

A lap olvasottsága, felmérés az olvasókról

The journal's popularity and a survey of our readers

doi: 10.24365/ef.v61i2.606

A folyóirat iránti érdeklődés az elmúlt időszakban sem csökkent, sőt. A havi látogatottság már 18 ezer feletti, naponta pedig közel 600-an keresik fel a lapban megjelent cikkeket. A statisztikai adatokat, illetve a legolvasottabb és legnépszerűbb cikkek rangsorát a megszokott ábra és táblázat mutatja be részletesen. Az előző lapszám szerkesztőségi közlése „Koronavírusjárvány: Tanulságok az egészségfejlesztési szakemberek számára” címmel a legérdekesebbnek bizonyult cikkek TOP 10-es listáján a második helyen szerepel („érdekességi” mutató: megtekintések száma/megjelenés óta eltelt napok száma), így fontosnak tartjuk, hogy az aktuális lapszámban is foglalkozzunk a témával. Új rovatot indítunk Mentális egészség címen, mert úgy véljük, hogy a koronavírus-járvány kapcsán kialakult helyzetben fontos figyelmet

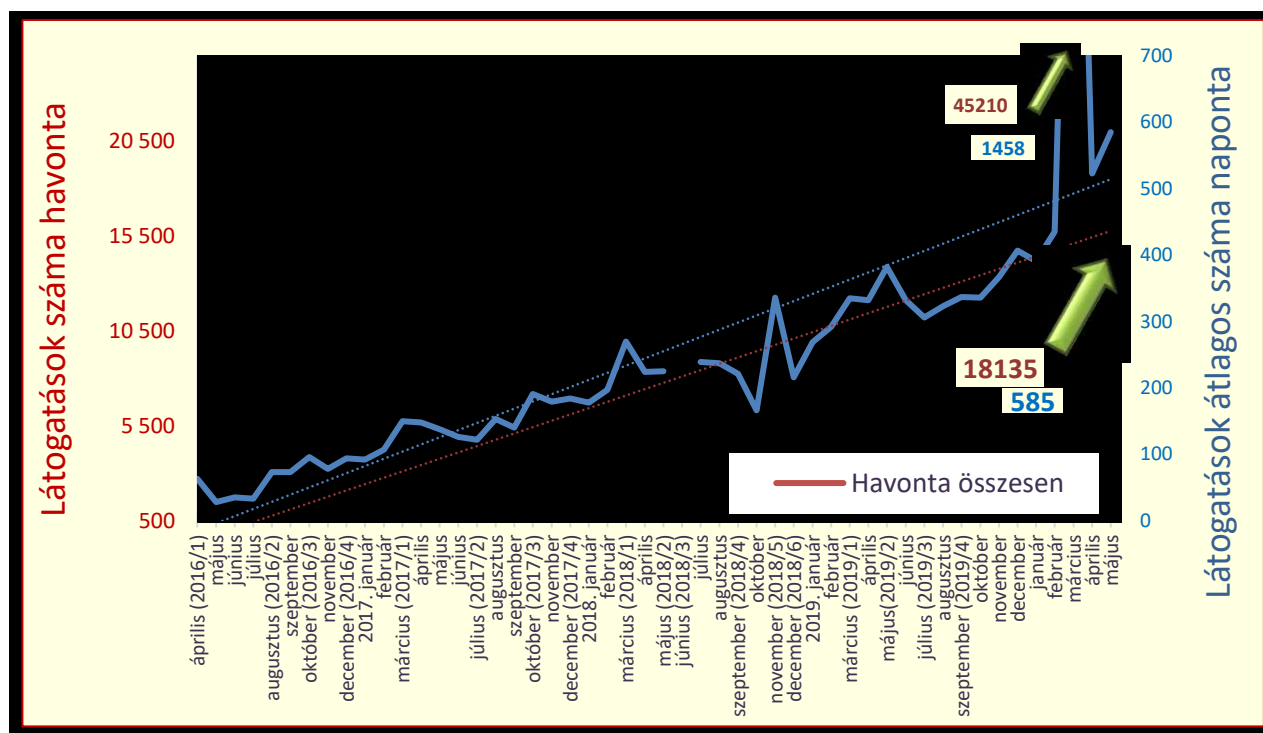
fordítani a mentális egészség fontosságára is.

Célunk, hogy a megjelenő kéziratok válogatásával minél jobban kielégítsük az olvasók érdeklődését, ezért egy rövid felmérésben való részvételre kérjük olvasóinkat. Az alábbi linken érhető el a rövid kérdéssor, melynek kitöltését előre is köszönjük!

[Felmérés az Egészségfejlesztés olvasóközönségéről](#)

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

A megjelenés előtti hetekben átmenetileg technikai okokból nem volt elérhető a lap weboldala, emiatt elnézést kérünk olvasóinktól.



* nincs adat

Megtekintések száma	Közlemény címe	Szerzők	Lapszám
ÖSSZEFOGLALÓ			
1083	Egészséges életmóddal kapcsolatos kutatások a hazai iskolákban	Járomi É, Szilágyi K, Vitrai J	2016. 1.
917	Hazai egészség-pillanatkép, 2017	Vitrai J, Bakacs M, Varsányi P	2017. 4.
893	A kortársbántalmazás (bullying) mint népegészségügyi probléma	Várnai D, Zsíros E, Németh Á	2016. 4.
802	Az egészségműveltség definíciói	Csimadia P	2016. 3.
761	A magyarországi egészségértés nemzetközi összehasonlításban	Koltai J, Kun E	2016. 3.
726	Kortárs egészségfejlesztési programok gyermekek és fiatalok körében a hazai és a nemzetközi szakirodalom tükrében – Szisztematikus áttekintés	Lukács-Jakab Á et al.	2018. 1.
714	A fizikai aktivitás, mint egészségbefektetés	Gabnai Z et al.	2019. 1.
702	Családközpontúság és ágazatközi együttműködés a kora gyermekkori intervencióban	Kereki J, Kispéter L-né	2018. 5.
630	Egészségfejlesztő program középiskolások körében – Az állapot felmérés eredményei	Pénzes G, Bíró É	2018. 4.
629	Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés területi egyenlőtlenségeinek vizsgálata az akut miokardiális infarktus okozta halálozás adatainak felhasználásával	Uzzoli A, Vitrai J, Tóth G	2017. 3.
TELJES KÖZLEMÉNY			
3593	A csecsemőkori allergia-megelőzés korszerű irányelvei és lehetőségei	Réthy A	2017. 1.
1958	Egészségfejlesztési Irodák hálózata	Bezzegh P	2016. 1.
1598	Egészséges életmóddal kapcsolatos kutatások a hazai iskolákban	Járomi É, Szilágyi K, Vitrai J	2016. 1.
1232	A fizikai aktivitás, mint egészségbefektetés	Gabnai Z et al.	2019. 1.
1154	Magyarország népegészségügyi rendszere és egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezetei	Túri G et al.	2018. 2.
1078	Energiaital fogyasztási szokások és egészségtudatosság a felsőfokú képzésben résztvevő hallgatók körében	Dojcsákné Kiss-Tóth É, Kiss-Tóth E	2018. 4.
1040	Hazai egészség-pillanatkép, 2017	Vitrai J, Bakacs M, Varsányi P	2017. 4.
721	Megjelent az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása kutatás legújabb felmérésének nemzetközi jelentése	Németh Á	2016. 1.
704	OKOSTÁNYÉR® – új táplálkozási ajánlás a hazai felnőtt lakosság számára	Szűcs Zs	2016. 4.
643	A magyarországi egészségértés nemzetközi összehasonlításban	Koltai J, Kun E	2016. 3.
"ÉRDEKESSÉG"			
3,08	A csecsemőkori allergia-megelőzés korszerű irányelvei és lehetőségei	Réthy A	2017. 1.
2,93	Koronavírusjárvány: Tanulságok az egészségfejlesztési szakemberek számára	szerkesztőség	2020. 1.
2,72	A fizikai aktivitás, mint egészségbefektetés	Gabnai Z et al.	2019. 1.
1,75	Energiaital fogyasztási szokások és egészségtudatosság a felsőfokú képzésben résztvevő hallgatók körében	Dojcsákné Kiss-Tóth É, Kiss-Tóth E	2018. 4.
1,56	Cikkismertetés: Ha öt szabályt betartunk, tíz évvel tovább maradhatunk egészségesek	Balogh E	2020. 1.
1,55	Krónikus betegségek előfordulásának gyakorisága Nyíregyháza felnőtt lakossága körében	Törő K et al.	2019. 5.
1,53	Magyarország népegészségügyi rendszere és egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezetei	Túri G et al.	2018. 2.
1,31	Egészségfejlesztési Irodák hálózata	Bezzegh P	2016. 1.
1,16	Hazai egészség-pillanatkép, 2017	Vitrai J, Bakacs M, Varsányi P	2017. 4.
1,07	Egészséges életmóddal kapcsolatos kutatások a hazai iskolákban	Járomi É, Szilágyi K, Vitrai J	2016. 1.

A mentális egészség a XXI. század egyik nagy népegészségügyi kihívása

Mental health as one of the biggest challenges in the 21st century

Szerző: Wernigg Róbert ✉

Nemzeti Népegészségügyi Központ, Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft.

Beküldve: 2020. 04. 22.

doi: 10.24365/ef.v61i2.586

Összefoglaló: A mentális egészség és jóllét kérdése a pszichés megbetegedések okozta növekvő betegségteher, valamint a mentális jóllét gazdasági kihatásai miatt a XXI. század egyik legnagyobb kihívása. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) a mentális egészségfejlesztést a megelőzhető nem fertőző megbetegedések kategóriájába sorolja, és azt indikátorok segítségével teszi vizsgálhatóvá. A célszámok elérése érdekében négy beavatkozási területet nevesít, melyek mindegyikét számos, bizonyítékokon alapuló beavatkozási stratégiával támogat meg. A jelen cikksorozatban a 3. beavatkozási terület, a mentális egészségpromóciós és prevenciók stratégiák alapfogalmai és beavatkozási stratégiái közül emelünk ki néhányat. Az alábbi öt cikkünk a következő témakörökkel foglalkozik: a mentális egészségműveltség; a környezeti tényezők, ezen belül a lakhatás mentális egészségre gyakorolt hatásai; a stressz és kiégés megelőzésére és kezelésére szolgáló néhány technika; a gyermekkori depresszió; végül, a gyermek- és serdülőkorú krízis és öngyilkosság.

Kulcsszavak: lelki egészség; népegészségügy; egészségfejlesztés

Summary: Mental health and wellbeing is a key challenge of the 21st century, due to the increasing burden of mental illnesses on the society and the impact of mental wellbeing on the economy. The World Health Organization (WHO) now classifies mental health promotion in noncommunicable disease (NCD) prevention, and sets out a number of mental health indicators and targets to assess progress. WHO presents four objectives, each supported by a number of evidence based strategies to achieve the targets. We herewith publish some key concepts and strategies which may contribute to objective 3, ie., to implement strategies for promotion and prevention in mental health. In the forthcoming series of five publications, we focus on the key topics of mental health literacy; the impact of environmental factors on mental health, especially housing; some techniques of preventing stress and burnout syndrome; childhood depression; and, finally, childhood and adolescence crisis and suicidal behavior.

Keywords: mental health; public health; health promotion

BEVEZETÉS

Az Amerikai Egyesült Államok országos tisztifőorvosa, David Satcher szállóigévé vált 1999-es megfogalmazása szerint: „nincs egészség mentális egészség nélkül”.¹ A WHO meghatározása szerint a mentális egészség „a jóllét olyan foka, amelyen az egyén megvalósítja képességeit, meg tud küzdeni az élet mindennapos nehézségeivel, eredménnyel és gyümölcsözően képes dolgozni, valamint hozzá tud járulni saját közösségéhez.”² Igaz, ezt a definíciót újabban kritika érte, Galderisi és munkatársai a következő meghatározást ajánlják helyette: „A mentális egészség a belső egyensúly dinamikus állapota, mely lehetővé teszi az egyéneknek, hogy képességeiket a társadalom univerzális értékeivel összhangban használják. Alapvető kognitív és társadalmi készségek: a képesség, hogy felismerje, kifejezze és szabályozza az egyén az érzéseit, és hogy együtt érezzen másokkal; rugalmasság és megküzdési képesség váratlan élethelyzetekkel és funkcionálás a társadalmi szerepekben; valamint a harmonikus kapcsolat a test és lélek között fontos részei a mentális egészségnek, melyek különböző mértékben hozzájárulnak a belső egyensúly állapotához.”³

A mentális egészség fontosságára való tekintettel a soron következő cikksorozatban elsősorban az egészségfejlesztők, egészségügyi és szociális területen dolgozók, valamint a pedagógusok tájékozódását igyekszünk szolgálni.

A MENTÁLIS EGÉSZSÉG KÉRDÉSKÖRE A XXI. SZÁZADBAN

A mentális egészség életminőségünk egyik fő összetevője: befolyásolja szubjektív valóságunk minden területét; érzelmi, lélektani, társadalmi jóllétünket, gondolkodásunkat, cselekvéseinket. Meghatározza, hogy hogyan viszonyulunk a világhoz, más emberekhez, az élethelyzetekhez, a stresszhez, a változásokhoz; kezdve kora gyermekkorunktól, a serdülőkoron át, végig a felnőtt életünkben.

Ugyanakkor a mentális egészség kérdése a XXI. században az emberiséget érő egyik fő kihívás is. Ezt jelzi a mentális állapotot érintő kórképek okozta

betegségteher előtérbe kerülése. Statisztikai adatok szerint az egyes (felismert) mentális zavarok előfordulási gyakorisága az utóbbi 30 évben nagyjából 10 és 60% közötti arányban nőtt.⁴ Világszerte 264 millió személy szenved depresszióban, amely a második legnagyobb terhet okozó nem fertőző betegség, és az öngyilkossági halálozás vezető oka. A demencia nagyjából 50 millió embert érint, amely arány az utóbbi 30 évben kétharmadnyival nőtt, és a lakosság egyre magasabb átlagéletkorára való tekintettel várhatóan továbbra is egyre növekedni fog, a mentális egészséget érintő egyéb problémákkal szövevényes mintázatot alkotva (mint amilyenek pl. a hozzátartozók kiégése, depressziója, de akár a társbetegségként jelen lévő depresszió is).⁵ A különböző szenvedélybetegségek és a stresszhez is köthető szervi megbetegedések (pl. pikkelysömör, túlsúly és elhízás, irritábilis bél szindróma, asztma stb.), szintén igen magas arányt képviselnek, főleg Európában, többek között Magyarországon is.

A mentális jóllét, illetve annak hiánya szoros odavissza ható összefüggést mutat a testi egészséggel, a társadalmi helyzettel, a végzettséggel, a foglalkoztatottsággal, a bűnözéssel.⁶ A stressz a munkahelyi termelékenység csökkentő legfontosabb tényező; ugyanakkor, a megfelelő munkahely a mentális egészség egyik legfontosabb feltétele.^{7,8}

A mentális egészség kérdését az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) immár a megelőzendő nem fertőző betegségek között nevesíti: indikátorok segítségével vizsgálják a világ országaiban a mentális egészség fejlesztésének lehetőségeit.⁹ Ilyenek például: azon országok aránya, ahol létezik a mentális egészségre vonatkozó korszerű jogszabály; az ellátott és ellátatlan mentális betegek aránya; azon országok aránya, ahol legalább kettő, a mentális egészség fejlesztésére irányuló program fut; az öngyilkossági halálozás; a mentális egészséggel kapcsolatos rutinszerű adatgyűjtés. A WHO a mentális megbetegedések megelőzésére az alábbi bizonyítékokon alapuló stratégiákat ajánlja:

1. minden politikai szinten képviselni a mentális egészség ügyét;
2. általános, alacsonyküszöbű, integrált közösségi szociális és egészségügyi (pszichiátriai) ellátást biztosítani;

3. a mentális egészséget érintő egészségfejlesztési és prevenciós programokat megvalósítani;
4. egyedi kutatásokat, valamint rendszerezett adatgyűjtést folytatni a mentális egészségre vonatkozóan.

Ezen általános alapelvekhez a WHO számos bizonyítékon alapuló eljárást és jó gyakorlatot felsorol.

