják fel a figyelmet a szerzők, melynek megoldása teljes reformot követel globális szinten. A válsághoz vezető problémákat a következő okokra vezetik vissza: (1) Intervenciós, kezelés-orientált (treatment-focused) szemlélet. (2) Képzési rendszer és munkaerőkínálat sajátosságai: a fogászati képzés évtizedek óta változatlan, betegség-orientált és nem egészségcentrikus.

A sokféle specializáció (az Egyesült Királyságban pl. 13 féle) növeli a fogászati szolgáltatások árát. A magániskolák száma nő – főleg a magas és alacsony jövedelmű országokban (high-income and middle-income countries, HMICs) –, ennek hatására a fogászati szakemberek száma is emelkedik, de nagyrészt városokban praktizálnak. (3) A fogászati szakemberekből álló team kevésbé gyakori: főleg izoláltan, egyedül dolgozó fogorvosok jellemzőek. (4) A fogászati ellátás csekély mértékben igazodik a populáció igényeihez, mind az ajánlott kezelések típusában és elérhetőségében (főként városi lokalizációjú rendelők, alapellátás alacsony lefedettsége). (5) A preventív beavatkozások bizonyítottan hatékonyak, de nem elegendőek: a fokozott cukorfogyasztás mellett a fogszuvasodás kialakul.

JAVASLATOK

1. Szájüregi egészség felügyeleti rendszerének fejlesztése: globálisan standardizált és összehasonlítható rendszerekre van szükség, megfelelő indikátorok használatával.
2. Fogászati ellátási rendszerek reformja: a fogászati és az általános egészségügyi ellátások integrációjára lenne szükség, valamint széleskörű tudással rendelkező szakemberek csapatmunkájára (team) a különböző populációs igények hatékonyabb kielégítése érdekében.
3. Oktatás: fogorvos-centrikus modell helyett szakemberek csapatára (team) van szükség és vegyes készségek (skill mix) oktatására a képzés során – jelenleg főleg az alacsony és közepes jövedelmű országok (low-income and middle-income countries, LMICs) jellemzője.
4. Egyenlőtlenségek: fogászati ellátások elérhetőségének javítása, politikák módosításával.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A fogászati válsághelyzet megoldására a jelenlegi prevenciók politikák reformja szükséges Magyarországon is. A betegség-orientált szemlélet helyett “upstream” megközelítéssel, populációs szinten kellene kezelni a problémát (pl. cukrozott ételek-italok szigorúbb adóztatása, gyermekeknek szánt cukrozott termékek reklámozásának jelentős korlátozása). Tekintettel a kariesz okozta betegségteher mértékére, a kutatások finanszírozásának növelése igen fontos lenne, minőségbiztosítási és monitoring rendszer használatával pedig az intézkedések implementációjának hatékonyságát mérhetjük.

5. “Upstream” politikai szemlélet: egyéni megközelítés helyett populációt érintő változások – pl. cukros üdítők adóztatása, gyermekeknek célzó cukros ételek, italok reklámozásának szabályozása.

6. Szájbetegségek kereskedelmi tényezőinek szigorúbb szabályozása (pl. szakmai és döntéshozó szervezeteknek a cukoriparból származó szponzorációt nem szabadna elfogadnia).

7. Kutatás támogatása: a népesség szájegészségi szükségleteit célzó kutatások finanszírozására lenne szükség.

8. Globális, többszintű intézkedések, hogy az orális egészség problémájának jelentőségére felhívjuk a figyelmet.

Tekintettel a fogászat jelenlegi gyakorlatára, a reform megvalósításához öt kulcsfontosságú területen kell végrehajtani változtatásokat:

(1) alapvető, univerzális orális egészségügyi szolgáltatások nyújtása, amelyek lefedik a lakosság leggyakoribb igényeit;

(2) innovatív munkaerőmodellek és képzési rendszerek az orális egészséggel foglalkozók számára, fogászati ellátásban dolgozóknak vegyes készségek (skill mix) elsajátítása a közösségi igények hatékony kielégítése érdekében;

(3) olyan egészségügyi rendszer irányítás szükséges, amely a rugalmas, betegközpontú támogatást biztosítja a megfelelő minőséggel párosítva;

(4) integrált ellenőrző, monitoring és kivitelezési kutatások a megfelelő eredmények biztosítása érdekében; és

(5) a rövid távú eredményeket hozó, beavatkozást pártoló politikák helyére a lakosság egészét érintő (upstream), radikális, preventív, védő politikák kerüljenek. Ilyen jellegű, egyszerű, költséghatékony intézkedések csak izoláltan léteznek, mint például a hozzáadott cukrot célzó nemzeti politikák.

Cikkismertetés: Vajon a regionális megelőző programok hatással lehetnek az ország teljes lakosságának állapotára?

Article review: The regional prevention programs may affect the status of the entire population in the country?

Ismertető: Devosa Iván ✉
Neumann János Egyetem, Pedagógusképző Kar, Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Kutatócsoport

Ismertetett cikk: Sebastián MS, Mosquera PA, et al. Do cardiovascular disease prevention programs in northern Sweden impact on population health? An interrupted time series analysis. BMC Public Health. 2019;19:202 [doi: 10.1186/s12889-019-6514-x](https://doi.org/10.1186/s12889-019-6514-x)

Beküldve: 2019. 05. 21.
doi: 10.24365/ef. v60i5.472

Kulcsszavak: ischaemiás szívbetegség; morbiditás; mortalitás; megszakított idősoros elemzés; beavatkozás; Észak-Svédország

Keywords: ischemic heart disease; morbidity; mortality; interrupted time series analysis; intervention; Northern Sweden

HÁTTÉR

Jóllehet a szív- és érrendszeri betegségek (cardiovascular disease, CVD) továbbra is a halálozás és a betegségek fő okai közé tartoznak Svédországban, számukban az elmúlt két évtizedben jelentős csökkenést figyeltek meg. Példaként említhető a szívkoszorúér-betegség halálozási aránya 1987 és 2009 között 67,4%-kal csökkent a férfiaknál, illetve 65,1%-kal a 35-84 éves nők körében. Ezt az ígéretes javulást a populáció egészségében valószínűleg a jobb kockázati tényezők kombinációja magyarázza. Ilyen faktorok például a szérumkoleszterin-szint csökkenése, a dohányzás csökkenő mértéke, a vérnyomás folyamatos monitorozása, valamint az orvosi beavatkozások hatékonyságának növekedése, beleértve az akut szívinfarktus jobb kezelését és a másodlagos megelőzést.

Ha a közösségi alapú CVD-megelőzési programok a lakosság egészét célozzák, még a szerény mértékű kockázati tényező-csökkentés és életmódváltás is jelentős népegészségügyi hatással járhat. Az ilyen

programok hosszú időre visszanyúló hagyományokkal rendelkeznek a magas jövedelmű országokban, melyek az 1970-es évektől kezdődően a különböző népcsoportok kockázatcsökkentő életmódváltásainak elősegítését meg is valósították. A felülvizsgálat azonban rámutatott arra, hogy míg a CVD-k megelőzésére irányuló közösségi programok kedvező változásokat érnek el a teljes CVD kockázati tényezők visszaszorításában, ez nem feltétlenül tükröződik a csökkent halálozásban. Ez érvényes Svédországban is, ahol a legészakibb megyék (összefoglaló néven: Norrland) hagyományosan az ország legmagasabb halálozási arányával bírnak. Erre reagálva a Västerbotten megyei tanács az 1980-as évek közepén intervenciós programot indított, amely a szívbetegségből (ischemic heart disease, IHD) és a cukorbetegségből eredő megbetegedések és halálozások számának csökkentésére irányult. Ezt a Västerbotten Intervenciós Programot (VIP) egy kis településen próbálták ki 1985-ben, s az évek során fokozatosan bővítették, míg végül 1993-ban Västerbotten teljes területét lefedte.

A VIP lakossági alapú stratégiát ötvözték az egyéni stratégiával, amelynek az volt a célja, hogy az összes középkorú személy vegyen részt szűrésen és egészségügyi tanácsadáson.

Egyelőre azonban egyetlen tanulmányban sem jelent meg olyan értékelés, melyből megtudhatjuk, hogy Västerbotten egészében javult-e ténylegesen a népesség egészségi állapota a VIP hatására.

MÓDSZER

Észak-Svédország a svéd földterület 60%-át foglalja el, de az ország lakosságának mindössze 12%-a él itt. A 44 település 80%-a falu. A régió történelme során végig a bányászattól, acél- és erdőgazdálkodási iparágaktól függött, emellett magas a szív- és érrendszeri betegségek előfordulási gyakorisága. Az északi régió négy megyét foglal magába: Norrbotten, Västerbotten, Västernorrland és Jämtland. A tanulmány ökológiailag szabályozott, megszakított idősoros tervezést (interrupted time series analysis, ITS) használt, amely intervenció előtti időszakot (1987–1993) és intervenció utáni időszakot (1994–2013) határoz meg, melyben az ischaemiás szívbetegségekkel eredő megbetegedések és halálozások számát vizsgálták. Az ITS kvázi-kísérleti kutatási tervnek is tekinthető, amely különösen alkalmas az egyértelműen meghatározott időben a népesség szintjén bevezetett közegészségügyi beavatkozások értékelésére.

EREDMÉNYEK

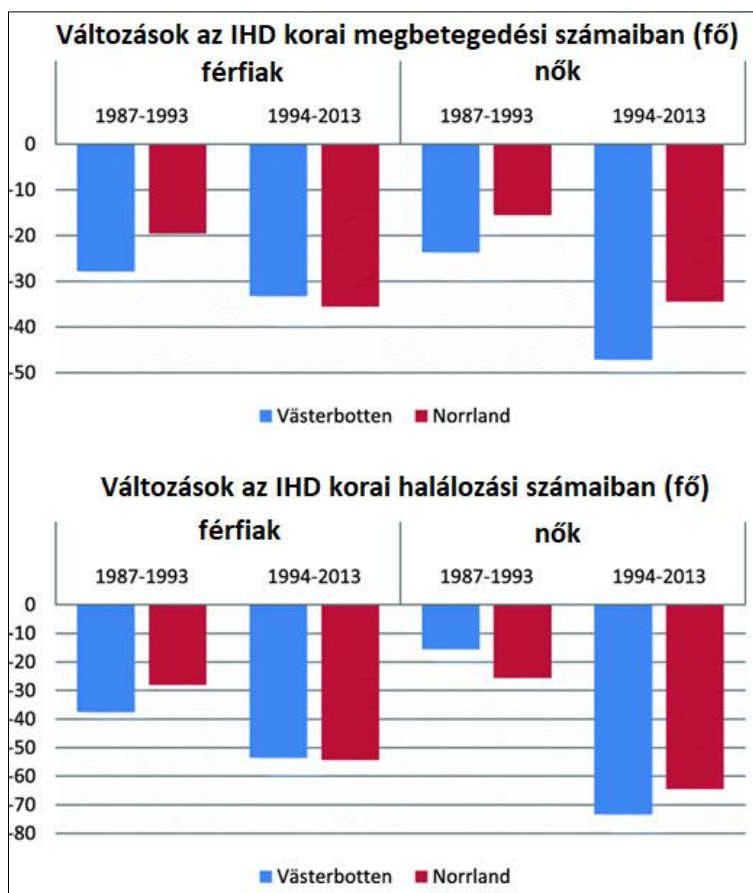
Mind az intervenció (Västerbotten), mind a kontroll (Norrbotten, Västernorrland és Jämtland) megyékben a szívbetegségekkel eredő megbetegedések száma jelentősen csökkent a vizsgált időszakban. 1987 és 1993 között az intervenció előtti időszakban a férfiaknál (-27,8% vs. -19,5%) és a nőkben (-23,6% vs. -15,9%) szignifikánsan csökkent a szívbetegségekkel eredő megbetegedések száma az intervenció megyében. Az intervenció utáni időszakban 1994 és 2013 között a szívbetegségekkel eredő megbetegedések számának csökkenése nagyobb volt az intervenció megyében

a nőknél (-47,1% vs. -34,4%), mint a férfiaknál (-33,2% vs. -35,5%) (1. ábra). Ugyancsak az első ábrán látható, hogy a 27 éves tanulmányi időszakban még nagyobb relatív csökkenést tapasztaltak az IHD-halálozás során, a szívbetegségekkel eredő megbetegedések számának csökkenésével összehasonlítva. Az intervenció előtti időszakban 1987-től 1993-ig magasabb volt a halálozások számának csökkenése, mint a kontroll megyékben a férfiak körében (-37,5% vs. -28,0%), míg a nők körében éppen ellentétes eredmény mutatkozott (-15,5% vs. -25,6%). Az intervenció utáni időszakban 1994 és 2013 között a férfiak halálozásának mértéke hasonló mértékű volt az intervenció és kontroll megyékben (-53,5% vs. -54,3), ámde az intervenció megyében nagyobb arányban csökkent a nők (-73,4% vs. -64,5%) halálozási száma (1. ábra).