A WHO fent említett 3. pontban nevesített ajánlásához kapcsolódnak azok a hazai, mentális egészséget érintő népegészségügyi fejlesztések, amelyek a Nemzeti Népegészségügyi Központnál futó európai uniós finanszírozású fejlesztés, az EFOP-1.8.0-VEKOP-17-2017-0000 kódszámú, „Az egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése” megnevezésű projekt eredményeként jöttek létre. E módszertani fejlesztések keretén belül a soron következő öt publikációban bemutatunk számos olyan fogalmat és bizonyítékon alapuló stratégiát, amely a mentális egészségfejlesztés és betegségmegelőzés szempontjából lényeges lehet.

Cikkeinkben különös figyelmet szentelünk egy nagyon fontos célcsoportnak, a gyermekeknek és a serdülőknek. Egyrészt a személyes rugalmasság, ellenállóképesség (reziliencia), mely a mentális egészség egyik legfontosabb védő tényezője, ebben az életkorban alapozódik meg, másrészt, a mentális zavarok jelentős része ebben az életkorcsoportban kezdődik, illetve a korábbi kezdet és a hosszabb ideig kezeletlenül maradó betegség rendszerint rosszabb kórjólattal jár.^{10,11}

HIVATKOZÁSOK

¹ Mental health: a report of the Surgeon General. Rockville (MD): US Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health; 1999.

² Mental Health: Strengthening our Response. World Health Organization, 2018.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> (Elérve: 2020.04.24.)

³ Galderisi S, Heinz A, Kastrup M, et al. Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*. 2015;14(2):231-3. doi: 10.1002/wps.20231. Idézi: Maczali Katali: A mentális egészség újradefiniálásának irányába - cikkismertetés [Toward a new definition of mental health - paper review]. *Egészségfejlesztés*, 59. évfolyam 1. szám, 2018. doi:10.24365/ef.v59i1.230

Elsőként az egészségműveltség jelentőségével foglalkozunk: meghatározzuk annak fogalmát, mérésének módját, majd utalunk annak fejlesztési lehetőségeire. Másodsor, számba vesszük azokat a lakhatással összefüggő környezeti tényezőket, amelyek a mentális egészséget közvetlenül befolyásolják. Harmadszor, a stressz és annak egyik következménye, a kiegész megelőzésének bizonyítékokon alapuló megelőzési eljárásai közül ismertetünk hármat: a mindfulness (tudatos jelenlét) alapú beavatkozásokat, a kognitív viselkedésterápiás, valamint a relaxációs módszereket. Negyedszer, a depresszió sajátosságait mutatjuk be a gyermekek és serdülők esetében, és utalunk a megelőzési és kezelési lehetőségekre. Végül, röviden összefoglaljuk a leggyakoribb, krízist kiváltó helyzeteket a fiatalok körében, amilyen a gyász, a szülők válása és az internetes zaklatás. Külön foglalkoztunk az öngyilkossági krízissel és a serdülők önsértésével.

ÖSSZEFOGLALÁS

A mentális egészség a XXI. század egyik nagy népegészségügyi kihívása. Cikksorozatunkkal segítséget kívánunk nyújtani azoknak az egészségfejlesztő, pedagógus, valamint humán segítő (szociális és egészségügyi) területen dolgozó szakembereknek, akik mindennapi munkájuk során rendszeresen találkoznak a mentális egészséget érintő kérdésekkel és megoldandó feladatokkal.

- ⁴ GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators: Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 2018. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32279-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32279-7/fulltext); (Elérve: 2020.04.24.) doi:10.1016/S0140-6736(18)32279-7
- ⁵ Regan, M. The interface between dementia and mental health: an evidence review. London: Mental Health Foundation, 2016. <https://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/Dementia%20paper.pdf> (Elérve: 2020.04.24.)
- ⁶ World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation. Social determinants of mental health. Geneva, World Health Organization, 2014. https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112828/1/9789241506809_eng.pdf (Elérve: 2020.04.24.)
- ⁷ Leka S, Jain A. Mental Health in the Workplace in Europe. European Commission, 2017. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/compass_2017workplace_en.pdf (Elérve: 2020.04.24.)
- ⁸ Baumann A, Muijen M. Mental health and well-being at the workplace – protection and inclusion in challenging times. World Health Organization Europe, 2010. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/124047/e94345.pdf (Elérve: 2020.04.24.)
- ⁹ Mental health action plan 2013-2020. World Health Organization, 2013. ISBN 978 92 4 150602 1 https://www.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf (Elérve: 2020.04.24.)
- ¹⁰ Weir K. Maximizing children's resilience. *Monitor on Psychology*. 2017;48,8-40. American Psychological Association. <https://www.apa.org/monitor/2017/09/cover-resilience> (Elérve: 2020.04.24.)
- ¹¹ de Girolamo G, Dagani J, Purcell R, et al. Age of onset of mental disorders and use of mental health services: Needs, opportunities and obstacles. *Epidemiology and psychiatric sciences*. 2012;21:47-57. Cambridge University Press, doi:10.1017/S2045796011000746.

Mentális egészségműveltség

Mental health literacy

Szerzők: Kormos-Krakkó Ágnes ✉, Szabó Gabriella
Nemzeti Népegészségügyi Központ, Budapest

Beküldve: 2020. 04. 22.
doi: 10.24365/ef.v61i2.584

Összefoglaló: Hazánkban a mentális egészségműveltség, mint a mentális egészséget befolyásoló tényező kutatása, még kezdeti fázisban van. Azonban az egyre növekvő arányú mentális zavarok megelőzése szempontjából a mentális egészségműveltség kiemelt fontosságú terület. A mentális zavarral küzdők számára nehézséget jelent a zavar, probléma tüneteinek felismerése, a stigmatizáció leküzdése és a megfelelő professzionális segítség kérése. Jelen tanulmányban bemutatásra kerül a mentális egészségműveltség definíciója, komponensei, a mentális egészségműveltséget felmérő kutatások, valamint az, hogy miként lehet a mentális egészségműveltséget fejleszteni, és így a segítségkérési attitűdöt javítani.

Kulcsszavak: mentális egészségműveltség; megelőzés; segítségkérő viselkedés; stigmatizáció; mentális egészség

Summary: Research on the relationship between mental health and mental health literacy is still in its infancy in Hungary. Nonetheless, mental health literacy is an essential factor in preventing increasingly prevalent mental disorders. People suffering from mental disorder may struggle with symptom identification, fighting the stigma, and seeking sufficient help. In this study we present the definition and components of mental health literacy, the research conducted on mental health literacy assessment, and ways of improving help-seeking attitudes and behavior.

Keywords: mental health literacy; prevention; help-seeking behavior; stigmatization; mental health

BEVEZETÉS

Hazánkban a mentális egészségműveltség egy kevésbé kutatott terület, azonban a nagy népegészségügyi jelentőséggel bíró mentális betegségek megkövetelik, hogy egyre nagyobb hangsúlyt fektessünk erre a szegmensre. A következőkben a mentális egészségműveltség definíciója, komponensei, a mentális egészségműveltséget felmérő kutatások kerülnek bemutatásra, valamint hogy miként lehet a mentális egészségműveltséget fejleszteni, és így a segítségkérési attitűdöt javítani.

MENTÁLIS EGÉSZSÉGMŰVELTSÉG DEFINIÁLÁSA

A testi betegségek esetén széles körben elfogadott az, hogy milyen előnyökkel jár, ha az emberek tudják, hogy az adott betegség hogyan előzhető meg, milyen korai beavatkozások és kezelési lehetőségek állnak rendelkezésre.¹ Azonban ha a mentális zavarokra gondolunk, már nem mondható el ugyanez. A mentális zavarokkal kapcsolatban sok esetben az érintettek nem tudják, hogy mit tegyenek a megelőzés érdekében, későn vagy egyáltalán nem

fordulnak segítségért, sőt bizonytalanok abban is, hogy másoknak miként nyújtsanak segítséget.^{1,2,3} Ahhoz, hogy ezen a területen változásokat érzünk el, elsőként a mentális egészségműveltség fogalmával kell tisztában lennünk.

A mentális egészségműveltség olyan fogalom, amely az egészségműveltség, egészségértés területéből alakult ki. Az egyének általános műveltségének, a nyelvi és a kvantitatív készségeinek központi szerepe van a mentális egészségtudatosság fejlesztésében.⁴ A mentális egészségműveltség a „mentális zavarokkal kapcsolatos ismereteket és meggyőződést foglalja magában, amely elősegíti ezen zavarok felismerését, kezelését és megelőzését”.^{5(182.o.)} Később ezt a meghatározást kibővítették, így napjainkban olyan ismereteket jelent, melynek birtokában az emberek képesek megelőzni és felismerni a mentális zavarokat; képesek alkalmazni az enyhe és közepes szintű problémákra a hatékony önségítő stratégiákat és elsősegélynyújtó ismereteket, hogy másokon segítsenek.⁴

A MENTÁLIS EGÉSZSÉG MŰVELTSÉG KOMPONENSEI

A mentális egészségműveltség az alább ismertetett komponensekből tevődik össze:

1) A mentális zavarok megelőzésének és a kockázati tényezőknek az ismerete

Az első és egyben legfontosabb komponens a mentális zavarok megelőzésére vonatkozik. A mentális zavarok kialakulásában számos olyan kockázati tényező játszhat szerepet, amely kevésbé ismert. A mentális egészséget befolyásoló tényezők nemcsak olyan egyéni jellemzőket foglalnak magukban, mint például az egészségmagatartás, életmód, vagy a megküzdési készségek, hanem a társadalmi-gazdasági, kulturális és környezeti tényezőket is (pl. jövedelem, társadalmi helyzet, lakhatás, munkakörülmények, szolgáltatásokhoz való hozzáférés). Ezen tényezőknek kedvező irányba történő változtatása a mentális egészség fejlesztését, a mentális zavarok megelőzését szolgálja. A mentális egészségfejlesztés egyik eszköze az egészségnevelés, melynek segítségével olyan beavatkozásokat végezhetünk, amellyel növelhetjük a közösség mentális

egészséggel kapcsolatos tudását. Lényeges kiemelni, hogy Nutbeam szerint a mentális egészségre vonatkozó információkat mindenki számára érthető módon kell megfogalmazni, és ezeket a gyakorlati társadalmi készségekhez és kommunikációs elemekhez kell igazítani.⁶

2) Bizonyos mentális problémák felismerésének a képessége

A második jelentős tényező a lelki betegségek felismerésének fontossága. Ennek értelmében az egyéneknek ismerniük kell ezen zavarok főbb tüneteit, hogy minél hamarabb segítséget tudjanak kérni. Több kutatás is megerősíti, hogy az egyének jelentős része nem ismeri fel a depresszió, a szkizofrénia, a szorongásos zavar tüneteit.^{7,8,9} A mentális zavarok késői felismerése súlyos következményekkel járhat, ezt támasztja alá az a megállapítás is, hogy minél hosszabb az az időtartam, amíg a zavart, problémát nem kezelik, annál rosszabb a kezelés eredményessége.¹⁰ Fontos ok a mentális zavarok időben történő felismerésének elmaradásában az, hogy a legtöbb zavar fiatal korban kezdődik, amikor az egyén még biztosan nem ismeri a zavar jellemzőit.¹¹ Ezen segíthet a támogató szülő, ha felismeri a tüneteket és elősegíti gyermeke mielőbbi szakemberhez fordulását.

3) Az elérhető professzionális segítség ismerete

A harmadik komponens az elérhető, hatékony kezelés ismerete. Ha egy mentális zavarban szenvedő egyén felismeri tüneteit, az nagymértékben elősegíti, hogy az egyén időben segítséghez forduljon. Ezzel együtt fontos teljesülnie annak is, hogy az egyéneknek bízniuk kell mind a szakemberben, mind pedig a szakemberek által nyújtott kezelésben, ellenkező esetben nem veszik igénybe a szolgáltatást és a kezelési javaslatot sem tartják be. Kutatások támasztják alá, hogy az informális segítségforrást (család, barátok) sok esetben sokkal pozitívabbnak értékelik, mint a formalist (egészségügyi szakemberek).^{12,13} Habár az is rendkívül hasznos lenne, ha az érintett egyének a családtagjaikhoz, barátaikhoz, munkatársaikhoz fordulnának segítségért, a problémát mégis az jelenti, ha ez a professzionális segítség helyett történik.³

4) Az öngondoskodó és önségítő lehetőségek ismerete

A negyedik tényező az öngondoskodó és önségítő stratégiák, lehetőségek ismerete. Ezen stratégiák arra szolgálnak, hogy az egyének mentális egészségüket fenntartsák és a lelki zavarokat megelőzzék, kialakulásakor pedig kezeljék azokat. Fontos, hogy az önségítő stratégiák önmagukban csak az enyhe, szubklinikai tünetekkel rendelkezők számára hasznosak, és nem azok számára, akiknek már klinikai tüneteik vannak. Utóbbi esetben szakember segítsége is szükséges a gyógyuláshoz. Számos olyan stratégia van, amely ezt elősegíti, ilyen például: a rendszeres fizikai aktivitás, az egészséges táplálkozás, a stresszkezelés, a minőségi alvás, a relaxáció, a professzionális vagy informális segítségkérő attitűd, az örömszerző tevékenység megtalálása.⁷

5) Ismeretek a mentális elsősegélynyújtásra vonatkozóan

A mentális zavarok kezelésére alkalmas önségítő tevékenységek ismerete mellett a közösségnek fontos ismernie, hogy miként tudnak másokon segíteni. Ahogy fentebb már megállapítottuk, az egyének sok esetben nem ismerik fel a mentális zavarok tüneteit és emiatt, vagy akár tudatosan, nem fordulnak segítségért, így a zavar később kerül felismerésre. Az ilyen esetekben megkönnyítheti a zavar felismerését az érintett személyes társas hálójára és az időben történő segítségkérést a mentális elsősegélynyújtás eszközeinek ismerete. Az egyének sokszor hamarabb elfogadják a professzionális segítségnyújtást, ha azt egy közeli ismerős, barát ajánlja.¹⁴ Továbbá azt is figyelembe kell vennünk, hogy az egyének inkább fogadnak el informális, azaz barátoktól, családtól kapott támogatást, mint formális, így a mentális elsősegélynyújtás eszköze alkalmas arra, hogy mielőbb felismerésre kerüljön a zavar vagy krízisállapot, és a megfelelő szakemberhez kerüljön az érintett.

A MENTÁLIS EGÉSZSÉGMŰVELTSÉG FELMÉRÉSE ÉS AZ AZT CÉLZÓ KUTATÁSOK

A mentális egészségműveltség területe viszonylag új megközelítésnek számít a mentális egészségfejlesztésben. Újszerűségét az is mutatja hazánkban, hogy a „mental health literacy” AND „Hungary” keresőszavakkal egyetlen releváns tudományos közleményt sem találtunk a Google Tudós (Google Scholar) adatbázisban. A PubMedben ugyanezekkel a keresési szavakkal 2 cikket találtunk, azonban témájukat tekintve nem voltak relevánsak. A mentális egészségműveltség mérésére alkalmas eszköz magyar nyelvre történő adaptálása is csak 2016-ban történt meg, amely arra utal, hogy általában a mentális egészségműveltség kutatásának kérdésköre még igen kezdeti fázisban jár hazánkban.¹⁵

A nemzetközi szakirodalom tanulmányozása alapján elmondható, hogy a mentális egészségértést célzó beavatkozások hatásának mérése nagy kihívást jelent. A mentális egészségműveltséget elősegítő beavatkozások nem teljes körűen célozzák meg a már fentebb említett mentális egészségműveltség komponenseit.¹⁶ Ugyan számos vizsgálatot végeztek a mentális egészségműveltséget mérő eszközök áttekintésére, ám ezek egyrészt nem mérik fel a mentális egészségműveltség összes komponensét, másrészt a legtöbb vizsgálati eszköz nem rendelkezik pszichometriai tulajdonsággal, így nehéz meghatározni a felmérés validitását.¹⁶

Jorm – a téma neves kutatója – és mtsai az egyik mentális egészségműveltséget felmérő vizsgálatba Ausztráliában 2000 embert vontak be.¹ A vizsgálatban a résztvevőknek azonosítania kellett a depresszió és a szkizofrénia jellemzőit. A bevont személyek 39%-a helyesen azonosította a depressziót, míg a szkizofréniaét 27%-uk ismerte fel. Továbbá megkérdezték a vizsgálatban részt vevőket arról is, hogy melyik megoldást tartják a legmegfelelőbbnek a két zavar kezelésének szempontjából. A válaszadók fele nyilatkozott úgy, hogy pszichiáter és pszichológus a legjobb megoldás, kisebb arányban pedig megoldásként a telefonos tanácsadást, háziorvoshoz, közeli baráthoz és családtaghoz való fordulást jelölték meg. Ezek alapján elmondható, hogy a segítségkérésről és a segítséget nyújtó személyről alkotott véleményt szükséges formálni a mentális egészségműveltség fejlesztésével. Már az is nagy eredmény lenne, ha a mentális zavarban szenvedők nagyobb

arányban kérnének segítséget az őket érintő megbélyegzés leküzdésével.

A mentális egészségműveltség életkorbeli eltérései is felmérésre kerültek egy ausztrál vizsgálatban 2003 és 2004 között a 18 év felettek körében.¹⁷ A felmérés a depresszió és a szkizofrénia felismerésére, a mentális zavarokkal kapcsolatos ismeretekre, a szakemberek segítőkészségére, az orvosi, pszichológiai és életmódbeli kezelésekről való meggyőződésre, valamint a valószínűsíthető okokra vonatkozott. Az eredmények alapján életkorbeli különbségek mutatkoztak. A 70 év felettek kevésbé tudták felismerni a szkizofréniát és a depressziót a fiatalokhoz képest. A 18–24 évesek körében gyakoribb volt a depresszió helyes azonosítása, azonban kevésbé voltak képesek a szkizofrénia felismerésére. További különbség volt megfigyelhető az idősebbek és a fiatalabbak között azzal kapcsolatosan, hogy az idősebbek véleménye szerint a szkizofréniát a személyiség gyengesége okozza. A fiatalok az informális segítségkérést is hasznosnak tartják szemben az idősekkel, akik kevesebb segítségkérési lehetőséget jelöltek meg. Az eredmények alapján elmondható, hogy sokkal specifikusabb és a kornak megfelelő üzenetek, információk átadására lenne szükség a mentális egészséggel kapcsolatosan.

Furnham és Hamid összesen 30 cikket tekintettek át mentális egészségműveltséggel foglalkozó kutatásukban, melyek a kultúrák közötti összehasonlításra vonatkoztak.¹⁸ Számos kutatásban bizonyították a mentális egészségműveltség korral, nemmel és társadalmi-gazdasági helyzettel való összefüggését. A nőknek a férfiakkal szemben, a magasabb társadalmi-gazdasági helyzetben lévőknek az alacsonyabb helyzetűekkel szemben és a városban élőknek a vidékiekkel szemben magasabb a mentális egészségműveltsége. A tanulmány alapján kiemelendő, hogy a városban élők sokkal inkább ismerik

fel a depresszió és szkizofrénia tüneteit, és sokkal nagyobb valószínűséggel ajánlják a professzionális segítségnyújtást a mentális zavarok kezelésére, mint a vidéki lakosok.¹⁸

A mentális egészségműveltség fejlesztése magában foglalja a segítségkérés útjában álló akadályok feloldását is. A segítségkérést akadályozó és támogató tényezők ismerete és befolyásolása jelentős szerepet bír a lakosság mentális egészségi állapotának javításában. A mentális zavarok előfordulási gyakorisága 16–24 éves korban a legmagasabb. Ennek ellenére csupán az érintettek 18–34%-a keres szakmai segítséget súlyos depresszív vagy szorongásos tünetek esetén. Sajnos ez a jelenség nemcsak a fiatal felnőttekre, hanem általában minden korosztályra jellemző.¹⁹ Igen meghatározó lehet a mentális állapot további alakulására, hogy a mentális zavarral küzdő megfelelő segítségben részesül-e. Gulliver és mtsai szisztematikus áttekintő közleményükben 13, a segítségkérő viselkedés útjában lévő, azt akadályozó és meghatározó tényezőt azonosítottak. A kutatás során 22 vizsgálat kvalitatív elemzését készítették el, melyből 13 vonatkozott a fentebb említett tényezőkre. Az 1. táblázatban látható, hogy leggyakrabban az önstigmatizációt kutatták, 13-ból 10 vizsgálat tárgyát ez képezte, míg az, hogy az önstigmatizáció negatív hatású lehet az egyén karrierjére, csupán egy vizsgálatban merült fel.¹⁹

Kifejezetten a segítségkérést támogató tényezőket csupán 3 kutatásban vizsgálták. Az arra vonatkozó eredményeket a 2. táblázatban részletezzük.¹⁸

Mindezek alapján a stigmatizáció csökkentése, az egészségműveltség növelése és az önsegítő eszközök minél szélesebb körben történő megismertetése hatékony eszköznek bizonyulhat a segítségkérő viselkedés bátorításában.¹⁹

1. táblázat: 13 meghatározó akadályozó tényező a segítségkérő viselkedés útjában¹⁹

Rangsor	Téma	Erre vonatkozó kutatások száma (N=13)
1.	Mentális megbetegedéssel összefüggő észlelt társadalmi és önstigmatizáció.	10
2.	Kétségek a titoktartást és megbízhatóságot illetően.	6
3.	Nehézségek a mentális megbetegedések tüneteinek felismerésében, a tünetek tévesen normálisnak minősítése.	5
4.	A szolgáltató jellegzetességeivel kapcsolatos aggodalmak (szakember hitelessége, ismeretségi szintje, elfoglaltsága, közhelyek hangoztatása, ítélkező hozzáállása, stb.).	5
5.	Önmagába vetett hit és bizalom, hogy betegségét, problémáját le tudja küzdeni segítség nélkül.	5
6.	Mentális egészséggel foglalkozó szolgáltatások ismeretének hiánya.	4
7.	A stressztől való félelem, amely a segítségkéréssel vagy magával a segítség forrásával kapcsolatos.	4
8.	Elérhetőség problémája (idő, költség, közlekedési lehetőségek, stb. elsősorban a vidékiek körében).	4
9.	Érzelmek kifejezésének nehézsége vagy az azok elől való elzárkózás.	3
10.	Nem akar mást terhelni.	2
11.	A segítség más formáját preferálja (pl. család, barátok, stb.).	2
12.	Aggodalmak azzal kapcsolatban, hogy negatívan hat a karrierjére.	1
13.	Mások nem látják indokoltnak a segítség igényét vagy nincs meg a szükséges készségük a segíteshez.	1

Forrás: saját szerkesztés

2. táblázat: A segítségkérést támogató tényezőkre vonatkozó eredmény¹⁸

Rangsor	Téma	Erre vonatkozó kutatások száma (N=3)
1.	Segítségkérésre vonatkozó korábbi pozitív tapasztalatok.	3
2.	Társas támogatás vagy a segítségkérés bátorítása mások által.	2
3.	Bizalom a szolgáltató irányába és a titoktartásban.	2
4.	Pozitív kapcsolat a szolgáltatást nyújtókkal.	2
5.	Iskolázottság és tudatosság.	1
6.	A probléma súlyosnak észlelése és minősítése.	1
7.	Érzelmkifejezésre igény és nyitottság.	1
8.	Segítségkéréssel kapcsolatos pozitív attitűdök.	1

Forrás: saját szerkesztés

A MENTÁLIS EGÉSZSÉGMŰVELTSÉG FEJLESZTÉSÉNEK LEHETŐSÉGEI

Hogyan lehet a segítségkérő viselkedést elősegíteni, bátorítani? Miért fontos az ismeretterjesztés?

Mint láttuk, a mentális egészségműveltség fejlesztése kiemelt fontossággal bír a mentális zavarok megelőzésében, a mentális zavarral élők stigmatizáltságának csökkentésében, valamint általában a segítség és segítségkérés bátorításában. Kutatások bizonyítják, hogy a mentális egészségműveltség növekedése együtt jár a stigmatizáció csökkenésével, és így hozzájárul a segítségkéréssel kapcsolatos pozitív attitűd növekedéséhez.²⁰

Azonban annak a kérdésnek a megválaszolásához, hogy miként is lehet hatékonyan fejleszteni a mentális egészségműveltséget érdemes néhány vizsgálati eredményt áttekinteni.

A mentális egészségműveltség fejlesztését célzó beavatkozások lehetnek:

- a teljes lakosságot célzó kampányok,
- fiatalokat célzó beavatkozások,
- iskolai programok,
- és egyéni képzési programok.²¹

A teljes lakosságot célzó kampányok sikerességéhez Kelly és mtsai szerint 7 elem szükséges:²¹

1. A célcsoport előzetes felmérése annak érdekében, hogy az üzenet tartalmát minél pontosabban hozzájuk igazítsák.
2. A kampány stratégiai felépítése egy meghatározott elméleti modellnek megfelelően történjen, pl. Ajzen tervezett cselekvés modellje vagy a Prochaska és mtsai által megalkotott viselkedésváltozás transzsteoretikus modellje.
3. A célcsoport homogén alcsoportokra bontása a szükségletek és preferenciák mentén, hogy az üzenetek és szolgáltatások minél jobban illeszkedjenek.
4. Az üzenetek tartalmi, formai és egyéb jellegzetességei megfeleljenek a homogén célcsoport szükségleteinek és preferenciáinak.
5. Az üzenetek a célcsoportnak megfelelő médiaszaton, célzott helyeken és megfelelő időzítésben jelenjenek meg.
6. Annak felmérése, hogy az üzenet elérte-e a célcsoportot, illetve szükség esetén a stratégia és üzenetközlés jellegzetességeinek módosítása.

7. A kampány hatékonyságának felmérése a kívánt attitűd- és viselkedésváltozás tekintetében.

Mindezen tényezők figyelembevétele nagy jelentőséggel bír a mentális egészséget megcélzó népegészségügyi beavatkozások tervezésekor.

Chang kutatása rámutat arra, hogy az ismeretterjesztés során a narratív megközelítés hatékonyabb az érvelő technikával szemben.²² A narratív megközelítés esetén jellemzően egy érintett karakter meséli el kronológiai sorrendben, az oksági kapcsolatokat kiemelve személyes történetét. Így lehetőség nyílik arra, hogy hiteles forrásból, teljes kontextusban – értve ezalatt az ok-okozati összefüggéseket –, történjen az ismeret átadása. Eközben a hallgatóság érzelmileg is bevonódik, amely elősegíti az empátiás együttérzés megjelenését, szimpátia alakul ki a szereplő irányába, így csökkentve a vele és az általa képviselt csoporttal szembeni megbélyegzést. A narratív megközelítés további előnye, hogy alkalmazásakor a segítségkérés hajlandósága is magasabb arányú, és az átadott ismeretek élénkebben vésődnek be a memóriába. Ezzel szemben az érvelő technika didaktikus, racionális ismeretátadást jelent egy előadáshoz hasonlóan, ezáltal csak kognitív szinten vonódik be a hallgatóság, hatása csekélyebb.²²

A narratív ismeretterjesztés hatékonysága még tovább növelhető, ha jól ismert személyek vallanak saját mentális zavarukról „coming out” formájában. Mindez jelentősen hozzájárul a stigmatizáció csökkentéséhez – feltételezhetően mind az észlelt társadalmi, mind az önstigmatizáció esetén –, és elősegíti a szaksegítség felkeresését.²³ A segítségkérést facilitáló tényezőkkel ötvözve ez a hatás tovább növelhető, így például, ha az ismert személy beszámol arról, hogy milyen pozitív tapasztalatai vannak a segítségkéréssel kapcsolatban és bátorítja „sors társait” a segítség felkeresésére.²¹

A stigmatizációtól való félelem miatt az olyan közösségekben ahol alacsonyabb a mentális egészségműveltség, javasolt inkább olyan felületeken folytatni a narratív megközelítésű ismeretterjesztést, melyet az érintett személyek anonim módon érhetnek el (pl. internet, szélesebb témakörű újságok, televíziós műsorok, filmek mellékszálai, stb.). Fokozatosan lehet egyre direktebb lehetőségeket biztosítani, például anonim telefonos lelki segélyszolgálatot vagy különböző, akár személyes találkozón is

alapuló fórumokat, majd lehetőség nyílhat további, direktebb például iskolai vagy munkahelyi programok megvalósítására is.²²

Az online felületen keresztül megvalósuló beavatkozások esetén kiemelendő előny az anonimitás mellett az is, hogy könnyen, bármikor és bárhol elérhető, valamint a megjelenített tartalmak megbízhatósága is ellenőrizhető, továbbá a felhasználó számára nem jár költséggel. A mentális egészségműveltség fejlesztéséhez jelentősen hozzájárul az olyan információk közvetítése is, mint a mentális egészségre és a mentális zavarokra vonatkozó ismeretek, a lehetséges segítséget nyújtó szolgáltatások ismertetése és az elérhetőségének feltüntetése.²⁴ A hatékonyság fokozható azzal, ha a tartalom strukturált, nyelvezete és megjelenése az adott célcsoporthoz igazított, magában foglalja a pszichoedukációt, az interaktív és tapasztalati tanulás elemeit is. Az általános, didaktikus, direkt, valamint strukturálatlan tartalom kevésbé hatékony a mentális egészségműveltség fejlesztésében.²⁰

Az egyes csoportok egészségműveltsége és észlelt társadalmi, illetve önstigmatizáció mértéke az életkor, nem és kulturális sajátosságok alapján is nagyon eltérő lehet. A stigmatizációt tápláló előítéletek és tévhitek szintén mutathatnak eltérést bizonyos csoportokban, így a hatékony beavatkozás figyelembe kell, hogy vegye az egyes célcsoportokat, és célcsoportokon belül lévő esetleges egyéb, például etnikulturális sajátosságokból származó különbségeket. Ezért javasolt, hogy az adott célcsoporthoz illesztett kommunikációs csatornát, kommunikációs stílust és a rájuk jellemző előítéletek és tévhitek leépítését szolgáló technikákat alkalmazzon az egészségműveltséget célzó beavatkozás.^{25,26}

A közösségi szinterek közül kiemelendő az iskola szerepe. E tekintetben jó eredményeket felmutató kanadai program is rendelkezésünkre áll, amelyben a mentális egészséggel kapcsolatos ismeretek és attitűdök formálása az iskolai tanterv keretein belül történt. Hatása hosszabb távon is szignifikáns változást idézett elő a részt vevő középiskolások mentális egészséggel és zavarokkal kapcsolatos ismeretei és attitűdje terén.²⁷ Hasonló program Magyarországon is megvalósult a „Youth Aware of Mental Health Programme” (YAM) program keretében, ahol 2 független oktató tartott 6 alkalommal 45 perces mentális egészségműveltség növelését és öngyilkosság megelőzését célzó előadásokat.²⁸

Munkahelyi szintre vonatkozóan érdemes megemlíteni a „Mental Health Awareness Training” (MHAT) programot, mely egy 3 órás mentális egészségműveltséget fejlesztő kezdeményezés, kifejezetten vezetők számára. A programon résztvevő menedzserek mentális egészséggel kapcsolatos ismeretei jelentősen nőttek, attitűdjük pozitívabbá vált, továbbá énhatékonyság-érzetük, a lelki egészség promóció iránti elkötelezettségük is szignifikánsan növekedett.²⁹

Kifejezetten izgalmas kutatási téma lenne az idős mentális egészségműveltséget fejlesztő programok kialakítása és hatékonyságának mérése. Azonban erre vonatkozó tanulmányt nem találtunk az általunk használt adatbázisokban, a Google Tudásban és a PubMedben. Figyelembe véve azt, hogy hazánkban az idősök körében igen magas az öngyilkosság, depresszió, demencia és az időskori paranoia, szükséges lenne külön őket célzó programok kidolgozása is.