KÖVETKEZTETÉSEK

A korai ischaemiás szívbetegségekkel eredő megbetegedések és halálozások általános csökkenését észlelték mind az intervenció Västerbotten megyében, mind az észak-svédországi szomszédos kontroll megyékben. A tanulmányt készítő kutatók nem találtak bizonyítékot Västerbotten megyében arra, hogy a lezajlott Västerbotten Intervention Program után szignifikánsabban jobbak lettek volna az eredmények a szomszédos megyékkel összehasonlítva. Az eredmények feltárják azt a paradoxont, hogy az egyénorientált stratégiákon alapuló, nagyszabású megelőző programok ugyan potenciálisan hatékonyak a résztvevők számára, viszont nem feltétlenül javítják a teljes lakosság egészségi mutatóit. A komplex szív- és érrendszeri betegségek megelőzését célzó egészségügyi programok, mint például a VIP is, ezért csak folyamatos ellenőrzés mellett valósulhat meg, hogy nyomon követhessék a beavatkozás eredményeit. Amennyiben a program céljai között szerepel a teljes népesség egészségének javítása, az értékelési paraméterek között szerepelnie kell a teljes népesség egészségi állapotára vonatkozó eredményeknek, különös figyelemmel a nem-egészségügyi jellemzőkre, az intervenció előtti egészségügyi kockázatokra és az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférésre.

1. ábra: Korai megbetegedések és korai halálozás ischaemiás szívbetegségben, nemek szerinti bontásban 1987-1993 és 1994-2013 között



Forrás:

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A VIP számos tanulsággal bír a hazai intervenciókat tervező szakembereink számára is, hiszen a népegészségügyi programok célja elsődlegesen a közösség – ezen belül természetesen az egyén – egészségi állapotának javítása. A svéd VIP korlátozott sikere nem az anyagi, időbeli korlátozó tényezőkön múlt, hanem azon, hogy nem vette kellően figyelembe a célcsoport igényeit és szokásait, így a csoport tagjainál sem tudott komoly eredményeket elérni, illetve a helyi kockázati tényezőket és elérhető egészségügyi erőforrásokra sem volt tekintettel. Ez is alátámasztja, hogy a népegészségügyi programok pontos és jól megalapozott megtervezése legalább annyira fontos a hatékonyság szempontjából, mint a precíz kivitelezés.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Köszönettel tartozunk a publikálás támogatásáért, amely az EFOP-3.6.1-16-2016-00006 „A kutatási potenciál fejlesztése és bővítése a Neumann János Egyetemen” pályázat keretében valósult meg. A projekt a Magyar Állam és az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával, a Széchenyi 2020 program keretében valósul meg.

Cikkismertetés: Magas részvételi hajlandóság, magas halálozási arány?

Article review: Higher willingness of participation, higher mortality

Ismertető: Devosa Iván ✉
Neumann János Egyetem, Pedagógusképző Kar, Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Kutatócsoport

Ismertetett cikk: Bender AM, Jørgensen T, Pisinger C. Higher mortality in women living in high-participation areas of a population-based health check and lifestyle intervention study. *Int. J. Public Health.*, 2019;64(1):107-114. doi: 10.1007/s00038-018-1179-2.

Beküldve: 2019. 05. 28.
doi: 10.24365/ef.v60i5.476

Kulcsszavak: daganat; egészségellenőrzés; életmódbeli beavatkozás; halálozás; részvételi arány

Keywords: cancer; health check; lifestyle intervention; mortality; participation rate

HÁTTÉR

A kutatás eredeti célja a népességalapú egészségügyi vizsgálatok, illetve az életmódbeli beavatkozással járó kutatások hatékonysági mutatóinak összehasonlítása volt a részvételi arány alapján. A dán „Inter99” randomizált vizsgálatban megkérdezett személyek alacsony, közepes és magas részvételi hajlandóságú csoportjaiban a betegség-specifikus halálozások eltérését vetették össze a férfiak és nők között. Végső soron a célkitűzés annak elemzése volt, hogy a magasabb halálozási kockázatra vonatkozó korábbi eredményeket magyarázza-e a kutatás során alkalmazott életmódbeli intervenció káros hatása, vagy az pusztán a véletlen műve.

MÓDSZER

A dániai Koppenhága megye 73 járásában élő valamennyi személyt bevonták az „Inter99” randomizált vizsgálatba 1999-ben ($n = 11483$; kontrollcsoport $n = 47122$). Az intervenció csoportba tartozó, iszkémiás szívbetegekre magas kockázati

besorolású egyének csoportja egészségügyi ellenőrző vizsgálaton és életvezetési tanácsadáson vett részt. Ezután a területeket felosztották az egészségügyi ellenőrzéseken mutatott részvételi hajlandóság szerint alacsony (35–49%-os), közepes (50–54%-os) és magas ($\geq 55\%$ -os) kategóriákba. 10 éven keresztül rögzítették a kutatók minden személynél az elhalálozás okait.

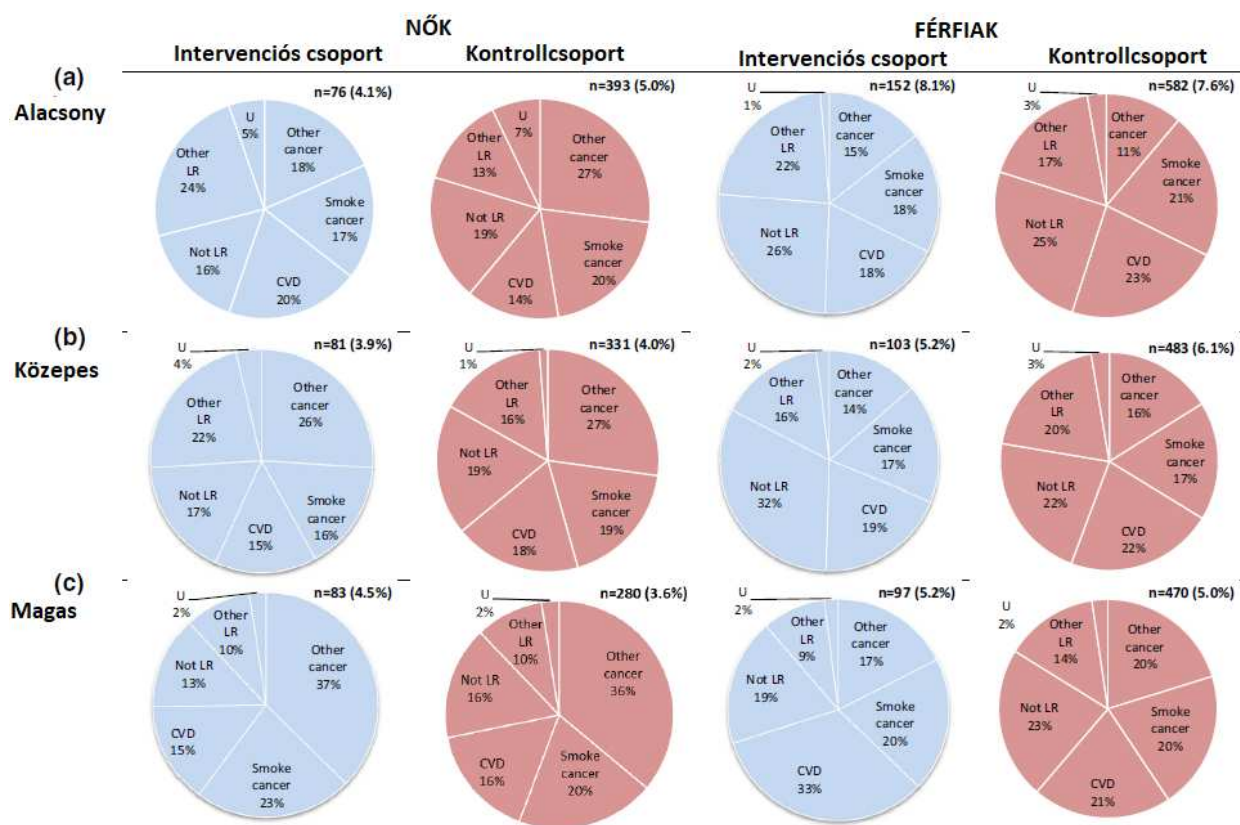
EREDMÉNYEK

A magas részvételi aránnyal bíró területeken jelentősen magasabb volt az életmódhoz köthető halálozás kockázata, illetve a daganatos megbetegedésekhez kapcsolódó halálozások száma az intervenció csoportban élő nők körében, mint a kontrollcsoportnál. A dohányzással összefüggésbe hozható daganatos megbetegedésekhez kapcsolódó halálozásoknál a különbségek még hangsúlyosabbak voltak. A férfiak között nem tapasztaltak a kutatók szignifikáns eltéréseket a hajlandóságban a kontroll- és az intervenció csoportok között.

Ez felvetette azt a kérdést, hogy miért volt magasabb a halálozás az intervenció csoportban lévő nők körében a magas részvételi aránnyal bíró területeken? A halálesetek kockázatának összehasonlítása bizonyos szemszögből megvilágítja a betegségek etiológiáját, és bizonyítékkal szolgál a részvétel és a halálozás közötti kapcsolatra. Az elemzések azt mutatják, hogy a magas részvételi hajlandóságú területeken élő férfiak és nők általában idősebbek, dán származásúak voltak, és jobb társadalmi-gazdasági helyzettel rendelkeztek,

illetve kisebb arányban szenvedtek súlyos betegségben. A kiegészítő elemzések alapján látható, hogy a társadalmi-gazdasági helyzetben nincs jelentős különbség az intervenció és kontrollcsoportok tagjai között a magas részvételi hajlandóságú területeken. Hasonlóképpen nem volt nagy eltérés az alacsony és közepes részvételi hajlandóságú területeken sem. A 10 éves követési időszak alatt 592 (5,2%) személy halt meg az intervenció csoportban és 2539 (5,4%) a kontrollcsoportban. [1. ábra]

1. ábra: Halálozási okok megoszlása az alacsony (a), közepes (b) és magas (c) részvételi hajlandóságú területeken élő férfiak és nők között.



Forrás: Az eredeti ábra magyar szöveggel

Jelmagyarázat: n=elhalálozott személyek száma és százaléka, Other LR= other lifestyle related – egyéb, életmóddal kapcsolatos megbetegedés, Not LR= not lifestyle related - nem életmóddal kapcsolatos megbetegedés U=unknown – ismeretlen, other cancer = Egyéb daganatos megbetegedés, Smoke cancer = dohányzással kapcsolatos daganatos megbetegedés, CVD = cardiovascular disease – kardiovaszkuláris megbetegedés.

KÖVETKEZTETÉSEK

A fentiek alapján a kutatók úgy vélik, megalapozott okunk van azt hinni, hogy a magasabb halálozási kockázatra vonatkozó eredményeket megmagyarázza az intervenció, azaz életmódbeli beavatkozás negatív hatása. Nincs egyértelmű magyarázat, de három feltételezésük van:

1. A dohányzás mértéke eleve alacsony a magas részvételi hajlandóságú területeken. Azok, akik továbbra is a dohányoznak annak ellenére, hogy olyan környéken laknak, ahol a dohányzásellenesség a norma, valószínűleg nagyon dohányzásfüggők. Amikor a kutatók felhívják a figyelmüket, mennyire fontos a dohányzás abbahagyása, rádöbbenek, hogy erre képtelenek: ez stressz forrása lesz az életükben.
2. Ezzel magyarázható a dohányzás intenzitásának növekedése is. Másrészt a kutatók rámutatnak arra is, hogy a nagyobb megbélyegzés miatt a

dohányzók jelentősebb erőfeszítéseket tettek a leszokás irányába, és csökkentették a napi cigarettamennyiségüket.