A magyar felnőtt lakosság körében kiemelendő az egészségfejlesztési irodák (EFI) mentális egészségműveltséget célzó tevékenysége. Ezen tevékenységek között megtalálhatók lakossági nyomtatott tájékoztató anyagok, ismeretterjesztő előadások, de olyan komplexebb programok is, amelyek egyszerre szolgálnak érzékenyítő, ismeretátadó és segítségnyújtást, illetve segítségkérést bátorító elemekkel. Ide tartozik például a „Mentális elsősegélynyújtás TTT” (Train The Trainer) képzés, illetve a szintén TTT-n alapuló „Stresszkezelést és kiégést megelőző program”.³⁰

Egyéni szinten is hozzá lehet járulni egy olyan légkör kialakításához, ahol a segítség kérése elfogadott, a segítség pedig érték. Azok körében, akiknek nehezükre esik segítséget kérni, gyakran felfedezhető valamilyen, a segítségkéréssel kapcsolatos negatív hiedelem. Ilyen lehet például, hogy „a segítségkérés a gyengeség jele”, „ha segítséget kérek, mindenki megtudja, hogy mennyire ostoba vagyok”, „egyedül kell megoldanom”, „ha segítséget kérek, az kiszolgáltatottá tesz a másiknak”, stb. Mint láthatjuk, ezek a gondolatok gyakran valamilyen negatív érzéssel járnak, mint például szégyennel vagy kiszolgáltatottsággal, amit érthető módon az egyén nem szeretne átélni. Segíthetjük őt azonban azzal, ha megosztjuk egy történetünket, amikor mi magunk segítségre szorultunk és bár vonakodtunk segítséget kérni, anélkül nem sikerült volna a helyzetet

megoldanunk. Ez az irányított önfeltárás technikája, amikor saját életünkben oszunk meg egy személyes tartalmat annak érdekében, hogy ezzel normalizáljunk, elfogadottá tegyünk bizonyos érzéseket és viselkedéseket. Ez modelltanulás során mintát is nyújthat a másik személynek, és csökkenti az adott viselkedéshez kapcsolódó önstigmatizáló, negatív érzéseket. Abban az esetben, ha a segítségkéréssel kapcsolatban nagyon merev a negatív hiedelem, valamint a személy minden módon szeretné elkerülni, hogy „kiszolgáltatottá” váljon a másiktól, érdemes egy kis szívességet kérni és majd azt követően segítséget felajánlani, hogy így egyensúly legyen a kapcsolatban. Gyermek esetén érdemes olyan normákat közvetíteni, ami a segítségkérő viselkedést elfogadja és bátorítja. Segítségkérés esetén a gyermek rendelkezésére kell állni és olyan módon bánni vele, hogy ne éljen át szégyenérzetet azért, amiért nem tudott valamit megoldani.

ÖSSZEGZÉS

Az egyének mentális egészségműveltségét fejleszteni kell annak érdekében, hogy a mentális egészséggel kapcsolatos ismereteiket bővítsék, a mentális zavarban szenvedők diszkriminációját enyhítsük, valamint, hogy a közösségekben a mentális zavarokat időben felismerjék és így az egyének megfelelő beavatkozáshoz jussanak. Ugyancsak fontos az egyének pszichiátriai és pszichológiai kezelésekkal kapcsolatos ismereteit bővíteni és véleményét is formálni. A megfelelő szintű mentális egészségtudatosság hozzájárul az egyén, a közösség és az egész társadalom rezilienciájához, öngondoskodó képességéhez annak érdekében, hogy minél hosszabb távon, az idő jelentős részében élvezhessék a lelki egészség és jóllét állapotát. Ugyanakkor szintén hosszútávon csökkentheti az egészségügyi és szociális ellátás terheit, mérsékelve az egyes célcsoportok közötti egészséggegyenlőtlenségeket.¹⁶

HIVATKOZÁSOK

- ¹ Jorm AF. Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *Am Psychol.* 2010;67(3):231-243. doi: [10.1037/a0025957](https://doi.org/10.1037/a0025957)
- ² Malla A, Joober R, Garcia A. "Mental illness is like any other medical illness": a critical examination of the statement and its impact on patient care and society. *J Psychiatry Neurosci.* 2015;40(3):147-150. doi: [10.1503/jpn.150099](https://doi.org/10.1503/jpn.150099)
- ³ Bonabi H, Müller M, Ajdacic-Gross V. Mental Health Literacy, Attitudes to Help Seeking, and Perceived Need as Predictors of Mental Health Service Use: A Longitudinal Study. *J Nerv Ment Dis.* 2016;204(4):321-324. doi: [10.1097/NMD.0000000000000488](https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000488)
- ⁴ Public Health England. Local action on health inequalities; promoting health literacy to reduce health inequalities. 2015. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/460710/4b_Health_Literacy-Briefing.pdf (Elérve: 2020. 03. 04.)
- ⁵ Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, et al. "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Med J Aust.* 1997;166(4):182-86. doi: [10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x](https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x)
- ⁶ Nutbeam D. Health Literacy as a Public Goal: a Challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int.* 2000;15(3):259-267. doi: [10.1093/heapro/15.3.259](https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259)
- ⁷ Jorm AF, Nakane Y, Christensen H, et al. Public beliefs about treatment and outcome of mental disorders: A comparison of Australia and Japan. *BMC Med.* 2005;3:12. doi: [10.1186/1741-7015-3-12](https://doi.org/10.1186/1741-7015-3-12)
- ⁸ Wright A, Jorm AF. Labels used by young people to describe mental disorders: Factors associated with their development. *Aust N Z J Psychiatry.* 2009;43:946-955. doi: [10.1080/00048670903179129](https://doi.org/10.1080/00048670903179129)
- ⁹ Pescosolido BA, Martin JK, Long JS, et al. "A disease like any other"? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *Am J Psychiatry.* 2010;167:1321-1330. doi: [10.1176/appi.ajp.2010.09121743](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09121743)
- ¹⁰ Altamura AC, Dell'osso B, D'Urso N, et al. Duration of untreated illness as a predictor of treatment response and clinical course in generalized anxiety disorder. *CNS Spectr.* 2008;13:415-422 doi: [10.1017/s1092852900016588](https://doi.org/10.1017/s1092852900016588)
- ¹¹ Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola Set al. Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry.* 2007;20:359-364. doi: [10.1097/YCO.0b013e32816ebc8c](https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32816ebc8c)

- ¹²Burns JR, Rapee RM. Adolescent mental health literacy: Young people's knowledge of depression and help seeking. *J Adolesc.* 2006;29:225–239. doi: [10.1016/j.adolescence.2005.05.004](https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2005.05.004)
- ¹³Cotton SM, Wright A, Harris MG, et al. Influence of gender on mental health literacy in young Australians. *Aust N Z J Psychiatry.* 2006;40:790–796. doi: [10.1080/j.1440-1614.2006.01885.x](https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01885.x)
- ¹⁴Cusack J, Deane FP, Wilson CJ, et al. Who influence men to go to therapy? Reports from men attending psychological services. *Int J Adv Counsell.* 2008;26: 271–283. doi: [10.1023/B:ADCO.0000035530.44111.a8](https://doi.org/10.1023/B:ADCO.0000035530.44111.a8)
- ¹⁵Papp-Zipernovszky O, Náfrádi L, Schulz P J, et al: „Hogy minden beteg megértse!” - az egészségműveltség (health literacy) mérése Magyarországon. *Orv Hetil.* 157(23):905-15. doi: [10.1556/650.2016.30412](https://doi.org/10.1556/650.2016.30412)
- ¹⁶Kutcher S, Wei Y, Coniglio C. Mental Health Literacy: Past, Present, and Future. *Can J Psychiatry.* 2016;61(3):154–158. doi: [10.1177/0706743715616609](https://doi.org/10.1177/0706743715616609)
- ¹⁷Farrer L, Leach L, Griffiths KM, et al. Age differences in mental health literacy. *BMC Public Health.* 2008;8:125. doi: [10.1186/1471-2458-8-125](https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-125)
- ¹⁸Hamid A, Furnham A. Factors affecting attitude towards seeking professional help for mental illness: a UK Arab perspective. *Ment Health Relig Cult.* 2013; 16(7): 741–58 doi: [10.1080/13674676.2012.718753](https://doi.org/10.1080/13674676.2012.718753)
- ¹⁹Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry.* 2010;10:113. doi: [10.1186/1471-244X-10-113](https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113)
- ²⁰Brijnath B, Protheroe J, Mahtani KR, et al. Do web-based mental health literacy interventions improve the mental health literacy of adult consumers? Results from a systematic review. *J Med Internet Res.* 2016;18(6):165. doi: [10.2196/jmir.5463](https://doi.org/10.2196/jmir.5463)
- ²¹Kelly CM, Jorm AF, Wright A. Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *Med J Aust.* 2007;187(7):26-30. doi: [10.5694/j.1326-5377.2007.tb01332.x](https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01332.x)
- ²²Chang C. Increasing mental health literacy via narrative advertising. *J Health Commun.* 2008;13(1):37-55. doi: [10.1080/10810730701807027](https://doi.org/10.1080/10810730701807027)
- ²³Lee SY. The effect of media coverage of celebrities with panic disorder on the health behaviors of the public. *Health Commun.* 2019;34(9):1021-1031. doi: [10.1080/10410236.2018.1452093](https://doi.org/10.1080/10410236.2018.1452093)
- ²⁴Kauer SD, Mangan C, Sanci L. Do online mental health services improve help-seeking for young people? A systematic review. *J Med Internet Res.* 2014;16(3):66. doi: [10.2196/jmir.3103](https://doi.org/10.2196/jmir.3103)
- ²⁵Eisenberg D, Downs MF, Golberstein E, et al. Stigma and help seeking for mental health among college students. *Med Care Res Rev.* 2009;66(5):522-541. doi: [10.1177/1077558709335173](https://doi.org/10.1177/1077558709335173)
- ²⁶Na S, Ryder AG, Kirmayer LJ. Toward a culturally responsive model of mental health literacy: Facilitating help-seeking among East Asian immigrants to North America. *Am J Community Psychol.* 2016; 58(1-2):211-225. doi: [10.1002/ajcp.12085](https://doi.org/10.1002/ajcp.12085)
- ²⁷Mcluckie A, Kutcher S, Wei Y, et al. Sustained improvements in students' mental health literacy with use of a mental health curriculum in Canadian schools. *BMC Psychiatry.* 2014;14(1):379. doi: [10.1186/s12888-014-0379-4](https://doi.org/10.1186/s12888-014-0379-4)
- ²⁸Balázs J. Öngyilkosság-prevenció az iskolákban: A fiatalok mentális egészség-tudatosság program (YAM) bemutatása. *Educatio.* 2019;28(3):541-549. doi: [10.1556/2063.28.2019.3.7](https://doi.org/10.1556/2063.28.2019.3.7)
- ²⁹Dimoff JK, Kelloway EK, Burnstein MD. Mental health awareness training (MHAT): The development and evaluation of an intervention for workplace leaders. *Int J Stress Manag.* 2016;23(2):167. doi: [10.1037/a0039479](https://doi.org/10.1037/a0039479)
- ³⁰Nemzeti Népegészségügyi Központ. EFOP-1.8.0-VEKOP-17-2017-00001 „Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése” kiemelt projekt. Lakossági tájékoztatók. <https://efop180.antsz.hu/temak/lelki-egeszsegfejlesztes.html> (Elérve: 2020. 04. 10.)

Stresszkezelés és kiégésmegelőzés hatékony módszereinek szakirodalmi áttekintése

Evidence-based interventions for stress management and burnout prevention

Szerzők: Salavecz Gyöngyvér^{a,b} ✉, Pálinkás-Holovits Zsuzsanna^a, Handa Orsolya^a, Vig Katalin^a, Rusznyák-Pethő Anikó^a, Szabó Gabriella^a
a: Nemzeti Népegészségügyi Központ, Budapest, b: Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, Budapest

Beküldve: 2020. 04. 23.
doi: 10.24365/ef.v61i2.591

Összefoglaló: A stresszkezelő módszerek alkalmazása egészséges munkavállalóknál csökkentheti a mentális és testi betegségek kialakulásának esélyét. Különösen magas stressznek kitett csoportokhoz tartoznak az egészségügyben dolgozók és a pedagógusok. Vizsgálatunk célja, hogy metaanalízisek és szisztematikus szakirodalmi áttekintések összefoglalói alapján ezekben a célcsoportokban a stresszkezelő és kiégésmegelőző módszereknek a hatékonyságát tekintsük át, amelyek hazánkban hozzáférhetőek (mindfulness alapú beavatkozások, kognitív viselkedésterápiás és relaxációs módszerek). Mindhárom módszer különböző evidenciaszintek mellett, de hatékonynak bizonyult a stressz és a kiégés tüneteinek csökkentésében. Az egészségmegőrzés érdekében jelen összefoglaló alapján javasolt a vizsgált stresszkezelő módszerek alkalmazása egészséges munkavállalók körében.

Kulcsszavak: stressz; kiégés; stresszkezelés; mindfulness; relaxáció

Summary: Applying stress management techniques for healthy workers may reduce their chances of developing mental and physical illness. Healthcare professionals and teachers are particularly vulnerable of high stress. The aim of our study is to examine the effectiveness of stress management and burnout prevention methods that are available in Hungary (mindfulness-based methods, cognitive-behavioral therapy and relaxation methods) in these target groups in summaries of systematic reviews and meta-analyses. All three methods have been shown to be effective in reducing stress and burnout symptoms at different levels of evidence. For the sake of health preservation, it is recommended to use the stress management methods examined among healthy workers based on this summary.

Keywords: stress; burnout; stress management; mindfulness; relaxation

BEVEZETÉS

Stressz és kiégés

A stressz több pszichofiziológiai reakcióból álló összetett folyamat, amely az egyén különböző helyzetekhez való alkalmazkodását, a testi-lelki egyensúly helyreállítását segíti. ¹ A stressznek nem

csak árnyoldala létezik, mivel biztosítja az élethez elengedhetetlen motivációt, mellyel a fejlődés szolgálatában áll. Hatása attól függ, hogy milyen mértékben veszi igénybe az alkalmazkodóképességet.

A stresszállapotra számos tünet jellemző, mint például a fokozott vegetatív működés, magas vérnyomás, a vérzsírok és a vércukor szintjének növekedése, továbbá megváltozik a véreloszlás,

a szív és a tüdő működése fokozódik, a vese kiválasztó funkciója csökken, az izmok feszítettségi állapota nő, lassul az emésztés.² A stresszválasz alul- vagy túlműködése jelentős számú betegség kialakulásának kockázatát növeli.³ A krónikus, hosszú ideje fennálló stressznek pedig jelentős szerepe van számos megbetegedés kialakulásában.⁴ Legsorosabb kapcsolata a szív- és érrendszeri megbetegedésekkel és a korai halálozással van.⁵ A stressz a neuroendokrin rendszeren keresztül váltja ki hatását a szervezetben és készíti az egyént olyan viselkedésre, amely lehetővé teszi az alkalmazkodást. A stressz tehát kikerülhetetlen, az élet velejárója, fogantatásunktól kezdve életünk végéig elkísér, csak a mértéke és a tartóssága változó.

Fontos egy másik, szintén egyre gyakrabban előforduló jelenségről, a kiégésről is szólni. A kiégés tulajdonképpen a stresszfolyamat része, amely során az egyén fizikai, kognitív és érzelmi energiája jelentősen lecsökken. A kiégés a fizikai, érzelmi és mentális kimerültség állapota, amely a krónikus emocionális megterhelések, stresszhatások következtében alakul ki. Ezek legtöbbször a munkahelyi környezethez köthetők. Kiégés állapotában jellemző a kilátástalanság, reménytelenség, inkompetencia-érzés, valamint az egyén saját magára, a munkára és másokra vonatkozó negatív attitűdje.⁶

A kiégés fogalma elsősorban munkahelyi kontextusban használatos, azonban felmerül a definíciója alapján is, hogy nemcsak munkahelyi, hanem az egyéni élet egyéb területén is megjelenő, azonos jelenség megnevezésére is alkalmas.⁷

A kiégést három dimenzióval jellemezhetjük: 1, egyéni aspektus során eluralkodik az érzelmi kimerültség, fő tünete az érzelmi és fizikai kimerülés, az empátiás kapacitás jelentősen csökken; 2, interperszonális szint fő tünete a depreszonalizáció, a másoktól való elidegenedés, távolságtartás a társas kapcsolatokban; 3, csökken a kompetenciaérzés és a produktivitás, az egyén úgy érzi, képtelen megfelelően teljesíteni.⁸

Stresszkezelés módszerei

Vizsgálatunk az alábbi stresszkezelő módszerekre fókuszál: mindfulness alapú beavatkozások, a kognitív-, viselkedésterápia és a relaxációs módszerek csoportja. A mindfulness módszer Magyarországon elérhető, azonban jelenleg csak korlátozottan

hozzáférhető. Várakozásaink szerint ez az elkövetkező években pozitív változást fog mutatni, hiszen a módszer rendkívül népszerű a lakosság körében is, és a mindfulness tanári cím megszerzése egyéb (nem humán) diplomával is elsajátítható. A kognitív viselkedésterápiás módszer Magyarországon viszonylag széles körben elérhető, CBT (kognitív viselkedésterápiás) konzultáns képzés elvégzésével segítő szakmabeliek alkalmazhatják mentálisan egészségesek körében prevencióscélzattal. A relaxációs módszerek közül az autogén tréning Magyarországon szintén széles körben hozzáférhető, hiszen humán diplomával megszerzhető a relaxációs gyakorlatvezető végzettség és az ország több nagyvárosában (pl. Debrecen, Szeged, Sopron, Pécs stb.) is van erre lehetőség. Ezeknek a módszereknek az oktatási jogosultságai az éppen aktuálisan hatályban lévő rendeletek tükrében változhatnak. A következő részben röviden bemutatjuk ezeket a módszereket.

Relaxációs módszerek: autogén tréning, progresszív relaxáció

Az autogén tréning Heinrich Schultz nevéhez fűződő relaxációs módszer, amelyet a hipnózisból fejlesztettek ki. Gyakorlása során kutatásokkal bizonyított kedvező fiziológiai folyamatok indulnak meg a szervezetben (pl. légzés, szívritmus rendeződése), melyek a test öngyógyító folyamataival függenek össze. Az autogén tréning gyakorlása során magunkra irányuló passzív figyelemmel képesek vagyunk létrehozni a testi-lelki ellazultságot, előidézve ezzel a paraszimpatikus vegetatív működést. Ezáltal csökkenteni tudjuk a stressz ártalmas hatásait, a szorongást és növeljük a szervezet önszabályozó képességét. A módszer hatása a következő aspektusokban mutatkozik meg: a testi funkcióik normalizálása, pszichésen nyugodt állapot elérése, a koncentráció, a kreativitás és a problémamegoldás előmozdítása.⁷ Gyakorlottság birtokában testi és mentális működésünket képesek vagyunk szabályozni aktuális szándékainknak, céljainknak megfelelően.⁸ A módszer elsajátításához kb. tizenkét hetes, napi gyakorlásra van szükség. A gyakorlatok hetente egymásra épülnek, elsajátítását követően bárhol, bármilyen testpozícióban végezhető. Az alkalmak között célszerű írásban naplót vezetni az élményekről, amely segíti a folyamat elmélyítését és a tapasztalatok összegzését.

A progresszív relaxáció az aktív (muszkuláris) relaxációhoz tartozik, melynek célja a testi állapot tudatosítása, a felesleges izomfeszülések kikapcsolása a rendszeres tónusszabályozás által. A módszer Edmund Jacobson nevéhez fűződik és azon a tényen alapszik, hogy a test izmai szorongást, feszültséget kiváltó helyzetekben automatikusan megfeszülnek.⁸ Az izmok további feszítése azok elernyedéséhez fog vezetni, amely az ellazultság kellemes érzésével párosul.⁷ A relaxációs beavatkozások kifejezetten ajánlottak szorongásos zavarok, pszichoszomatikus és szomatikus betegségek, kimerültség, depresszió, stressz, alvászavarok, indulatkezelési problémák esetén. A módszer a Magyar Relaxáció és Szimbólumterápiás Egyesületnél sajátítható el. Jelenleg a képzés felsőfokú humán diplomával elvégezhető, azonban alkalmazhatósága csak azon kliensek körére terjed ki, akiket az adott szakembernek kompetenciája alapján joga van elvállalnia.

Mindfulness, tudatos jelenlét alapú módszerek

A mindfulness angol szót magyarra általában tudatos jelenlétként fordítjuk, eredetileg azonban mindössze annyit jelent: „tudatosság”, „figyelem”. Alapvetően arra a folyamatra utal, amikor figyelmünket szándékosan és ítéletmentesen a jelen pillanat tapasztalatai felé fordítjuk, és a pillanatnyilag észlelhető belső és külső tapasztalatokat tudatosítjuk.

A Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) mindfulness alapú stresszcsökkentés tanfolyamának formátumát Jon Kabat-Zinn és munkatársai dolgozták ki a Massachusettsi Egyetemen 1979-ben. Az MBSR főként buddhista meditációs módszerekre, illetve részben hatha jógára alapozott önségitő program. Mióta a Massachusettsi Egyetem Stresszklínikáján kidolgozták, és 1979-ben alkalmazni kezdték ezt a programot, a mindfulness szinte világméretű mozgalommá vált, különösen az angolszász országokban terjedt el. Számos új, tudományosan is akkreditált módszer született azóta. Az alábbi főbb tanfolyamtípusokat különböztethetjük meg: 1, Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) mindfulness alapú stresszcsökkentés; 2, Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) mindfulness alapú kognitív terápia; 3, Breathworks (Mindfulness alapú betegségteher- és fájdalomcsökkentő program); 4, Mindfulness-Based Living Course (MBLC) mindfulness alapú életvitel; 5, Mindfulness-Based Childbirth and Parenting

(MBCP) Mindfulness-alapú szülés és gyereknevelés; 6, Mindfulness-Based Relapse Prevention for Addictive Behaviors (MBRP) Mindfulness alapú visszaesés-prevenció függők számára.

A tudatos jelenlét meditációinak hasznát jelentős mértékű tudományos kutatás támasztja alá. Azok az MBSR programok, amelyek meditációs komponenst is tartalmaznak, képesek a legerősebb hatást gyakorolni a pszichológiai jólétre.⁹ Eberth és Sedlmeyer vizsgálatai szerint az MBSR bizonyítottan sokat segít a stressz, a szorongás, valamint a negatív érzelmek csökkentésében és a magasabb szintű jóllét kialakításában. Az MBSR különösen hatékony a stressz kezelésében. Fontos megemlíteni, hogy a prefrontális kéreg aktivitásának a növekedése MBSR során az agy újraterülesítési tevékenységére utal, mely során a tudatos figyelem fenntartásával csökkenthető a túlzott érzelmi reakció és ezáltal egy sokkal kiegyensúlyozottabb testi és lelki állapot érhető el.¹⁰ A hétköznapi stressz csökkentésén túl számos mentális és testi probléma esetén is bizonyítottan hatékony módszer lehet (pl. fájdalomzavar és krónikus fájdalmak, alvászavar, a depresszióba való visszaesés megelőzése, evészavarok, függőségek, ADHD, pánikzavar esetén).

A mindfulness, tudatos jelenlét alapú programok általában nyolc hetesek. Ezeknek a programoknak az általános jellemzői: racionális alapokon nyugszanak, nem vallásos, szekularizált megközelítésűek; tanár vezeti őket; úgy kerültek kialakítására, hogy mérhetőek legyenek; rögzített tanterven alapulnak, melyek minimum 8 foglalkozást tartalmaznak; legalább 30-45 perc otthoni gyakorlást feltételeznek; személyes fejlődésre és tapasztalati tanulásra építkeznek; nyíltan elköteleződnek a bizonyítékokkal alátámasztott megközelítés mellett.^{11,12}

A mindfulness alapú megközelítésekkel dolgozó tanároknak el kell sajátítani a mindfulness alapú kurzusok megtanítandó tananyagát, különös tekintettel a tanfolyamok magját jelentő meditációs gyakorlatok személyes, elmélyült megtapasztalására. Ez a tanulás és tapasztalás egyéni vagy csoportos kurzuson való részvételt feltételez. A tanári képzések minimum 12 hónapos mindfulness alapú tanárképző programot tartalmaznak, és ezt követően szupervíziós folyamatban való részvételt írnak elő. Fontos az elkötelezettség a személyes mindfulness gyakorlás mellett, amely napi formális és informális gyakorlásban, illetve évente legalább egy, tanár által vezetett mindfulness meditációs elvonuláson való részvételben valósul meg. Emellett elvárt

olyan pszichológiai, egészségügyi, oktatási vagy szociális téren megszerzett végzettség, illetve azzal ekvivalens élettapasztalat, mint amelyet a mindfulness tanítás szervezeti környezete megkövetel.

Magyarországon eddig két alkalommal MBCT tanárképzés valósult meg a Mindfulness Egyesület és az Oxford Mindfulness Center (OMC) szervezésében. A képzés tapasztalt, az OMC nemzetközileg elismert oktatói végezték. Az MBCT tanítása esetén szükséges a releváns, alapvető pszichológiai folyamatok, a kapcsolódó kutatások és a bizonyítékokkal alátámasztott gyakorlat ismerete és a megfelelő szakmai - célcsoporttól függően a klinikusi - képzettség.^{11,12}

Kognitív viselkedésterápia (CBT)

A kognitív viselkedésterápia alapelvét Aaron Beck dolgozta ki az 1960-as években. Alapfeltevése, hogy az emberek hiedelmei meghatározzák a világhoz való hozzáállásukat, viselkedésüket és érzelmi megnyilvánulásait. Ugyanarra a történetre más-más reakciót adhatnak, és az értelmezésüket befolyásolják a múlt történései is a korai gyerekkorban kialakult maladaptív sémákon keresztül. Egy adott helyzet félreértelmezése a kora gyermeki maladaptív sémák aktivizálódásán keresztül vezet negatív automatikus gondolatokhoz, diszfunkcionális attitűdökhöz és kognitív torzításokhoz (pl. „Nekem semmi sem sikerül.”), végül pedig a zavar maladaptív viselkedés formájában nyilvánul meg (pl. problémák elkerülése anélkül, hogy megpróbálná megoldani az egyént). A kognitív viselkedésterápia ötvözi a kognitív és a viselkedésterápia technikáit. Segíti az embereket a hibás, torz gondolkodási folyamatok (kognitív torzítások, negatív automatikus gondolatok) felismerésében és megváltoztatásában, illetve maladaptív magatartásuk felismerésében, adaptívák kidolgozásában.¹³

A módszer strukturált, egyéni és csoportos formában is végezhető, gyakorisága heti 1-2 alkalom, az ülések között házi feladatként otthoni gyakorlatok végzése is a terápia szerves részét képezi. A módszer hatékony unipoláris depresszió, disztímia, szorongásos zavarok, pánikzavar, evészavar, poszttraumás stressz zavar, alkalmazkodási zavarok, bizonyos személyiségzavarok, pszichózisok pozitív tünetei, kapcsolati zavarok, obszesszív-kompulzív zavarok, krízisállapotok kezelésére. Nem alkalmazható akut pszichotikus állapotban, súlyos demencia esetén, tudatzavart állapotokban, mentális retar-

dáció fennállásakor. A módszerrel megismerkedni a VIKOTE Kognitív és Sématerápiás Központban lehet, a képzési kínálatban jelenleg megtalálható a CBT konzultáns képzés is, ahol humán alapidplomával rendelkezők is elsajátíthatják a módszert. Képeznek továbbá pszichoterapeutákat, és indítanak sématerapeuta képzést is. Pszichoterapeuta képzésre a jelen szabályozás szerint klinikai szakpszichológus, neuropszichológiai vagy alkalmazott egészségpszichológiai szakvizsgával rendelkező pszichológusok, illetve szakorvosok jelentkezhetnek.^{13,14}

Célkitűzés

A vizsgálat célja metaanalízisek és szisztematikus összefoglaló tanulmányok eredményeinek áttekintésével a Magyarországon is hozzáférhető stresszkezelő és kiegészítő módszerek hatékonyságának összefoglalása a munkavállalók körében.

MÓDSZERTAN

A keresés adatbázisai: Ovid Medline, PsychInfo, Evidence Based Medicine Reviews, Cochrane Database of Systematic Reviews, ACP Journal Club, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Methodology Register, Health Technology Assessment, NHS Economic Evaluation Database. A címben, absztraktban, kulcsszavakban történő keresés keresőszavai a következők voltak: stress or burnout or burn-out; AND management or prevention or intervention or reduction or relief or cop* or decrease or training or program or workshop. További szűkítések: 18 év feletti korosztály; angol nyelvű; 2010 utáni cikkek; európai, amerikai és ausztrál populációra vonatkozó tanulmányok; metaanalízisek és szisztematikus review-k. A keresés szűkítése célcsoportok szerint: pedagógusok, egészségügyi dolgozók, munkavállalók. Továbbiakban beválogatásra kerültek azok a tanulmányok, amelyekben vizsgálták a következő módszereket: mindfulness alapú módszerek, relaxációs módszerek (autogén tréning, progresszív relaxáció), kognitív viselkedésterápiás módszerek.

A többszintű szűrést követően, a duplikációk áttekintése után 15 releváns tanulmány került be a vizsgálatba, amelyeket célcsoportok szerint mutatunk be.

EREDMÉNYEK

Munkavállalók és egészséges személyek körében hatékony beavatkozások

Egészséges személyek körében hatékony stresszkezelő módszernek bizonyult az MBSR (Mindfulness based stress reduction) mind a stressz pszichológiai, mind a fiziológiai mutatói tekintetében. A stressz szintjének szignifikáns csökkentése mellett jótékony hatása igazolódott a szorongás csökkentésében is hozzájárulva a pszichológiai jólléthez.^{15,16,17} Továbbá a módszer csökkenti a ruminatív gondolkodást és növeli a spiritualitást, az empátiát és az önfogadást.¹⁶ Az MBSR magas erősségű evidenciát mutat a stressz csökkentésében nem klinikai populáció esetén. A pozitív hatás a beavatkozást követően 19 hét múlva is fennmarad. A stressz csökkentése mellett jótékony hatása közepes evidenciát mutat a szorongás, a depresszió és az életminőség területén. A módszer a kiégés csökkentésére is alkalmas, azonban az evidencia ebben az esetben alacsony szintű.¹⁷

Általában a munkahelyen a kognitív viselkedésterápia nagyobb hatékonyságot mutatott összehasonlítva más vizsgált intervenciókkal (pl. relaxáció, szervezeti vagy egyes technikákkal) Richardson és Rothstein 2008 összefoglalója alapján.¹⁸ Az összefoglalóban szereplő 36 tanulmány közül a legtöbb pszichológiai kimeneti változókat vizsgált (stressz, szorongás, általános mentális egészség, munkahelyi elégedettség), emellett szervezeti (hiányzás, termelékenység) és fiziológiai (pl. vérnyomás) változókat is mértek. A beavatkozások átlagosan 7,4 hétig tartottak.

A munkahelyeken alkalmazott mindfulness módszerek közepes, illetve erős hatásúnak bizonyultak a distressz csökkentésében Virgili 2015-ös összefoglalója alapján (19 tanulmányt vizsgált). Ezek a mindfulness beavatkozások átlagosan 5 hetes utánkövetéssel is megtartották jótékony hatásukat. A tanulmány további következtetése, hogy a munkahelyekre kifejlesztett rövidített változat ugyanolyan hatékonyan bizonyult, mint a klinikai felhasználásra kifejlesztett hosszabb változat (8 hetes). A beavatkozások időtartama 4 és 8 hét között volt. Arra azonban kevés bizonyítékot találtak, hogy a mindfulness módszerek sokkal hatékonyabbak lennének, mint más relaxációs módszerek.¹⁹

A rugalmas munkaidő-beosztás, a távmunka és a stresszkezelő tréningek (kognitív viselkedésterápia,

relaxáció) alkalmazása javítja a munkavállalók mentális egészségét, munkateljesítményét, és csökkenti a hiányzást Kröll és munkatársai (2017) összefoglaló tanulmánya alapján.²⁰ A vizsgált változókkal összefüggésben a legnagyobb hatásméretet a relaxációs módszereknél mutatták ki (mentális egészség, munkateljesítmény).