3. A magas részvételi hajlandóságú területeken a részvétel oka jellemzően egészségtudatos gondolkodásból fakad. A tanulmány szerzői feltételezik, hogy a női dohányosok nem képesek leszokni olyan könnyen a dohányzásról, mint a férfiak, hanem különböző táplálékkiegészítőket vásárolnak. Ez a kutatók szerint nagyon rossz döntés, ugyanis a közhiedelemmel ellentétben, a béta-karotin nem védi meg a dohányosokat a rákbetegségektől, hanem fokozza a dohányzással kapcsolatos daganatos megbetegedések kialakulásának kockázatát¹.
4. Pszichológiai oldalról a tanulmány készítői feltételezik, hogy a kutatás közbeni tudőfunkcióvizsgálatok negatív eredményei csökkentik a női dohányosok hajlandóságát a dohányzás abbahagyására a hamis biztonságérzet miatt.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A tanulmány az intervencióval járó kutatások tervezői számára rendkívüli fontossággal bír. Jóllehet maguk a szerzők fogalmazták meg, hogy következtetéseik inkább feltételezések, az „Inter99” randomizált vizsgálat eredményei megkérdőjelezhetetlenek. Az a paradoxon, hogy az egészségtudatosabb és magas részvételi hajlandóságú területeken élő nők között miért volt magasabb a halálozási arány, még további kutatásokat igényel. Az viszont már biztosan kijelenthető, hogy feltétlenül oda kell figyelni a kutatás folyamata során, hogy a résztvevőket a legkevesebb stressz érje, minél megbízhatóbb forrásból szerezzék be ismereteiket, és folyamatos legyen a kapcsolat a vizsgálói csapattal, hogy a résztvevők a részeredményeket ne értelmezzék félre.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Köszönettel tartozunk a publikálás támogatásáért, amely az EFOP-3.6.1-16-2016-00006 „A kutatási potenciál fejlesztése és bővítése a Neumann János Egyetemen” pályázat keretében valósult meg. A projekt a Magyar Állam és az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával, a Széchenyi 2020 program keretében valósul meg.

¹ Alpha-Tocopherol, Beta Carotene Cancer Prevention Study Group. The effect of vitamin E and beta carotene on the incidence of lung cancer and other cancers in male smokers. N Engl J Med. 1994;330:1029–1035.

Cikkismertetés: Az önbizalom és a nem hatása a stresszreakciókra

Article review: Impact of self-esteem and sex on stress reactions

Ismertető: Varga Szabolcs ✉
Debreceni Egyetem Népegészségügyi Kar, Megelőző Orvostani Intézet

Ismertetett cikk: Kogler L, Seidel EM, Metzler H, Thaler H, Boubela RN, Pruessner JC, Kryspin-Exner I, Gur RC, Windischberger C, Moser E, Habel U, Derntl B. Impact of self-esteem and sex on stress reactions. *Sci Rep.* 2017;7(1):17210. doi: [10.1038/s41598-017-17485-w](https://doi.org/10.1038/s41598-017-17485-w)

Beküldve: 2019. 05. 24.
doi: 10.24365/ef.v60i5.471

Kulcsszavak: stresszreakciók; dohányzás; alkoholfogyasztás; nem; önbizalom

Keywords: stress reactions; smoking; drinking; sex; self-esteem

A pozitív önértékelés és énkép az egyik fő pszichológiai tényező, mely befolyásolja az egyén stresszkezelési magatartását. A témával foglalkozó kutatások már felhívták a figyelmet a nemi különbségekre mind az önértékelésben, mind a stresszkezelésben, azonban a két változó egyidejű hatását még nem vizsgálták.

Egy nemzetközi munkacsoport az önértékelés és a stresszkezelés kapcsolatát, valamint annak nemi különbségeit vizsgálták hormonális, viselkedési és idegi szinten egyaránt. A kutatók 80 egészséges résztvevőt vontak be a mintába, akik funkcionális mágnesesrezonancia-vizsgálat (fMRI) alatt kapott, stresszt kiváltó feladatokat végeztek el.

A férfiaknál stresszhatás közben a nőkhöz képest nagyobb aktivitást mértek az agy bizonyos területein: hippocampus, STG és insula. A férfiak teljesítménye a nőekkel összevetve jobb volt stresszhatás alatt, és az átlagos kortizol- és tesztoszteron-

szintjük is magasabb volt a stresszhatás utáni szakaszban. A férfiak a nőkhöz képest erősebben vesznek igénybe olyan agyi területeket, amelyek az érzelmeket, a stresszkezelést, az önértékelést és a tudatos reakciókat szabályozzák.

A megfigyelt változások igazolták, hogy az önbizalom hatással van a stresszkezelés folyamatára, és ez a hatás nemektől független. Az alacsonyabb önbizalommal rendelkező résztvevők esetében azon agyi területek mutattak nagyobb aktivitást, melyek az érzelmi és stressz-szabályozásért és a kognitív kontrollért felelősek.

A kutatók másik következtetése az volt, hogy a férfiak a nőknél több erőforrást mozgósítanak a stresszel járó feladatok teljesítéséhez. Az alacsony önbizalom mindkét nem esetében növelte az érzelmeik és a stressz feldolgozására, tudatos legyőzésére fordított erőfeszítéseket.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A dohányzás és az alkoholfogyasztás egyik fő motivációs tényezője a stresszhatásokkal való megküzdés. Sokan használják ezen káros szenvedélyek hatásait arra, hogy stresszhelyzetek után megnyugodjanak, belső feszültségüket csökkentsék.¹

Az ismertetett kutatás rávilágít arra, hogy az alacsony önbizalommal rendelkező egyének nagyobb erőfeszítést tesznek a stresszhelyzetek belső szabályozására, hajlamosabbak a stressz elfojtására, így körükben nagyobb teret kaphatnak a káros szenvedélyek, mint más lehetséges megküzdési mechanizmusok. A kutatás konklúziója megfelel és egyik magyarázatául is szolgál azoknak a nemzetközi eredményeknek, melyek az alacsony önértékelés és a káros szenvedélyek kapcsolatát mutatták ki.^{2,3,4}

TÁMOGATÁS

A közlemény a Tempus Közalapítvány támogatásával készült.

RÖVIDÍTÉSEK

STG - Superior temporal gyrus

¹ Piko BF, Varga S, Wills TA. A Study of Motives for Tobacco and Alcohol Use Among High School Students in Hungary. *J Community Health*. 2015;40(4):744-9. <https://doi.org/10.1007/s10900-015-9993-4>

² Tareman F, Yaghubi H, Pairavi H, Hosseini SR, Zafar M, Moloodi R. Risk and protective factors for substance use among Iranian university students: a national study. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2018;13(1):46. <https://doi.org/10.1186/s13011-018-0181-2>

³ Anbarlouei M, Sarbakhsh P, Dadashzadeh H, Ghiasi A, Ataieasl M, Dorosti A, Mohammadpoorasl A. Cigarette and hookah smoking and their relationship with self-esteem and communication skills among high school students. *Health Promot Perspect*. 2018;8(3):230-236. <https://doi.org/10.15171/hpp.2018.31>

⁴ Khosravi A, Mohammadpoorasl A, Holakouie-Naieni K, Mahmoodi M, Pouyan AA, Mansournia MA. Causal Effect of Self-esteem on Cigarette Smoking Stages in Adolescents: Coarsened Exact Matching in a Longitudinal Study. *Osong Public Health Res Perspect*. 2016 Dec;7(6):341-345. <https://doi.org/10.1016/j.phrp.2016.10.003>

Cikkismertetés: Hatékony eszköz-e a pénzvisszatérítés egészséges élelmiszerek vásárlásának ösztönzésére?

Article review: Could be financial incentives an effective way to increase healthy food purchases?

Ismertető: Skerlecz Petra ✉
*Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar,
Orvosi Népegészségtani Intézet*

Ismertetett cikk: Gopalan A, Shaw PA, Lim R, et al. Use of financial incentives and text message feedback to increase healthy food purchases in a grocery store cash back program: a randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 2019; 19(1):674. doi: 10.1186/s12889-019-6936-5.

Beküldve: 2019. 08. 07.
doi: 10.24365/ef.v60i5.503

Kulcsszavak: egészséges élelmiszer; anyagi ösztönzés; pénzvisszatérítés; személyre szabott információ

Keywords: healthy food; financial incentives; cash back; personalized information

Az egészséges táplálkozás sok ember számára jelentős kihívást jelent, mivel számos társadalmi, ökológiai és pszichés tényező jelenthet akadályt a megvalósításában; ilyen például az egészséges élelmiszerek magasabb ára, a táplálkozással kapcsolatos hiányos ismeretek, valamint az egészségtelen élelmiszerek elfogyasztásával társuló élvezetérzet. Korábbi tanulmányok kimutatták, hogy a különböző pénzügyi juttatások ösztönző hatásúak lehetnek az egészséges élelmiszerek vásárlására nézve, és azok a résztvevők, akik valamilyen anyagi kedvezményt kaptak, több gyümölcsöt és zöldséget vásároltak. Az anyagi tényezők mellett számos tanulmány bizonyította azt is, hogy az általános tudnivalókat tartalmazó üzenetekhez képest, a személyre szabott, egészséges táplálkozással kapcsolatos információk sokkal kedvezőbb hatást gyakoroltak az egyének étrenddel kapcsolatos viselkedésére. Egy dél-afrikai székhelyű egészségbiztosító, a Discovery összes tagja számára elérhető a „Vitality” névre hallgató, önkéntes, alacsony költségű wellness program, melynek célja a résztvevők egészségének javítása. Ennek egyik legnagyobb

alegysége a „HealthyFood (HF) benefit”. A programban számos élelmiszerüzlet vesz részt, ha a tagok ezekben az üzletekben egészséges élelmiszereket vásárolnak (friss és fagyasztott zöldségek, gyümölcsök, teljes kiőrlésű gabonafélék, hüvelyesek, magvak stb.), a vásárlás összegéből 10%-os pénzbeli visszatérítést és szöveges ösztönző üzeneteket kapnak.

A kutatás azon „Vitality”-programban részt vevő tagok között zajlott, akik a HF-tagságukat is aktiválták. A résztvevők két élelmiszerüzlet közül választhattak egyéni preferenciájuk alapján. A kutatók a boltokban található élelmiszereket három csoportba osztották: egészséges, egészségtelen, egyik sem. Az egészséges élelmiszereket „Vitality”-matricával látták el, és a vásárlási bizonylatokon is külön jelölték. A vizsgálat elsődleges célja annak meghatározása volt, hogy az intervenciós időszak során átlagosan mennyi pénzt költenek a fogyasztók egészséges élelmiszerekre. Másodlagos célként az élelmiszerfogyasztási szokásokat szerették volna megfigyelni a kiválasztott üzletben, ide tartozott például az egészségtelen élelmiszerekre költött havi

összeg és az egészségtelen, illetve egészséges élelmiszerek havonta vásárolt mennyiségének vizsgálata. A résztvevőket 6 intervenciós csoportba osztották. Az első csoportban lévők 10% pénzvisszatérítést és havonta általános információkat tartalmazó üzeneteket kaptak. A második csoport tagjai szintén 10% pénzvisszatérítést, heti és havi általános információkat tartalmazó üzeneteket kaptak. A harmadik csoportban lévők 10% pénzvisszatérítésben, heti személyre szabott és havi általános információkat tartalmazó üzenetekben részesültek. A negyedik csoport részére már 25% pénzvisszatérítést, heti személyre szabott és havi általános információkat tartalmazó üzeneteket nyújtottak. Az ötödik csoport 10+15% nettó pénzvisszatérítést és heti személyre szabott és havi általános információkat tartalmazó üzeneteket kapott. A hatodik csoportnak 10+15% nettó pénzvisszatérítésről és heti személyre szabott és havi válogatott információkat tartalmazó üzeneteket biztosított a program. Az adatok elemzését Wilcoxon-féle próba segítségével végezték ($p=0,05$).