Munkavállalók körében a kiégés csökkentésében a leggyakrabban használt módszerek a mindfulness és a kognitív viselkedésterápia alapú beavatkozások Jaworska-Burzynska és munkatársai (2016) összefoglalója alapján. A legtöbb intervenció 8 hétig tartott és a hatás egy évig is fennmaradt.²¹

Hatékony beavatkozások egészségügyi dolgozók körében

Az egészségügyi dolgozók vizsgálata során a munkahelyi stressz csökkentésének két lehetséges beavatkozási irányát különbözteti meg a szakirodalom: egyéni központú intervenciók (kognitív viselkedésterápia-alapú (CBT) programok, relaxáció, zene, fizikai relaxáció (pl. masszázs) és multikomponensű beavatkozások), illetve a munkára és/vagy munkakörülményekre irányuló intervenciók (attitűdváltozás és kommunikáció, társas támogatás, problémamegoldás és döntéshozás, munkaszervezetet érintő változások).²²

A stressz csökkentésében az intervenció nélküli helyzettel szemben az egyéni központú intervenciókat és szervezeti beavatkozásokat vizsgálva a következő eredmények adódtak: a CBT alapú programok akár relaxációs technikákkal kiegészítve, akár azok nélkül, hatékonyabbak az intervenció nélküli, kontrollhelyzethez képest, de a többi intervencióval összehasonlítva nem mutatnak jelentős különbséget; a fizikai lazítás (pl. masszázs), relaxáció vagy meditáció szintén jótékony hatással bír a stressz csökkentésében.²²

Konklúzióként megfogalmazható, hogy az egyénre irányuló, egyén-munka összeillésre vonatkozó és szervezeti intervenciók, összevetve az intervenció nélküli helyzettel, szignifikánsan pozitív változást képesek előidézni a stressz és a kiégés csökkentésében és megelőzésében. Az egyénre vonatkozó beavatkozások az érzelmi kimerülésen és a személyes teljesítményen keresztül hatnak, így csökkentve a stressz és kiégés szintjét.²²

Egészségügyi dolgozók körében, akik magas érzelmi megterhelés mellett dolgoznak, a kiégés kiemelt probléma a munkaerőpiacon. Esetükben a

mindfulness programok munkahelyi kiégést csökkentő és kiégéssel szembeni rezilienciát növelő hatását magas evidenciaszintű tanulmányok igazolják. Egészségügyi dolgozók, úgymint orvosok, nővérek, pszichológusok és szociális munkások részvételével zajló nyolchetes MBSR tréning vizsgálata során a kiégés mértékének csökkenését rögzítették.²³

A mindfulness tréningek többféle változat szerinti alkalmazása is kimutatható csökkenést jelzett a kiégést illetően, ilyenek voltak a módosított és a hagyományos MBSR tréningek (8 hetes, 3 hónapos utánkövetéssel), illetve a rövidített mindfulness tréningek (4 hetes, 30 perces alkalmakkal, heti 5 napon keresztül 10 perces gyakorlással). Előbbi csökkentette a kiégést, azon belül is kiemelten az emocionális kimerülést mind egészségügyi dolgozók, nővérek, szociális munkások, lelkipásztorok, mind tanárok esetében. A kontrollcsoportnál azonban ez az érték (érzelmi kimerültség) és a deperszonalizáció is emelkedést mutattak.²³

Egy európai tanulmány szerint, amely dolgozók széles körét vizsgálta (hivatalnokok, bankárok, kereskedők, nővérek, tanárok, szociális munkások, pszichológusok stb.) a mindfulness programok abban az esetben is az érzelmi kimerültség csökkent szintjével jártak együtt, ha a mindfulness-gyakorlatokat egyénileg, önrányítottan 10 napon keresztül végezték.²³

Azok az egészségügyi dolgozók, akik mentális betegségekkel érintett páciensekkel dolgoznak - pszichológusok, pszichiáterek, szociális munkások - a kiemelten magas stressznek kitett célcsoporthoz tartoznak, összehasonlítva más foglalkozásokkal, hiszen fokozott érzelmi megterhelésnek vannak kitéve hosszú időn keresztül, ami a kiégés kockázatát jelentősen megemeli, az MBSR, valamint az Elfogadás és Elköteleződés Terápia (ACT) hatásaként csökkent körökben a stressz. Rudaz és mtsai (2017) tanulmányai szerint a mindfulness fontos szerepet játszik a mentális egészségben az öngondoskodást illetően, de egyelőre tisztázatlan maradt, hogy a mindfulness mely komponensei a döntőek a stressz csökkentésében.²⁴

Az egészségügyi dolgozók, illetve kifejezetten az ápolók stresszel és stresszkezeléssel kapcsolatos vizsgálata széles körű, a tanulmányok fókuszát az egyéni, személyre irányuló faktorokat, a munkakörnyezetet/szervezetet, illetve a kettő kombinációját magába foglaló beavatkozások adják.²⁵ Ennek alapján alacsony evidencia mellett az egyéni támogatást

célzó intervenciókat találták hatásosnak, különös tekintettel a kognitív technikákon alapuló intervenciókra, a zene- és relaxációs tréningekre, társas támogatást célzó képzésekre. Későbbi vizsgálatokban nővérképzésben részt vevő hallgatók stressz szintjének csökkentését célzó intervenciók közül, szintén az egyéni intervenciók bizonyultak hatékonyak. Ezek közül is azok, amelyek a stresszhelyzetekkel való megküzdést segítették - jellemzően relaxációval -, illetve a maladaptív kogníciók megváltoztatásával.²⁶

Spirituális beavatkozásokat vizsgálva Koren és Purohit (2014) az áttekintésük során azt találták, hogy a mindfulness-intervenció a leggyakrabban és talán a leghatékonyabban használt módszer, de az egyéb módszerek, mint a reiki, a meditáció, a jóga különféle formái, a mantra és a szív érintése is emelték a résztvevőkben a tudatosság és a figyelem mértékét.²⁷

Hatékony beavatkozások pedagógusok körében

A pedagógusok körében szintén kiemelt probléma a kiégés, mivel magas érzelmi megterhelés mellett dolgoznak. A tanárok magas stressz melletti munkavégzésének jelentős negatív hatása van a diákokkal végzett munkájuk iránti elköteleződésükre és hatékonyságukra.²⁸ A munkavégzés során átélt stressz fizikai és mentális egészséggel kapcsolatos problémákhoz vezet, negatív hatással van a jóllét érzésére.²⁹ Azonban a korai intervenció és a megelőzés hozzájárulhat pozitív megküzdési stratégiák kiépítéséhez és a stressz hatásainak csökkentéséhez, melynek egyik hatékony módja lehet a mindfulness alapú intervenció (MBI). A tanárok szociális és érzelmi kompetenciáinak támogatása ezen programokon keresztül javítja a tanár-diák kapcsolatokat és az osztályok hatékony vezetésének képességét, melyek hozzájárulnak a tanulók jóllétéhez is.³⁰

A mindfulness alapú intervenciók (MBI) hatásosnak bizonyultak a stressz szintjének csökkentésében, hatékonyak az érzelmszabályozási stratégiák kialakításában és a szakmai énhatékonyság növelésében. Az MBI hatása a stressz (beleértve a kiégést is) által kialakuló fizikai és pszichológiai tünetek csökkentésében is megmutatkozik, de legfontosabb eredménye az észlelt stressz csökkentésében jelenik meg.²⁸

A tanárok között vizsgálták a mindfulness alapú stresszcsökkentő program (MBSR) hatékonyságát is. Általános iskolai tanárok számára megtartott

MBSR tréning hatásaként javulás mutatkozott stressz, szorongás és depresszió területén, mint ahogyan a stressz csökkentésében hatásosnak bizonyult a tanárok számára szervezett öt hetes meditációs csoport is.³¹ A mindfulness programok munkahelyi kiégést csökkentő hatásait, a kiégéssel szembeni hatásos megelőzési módjait körükben is magas evidenciaszintű tanulmányok igazolják.³¹ A mindfulness tréningek többféle változata csökkentést eredményezett a kiégést illetően, ezek voltak a módosított és a hagyományos MBSR tréningek, rövidített mindfulness tréningek. Egy európai tanulmány szerint a mindfulness programok abban az esetben is az érzelmi kimerültség csökkent szintjével jártak együtt, ha a mindfulness gyakorlatokat egyénileg, önirányítottan tíz napon keresztül végezték el. Kifejezetten tanároknak kidolgozott 30 órás, 5 üléses program - melyet telefonhívásokkal és egy hónappal későbbi, kontrollüléssel támogattak meg - a személyes énhatékonyság érzésének növekedését hozta, szemben a kontrollcsoporttal.

ÖSSZEGZÉS

Metaanalízisek és szisztematikus tanulmányok áttekintése alapján a mindfulness alapú programok magas evidenciaszint mellett csökkentették a stressz és kiégés mértékét. A kognitív viselkedésterápiás technikák ugyan alacsony evidencia mellett, de a mindfulness alapú programok után a legerősebb bizonyítékkal rendelkező módszerek a vizsgált célcsoportokban. A relaxációs módszerek a stresszkezelésben szintén alacsony evidenciával rendelkeznek, azonban pozitív hatásuk szűkebb körű kutatási eredményekkel alátámasztott és kifejezett előnyük, hogy Magyarországon széles körben hozzáférhetők.

Az összefoglaló tanulmányok összegzésének előnye, hogy a stresszkezelést és kiégésmegelőzést célzó módszerek hatékonyságáról szóló bizonyítékok széleskörű áttekintésére adott lehetőséget. A választott módszer hátrányai között kell említeni, hogy a szisztematikus áttekintő tanulmányok és metaanalízisek összefoglalóiban elemzett tanulmányok minősége heterogén, amelyet az eredmények értelmezésénél is figyelembe kell venni, mint korlát. Az ismertetett kutatások eredményei alapján mindhárom módszer akár egy adott szakmacsoporton belül vagy szélesebb célcsoportot is tekintve hatékony stresszcsonkító és kiégésmegelőző eszköz lehet.

HIVATKOZÁSOK

¹ Ursin H, Eriksen HR. The cognitive activation theory of stress. *Psychoneuroendocrinology*. 2004;29(5):567-592. DOI: 10.1016/S0306-4530(03)00091-X

² Salavecz Gy. Munkahelyi stressz és egészségi állapot összefüggése a Hungarostudy 2013-as felmérés alapján. In: Susánszky Éva (szerk.), Szántó Zsuzsa (szerk.): *Magyar lelkiállapot*, 2013.

³ Dhabhar FS. Stress-induced augmentation of immune function - The role of stress hormones, leukocyte trafficking, and cytokines. *Brain, Behavior, and Immunity*. 2002;16:785-798. DOI: 10.1016/S0889-1591(02)00036-3

⁴ Stauder A, Nistor K, Susánszky É, et al. Egyes személyiségjellemzők szerepe a stressz észlelésében és a megküzdésben. In.: Susánszky, É. és Szántó Zs. szerk., *Magyar Lelkiállapot*, Semmelweis Kiadó, Budapest, 2013. pp123-136.

⁵ Rosengren A, Hawken S, Ōunpuu S, et al. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11 119 cases and 13 648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *The Lancet*. 2004;364(9438):953-962. DOI: 10.1016/S0140-6736(04)17019-0

⁶ Freudemberger HJ, Richelson G. *Burnout: The High Cost of Achievement*. Doubleday and Company, 1980.

⁷ Kristensen T. S, Borritz M, Villadsen, E. & Christensen K. B.; The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work and Stress*, 19(3), 2005. 192-207.

⁸ Ádám Sz., Nistor A., Nistor K., Cserháti Z. és Mészáros V. A kiégés és a depresszió diagnosztizálásának elősegítése demográfiai és munkahelyi védő-és kockázati tényezőik feltárásával egészségügyi szakdolgozók körében. *Orvosi Hetilap*. 2015;156:32:1288-1297.

⁹ Davis M, Eshelman ER, McKay M. *Stresszoldó és relaxációs módszerek*. Budapest: Park Könyvkiadó, 2013.

¹⁰ Bagdy E, Koronkai B. *Relaxációs módszerek*. Medicina kiadó, Budapest, 1992.

- ¹¹ Eberth J, Sedlmeyer P. The effects of mindfulness meditation: A meta-analysis. *Mindfulness*. 2012; (3):174–189. doi.org/10.1007/s12671-012-0101-x
- ¹² Chiesa A, Serretti A. A systematic review of neurobiological and clinical features of mindfulness meditations. *Psychological medicine*. 2010;40(8):1239–1252. DOI: 10.1017/S0033291709991747
- ¹³ <http://oxfordmindfulness.org/> Elérve: 2020.03.25.
- ¹⁴ <http://mindfulnessgyesulet.hu/oxford-mbct-tanar-kepzes/> Elérve: 2020.03.05.
- ¹⁵ <http://vikote.hu> Elérve: 2020.03.25.
- ¹⁶ NICE Guideline Depression in adults with a chronic physical health problem: recognition and management (2009). <https://www.nice.org.uk/guidance/CG91> Elérve: 2020.03.25.
- ¹⁷ Sharma M, Rush SE. Mindfulness-based stress reduction as a stress management intervention for healthy individuals: a systematic review. *J Evid Based Complementary Altern Med*. 2014;19(4):271-286. [DOI:10.1177/2156587214543143](https://doi.org/10.1177/2156587214543143).
- ¹⁸ Chiesa A, Serretti A. Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. *J Altern Complement Med*. 2009;15(5):593-600. [DOI:10.1089/acm.2008.0495](https://doi.org/10.1089/acm.2008.0495).
- ¹⁹ Khoury B, Sharma M, Rush SE, et al. Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *J Psychosom Re*. 2015;78(6):519-528. [DOI:10.1016/j.jpsychores.2015.03.009](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.03.009).
- ²⁰ Richardson KM, Rothstein HR. Effects of occupational stress management intervention programs: a meta-analysis. *J Occup Health Psychol*. 2008;13(1):69-93. [DOI:10.1037/1076-8998.13.1.69](https://doi.org/10.1037/1076-8998.13.1.69).
- ²¹ Virgili M. Mindfulness-Based Interventions Reduce Psychological Distress in Working Adults: a Meta-Analysis of Intervention Studies. *Mindfulness*. 2015;6(2):326-337. doi.org/10.1007/s12671-013-0264-0
- ²² Kroll C, Doebler P, Nuesch S. Meta-analytic evidence of the effectiveness of stress management at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 2017;26(5). [DOI: 10.1080/1359432X.2017.1347157](https://doi.org/10.1080/1359432X.2017.1347157)
- ²³ Jaworska-Burzynska L, Kanaffa-Kilijanska U, Przysiezna E, et al. The role of therapy in reducing the risk of job burnout – A systematic review of literature. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*. 2016;4:43-52 [DOI:10.12740/APP/65815](https://doi.org/10.12740/APP/65815).
- ²⁴ Ruotsalainen JH, Verbeek JH, Mariné A, et al. Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(12):CD002892 [doi: 10.1002/14651858.CD002892.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD002892.pub4).
- ²⁵ Luken M, Sammons A. Systematic Review of Mindfulness Practice for Reducing Job Burnout. *Am J Occup Ther*. 2016;70(2):7002250020p1-7002250020p10. [doi: 10.5014/ajot.2016.016956](https://doi.org/10.5014/ajot.2016.016956)
- ²⁶ Rudaz M, Twohig MP, Ong CW, et al. Mindfulness and acceptance-based trainings for fostering self-care and reducing stress in mental health professionals: A systematic review. *J Contextual Behav Sci*. 2017;6:380-390. [doi:10.1016/j.jcbs.2017.10.001](https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.10.001)
- ²⁷ Mimura C, Griffiths P. The effectiveness of current approaches to workplace stress management in the nursing profession: an evidence based literature review. *Occup Environ Med*. 2003;60(1):10-15. [doi: 10.1136/oem.60.1.10](https://doi.org/10.1136/oem.60.1.10)
- ²⁸ Galbraith ND, Brown KE. Assessing intervention effectiveness for reducing stress in student nurses: quantitative systematic review. *J Adv Nurs*. 2011;67(4):709–721. [DOI: 10.1111/j.1365-2648.2010.05549.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05549.x)
- ²⁹ Koren ME, Purohit S. Interventional studies to support the spiritual self-care of healthcare practitioners: an integrative review of the literature. *Holist Nurs Pract*. 2014;28(5):291-300. DOI: 10.1097/HNP.0000000000000044
- ³⁰ Emerson LM, Leyland A, Hudson K, et al. Teaching Mindfulness to Teachers: a Systematic Review and Narrative Synthesis. *Mindfulness*. 2017;8(5):1136-1149. [DOI: 10.1007/s12671-017-0691-4](https://doi.org/10.1007/s12671-017-0691-4)
- ³¹ Naghieh A, Montgomery P, Bonell CP, et al. Organisational interventions for improving wellbeing and reducing work-related stress in teachers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;4(4)CD010306. [doi: 10.1002/14651858.CD010306.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD010306.pub2)

Krízisállapot megjelenése fiatalok körében – Pedagógusok által alkalmazható technikák

Experience of crisis in younger generations. Pedagogical tools

Szerzők: Pálinkás-Holovits Zsuzsanna^a ✉, Rusznyák-Pethő Anikó^a, Dr. Tóth Mónika Ditta^{a,b}
a: Nemzeti Népegészségügyi Központ, Budapest, b: Semmelweis Egyetem
Magatartástudományi Intézet, Budapest

Beküldve: 2020. 04. 03.
doi: 10.24365/ef.v6i1i2.589

Összefoglaló: Jelen tanulmány bemutatja a lélektani krízisállapotot és annak kiváltó okait. Részletesen foglalkozunk a gyermekkorban leggyakrabban krízist kiváltó helyzetekkel, amilyen a gyász, a szülők válása és az internetes zaklatás. A 15-24 éves korosztályban egyik vezető halálok az öngyilkosság, mellyel külön foglalkozunk. A tanulmány áttekinti azokat az evidencián alapuló módszereket és gyakorlati teendőket, melyekkel a pedagógusok segíthetik a különböző életkorú, krízisben lévő fiatalokat, hogy ezen a kritikus időszakon minél előbb túljussanak.

Kulcsszavak: krízis; gyász; válás; öngyilkosság; pedagógus

Summary: This article provides an overview about psychological crisis and its triggering factors. We investigate the most common crisis-evoking causes in childhood, such as bereavement, parents' divorce and cyber bullying. The study also covers the topic of suicide, which is one of the leading causes of death in the age group of 15-24 years old. The article reviews evidence-based practices and methods, helping teachers to support young individuals to overcome an overwhelming crisis period.

Keywords: crisis; bereavement; divorce; suicide; teacher

MIÉRT FONTOS EZ A TÉMA PEDAGÓGUSOK SZÁMÁRA?

A család után az óvoda, iskola az a terep, ahol a gyermekek a legtöbb idejüket töltik. A pedagógus gyakran olyan bizalmi személy a diák számára, akivel megosztja félelmeit, aggodalmait, akivel mer őszinte lenni akár az otthoni konfliktusokkal kapcsolatban is. Éppen ezért a tanároknak nagyon fontos szerepe van a gyermekek lelki egészségének védelmében szempontjából. A pedagógus számtalanszor találkozhat olyan helyzettel, amikor a családban történő események negatívan befolyásolják a

gyermek magatartását, teljesítményét vagy társaihoz való viszonyát. Az addig barátságos, jókedvű gyermek hirtelen irritált, hangos vagy épp túlságosan csendes, visszahúzódó lesz. A szülők válása, haláleset vagy akár a gyermeket érő zaklatás is krízishelyzetbe sodorhatja a fiatalt. Nagyon fontos, hogy észrevegyük ezeket a változásokat, és megpróbáljunk a lehető leggyorsabban reagálni rá. Ez a cikk ismerteti azokat a módszereket, lehetőségeket, amelyek segítségével megfelelően támogathatjuk a krízisbe került fiatalt, bemutatva a különböző életkorú csoportokat.

MIT TEKINTÜNK KRÍZISÁLLAPOTNAK?

A krízis „olyan állapot, melyben az egyén kénytelen szembenézni lelki egyensúlyát veszélyeztető tényezőkkel, és ezeket sem elkerülni, sem eddig megszokott problémamegoldó módszereivel megoldani nem tudja. Ebben a lélektanilag kritikus állapotban az egyén minden figyelme, erőfeszítése magára a problémára irányul.”^{1(40.o.)} A krízis két fajtája a fejlődési és az akcidentális krízis. Előbbi az életszakaszváltások között fordul elő, és a természetes fejlődés velejárója, míg az utóbbi külső, váratlan események talaján alakul ki.²

AZ EGYÉNI ÉLETSZAKASZVÁLTÁS KRÍZISEI

Életünk során különböző fejlődési szakaszokon megyünk keresztül, amelyek mindegyikének megvannak a maga feladatai, kihívásai. Egyik szakaszból a másikba való átlépés gyakran krízist okozhat az egyén életében. Ide tartozik a serdülőkori útkeresés, de az életközepi válság és az időskori krízis is. Ha ezeket a kihívásokat teljesítjük, akkor növekszük az alkalmasságérzetünk, az önbizalmunk, és színesedik a konfliktuskezelő képességünk. Az egyes életszakaszok és azok legfőbb feladatai a következők:

- csecsemőkor (0-2 év) (**bizalom** képessége alakul ki, ennek „gyakorlóterepe” a szülőkhöz való kötődés),
- kisgyermekkor (2-3 év) (**önállóság** alakul ki)
- óvodáskor (3-5 év) (**kezdeményezőkézség** alakul ki a társak felé)
- iskoláskor (6-11 év) (az iskola elkezdésével a **szorgalom**, a **teljesítmény** a legfőbb feladat),
- serdülőkor (12-20 év) (a tinédzser számára az **identitás**, az önmagáról alkotott kép megtalálása a cél)
- fiatal felnőttkor (25 évig) (**intimitás**, párkapcsolatok kerülnek fókuszba)
- felnőttkor (60 évig) (**alkotóképesség**, a **munkában** való kibontakozás évei, valamint a **családi élet** kialakítása és **harmonizálása** a fő feladat)
- időskor (az élettel való **elégedettség**, a **nyugdíjaskor** szépségének megtalálása kerül középpontba)³

Az életszakaszváltások sérülékeny időszakok, mivel az eddig használt megoldásmódok és konfliktuskezelési technikák már nem elegendőek, viszont az új

készségek még nem rögzültek. Ezekben az időszakokban a konfliktushelyzetek, a párkapcsolatok megszakadása, a veszteségélmények vagy a teljesítménykudarok krízissé fokozódhatnak.

A gyermek- és felnőttkor közötti átmeneti állapotot jelenti a serdülőkor, ennek problémáit jelezheti az identitáskrízis (*Ki vagyok én valójában?*), az autoritáskrízis (*Ki az, aki megmondhatja, mit csináljak?*), és a teljesítménykrízis (*Szeretnék a lehető legjobban teljesíteni az iskolában, a másik nemnél és a sportpályán is*). A serdülő amúgyis labilis önértékelése könnyen sérülhet akár kisebb konfliktusok, sérelmek miatt is. Ilyenkor megnőhet a szorongás, fokozódhatnak a depressziós tünetek, indulatvezérelt, agresszív fantáziák törhetnek elő. Ebben a helyzetben a fennálló nehézségek és az útkeresés sikertelenségei miatt megnőhet az önsértés, az öngyilkossági magatartás kockázata. Magyarországon a 10-19 éves korosztály az egyetlen, ahol nem csökken a befejezett öngyilkosságok száma, hanem stagnálást mutat az elmúlt években. Az öngyilkosságot megkísérlő serdülők leggyakrabban párkapcsolati, családi problémákat, iskolai szekálást (angolul bullying), kiközösítést, magányt, illetve iskolai kudarokat jelölnek meg az öngyilkosság kiváltó okaként.⁴

A CSALÁDI ÉLETSZAKASZVÁLTÁS KRÍZISEI

Az egyéni életszakaszváltásokon kívül rendkívül fontos beszélünk a családi életszakaszváltásokról is, melyek szintén nagy kihívás elé állítják a családtagokat. A következő időszakok lehetnek azok a fordulópontok, melyek során a családok gyakran családterápiás konzultációra szorulhatnak:⁴

Házasság: A fiatal pár egymás melletti elköteleződése, elkülönülés a származási családtól, a házastárs bevonása a tágabb családba, baráti körbe.

Gyermekek vállaló család: Az első gyermek születése, a házastársi diád triáddá alakulása, a gyermek személyiségének elfogadása, feladatok megosztása.

Óvodás korú gyereket nevelő család: A gyerek bevezetése egy új közösségbe.

Iskoláskorú gyermeket nevelő család: A gyerek iskolai teljesítménye, magatartása a szülők nevelésének az első igazi „vizsgálója”.

Serdülő gyermeket nevelő család: A gyerek függetlenségi törekvései, határpróbálgatásai, a kortársnyomás miatt a család határainak rugalmasabbá kell

válniuk. A pubertás során a társas és szexuális szerepek változásának elfogadása nagyon fontos. A szülőpár házasságára, életközépi feladataira nagyobb figyelem irányul.

Gyerekek kirepülése (üres fészek szindróma): A gyerek független, felnőtt szerepének elfogadása, a házastársi rendszer újra diáddá alakulása, a házastársak között egymásra újra nagyobb figyelem irányul.

Középkorú szülők: A gyerekek elengedése, újra egymásra találás. Felnőtt–felnőtt kapcsolatok kialakulása a gyerekkel, az idősebb generáció támogatása, ápolása a fő feladat.

Idős házaspár: A generációs szerepek változásának elfogadása, fizikai leépülés, szellemi hanyatlás, kortársak halálának feldolgozása, és az idős kor elfogadása.

Ezekben az időszakokban lényegesen megnőhet a konfliktusok, súrlódások száma, mivel bármilyen nehézség hatványozott problémát jelenthet a családtagok számára. A családtagok megfelelő együttműködésével és külső segítség elfogadásával (pl. családterápia) könnyen orvosolni lehet ezeket a helyzeteket. Az ilyenkor megjelenő tünetet értelmezhetjük úgy, mint a család képtelenségét a következő szintre továbblépésre.

KÜLSŐ ESEMÉNYEK OKOZTA (AKCIDENTÁLIS) KRÍZISEK

Fentiekén túl fontos bemutatni az ún. akcidentális kríziseket, melyek teljesen váratlanok, külső események váltják ki (Hajduska, 2012), és amelyekre nem vagyunk felkészülve. Ide tartoznak:²

- katasztrófahelyzetek (természeti katasztrófa, háború, világjárvány)
- súlyos betegségek, balesetek
- bántalmazás
- veszteségek
- párkapcsolat megszakadása: válás, szakítás
- munkahely elvesztése
- közeli hozzátartozó halála
- egzisztenciális zuhanás

KRÍZISÁLLAPOT FELISMERÉSE

Az alábbi tünetek alapján ismerhetjük fel azt, ha valaki krízishelyzetbe került:

- Ez tölti ki minden gondolatát, állandóan a helyzet lehetséges megoldásán gondolkodik.
- Félelmek, szorongás gyötrik, sokat sír.
- Érzelmét nem tudja kontrollálni, indulatos a környezetével.
- Napi tevékenységeit is nehezen tudja elvégezni.
- Aszerint ítél meg másokat, hogy kap-e segítséget tőlük.
- Reménytelennek, kilátástalannak érzi a jövőt.⁵

Fontos továbbá megjegyezni, hogy bizonyos pszichiátriai problémával küzdők nagyobb eséllyel kerülhetnek krízisbe, de attól függetlenül, pszichiátriai értelemben egészséges embernél is jelentkezhet. A krízis legtöbbször 4-6 hét alatt lezajlik, azonban megfelelő megoldás, segítség nélkül hosszú távú következményekkel kell számolnunk. Ezek közül leggyakrabban az alkalmazkodási zavar, szorongás, PTSD (poszttraumás stressz-zavar), depresszió, függőségek (alkohol-, gyógyszer-, drogfüggőség), pszichoszomatikus zavarok, öngyilkosság fordulhat elő.²

PEDAGÓGUSOK SZEREPE A KRÍZISHELYZETEK FELISMERÉSÉBEN ÉS MEGOLDÁSÁBAN

A gyermeket nevelő intézmények lehetnek az elsők, akik észlelhetik az akut krízishelyzetet a családban, és segíthetik a megoldást, támogathatják a családot a megfelelő szakmai segítség igénybevételében.

A krízishelyzeteket átélő rendszerek addig stabil mintái összekuszálódnak, mely átmenetek időszakai során változás áll be a család rendszerében vagy környezetében. A család széteshet, működése rendezetlenné válhat. A krízis mint átmeneti időszak problémái gyakran a gyerek vagy valamelyik családtag viselkedésproblémáiban mutatkoznak meg, amelyek nem feltétlenül kórosak és tartósak, inkább jelzésértékűek a környezet számára. Ilyenkor természetesnek vehetők olyan reakciók, amelyek egyébként kórosnak tűnhetnek, ezeket ismerni kell ahhoz, hogy megfelelően lehessen kezelni őket. A problémák, *tünetek* jelzik a család elégtelen működését, és egyben felhívó szerepük is van, mobilizálhatják a külső segítséget. Az 1. táblázat összefoglalja azokat a jeleket, melyek a krízisre utalhatnak eltérő életkori csoportokban.

A szorongás, a depresszió és az ingerlékenység, a destruktív viselkedés a krízis velejáráói lehetnek gyermekeknél bármilyen életkorban. Fontos megjegyezni, hogy a visszahúzódás, a csendesség, a társaktól elzárkózás is komoly problémákra utalhatnak. Ez jelzés lehet, hogy a család keresi az utat, és próbál alkalmazkodni, azonban az eddigi megküzdési stratégiái sikertelenek. Ilyenkor külső segítő személy katalizálhatja a változást. A lehető leggyorsabban és leghatékonyabban kell a család rendelkezésére állni, aminek elengedhetetlen feltétele a csapatmunkában együttműködés. A krízishelyzetben lévő családok működésének változását gyakran úgy lehet elősegíteni, ha igénybe vesszük a családot

támogató különböző intézmények közötti kapcsolatokat is (óvoda- iskolapszichológus, Pedagógiai Szakszolgálat, védőnők, háziorvos, Gyermejkölési Szolgálat, szociális és egyházi intézmények, rendőrség), és együttesen valósítjuk meg a család segítését.

Kiemelten fontos a társas támogatottság nehéz helyzetekben. A pedagógus lehet az első, aki hangsúlyozhatja a segítségkérés szükségességét, időszerezését, és kiépítheti a kapcsolatot a megfelelő segítő intézménnyel. Amennyiben a család nem együttműködő, és a pedagógus a gyermek bántalmazását, elhanyagolását és veszélyeztetését észleli, köteles a gyermekvédelmi rendszer felé jelzést tenni.

1. táblázat: Krízisre utaló jelek különböző életkorokban

Életkor	Krízisre utaló jelek
Csecsemő- és kisgyermekkor	<ul style="list-style-type: none"> - érzelemszabályozás zavara: gyakori sírás, hirtelen hangulatváltozások nehéz megnyugtathatóság - megkésett beszéd- és kognitív fejlődés - alvásproblémák - étkezési nehézségek - széklet- és vizeletvisszatartás zavarai
Óvodás- és kisiskoláskor	<ul style="list-style-type: none"> - szociális problémák - emocionális és magatartási problémák - teljesítményzavarok - gyakori egészségi problémák
Serdülőkor	<ul style="list-style-type: none"> - teljesítményromlás - indulatosság, ingerültség - szociális visszahúzódás - iskolakerülés - evészavar - drogfogyasztás, alkoholfogyasztás - öngyilkossági fantáziák, szándék, kísérlet, önsértés

Forrás: Hajduska (2012)²

SPECIÁLIS KRÍZISHELYZETEK KEZELÉSE

GYÁSZ

Az egyik legsúlyosabb veszteségélmény mind felnőttek, mind gyerekek esetén a közeli hozzátartozó elvesztése. Lindemann tanulmányai szerint az akut gyász meghatározott pszichológiai és testi tünetekkel leírható tünetcsoport. Ez a szindróma megjelenhet rögtön a krízis után, de a gyász lehet késleltetett vagy túlzott formában megjelenő, illetve rejtett is. A gyász folyamata során a gyászoló személy végigmegy a kezdeti sokkon, majd következik az elutasítás, amely után előtörnek az érzések (önvádolás,

bűntudat, felkavarodottság), ezután a megnyugvás időszakába lép a gyászoló, végül alkalmazkodik az új helyzethez.² A tipikus tünetek helyett megjelenhetnek torzult reakciók, amelyek a gyász speciális aspektusait tükrözik. A torzult reakciók megfelelő technikákkal sikeresen átalakíthatók természetes gyászreakciókká, s így adekvátan feldolgozhatók.

Természetes gyászreakciónak az alábbi jellemzői vannak:⁶ testi tünetek, légzési nehézségek; emésztési rendellenességek; erőtlenesség érzése, kimerültség; belefeledkezés a halott emlékébe; bűntudat; ellenséges reakciók; erőfeszítés kell a mindennapi rutinok végrehajtásához; az elhunytal végzett

megszokott tevékenységek elveszítik jelentőségüket, mint például a barátokkal kapcsolattartás, közös hobbik, tervezetések.