A vizsgálatban összesen 2841 fő vett részt, őket egy-egy csoportba osztották be a hat csoportba. A résztvevők 46,5%-a nő volt, az átlagéletkor $47,8 \pm 11,8$ év közé

esett. Az intervenciós időszak alatt a legnagyobb különbség az 1-es és 2-es csoport vásárlási szokásai között mutatkozott, azonban ez a különbség nem volt szignifikáns. Az 1-es csoport tagjainak havi élelmiszervásárlásában átlagosan 24,8%-ot az egészséges, míg 24,4%-ot az egészségtelen élelmiszerek adtak. Ezzel szemben a 2-es csoportban az egészséges élelmiszerek aránya az összes élelmiszervásárlás arányából 26,8% volt, az egészségtelen ételek 21,7%-ot tettek ki. A többi csoport élelmiszervásárlási szokásai tekintetében nem volt lényeges különbség, és egyik csoport között sem találtak szignifikáns eltérést az intervenciós időszak során.

Annak ellenére, hogy a szakirodalomban számos vizsgálat bizonyította már az anyagi ösztönző eszközök és a szöveges visszajelzések élelmiszervásárlási szokásokra gyakorolt pozitív hatását, jelen kutatás esetében ez mégsem mutatkozott meg. Ebből a kutatók arra következtettek, hogy nem elég csupán az anyagi vagy szöveges ösztönzés ahhoz, hogy a vásárlók élelmiszerfogyasztási szokásait megváltoztassuk. A problémát komplex módon kell megközelíteni, és a fent említett tényezők mellett nagyon fontos a vásárlói környezet megváltoztatása, és a személyes motivációk erősítése is.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Hazánkban jelenleg sajnos nem működik a kutatásban bemutatott rendszerhez hasonló, egészséges élelmiszervásárlásra ösztönző program, de mindenképpen érdemes a fent említett sémához hasonló magyarországi adaptációját megfontolni. Első lépésként például a teljes kiőrlésű, magas rosttartalmú kenyerek és pékáruk, valamint a zöldségek és gyümölcsök bizonyos mennyiségű vásárlása után pontokat kaphatnának a vásárlók. A pontgyűjtő füzetekben vezetett, bizonyos mennyiségű pontot pedig egészséges táplálkozáshoz kapcsolódó ajándékokra, esetlegesen bizonyos levásárolható összegű kuponra lehetne beváltani.

Cikkismertetés: Tanuljunk együtt, hogy csökkenjen az iskolai zaklatás és agresszió!

Article review: Learning together to decrease bullying and aggression in schools!

Ismertető: Járomi Éva ✉
Állami Egészségügyi Ellátó Központ

Ismertetett cikk: Bonell C, Allen E, Warren E, et al. Effects of the Learning Together intervention on bullying and aggression in English secondary schools (INCLUSIVE): a cluster randomised controlled trial. *Lancet*. 2018 Dec 8;392(10163):2452-2464.
doi: [10.1016/S0140-6736\(18\)31782-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31782-3)

Beküldve: 2019. 05. 07.
doi: 10.24365/ef.v60i5.467

Kulcsszavak: iskolai zaklatás; agresszió; klaszter-randomizált kontrollált vizsgálat

Keywords: school bullying; aggression; cluster randomized controlled trial

HÁTTÉR

A gyermekek és fiatalok körében terjedő zaklatás (*bullying*), agresszió és erőszak napjainkban a komoly következményekkel járó népegészségügyi problémák közé sorolható. Az Egészségügyi Világszervezet (*World Health Organization, WHO*) meghatározása szerint a bántalmazás a fizikai vagy pszichológiai erő saját magunkkal vagy másokkal szembeni szándékos alkalmazása. Az agresszió ellenséges vagy romboló magatartást foglal magában, és a zaklatás vagy az erőszak megszokott része. A zaklatás a brit fiatalok körében elterjedtebb, mint a többi nyugat-európai országban, és jellemzően internetes zaklatás (*cyberbullying*) formájában valósul meg. A gyermekkorban átélt zaklatás és erőszak többszörös fizikai és lelki egészséggel kapcsolatos károkat okoz gyermek- és felnőttkorban egyaránt, amely akár alacsonyabb iskolai teljesítményben is

megnyilvánulhat. A zaklatás megelőzése nemzetközi szinten a népegészségügyi és a köznevelési rendszer fő prioritásai közé tartozik, az iskolák pedig a fiatalok mentális egészségének és jóllétének javítására irányuló kezdeményezések kulcsfontosságú színterét képezik. A kihívás abban rejlik, hogy ezeket az egymással összefüggő viselkedésformákat egyetlen koherens beavatkozással kezeljék, ahelyett, hogy többféle beavatkozással terhelnék túl az amúgy is elfoglalt pedagógusokat.

A jelen közleményben bemutatott cikk szerzői egy olyan iskolai beavatkozást dolgoztak és próbáltak ki, amely a zaklatás és az egyéb egészségkockázatok csökkentését célzó három legígéretesebb megközelítést veszi alapul. Az első megközelítés a teljes iskolára irányuló beavatkozás, amelynek célja az oktatáspolitikai és az iskolarendszer átfogó módosítása. A második megközelítés egy olyan resztoratív gyakorlatonⁱ alapul, amelynek célja az

ⁱ „A resztoratív, más néven helyreállító vagy jóvátételi szemlélet lényege az, hogy a normasértést nem elsősorban szabályszegésként, hanem a résztvevők közötti konfliktusként értelmezi. Célja az, hogy a konfliktus következtében kialakult károkat úgy állítsa helyre, hogy a kárt okozó személy aktívan felelősséget vállaljon tetteért, és valamilyen jóvátételt ajánljon fel a megsértett személynek és a közösségnek. A konfliktus feloldásának folyamatában tehát a sértett, az elkövető és a közösség szempontjai és szükségletei egyaránt érvényesülnek.” Kalmár M, Nagy É. Resztoratív technikák egy iskola életében. *Új Pedagógiai Szemle* 2012;7-8. p. 144.

iskolai személyzet és a tanulók, illetve a diákok egymás közötti konfliktusainak megelőzése vagy megoldása a további ártalmak elkerülése érdekében. A harmadik megközelítés pedig a szociális és érzelmi nevelés, melynek eredményeként a fiatalok elsajátíthatják a társas együttéléshez szükséges készségeket.

A fenti megközelítések ötvözésével fejlesztették ki a szerzők 2014-ben az „együtt tanulás” elnevezésű beavatkozást, amelynek célja az iskolai környezet megváltoztatása a zaklatás és az agresszió csökkentése, valamint a diákok egészségének és jóllétének elősegítése érdekében.

MÓDSZER

Klaszter-randomizált kontrollált vizsgálat keretében, folyamatértékeléssel és gazdasági elemzéssel kiegészített vizsgálatra került sor 2014 és 2017 között 40 délkelet-angliai középiskolában. Az iskolák 7. évfolyamos (11–12 éves) tanulói vettek részt a kiinduló vizsgálatban, melyet 24 és 36 hónappal később újra megismételtek (10. évfolyam vége; 14–15 évesek).

A beavatkozás célja az volt, hogy lehetővé tegye a fiatalok számára az egészségesebb magatartás választását autonómiájuk, motivációjuk és érvelési képességük fejlesztésével. Mindezt az iskola iránti elköteleződés növelésével segítették elő, melynek eszközei a tanulók közötti, illetve a diákok és tanárok közötti kapcsolatok javítása, az iskolai oktatás és a szélesebb körű tanulói készségfejlesztés, valamint az iskolai gyakorlatokra és a szervezett tanulói igényekre történő összpontosítás voltak.

A kontrollcsoportba véletlenszerűen kiválasztott iskolák megszokott gyakorlatukat folytatták, és semmilyen további beavatkozást nem kaptak. A kísérleti (intervenciós) és a kontrollkörnyezetben egyaránt megvizsgálták a zaklatásra, a fegyelemre, valamint a szociális és érzelmi nevelésre vonatkozó gyakorlatokat, valamint a tanulók részvételét az iskolai döntéshozásban, majd a kísérleti csoportban

történt beavatkozás után megvizsgálták az annak hatására bekövetkezett változásokat.

EREDMÉNYEK

40 iskola vett részt a vizsgálatban (mindkét csoportban 20 iskola). A 7121 7. osztályos tanulóból 6667 (93,6%) vett részt az első kiinduló felmérésben, majd 36 hónappal később 7154 főből 5960 (83,3%). 36 hónap elteltével az átlagos zaklatási pontszám (*Gatehouse Bullying Score, GBS*)ⁱⁱ a kontrollcsoportban 0,34 (SD 0,02) volt, szemben az intervenciós csoport 0,29-es (SD 0,02) pontszámával. Az átlagos iskolai helytelen viselkedés pontszám (*Edinburgh Study of Youth Transitions and Crime, ESYTC*)ⁱⁱⁱ a kontrollcsoportban a 36. hónap végére 4,33 (SD 0,20) volt, szemben az intervenciós csoport 4,04-es (SD 0,21) értékével, a csoportok közötti különbség tehát nem szignifikáns (korrigált különbség –0,13, 95% konfidencia intervallum –0,4-től 0,18-ig, korrigált hatásméret –0,03). A beavatkozás tanulónként 58 angol font többletköltséget jelentett az abban részesülő iskolák számára.

KÖVETKEZTETÉSEK

A beavatkozás hatással volt a teljes mintára, beleértve azokat az iskolákat is, amelyeknek a zaklatással és agresszióval kapcsolatos kiinduló értékei magasabbak voltak. A diákok által jelentett agressziós esetek összesített száma nem csökkent, azonban a program másodlagos hatásai jelentősek voltak: a pszichológiai funkciók, a jóllét és az életminőség javultak, a rendőrségi ügyek száma, a dohányzás, az alkohol- és a kábítószer-használat csökkent. A beavatkozás korlátozta a meglévő zaklatási eseteket és az agressziót (másodlagos megelőzés), valamint megelőzte az újabb zaklatási és agressziós események megjelenését (elsődleges megelőzés). Az „együtt tanulás” beavatkozás nagyobb hatást gyakorolt a fiúkra, mint a lányokra a másodlagos pszichológiai és viselkedési kimenetek tekintetében, az elsődleges kimenetek esetében

ⁱⁱ 12 itemből álló validált önkítöltős mérőeszköz, amely a szemtől-szemben és/vagy az interneten keresztül történő ugratásnak, gúnyolásnak, pletykának, mellőzésnek és tényleges fizikai fenyegetésnek vagy bántalmazásnak az elmúlt 3 hónapban való kitettséget méri.

ⁱⁱⁱ Edinburgh Study of Youth Transitions and Crime – Edinburgh kutatás, az Ifjúsági Átmenetről és Bűnözésről. Az ESYTC kutatásban használt iskolai helytelen viselkedés alszála 13 itemből áll és a diákok és tanárok felé irányuló agresszió önbevallásán alapul.

azonban nem tapasztaltak nemi különbségeket. A trénernek, a facilitátorok és az iskolai alkalmazottak költsége az intervenciós csoportokban a vizsgált 3 év alatt tanulónként további 47–58 angol font volt, a kontrolliskolák költségeivel összehasonlítva. A kutatók azt találták, hogy az intervenció zaklatásra gyakorolt hatása a 36. hónapban mérhető volt (az előzetes hipotézisnek megfelelően), a 24. hónapban azonban még nem, és ugyanez a hatásmechanizmus vonatkozott a legtöbb másodlagos kimenetre is.

Az ismertetett vizsgálat is alátámasztja azt, hogy a teljes iskolára irányuló megközelítések hatékonyak a zaklatás és az agresszió megelőzésében, valamint a tanulók egészségének fejlesztésében és számos további pozitív hatással bírnak a magas, közepes és alacsony jövedelmű társadalmi közeg-

ben is. Az „együtt tanulás” ezen kívül lehetőséget nyújt a viselkedés és az egészség széles körű javítására a középiskolákban, a vizsgálat eredményei pedig hozzájárulnak a középiskolai resztoratív megközelítések továbbfejlesztéséhez.

Manapság, amikor a fiatalok mentális egészsége jelentős nemzetközi népegészségügyi aggodalomra ad okot, néhány ország, mint például az Egyesült Királyság és Ausztrália az iskolákat nevezték meg a mentális egészség javításának kulcsszereplőjeként. A tanulók mentális egészségének és jóllétének előmozdításához a teljes iskolai környezet megváltoztatása az egyik leghatékonyabb mód, amely további hatást gyakorol a serdülőkorúakat érintő egyéb egészségkárosodásokra is, mivel lehetőséget ad a populációs kockázatok módosítására is.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Az ismertetett tanulmányban megfogalmazott megállapítások fontosak a népegészségügyi szakpolitika szempontjából, mivel a fenti program azon meglehetősen alacsony költségű beavatkozások egyike, amely népegészségügyi szempontból fontos, pozitív következményekkel jár.

Hazánkban az online és fizikai zaklatás szintén egyre növekvő probléma, megelőzésének és csökkentésének eredményessége több ágazat (pl. egészségügy, szociális, köznevelés) bevonásával érhető el.

A társadalmi egyenlőtlenségek és feszültségek csökkentése elsődleges az iskolai erőszak és a kortársbántalmazás formáinak megelőzésében. Ezek a feszültségek ugyanis begyűrűznek a gyermekek elsődleges szocializációs színterébe, a családba és mikrokörnyezetébe. A multiszektoriális, több szinten történő együttműködés keretében a gyermekek lelki egészségének, kiegyensúlyozottságának megerősítése, és a családok körülményeinek és a lelki egészséggel kapcsolatos ismereteinek növelése ezért kiemelten fontos.

Cikkismertetés: Hasznos a jó szomszédi viszony?

Article review: Is it useful to have a good relationship with the neighbours?

Ismertető: Prievara Dóra Katalin ✉
*Szegedi Tudományegyetem, Juhász Gyula Pedagógusképző Kar,
Alkalmazott Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Intézet*

Ismertetett cikk: Zhang S, Xiang W. Income gradient in health-related quality of life – the role of social networking time. *International Journal for Equity in Health*. 2019;18(44):1-10.
doi: 10.1186/s12939-019-0942-1

Beküldve: 2019. 08. 14.
doi: 10.24365/ef.v60i5.507

Kulcsszavak: egészséggel összefüggő életminőség; jövedelem; gradiens; szociális hálózatban töltött idő

Keywords: health-related quality of life; income; gradient; social networking time

Számos kutatás vizsgálta már az egészség és a társadalomban betöltött hely közötti kapcsolatot, melyek alapján ismert, hogy a kedvezőtlenebb társadalmi helyzetű emberek általában rosszabb egészségi állapottal rendelkeznek, magasabb körökben a különféle betegségek megjelenésének a kockázata és a várható élettartamuk alacsonyabb, mint a magasabb társadalmi státuszú személyeké. Az egészség-egyenlőtlenségek csökkentésére irányuló erőfeszítések ellenére azonban az egészség területén az osztályok közötti különbségek tovább szélesednek.

A tanulmány célkitűzése a jövedelem és az egészség kapcsolatának vizsgálata volt, illetve annak elemzése, hogy milyen moderáló erővel bír mindegyike a szociális hálózat egy speciális altípusa, a szomszédsági kapcsolatok.

A kutatók az „Általános Társadalmi Felmérés” (General Social Survey, GSS) adatait használták, amely felmérés az amerikai felnőttekről gyűjt adatot 1972 óta azzal a céllal, hogy a társadalom szerkezetét és fejlődését vizsgálja. Az egészséggel összefüggő életminőséget az „Egészségben Eltöltött Napok Felmérés” (Healthy Days Measures, HDM) kérdéseire adott válaszok segítségével állapították meg. Ez a felmérés az elmúlt 30 napra vonatkozóan

tartalmaz tételeket az általános, fizikai és mentális egészségre vonatkozóan. Ezáltal a megkérdezettek szubjektív benyomása is rögzíthető arra vonatkozóan, hogy mely egészségi probléma befolyásolja a mindennapjaikat.

Jelen cikkhez az adatok az Amerikai Egyesült Államokban végzett 2002-es, 2006-os, 2010-es és 2014-es adatgyűjtésekből származnak. Az elemzésben összesen 3330 fő vett részt, akik a GSS és a HDM felméréseket is kitöltötték mind a négy alkalommal. Ezen adatokon felül az elemzésbe bevonták a családi jövedelmet és a szociális hálót is. Ez utóbbi a környékbeliek társaságában eltöltött alkalmakat jelölte, ami a résztvevők esetében átlagosan havi néhány estét jelentett. A vizsgálatban kimondottan a szomszédokkal eltöltött idő számított, nem pedig a barátokkal, családdal való közös program.

Az adatok elemzése alapján megállapítható, hogy az egészséggel összefüggő életminőség pozitív korrelációt mutatott a családi jövedelemmel: a korábbi tanulmányoknak megfelelően a magasabb jövedelem magasabb életminőséggel járt együtt. Továbbá, a jövedelem negatív korrelációt mutatott a rosszabb egészségi állapotban töltött napok számával, míg az egészség általános értékelésével pozitív kapcsolatot, jól jelezve a jövedelem szerepét a szubjektív

életminőség megítélésében. A jobb anyagi háttér az egészség több területén is előnyöket jelent, például az egészséggel kapcsolatos szolgáltatások, erőforrások elérésében, a minőségi táplálkozás kialakításában.

A szomszédokkal közösen töltött szabadidő vizsgálata során a kutatók azt az összefüggést találták, hogy az alacsonyabb jövedelemmel rendelkező egyének hajlamosabbak voltak több időt tölteni a szomszédjaik körében, mint a magasabb jövedelemmel rendelkező személyek. A szomszédjaikkal

gyakrabban társas összejöveteleket szervező válaszadók ugyanakkor szegényesebb egészséggel összefüggő életminőségről számoltak be, főként a mentális egészség terén (stressz, depresszió), feltételezhetően a relatív depriváció érzete miatt. Azaz, a jövedelmek okozta különbségek nemcsak az életminőség megítélésében jelentek meg, hanem a szabadidő eltöltésére is kihatottak, ugyanis a magasabb jövedelemmel rendelkező személyek kevésbé keresik szomszédjaik társaságát.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A cikk felhívja a figyelmet arra, hogy a család jövedelme szerepet játszik nemcsak az egészséggel összefüggő életminőség szubjektív megítélésében, hanem a szociális kapcsolatokban is, ahol újratermődnek a különbségek: a magasabb jövedelemmel rendelkező személyek ugyanis kevesebb időt fordítottak a szomszédjaikkal való szocializációra. Összességében a kutatók rámutatnak egy napjainkban kissé háttérbe szorult erőforrás, a szomszédság fontosságára. A valódi emberi kapcsolatok a szűkösebb anyagi lehetőségek esetén kompenzációként instrumentális segítséget, szociális erőforrást és társas támogatást nyújthatnak.

Tematikus cikkválogatás a társadalomtudomány területéről

Az alábbi válogatás az Egészségfejlesztés folyóirat 2016-2019 lapszámaiból a társadalomtudomány területén hasznosítható közlemények linkjeit tartalmazza.

[Gyógyítás és interkulturalitás](#)

Marek Erika, Schmél Dóra, Katz Zoltán, Faubl Nóra, Németh Tímea, Berényi Károly, Szilárd István

[Cikkismertetés: Globális cselekvési terv a táplálkozási problémák és a klímaváltozás ellen](#)

Bíróné Asbóth Katalin

[Cikkismertetés: A Föld egészséges és fenntartható táplálkozási rendszere](#)

Bíróné Asbóth Katalin

[Cikkismertetés: A cukrozott üdítők adóztatásának társadalmi hatásai](#)

Kaposvári Csilla

[Cikkismertetés: Digitális Egészségműveltség-mérő Eszköz fejlesztése](#)

Varga Szabolcs

[Cikkismertetés: Szektorokon átívelő partnerség és népegészségügy: Kihívások és lehetőségek a magánszektor bevonására az elhízás és nem fertőző betegségek területén\]](#)

Varsányi Péter

[Cikkismertetés: Népegészségügy és politika](#)

Csizmadia Péter

[Cikkismertetés: "Spirituális vagyok, de nem vallásos": Védhet-e az egyik a másik nélkül a fiatalok egészségkockázatos magatartásával szemben?](#)

Maczali Katalin

[Cikkismertetés: Miért nem tesznek többet a szegregált romák az egészségükért? Feltáró néprajzi kutatás Szlovákiából](#)

Orsós Zsuzsanna

[Cikkismertetés: Az egészséget meghatározó strukturális tényezők integrálása az egészségfejlesztési szakemberek népegészségügyi mesterképzésébe](#)

Bíró Éva

[Cikkismertetés: A szociodemográfiai adatgyűjtést támogató és akadályozó tényezők a kanadai egészségügyben: egy többhelyszínes esettanulmány](#)

Kasza Katalin

[Cikkismertetés: A társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek hatása az egészségtelen életmódot mérő kiterjesztett eszköz és az egészségi állapot közötti kölcsönhatásra](#)

Csizmadia Péter

[Cikkismertetés: A társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek hatása az önértékelt egészségre: Szisztematikus szakirodalmi áttekintés az anyagi, pszichoszociális és magatartásbeli tényezők relatív szerepét illetően](#)

Csizmadia Péter

[Beszámoló az „Egészség és épített környezet” címmel a Magyar Tudományos Akadémián rendezett konferenciáról](#)

Vitrai József

[Cikkismertetés: Semmelweis és a legszebb magyarázat. Oksági következtetés az epidemiológiában](#)

Csizmadia Péter

[Cikkismertetés: „A tegnap megoldásai mára problémák lesznek”. A rendszerszintű gondolkodással és komplexitás-tudománnyal kapcsolatos diskurzus értelmezése az értékelés elmélete és gyakorlata szempontjából](#)

Csáki József Máté

[Társadalmi tőke az egyéni jóllét kontextusában. Az OECD által kidolgozott társadalmi tőke-interpretáció fényében](#)

Kőműves Sándor

[2017-es adatokkal frissült a halandósági adatbázis](#)

[A védett munkahelyek jogi és pszichológiai hatása a megváltozott munkaképességűek foglalkoztatásában, egy érintett szemszögéből](#)

Lengyel Júlia

[Családon belüli szociális, mentálhigiénés kompetenciák fejlesztésével szerzett tapasztalataink egészségügyi alapszakos felsőoktatási hallgatók körében](#)

Fodor Bertalan, Kiss-Tóth Emőke

[Az Amszterdami Egészséges Testsúly Program](#)

Kaposvári Csilla

[Ismertetés: Egy közösségi alapú rendszerdiagram az elhízás okairól](#)

Czér Polla, Földesi Judit

[Ismertetés: Társadalmi problémának tekintjük az elhízást?](#)

Csizmadia Péter

[Ismertetés: Miért nem jó semmi, amit a szakember javasol? Az általános tervezélmélet nehézségei](#)

Csáki József Máté

[Horváth-Tarján Anna doktori fokozatot szerzett az intravénás szerhasználók kockázati tényezőinek vizsgálatában](#)

[Ismertetés: Az egészség kulturális kontextusban: a narratív kutatás egészségügyi szektorbeli alkalmazása](#)

Csáki Máté

[„Shape Up Somerville”: Egy egészséges közösség építése és fenntartása – cikkismertetés](#)

Kasza Katalin

[A Szociális Jogok Európai Pilléréről](#)

Andor Csaba

[Kábítószer-probléma Magyarországon az elmúlt 10 évben](#)

Nyírády Adrienn

[Kísérlet az egészség fogalmának újradefiniálására. A Meikirch modell](#)

Csizmadia Péter

[Hogyan kellene az egészségkultúrát megváltoztatni? - cikkismertetés](#)

Vitrai József

[A nem fertőző betegségek: definíció újratöltve](#)

[Nem fertőző betegségek versus társadalmi hatásokhoz kapcsolódó betegségek elnevezés](#)

Vokó Zoltán

[Egészségkommunikációs Felmérés Eredményei I.–Felnőtt felmérés](#)

Balku Eszter, Vitrai József

[Testi és társadalmi nem, szexuális orientáció](#)

Vitrai Sára

[Egészségkommunikációs Felmérés Eredményei II. – Iskolai felmérés](#)

Zsiros Emese, Balku Eszter, Vitrai József

[Hálózat kutatás a népegészségügy területén - áttekintő közlemény](#)

Varsányi Péter, Vokó Zoltán

[Az egészségügyenélőtlenségek csökkentésének nehézségei](#)

Csizmadia Péter

[Hogyan befolyásolja a kultúra az egészséget és a jóllétet? I. rész: Az egészség kulturális beágyazottsága](#)

Vitrai József

[Miért van szükségünk közösség alapú egészségfejlesztésre?](#)

Benyó Béla

[Everett Rogers innovációs elmélete és annak felhasználási lehetőségei az egészségfejlesztésben](#)

Csizmadia Péter

[Hazai egészség-pillanatkép, 2017](#)

Vitrai József, Bakacs Márta, Varsányi Péter

[Hogyan fejlesszük egy ország egészségkultúráját? A RAND Corporation jelentésének ismertetése](#)

Kaposvári Csilla, Vitrai József

Tematikus cikkválogatás a viselkedés, az egészségmagatartás és a mentális egészség területéről

Az alábbi válogatás az Egészségfejlesztés folyóirat 2016-2019 lapszámaiból a viselkedés, az egészségmagatartás és a mentális egészség területén hasznosítható közlemények linkjeit tartalmazza.

[Vezetőknek 1 percben: Az ischaemiás szívbetegség elsődleges megelőzése: népesség, egyének, egészségügyi szakemberek](#)

Szerkesztőségi közlés

[Alternatív dohánytermékek használata fesztiválon résztvevő fiatal felnőttek körében](#)

Torma Albert, Fazekas-Pongor Vince, Terebessy András, Pénzes Melinda

[Cikkismertetés: Étrendi kockázatok egészséghatása 195 országban, 1990-2017](#)

Erdei Gergő

[Cikkismertetés: Árcsökkenés vagy médiakampány növeli jobban a zöldség- és gyümölcsfogyasztást?](#)

Kaposvári Csilla

[Cikkismertetés: Az életmód változók és a dohányzási státusz várandósság alatti összefüggése romániai nők egy csoportja körében](#)

Varga Szabolcs, Ábrám Zoltán

[Cikkismertetés: Dohányzási tilalom és az újszülöttek egészsége: magyarországi tapasztalatok](#)

Kiss Judit

[Cikkismertetés: Alkohol fogyasztási szokások és a májcirrózis kockázata: A Million Women Study elemzése](#)

Czér Polla

[Cikkismertetés: Alkohol fogyasztás, és annak kapcsolata az impulzív viselkedéssel az egészséges OPRM1G allél hordozóinak körében](#)

Varga Szabolcs

[A testbecsülést befolyásoló tényezők vizsgálata serdülő lányok körében](#)

Obál Annabella, Hamvai Csaba, Pikó Bettina

[Iskola az egészség alapköve? Miért és mit tegyen az iskola a tanulói egészségéért?](#)

Vitrai József

[Úton az egészségorientált sportklub modell bevezetéséhez Magyarországon](#)

Köteles Gábor, Veress Réka

[Cikkismertetés: E-egészség és a csecsemőkori egészséges táplálkozás](#)

Fromvald Tamás

[Cikkismertetés: Miért nem tesznek többet a szegregált romák az egészségükért? Feltáró néprajzi kutatás Szlovákiából](#)

Orsós Zsuzsanna

[Cikkismertetés: Az elhízás rendszerszintű megközelítése](#)

Erdei Gergő

[Cikkismertetés: Vajon a tejtermékek fogyasztása csökkenti a szív- és érrendszeri betegségek kockázatát és az ebből adódó halálozást?](#)

Erdei Gergő

[Cikkismertetés: Az ingyenes iskolai gyümölcsprogram változtat-e az egészségtelen rágcsálnivalók fogyasztásán?](#)

Devosa Iván

[Cikkismertetés: Hogyan növelhetjük egyszerű változtatásokkal a gyermekek iskolai gyümölcsfogyasztását?](#)

Devosa Iván

[Cikkismertetés: "Spirituális vagyok, de nem vallásos": Védhet-e az egyik a másik nélkül a fiatalok egészségkockázatos magatartásával szemben?](#)

Maczali Katalin

[Egységmagatartás összehasonlító vizsgálata az orvostanhallgatók és jogáshallgatók körében](#)

Dombrádi Viktor, Czira Eszter, Gáll Tibor, Nagy Attila, Bíró Klára

[A fizikai inaktivitás nemzetgazdasági terhei](#)

Gabnai Zoltán, Müller Anetta, Bács Zoltán, Bácsné Bába Éva

[A fizikai aktivitás, mint egészségbefektetés](#)

Pfau Sára Christa, Pető Károly, Bácsné Bába Éva

[A személyi edzői hivatás tudományos és szakmai aspektusai](#)

Tánczos Zoltán, Bognár József

[Cikkismertetés: Alkoholfogyasztás és az általa okozott betegségteher a világ 195 országában és különböző régióiban 1990 és 2016 között: szisztematikus elemzés a 2016-os Globális Betegségteher Vizsgálathoz](#)

Pál László, Szűcs Sándor

[Cikkismertetés: Globális helyzetjelentés az alkoholról és egészségről 2018](#)

Virág Márk

[Cikkismertetés: Betegségteher és a mentális zavarok kezelésére fordított állami kiadások: az amerikai egészségügyi rendszer válaszlépéseinek keresztmetszeti és ökológiai vizsgálata](#)

Czér Polla

[Cikkismertetés: A társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek hatása az egészségtelen életmódot mérő kiterjesztett eszköz és az egészségi állapot közötti kölcsönhatásra](#)

Csizmadia Péter

[Cikkismertetés: A társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek hatása az önértékelt egészségre: Szisztematikus szakirodalmi áttekintés az anyagi, pszichoszociális és magatartásbeli tényezők relatív szerepét illetően](#)

Csizmadia Péter

[A szexuális úton átvihető, szisztémás megbetegedést okozó mikroorganizmusok ismerete középiskolai pedagógusok számára](#)

Burián Katalin

[Cikkismertetés: A hat- és hétéveseket célzó, elhízást megelőző iskolai programok hatékonyságának randomizált, ellenőrzött klasztervizsgálata \(WAVES vizsgálat\)](#)

Erdei Gergő

[Családon belüli szociális, mentálhigiénés kompetenciák fejlesztésével szerzett tapasztalataink egészségügyi alapszakos felsőoktatási hallgatók körében](#)

Fodor Bertalan, Kiss-Tóth Emőke

[A családi tradíció szerepe kisdéd – kisgyermek táplálkozásában](#)

Karácsony Ilona, Kölkedi Petra, Karamánné Pakai Annamária

[Az anyai attitűdöt befolyásoló családi tényezők](#)

Pachner Orsolya, Lendvay Zsófia

[SZERKESZTŐSÉGI KÖZLÉS: Képzeld el! 3. – Befektetés a jövőbe](#)

[Egészségfejlesztő program középiskolások körében – Az alapállapot felmérés eredményei](#)

Pénzes Gabriella, Bíró Éva

[Energiaital fogyasztási szokások és egészségtudatosság a felsőfokú képzésben résztvevő hallgatók körében](#)

Dojcsákné Kiss-Tóth Éva, Kiss-Tóth Emőke

[A gyermekkori elhízás népegészségügyi vonatkozásai](#)

Kovács Anna Viktória

[Az Amszterdami Egészséges Testsúly Program](#)

Kaposvári Csilla

[Cikkismertetés: Egy közösségi alapú rendszerdiagram az elhízás okairól](#)

Czér Polla, Földesi Judit

[A diéta és a fizikai aktivitás együttes hatása](#)

Kocsis Éva

[Cikkismertetés: Társadalmi problémának tekintjük az elhízást?](#)

Csizmadia Péter

[Cikkismertetés: Tudatos jelenlét alapú intervenció az egyetemi hallgatók stressztűrő képességének fokozására \(a „Tudatos hallgató” tanulmány\): pragmatikus, randomizált, kontrollált vizsgálat](#)

Fúzi Márta

[SZERKESZTŐSÉGI KÖZLÉS: Képzeld el! Akció az irodában](#)

[A testnevelés helyzete, céljai a köznevelésben és a felsőoktatásban](#)

Lőkös Dániel

[Cikkismertetés: Az alkoholfogyasztás kockázati határértékének meghatározása 83 prospektív vizsgálaton keresztül](#)

Bérczi Bálint

[Cikkismertetés: Az alvás és az aktív kültéri játékkal töltött idő közti kétirányú összefüggés vizsgálata 10-13 évesek körében](#)

Máté Zsuzsanna

[Cikkismertetés: A diákok középpontba helyezése: Teljes iskola, teljes közösség, teljes gyermek modell](#)

Járomi Éva

[Cikkismertetés: „Shape Up Somerville”: Egy egészséges közösség építése és fenntartása](#)

Kasza Katalin

[Cikkismertetés: Újszerű megközelítés: pontozáson alapuló, testmozgást ösztönző módszer](#)

Hanzel Adrienn

[A Magyar Gyermekorvosok Társasága körlevele a korai gyermekkor fontosságáról](#)

[SZERKESZTŐSÉGI KÖZLÉS: Képzeld el!](#)

[Tartui felhívás az egészséges életmódot – Ismertető](#)

Veress Réka

[Cikkismertetés: A mentális egészség újradefiniálásának irányába](#)

Maczali Katalin

[A fiatalok kockázati viselkedésének és mentális egészségének szűrése - a YouthCHAT program](#)

Maczali Katalin

[Hatékony viselkedésmódosító technikák a testmozgás és az egészséges táplálkozás elősegítésére túlsúlyos és elhízott felnőtteknél; szakirodalmi áttekintés és meta-regressziós elemzések](#)

Nagy Barbara

[Egészségstílusokhoz illesztett, viselkedésváltozást célzó beavatkozások tervezése](#)

Járomi Éva, Szűcs Erzsébet, Vitrai József

[Viselkedésértés - A magatartástudomány eredményeinek hasznosítása a szakpolitika alkotásban](#)

Taller Ágnes, Csizmadia Péter

[Cikkismertetés: A mentális, idegrendszeri és szerhasználati zavarok okozta betegségteher kezelése: a Megbetegedések elleni küzdelem prioritásainak \(Disease Control Priorities\) kulcsüzenetei, 3. kiadás](#)

Kis Nóra

[Az étkezési magatartás összefüggése az ételválasztási motivációkkal és pszichológiai jellemzőkkel középiskolások körében](#)

Szabó Katalin, Pikó Bettina

[Az épített környezet hatása az egészségmagatartásra workshop](#)

Csizmadia Péter

[A kortársbántalmazás \(bullying\) mint népegészségügyi probléma](#)

Várnai Dóra, Zsíros Emese, Németh Ágnes

[Új, gyermekbántalmazás elleni irányelv egészségügyi szakemberek számára – összefoglalás](#)

Scheiber Dóra, Katonáné Pehr Erika, Bíróné Asbóth Katalin, Tománé Mészáros Andrea, Várnai Dóra, Kovács Zsuzsanna, Mészner Zsófia

[Megjelent az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása kutatás legújabb felmérésének nemzetközi jelentése](#)

Németh Ágnes

[Cikkismertetés: Iskola-alapú tanterv a depresszió-műveltség fejlesztésére amerikai középiskolás diákok számára: egy randomizált hatásosság-vizsgálat](#)

Maczali Katalin

[Cikkismertetés: Depresszió és az erőszak a serdülőkorúak és a fiatal felnőttek körében: három longitudinális kohorsz vizsgálat eredményeinek ismertetése](#)

Járomi Éva

[Cikkismertetés: Az újonnan kialakított ellenállóképesség-fokozó program hatása a szülők és tanárok által észlelt ellenállás-támogató környezetre a hongkongi Egészségfejlesztő Iskolákban](#)

Maczali Katalin

SZEMLE

- Bizonyíték a mentális egészséggel kapcsolatos stigma és diszkrimináció elleni hatékony beavatkozásokra
- Egészség és boldogság
- Az inaktivitás és fizikai aktivitás objektív mérése és a vélt egészségi állapot összefüggései a 7-14 éves finn gyerekek körében
- Fit for School: 10 héten keresztül zajló, általános iskolai tanulók egészséges testsúlyának elérését célzó iskolai pilot beavatkozás eredményei
- Élelmiszer, egészség és komplexitás: úton az együttműködésen alapuló népegészségügyi intézkedések fogalmi keretének megértése felé
- A kerékpározási jártasság tréning hatása, a kerékpározáshoz köthető viselkedésre és balesetekre a serdülők körében: megállapítások Alspac-ból, Egyesült Királyság, longitudinális kohorsz

SZEMLE

- Ott vagyunk már? – Integrált Népegészségügyi Szakpolitikák koncepciójának operacionalizálása
- Szerhasználat egy hátrányos helyzetű járás szegregátumaiban
- A koherenciaérzés és az azt meghatározó tényezők vizsgálata kínai egyetemisták körében: keresztmetszeti kutatás
- Evidenciák irodalmi áttekintése - Egyenrangúbb társadalmak teremtése. Mi működik?

SZEMLE

- Mi tarthatja távol a fiatalokat az alkoholtól és a cigarettától? Megállapítások az Egyesült Királyság Háztartási követéses vizsgálatából
- A szülők viselkedése meghatározza-e, hogy a gyermek eleget alszik, vagy sem? Keresztmetszeti vizsgálat eredményei.
- A kockázati tényezők hozzájárulása a többlet halálozáshoz az izolált és magányos egyének esetében: az adatok elemzése az Egyesült Királyság Biobank kohorsz vizsgálatából

Tematikus cikkválogatás az egészséges táplálkozás területéről

Az alábbi válogatás az Egészségfejlesztés folyóirat 2016-2019 lapszámaiból az egészséges táplálkozás, elhízás területén hasznosítható közlemények linkjeit tartalmazza.

[Cikkismertetés: A Föld egészséges és fenntartható táplálkozási rendszere](#)

Bíróné Asbóth Katalin [Cikkismertetés: A cukrozott üdítők adóztatásának társadalmi hatásai](#)

Kaposvári Csilla

[Cikkismertetés: Étrendi kockázatok egészséghatása 195 országban, 1990-2017](#)

Erdei Gergő

[Cikkismertetés: Árcsökkenés vagy médiakampány növeli jobban a zöldség- és gyümölcsfogyasztást?](#)

Kaposvári Csilla

[Cikkismertetés: Alkohol fogyasztási szokások és a májcirrózis kockázata: A Million Women Study elemzése](#)

Czér Polla

[Cikkismertetés: Alkohol fogyasztás, és annak kapcsolata az impulzív viselkedéssel az egészséges OPRM1G allél hordozóinak körében](#)

Varga Szabolcs

[Cikkismertetés: E-egészség és a csecsemőkori egészséges táplálkozás](#)

Fromvald Tamás

[Cikkismertetés: Vajon a tejtermékek fogyasztása csökkenti a szív- és érrendszeri betegségek kockázatát és az ebből adódó halálozást?](#)

Erdei Gergő

[Cikkismertetés: Az ingyenes iskolai gyümölcsprogram változtat-e az egészségtelen rágcslivalók fogyasztásán?](#)

Devosa Iván

[Cikkismertetés: Hogyan növelhetjük egyszerű változtatásokkal a gyermekek iskolai gyümölcsfogyasztását?](#)

Devosa Iván

[Cikkismertetés: A megvásárolt élelmiszerek tápanyagminősége a háztartások jövedelmének függvényében: SHOPPER vizsgálat](#)

Erdei Gergő

[Cikkismertetés: A házi készítésű ételeket nagy és kis mennyiségben fogyasztó egyének táplálkozási jellemzőinek összehasonlítása egy egységes, minőségi étrendet követő csoport körében: a nagy-britanniai Nemzeti Táplálkozás és Tápláltsági Állapot vizsgálat keresztmetszeti elemzése \(2008-2016\)](#)

Skerlecz Petra

[Cikkismertetés: A szénhidrátok minősége és az emberi egészség: a témában megjelent áttekintő tanulmányok és metaanalízisek](#)

Varga Anita

[Cikkismertetés: Alkohol fogyasztás és az általa okozott betegségteher a világ 195 országában és különböző régióiban 1990 és 2016 között: szisztematikus elemzés a 2016-os Globális Betegségteher Vizsgálathoz](#)

Pál László, Szűcs Sándor

[Cikkismertetés: Globális helyzetjelentés az alkoholról és egészségről 2018](#)

Virág Márk

[Cikkismertetés: Az értelmező és a reduktív előlapi élelmiszercímke szerepe az élelmiszer-választásban és a vásárlásban](#)

szabó Andrea

[Cikkismertetés: A hat- és hétéveseket célzó, elhízást megelőző iskolai programok hatékonyságának randomizált, ellenőrzött klasztervizsgálata \(WAVES vizsgálat\)](#)

Erdei Gergő

[Cikkismertetés: A rendszertudomány alkalmazása az egészséges táplálkozással kapcsolatos egyenlőtlenségek feltárásához](#)

Krakkó Ágnes

[A családi tradíció szerepe a kisdetek és kisgyermek táplálkozásában](#)

Karácsony Ilona, Kölkedi Petra, Karamánné Pakai Annamária

[Képzeld el! 3. – Befektetés a jövőbe](#)

[Egészségfejlesztő program középiskolások körében – Az alapállapot felmérés eredményei](#)

Pénzes Gabriella, Bíró Éva

[Energiaital fogyasztási szokások és egészségtudatosság a felsőfokú képzésben résztvevő hallgatók körében](#)

Dojcsákné Kiss-Tóth Éva, Kiss-Tóth Emőke

[A gyermekkori elhízás népegészségügyi vonatkozásai](#)

Kovács Anna Viktória

[Cikkismertetés: Az Amszterdami Egészséges Testsúly Program](#)

Kaposvári Csilla

[Cikkismertetés: Egy közösségi alapú rendszerdiagram az elhízás okairól](#)

Czér Polla, Földesi Judit

[Cikkismertetés: A diéta és a fizikai aktivitás együttes hatása](#)

Kocsis Éva

[Cikkismertetés: Társadalmi problémának tekintjük az elhízást?](#)

Csizmadia Péter

[Cikkismertetés: Az alkoholfogyasztás kockázati határértékének meghatározása 83 prospektív vizsgálaton keresztül](#)

Bérczi Bálint

[Cikkismertetés: Árkülönbségek modellezése az egészséges és átlagos étrend között: új-zélandi esettanulmány](#)

Mózes Noémi

[Cikkismertetés: Élelmiszerkörnyezet Szakpolitikai Index \(ESZI INDEX\) – Jelentés, Anglia](#)

Kaposvári Csilla

[Cikkismertetés: Kapcsolat a szénhidrát-, és a zsírbevitel valamint a szív- és érrendszeri betegségek és mortalitásuk között, öt kontinens 18 országában \(PURE\): prospektív kohorszvizsgálat – a szerzők észrevételekre adott válaszai](#)

Erdei Gergő

[Cikkismertetés: „Shape Up Somerville”: Egy egészséges közösség építése és fenntartása](#)

Kasza Katalin

[Cikkismertetés: Újszerű megközelítés: pontozáson alapuló, testmozgást ösztönző módszer](#)

Hanzel Adrienn

[Képzeld el!](#)

[Tartui felhívás az egészséges életmódot - Ismertető](#)

Veress Réka

[Hozzászólás az 'Egészpályás letámadás a kövérség ellen – Komplex beavatkozásokkal az elhízás visszaszorítására' közleményhez](#)

Kovács Anna Viktória

[Cikkismertetés: Kapcsolat a szénhidrát-, és a zsírbevitel valamint a szív- és érrendszeri betegségek és mortalitásuk között, öt kontinens 18 országában \(PURE\): prospektív kohorszvizsgálat ismertetése](#)

Erdei Gergő

[Egészpályás letámadás a kövérség ellen - Komplex beavatkozásokkal az elhízás visszaszorítására](#)

Vitrai József, Bakacs Márta

[Cikkismertetés: A környezeti tényezők hatása a testmozgási és étkezési szokásokra - a közösségi szintű fellépések lehetőségei](#)

Veress Réka

[Cikkismertetés: Élelmiszer, egészség és komplexitás: egy olyan koncepcionális megértés felé, amely az együttműködésen alapuló népegészségügyi cselekvést irányítja](#)

Erdei Gergő

[Cikkismertetés: Mennyire hatékonyak a családalapú és az intézményi táplálkozási beavatkozások a gyermekek étrendjének és egészségének javításában? - Szisztematikus áttekintés](#)

Nagy Barbara

[Cikkismertetés: A zöldség-, gyümölcs- és hüvelyesek fogyasztása és a kardiovaszkuláris betegségek és halandóság 18 országban \(PURE\): prospektív kohorsz vizsgálat](#)

Bakacs Márta

[Cikkismertetés: Az ülő életmód és az elhízás fiatalok körében: áttekintő tanulmány a kapcsolódó felmérésekről és oksági elemzésekről](#)

Varga Anita

[Cikkismertetés: Hatékony viselkedésmódosító technikák a testmozgás és az egészséges táplálkozás elősegítésére túlsúlyos és elhízott felnőtteknél; szakirodalmi áttekintés és meta-regressziós elemzések](#)

Nagy Barbara

[Cikkismertetés: Iskolaközösségi gyermek-egészségfejlesztési és elhízás-prevenációs beavatkozás egy klaszter randomizált vizsgálata: a fun 'n healthy in Moreland! projekt eredményei](#)

Maczali Katalin

[Cikkismertetés: 'Szakpolitika, rendszer, környezet' megközelítés az elhízás megelőzésében: elméleti keretek helyi és állami beavatkozásokhoz](#)

Vitrai József

[Az étkezési magatartás összefüggése az ételválasztási motivációkkal és pszichológiai jellemzőkkel középiskolások körében](#)

Szabó Katalin, Pikó Bettina

[Hogyan befolyásolja a kultúra az egészséget? II. rész: Táplálkozás, kultúra és egészség](#)

Nagy Barbara

[A rendszeres reggelizés mint szokáskialakítás és értékközvetítés a középiskolás korosztályban](#)

Lelovics Zsuzsanna

[A csecsemőkori allergia-megelőzés korszerű irányelvei és lehetőségei](#)

Réthy Attila Lajos

[E3 - Energia-egyensúly Egészségprogram Egyetemistáknak](#)

Kubányi Jolán, Breitenbach Zita, Raposa László³ Bence, Szabó Zoltán

[OKOSTÁNYÉR® – új táplálkozási ajánlás a hazai felnőtt lakosság számára](#)

Szűcs Zsuzsanna

[„Egészség-konyha” – Munkahelyi egészségfejlesztési programelem a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézetben](#)

Fekete Krisztina

[Egészségedre! Mókuserék helyett! – Beszámoló a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet munkahelyi kampányáról](#)

Köteles Gábor, Kutai Orsolya

[Amerikai Táplálkozási Ajánlás 2015-2020 - rövid ismertetés](#)

Fekete Krisztina, Henter Izabella

[A WHO Gyermekkori Elhízás Leküzdésére Alakult Bizottságának jelentése 2016](#)

Henter Izabella

[Van-e bizonyítható, egészségre gyakorolt pozitív hatása az iskolakertnek? Válaszkeresés a review módszer segítségével](#)

Kovács Piroska, Solymosy József Bonifác

[Egészséges életmóddal kapcsolatos kutatások a hazai iskolákban](#)

Járomi Éva, Szilágyi Kristóf, Vitrai József

[Megjelent az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása kutatás legújabb felmérésének nemzetközi jelentése](#)

Németh Ágnes

Tematikus cikkválogatás az iskolai egészségfejlesztés területéről

Az alábbi válogatás az Egészségfejlesztés folyóirat 2016-2019 lapszámaiból az iskolai egészségfejlesztés területén hasznosítható közlemények linkjeit tartalmazza.

[Gyógyítás és interkulturalitás](#)

Marek Erika, Schmél Dóra, Katz Zoltán, Faubl Nóra, Németh Tímea, Berényi Károly, Szilárd István

[Cikkismertetés: Globális cselekvési terv a táplálkozási problémák és a klímaváltozás ellen](#)

Bíróné Asbóth Katalin

[Cikkismertetés: A cukrozott üdítők adóztatásának társadalmi hatásai](#)

Kaposvári Csilla

[Cikkismertetés: Digitális Egészségműveltség-mérő Eszköz fejlesztése](#)

Varga Szabolcs

[Az egészségvédelmi feladatok szintérialapú megközelítése](#)

Juhász Gábor

[Az egészséget támogató közpolitika és az egészségtervezés néhány összefüggése](#)

Girán János

[Új utakon a hazai egészségtervezés](#)

Túri Gergő

[Cikkismertetés: Légszennyezés és a gyermekek légúti megbetegedései Londonban](#)

Márovics Gergely

[Cikkismertetés: "Spirituális vagyok, de nem vallásos": Védhet-e az egyik a másik nélkül a fiatalok egészségkockázatos magatartásával szemben?](#)

Maczali Katalin

[Cikkismertetés: Az iskolai klíma és az egészségi állapot javítása középiskolában](#)

Kis Bernadett

[Cikkismertetés: Hogyan növelhetjük egyszerű változtatásokkal a gyermekek iskolai gyümölcsfogyasztását?](#)

Devosa Iván

[Cikkismertetés: Az ingyenes iskolai gyümölcsprogram változtat-e az egészségtelen rágcsálnivalók fogyasztásán?](#)

Devosa Iván

[Cikkismertetés: Az elhízás rendszerszintű megközelítése](#)

Erdei Gergő

[Cikkismertetés: Miért nem tesznek többet a szegregált romák az egészségükért? Feltáró néprajzi kutatás Szlovákiából](#)

Orsós Zsuzsanna

[Cikkismertetés: Eszközök az egészségműveltség mérésére az általános populációban – rendszerezett szakirodalmi áttekintés](#)

Varga Szabolcs

[Úton az egészségorientált sportklub modell bevezetéséhez Magyarországon](#)

Köteles Gábor, Veress Réka

[Iskola az egészség alapköve? Miért és mit tegyen az iskola a tanulói egészségéért?](#)

Vitrai József

[A felső tagozatos és a középiskolai biológia tankönyvek szerepe az egészségnevelésben](#)

Szalainé Tóth Tünde, Nagyné Horváth Emília, Falus András, Bihariné Krekó Ilona, Mészárosné Darvai Sarolta, Kitzinger István, Kukovecz Éva, Karacs Zsuzsanna, Horváth Zsolt, Kőrösiné Molnár Andrea, Jánossyné Solt Anna, Feith Helga Judit

[A testbecsülést befolyásoló tényezők vizsgálata serdülő lányok körében](#)

Obál Annabella, Hamvai Csaba, Pikó Bettina

[Pozitív családtervezéssel kapcsolatos ismeretek](#)

Póhr Kitti, Gyenge Nikolett, Komlósi Kálmánné, Karácsony Ilona

[Új globális kezdeményezés –gyermekegészségügyi információt mindenkinek!](#)

Kovács Zsuzsanna

[Cikkismertetés: Egy dán egészségtámogató iskolai intervenció program megvalósulásának értékelése](#)

Varga-Nagy Veronika

[A fizikai aktivitás, mint egészségbefektetés](#)

Pfau Sára Christa, Pető Károly, Bácsné Bába Év

[Egészségmagartatás összehasonlító vizsgálata az orvostanhallgatók és jogáshallgatók körében](#)

Dombrádi Viktor, Czira Eszter, Gáll Tibor, Nagy Attila, Bíró Klára

[Egyetemi hallgatók egészségműveltségének vizsgálata](#)

Végh Balázs, Bíró Éva

[A szexuális úton átvihető, szisztémás megbetegedést okozó mikroorganizmusok ismerete középiskolai pedagógusok számára](#)

Burián Katalin

[Cikkismertetés: A hat- és hétéveseket célzó, elhízást megelőző iskolai programok hatékonyságának randomizált, ellenőrzött klasztervizsgálata \(WAVES vizsgálat\)](#)

Erdei Gergő

[Cikkismertetés: Egy trauma-tudatos gyermekvédelmi rendszer kialakítása – útmutató ismertetés](#)

Oláh Barnabás

[Cikkismertetés: Tudatos jelenlét alapú intervenció az egyetemi hallgatók stressztűrő képességének fokozására \(a „Tudatos hallgató” tanulmány\): pragmatikus, randomizált, kontrollált vizsgálat](#)

Fúzi Márta

[Cikkismertetés: Az egészségműveltség iskolákban történő fejlesztésének etikai alapjai: érvek \(„miért”\), irányok \(„mit”\) és hangszínek \(„hogyan”\)](#)

Szabó Tímea Pálma

[A gyermekkori elhízás népegészségügyi vonatkozásai](#)

Kovács Anna Viktória

[Energiaital fogyasztási szokások és egészségtudatosság a felsőfokú képzésben résztvevő hallgatók körében](#)

Dojcsákné Kiss-Tóth Éva, Kiss-Tóth Emőke

[Egészségfejlesztő program középiskolások körében – Az alapállapot felmérés eredményei](#)

Pénzes Gabriella, Bíró Éva

[Cikkismertetés: A diákok középpontba helyezése: Teljes iskola, teljes közösség, teljes gyermek modell](#)

Járomi Éva

[Cikkismertetés: Az alvás és az aktív kültéri játékkal töltött idő közti kétirányú összefüggés vizsgálata 10-13 évesek körében](#)

Máté Zsuzsanna

[A testnevelés helyzete, céljai a köznevelésben és a felsőoktatásban](#)

Dr. Lőkös Dániel

[Bemutatkozik az EDUVITAL: egy hazai ifjúsági egészségtudatossági és -nevelési program](#)

Falus András

[Cikkismertetés: Hogyan kellene az egészségkultúrát megváltoztatni?](#)

Vitrai József

[A gyógytestnevelés jelentősége a szekunder rehabilitáció és egészségfejlesztés folyamatában, megújulásának szükségessége, irányai](#)

Simon István Ágoston, Kajtár Gabriella

[Tartui felhívás az egészséges életmódról - Ismertető](#)

Veress Réka

[Kortárs egészségfejlesztési programok gyermekek és fiatalok körében a hazai és a nemzetközi szakirodalom tükrében – Szisztematikus áttekintés](#)

Lukács-Jakab Ágnes, Mészárosné Darvai Sarolta, Soósné Kiss Zsuzsanna, Fúzi Rita, Bihariné Krekó Ilona, Gradwohl Edina, Kolosai Nedda, Falus András, Feith Judit Helga

[Cikkismertetés: Pozitív mentális egészségműveltség: a norvég ifjúság körében kifejlesztett és validált mérőeszköz](#)

Maczali Katalin

[Cikkismertetés: Mennyire hatékonyak a családalapú és az intézményi táplálkozási beavatkozások a gyermekek étrendjének és egészségének javításában? - Szisztematikus áttekintés](#)

Nagy Barbara

[Cikkismertetés: Iskola-alapú tanterv a depresszió-műveltség fejlesztésére amerikai középiskolás diákok számára: egy randomizált hatásosság-vizsgálat](#)

Maczali Katalin

[Beszámoló az egészségfejlesztő testmozgással foglalkozó nemzeti kapcsolattartók november 13-14.-i zágrábi üléséről](#)

Veress Réka

[Cikkismertetés: A fiatalok kockázati viselkedésének és mentális egészségének szűrése - a YouthCHAT program](#)

Maczali Katalin

[A 2015/2016. tanév országos fittségmérési eredményei a Nemzeti Egységes Tanulói Fittségi Teszt \(NET-FIT®\) alapján](#)

Csányi Tamás, Kaj Mónika

[A HPV-oltás és a szülői egészségértés – kanyargós út az oltásig](#)

Kun Eszter

[Cikkismertetés: Iskolaközösségi gyermek-egészségfejlesztési és elhízás-prevenációs beavatkozás egy klaszter randomizált vizsgálata: a fun 'n healthy in Moreland! projekt eredményei](#)

Maczali Katalin

[Cikkismertetés: Egy kontrollált Egészségfejlesztő Iskola vizsgálat Hollandiában: hatások a beavatkozás után 1 és 2 évvel](#)

Maczali Katalin

[Cikkismertetés: Depresszió és az erőszak a serdülőkorúak és a fiatal felnőttek körében: három longitudinális kohorsz vizsgálat eredményeinek ismertetése](#)

Járomi Éva

[Cikkismertetés: Az ülő életmód és az elhízás fiatalok körében: áttekintő tanulmány a kapcsolódó felmérésekről és oksági elemzésekről](#)

Varga Anita

[Cikkismertetés: Az újonnan kialakított ellenállóképesség-fokozó program hatása a szülők és tanárok által észlelt ellenállás-támogató környezetre a hongkongi Egészségfejlesztő Iskolákban](#)

Maczali Katalin

[A leggyakoribb nemi betegségekre vonatkozó ismeretek középiskolai pedagógusok számára I. rész](#)

Burián Katalin, Spengler Gabriella

[Az étkezési magatartás összefüggése az ételválasztási motivációkkal és pszichológiai jellemzőkkel középiskolások körében](#)

Szabó Katalin, Pikó Bettina

[Komplex egészségfejlesztési beavatkozások lehetséges prevenciós megközelítései](#)

Járomi Éva, Kimmel Zsófia

[50 éves a Fodor József Iskola-egészségügyi Társaság](#)

Aszmann Anna, Mezei Éva, Andrásovszky Csilla

[E3 - Energia-egyensúly Egészségprogram Egyetemistáknak](#)

Kubányi Jolán, Breitenbach Zita, Raposa László³ Bence, Szabó Zoltán

[Az iskolai egészségfejlesztés hazai és nemzetközi szemléletének bemutatása](#)

Járomi Éva, Vitrai József

[Óvodáskori szájapolás - egy mikro kutatás tükrében](#)

Baloghné Dr Bakk Adrienn, Ponty Erika

[A rendszeres reggelizés mint szokáskialakítás és érték közvetítés a középiskolás korosztályban](#)

Lelovics Zsuzsanna

[A kortársbántalmazás \(bullying\) mint népegészségügyi probléma](#)

Várnai Dóra, Zsíros Emese, Németh Ágnes

[A korai iskolaelhagyás csökkentését célzó szakpolitika - ismertető](#)

Solymosy József Bonifác

[A szexuális életre nevelő könyv ajánlója 81 évvel ez előttről](#)

Solymosy József Bonifác, Kárpáti Tímea

[Új, gyermekbántalmazás elleni irányelv egészségügyi szakemberek számára - összefoglalás](#)

Scheiber Dóra, Katonáné Pehr Erika, Bíróné Asbóth Katalin, Tománé Mészáros Andrea, Várnai Dóra, Kovács Zsuzsanna, Mészner Zsófia

[Egészségkommunikációs Felmérés Eredményei II. – Iskolai felmérés](#)

Zsíros Emese, Balku Eszter, Vitrai József

[A mindennapos testnevelés általános bevezetése, a 80 évvel ezelőtti kipróbálás után révbe ért](#)

Enhoffer Vivien

[„Régi, új és retró” – Beszámoló a Magyar Pszichológiai Társaság XXV. Országos Tudományos Nagygyűlésén tartott HBSC poszterműhelyről](#)

Költő András

[Van-e bizonyítható, egészségre gyakorolt pozitív hatása az iskolakertnek? Válaszkeresés a review módszer segítségével](#)

Kovács Piroska, Solymosy József Bonifác

[Egészségstílusokhoz illesztett, viselkedésváltozást célzó beavatkozások tervezése](#)

Járomi Éva, Szűcs Erzsébet, Vitrai József

[Jövők: a Lancet Bizottsági ajánlása a fiatalok egészségéről és jóllétéről](#)

Bíróné Asbóth Katalin, Arnold Petra, Várnai Dóra

[A WHO Gyermekkori Elhízás Leküzdésére Alakult Bizottságának jelentése 2016](#)

Henter Izabella

[Megjelent az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása kutatás legújabb felmérésének nemzetközi jelentése](#)

Németh Ágnes

[A teljes körű iskolai egészségfejlesztés koncepciója](#)

Solymosy József Bonifác

[Egészséges életmóddal kapcsolatos kutatások a hazai iskolákban](#)

Járomi Éva, Szilágyi Kristóf, Vitrai József