A normál gyászreakció helyett a kóros gyászreakciónak az alábbi jellemzői vannak: a reakció késve jelenik meg; torzult reakciók vannak jelen, például túlzott aktivitás a veszteség érzése nélkül; megjelenhetnek a halott betegségére emlékeztető tünetek, jellegzetes pszichoszomatikus megbetegedések (fekélyes vastagbélgyulladás, asztma). Megváltozik barátokhoz és rokonokhoz való viszony: elzárkózás, ingerlékenység, társas izolálódás. Megfigyelhető tomboló düh egy kitüntetett személlyel szemben, hibáztatás; erőfeszítések az ellenséges

érzések leküzdésére, mely fásultságban, az érzelmek elsivárosodásában mutatkozik meg; a társas tevékenységi minták elvesztése, visszahúzóds; túlzott költekezés, adományozás, a saját gazdasági helyzet veszélyeztetése. Agitált depresszív tünetek léphetnek fel: erős feszültség, nyugtalanság, alvászavar, értéktelenség érzése, keserű önvádolás. Szükség esetén a pszichológusi vagy pszichiátriai szaksegítséghez juttatás képes lehet megelőzni a gyászreakciók elhúzódását, a gyászoló szociális alkalmazkodásában bekövetkező súlyos változásokat, valamint az orvosi ellátást igénylő betegségek és komolyabb pszichés problémák kialakulását.⁶ A 2. táblázat támpontot ad a gyászra adott gyermeki reakciók értékeléséhez különböző életkorokban.

2. táblázat: Normál és problémás gyászreakciók különböző életkorokban⁷

Életkor	Normál gyászreakció	Problémás gyászreakció
3-5 év	<ul style="list-style-type: none"> - Még nem érti a halál véglegességét. - Sokszor megkérdézheti, hogy mikor jön haza az elhunyt. - Magyarázat nélkül a felnőttek érzelmi reakciói ijesztők számára. - Elmélyült játéktevékenység közben hirtelen érzelmi reakciót mutat. 	<ul style="list-style-type: none"> - Erős szorongással reagál a haláleset után 6 hónappal is, ha a számára fontos személy meghal. - Bizonyos működésekben a korábbi fejlettségi szintre való erős visszaesés lép fel nála (pl.: szobatiszta gyermek ismét bevizel).
5-8 év	<ul style="list-style-type: none"> - Azt gondolja, az ő hibájából következett be a haláleset. - Bűntudatot, haragot érez. - Az elhunytat idealizálja (hős, angyal, aki vigyáz rá). 	<ul style="list-style-type: none"> - Iskolai teljesítménye folyamatosan romlik. - Öngyilkosságról fantáziál (szeretne ismét együtt lenni az elhunytal). - Kontroll nélküli agresszió. - Komoly visszaesést mutat fejlettségi szintben a korábbi szintre.
9-10 év	<ul style="list-style-type: none"> - Egyensúlyra törekszik abban, hogy milyen mértékben meri átélni a szomorúságot, és néha pedig ezt elnyomja. - Dühöt érez. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hangulata erősen változékony. - Durván, agresszívan viselkedik. - Jelentősen csökkent a teljesítménye a haláleset után 3-6 hónappal is. - Kortársaitól eltávolodik. - Szomatikus (testi) tünetei vannak ismert szervi ok nélkül.
12-14 év	<ul style="list-style-type: none"> - Erős érzelmeket él át. - Türelmetlen. - Gyakran folytat beszélgetést az elhunytal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Kerüli az iskolát. - Szert használ. - Szomatikus (testi) tünetek mutatkoznak nála ismert szervi ok nélkül. - „Rossz” társaságba keveredik. - Korai szexuális kapcsolatot létesít. - Visszahúzóds a szokásos tevékenységekből.
15-17 év	<ul style="list-style-type: none"> - Felnőttekéhez hasonló reakciókat mutat. 	<ul style="list-style-type: none"> - 6 hónap után is megmaradnak a felnőtt reakciók, nem vált vissza a kamaszokra jellemző viselkedésre. - Visszahúzóds a kortárs kapcsolatoktól. - Túlzott mértékben foglalkozik a kortársakkal. - Szert használ. - Kisebb bűncselekményeket követ el. - Agresszív. - Depresszió lép fel nála.

Forrás: Révész és Kiss (2015)⁷

A PEDAGÓGUS FELADATAI HIRTELEN HALÁLESET BEKÖVETKEZÉSE ESETÉN

Ha a közösségben haláleset történik, szükséges átbeszélni, hogy mi történt, természetesen a fájdalmas technikai részletek nélkül. Alapvető megtudni, hogy mit éreznek, gondolnak a hírről az osztály- vagy csoporttársak.

Lényeges elősegíteni a gyerekek érzéseinek kifejezését. Minden gyász esetében a legfontosabb hozzáállás az érzések elfogadása, amely nagyon jelentős a negatív emóciók felszínre törésekor⁷. A pedagógus fejezze ki, hogy elfogadja a gyerekek érzéseit: „Megertermem, hogy így érzel. Nehéz lehet most neked.”, azonban elengedhetetlen tisztázni, hogy bármennyire is dühös a gyermek, ne tegyen kárt magában, másban vagy a környezetében. Segítheti az érzelmek megélését például azzal, hogy megkéri a gyermekeket, válasszanak olyan természeti képet, amelyek leginkább megfelel a hangulatuknak. Beszéljenek a választott képekről, végül fogalmazzák meg az érzést: ha ezek a képek képeslapok lennének, melyiket küldené az elhunytaknak, és mit üzenne vele. A rítusok segíthetnek az erőteljes érzelmek átélésében: leírhatják, hogy mit jelent számukra, hogy társuk meghalt, emléket rajzolhatnak róla. Kijelölhetnek naponta egy órát, amikor rá emlékeznek, lehet sírni, dühösnek lenni, naplót írhatnak az érzéseikről, búcsúlevelet az el nem mondott dolgokról az elhunytaknak. Nélkülözhetetlen tudatni, hogy a gyász érzése természetes, és ennek különböző formái lehetnek. Meg kell engedni, hogy kifejezhessék gyászukat, vagy akár azt is, hogy mások ne gyászoljanak, ha nem érzik úgy. Nagyon fontos lehetőséget biztosítani a megemlékezésre (néma felállítás, gyertyagyújtás, fénykép kihelyezése, rajzot is készíthetnek). Elsőrendű, hogy a pedagógus a kérdésekre őszintén próbáljon válaszolni. Fontos használni a halott, meghalt, haldoklás kifejezéseket. Ne eufémizáljunk, pl. ne mondjuk, hogy „eltávozott”, „elment.” Amikor a halott személyről beszélünk, a nevének említésük, pontosan idézzük az emlékeket, ne idealizáljuk. Ha öngyilkosság következtében halt meg egy osztálytárs, akkor kulcsfontosságú kérdés, hogy ne legyen túl sokáig kint az emlékeztető tárgy (pl. gyertya), mert a túlzott figyelem az esetleg éppen krízisben lévő osztálytársnál felerősítheti az öngyilkossági szándék vágyát. („Ha rá így figyel mindenki, én is a középpontba kerülök, ha

meghalok.”) Előfordulhat, hogy magát a pedagógust is nagyon megérinti a gyász témája, felelevenednek események a saját életéből, de ez természetes jelenség. Amennyiben úgy érzi, hogy jelentős mértékben megterheli a téma, az iskolapszichológushoz ő is fordulhat segítségért.

SZÜLŐK VÁLÁSA

A szülők válása a gyerekek számára súlyos veszteségélmény, ezért sokat számít, ha a gyerekeket a pedagógusok is támogatják ebben a nehéz időszakban. A tünetek nagyban hasonlítanak a gyász reakcióihoz, a gyerekek eddigi szokásai megváltozhatnak, túlzottan beszédessé, az osztály bohócává válhatnak, vagy épp ellenkezőleg visszahúzódók lesznek, megjelenhet náluk az agresszió, düh, szorongás, depresszió vagy krónikus megbetegedés is. Ezek a tünetek gyakran az óvodában vagy iskolában mutatkoznak meg, a szülő otthon nem is mindig észleli ezeket.

A pedagógus szerepe kiemelkedő abban, hogy a tünetek észlelése esetén a szülőnek segítsen a megfelelő szakmai segítség megtalálásában.

A gyerekek válásra adott reakciói különbözőek lehetnek életkoruk szerint:⁸

- 3-6 éves korban a szülő hiányát intenzíven élik meg, nehezen viselik a megszokott napi elválásokat – óvodába menés, szülő munkába menetele.
- 6-10 év között figyelemzavar, koncentrációs nehézségek, dadogás, teljesítményromlás, iskolai teljesítmény csökkenése, tárgy nélküli düh, szomorúság, a kortárs kapcsolatok elhanyagolása jelenhet meg.
- 10-14 éves korban figyelemzavar, teljesítménycsökkenés, harag, hibáztatás, ellentétes, váltakozó érzelmek, magatartászavar, kortárs kapcsolatok elhanyagolása, veszélyeztető, vakmerő cselekedetek léphetnek fel.

Életkortól függetlenül az alábbi tünetek jelenhetnek meg: a családot elhagyó szülő iránt haragot éreznek, és szégyent, hogy tönkrement a család. Komoly nehézséget okozhat, ha a szülők a gyereket a kettőjük között lévő konfliktus rendezésére használják, és a gyerek „döntőbíró” szerepbe kerül. A gyerek

nem választhat a szülei között, tartós és kiegyensúlyozott kapcsolatra van szüksége mindkettőjükkel. A gyerek sokszor magára veheti a feladatot, hogy a szülőket kibékítse, és helyreálljon a megszokott rend.

HOGYAN VISZONYULJON A PEDAGÓGUS A VÁLÁS OKOZTA NEHÉZSÉGEKHEZ?

Fontos, hogy intenzív támaszt nyújtson a gyerekeknek. Ne faggassa, ha nem szeretne róla beszélni, de ha igen, hallgassa meg figyelmesen, biztosítsa támogatásáról.⁹ Az érzelmek kifejezése (segíthetnek a különböző érzelmeket kifejező arcok, kártyák, természeti képek és bábozás a feldolgozásban) segítheti a veszteségek feldolgozását (jobban ragaszkodhat a pedagógushoz, közös meseírás, rajzolás; a düh kiélésére lehetőség nyílik a játék során). A kiszámítható, eddig megszokott napirend és szokások biztonságot nyújtanak a gyerekeknek. Adja meg a lehetőséget a gyermeknek egy nyugodt, biztonságos légkör megteremtésével, hogy ha szeretne, beszélhessen érzéseiről. A szülők közötti

konfliktustól a pedagógus tartsa távol magát, ne vonódjon be a válás folyamatába. Az óvodai, iskolai lét zavartalan menete nagy biztonság a gyerek számára. Nem mondhat a szülőkről a gyerekeknek negatív, megalázó vagy lealacsonyító dolgokat. Tegye egyértelművé a szülőknek, hogy nem a válás ténye, hanem a válás folyamatában megjelenő konfliktusok azok, amik károsan befolyásolják a gyerekek testi és lelki egészségét. Hangsúlyozza, hogy fontos segítséget kérni a gyerekek érdekében a konfliktusuk rendezésére, ha az nem megy önerőből (mediátor, óvoda- és iskolapszichológus, jogász, lelkész, szociális intézmények). A gyerek akkor szerzi a legsúlyosabb sérüléseket, ha a szülők a konfliktusait nem tudják erőszakmentesen megoldani. Erőszaknak tekinthető a fizikai, érzelmi, testi bántalmazás, megalázás, lealacsonyító szavak alkalmazása, a másik szülő elidegenítése, zsarolás, zaklatás. Amennyiben felmerül a gyermek veszélyeztetése vagy a családon belüli erőszak, a jelzési kötelezettséggel élni kell a Gyermekvédelmi Szakszolgálat felé. A 3. táblázat a pedagógusoknak szánt javaslatokat összefoglalva tartalmazza hirtelen haláleset vagy a szülők válása esetén.

3. táblázat: Pedagógusi teendők hirtelen haláleset vagy a szülők válása esetén

Gyermek nehézsége	Mit tehet a pedagógus?
Hirtelen haláleset	<ul style="list-style-type: none"> - Megnyugtató, érzelmi támasz. - A történetek megbeszélése (részletek nélkül), életkornak megfelelően, egyszerű szavakkal. - Érzések, gondolatok kifejezésének teret engedni. - Érzések elfogadása: „Megértem, hogy így érzel. Nehéz lehet most neked.” - Dühkifejezés adaptív formájának segítése (pl.: kreatív tevékenység, természeti kép választása az érzésnek megfelelően, mozgás stb.), joga van dühösnek lenni, de tartsa be a dühszabályokat: nem bántathat másokat, saját magát vagy tárgyakat.¹⁰ - Biztosítson lehetőséget a kérdésre, a kérdésekre őszintén válaszoljon („elhunyt”, „elment” helyett). - Megemlékezésre lehetőség biztosítása, de öngyilkosság esetén ne maradjon kint túl sokáig a gyertya. - Elhúzódó vagy erőteljes szenvedést okozó tünetek esetén javaslatétel szakemberre (iskolapszichológus, pedagógiai szakszolgálat pszichológusa), lehetőleg névvel és elérhetőséggel.
Szülők válása	<ul style="list-style-type: none"> - Érzelmi támasz nyújtása. - Nyugodt helyen a gyermek meghallgatása, ha szeretne beszélni róla a gyermek, de faggatás, oknyomozás nélkül. - Érzelmek kifejezését segítheti: bábozás, érzelmet kifejező kártya, kreatív tevékenység. - Minden érzés elfogadott. Megfelelő dühkifejezési forma megtalálásának segítése (pl.: közös meseírás, játék, sport, ajtófélfá szorítása, felesleges papír összetépcése, stb.). - Dühszabályok betartása: nem tehet kárt magában, másokban vagy tárgyokban. - Szülőkről alkotott esetleges negatív vélemény kifejezésének kerülése a gyermek előtt. - Távolmaradás a szülők közötti vitáktól, beavatkozás kerülése. - A szülők felé kommunikálja, hogy nem a válás ténye, hanem a lezajlásának módja a fontos. - Változatlan napirend biztosítása. - Elhúzódó vagy erőteljes szenvedést okozó tünetek esetén javaslatétel szakemberre (iskolapszichológus, pedagógiai szakszolgálat pszichológusa), lehetőleg névvel és elérhetőséggel. - Ha felmerül a családon belüli erőszak gyanúja, jelzési kötelezettségének eleget téve a Gyermekvédelmi Szakszolgálat értesítése.

Forrás: saját szerkesztés

INTERNETES ZAKLATÁS (CYBER-BULLYING)

Internetes zaklatásról akkor beszélünk, amikor valakit tudatosan, bántó szándékkal, ismétlődően zaklatnak az interneten keresztül, egyenlőtlen erőviszonyok mellett.¹¹ A jelenséget komolyan kell venni, mivel a kutatások alapján az áldozatok nagyobb valószínűséggel válnak depresszióssá. A hangulati tünetekről beszámoló fiatalok körében háromszor nagyobb arányban fordult elő cyber-bullying az elmúlt egy évben.¹² Az interneten keresztüli zaklatás legnagyobb veszélye, hogy gyorsan juthat el a hír sok emberhez, ezáltal nem egyszeri alkalomról beszélünk, hanem a későbbiekben bármikor megismétlődő eseményről.¹³

MIT TEHET A GYERMEK, HA ÚGY GONDOLJA, INTERNETES ZAKLATÁS ÁLDOZATA?

Az alábbiakban összefoglaljuk azokat a teendőket, amelyet egy gyermek saját maga védelmében tehet, ha interneten zaklatják. Javasoljuk, hogy az iskolák készítsenek egy szórólapot a faliújságra a diákok számára.

- Szóljon egy felnőttnek!
- A bántalmazásra utaló bizonyítékokat mentse el dátummal együtt (pl. e-mailt, videót, üzenetet)!
- Ne válaszoljon a zaklató üzenetekre vagy posztokra, kommentekre!
- Fordulhat a Kék Vonal Gyermekkrízis Alapítvány Internet Helpline-hoz telefonon, e-mailben vagy chaten.
- Van lehetősége arra, hogy a zaklatást az adott oldalon jelentse, vagy akár le is tudja tiltani a zaklatót.
- Szükség esetén szülővel együtt forduljanak a rendőrséghez, tegyenek feljelentést a zaklatás ellen! A Kék Vonal összefoglalója sokat segíthet ebben.¹⁴
- Segítség applikáció formájában: <https://www.unicef.hu/helpapp/>. A HelpApp segít eldönteni, hogy valóban internetes zaklatásról van-e szó, illetve mi a teendő, és segítséget is kaphat. Az online zaklatásról pedagógusok számára is van elérhető magyar nyelvű weboldal, ahol tovább informálódhatnak a témában.¹⁰

Melyek azok a figyelmeztető jelek, melyet a szülők, pedagógusok láthatnak a gyermekén?¹⁴

- megváltozik az internethasználatra jellemző viselkedése (kevesebbet netezik vagy bezárkózik internetezés közben)
- megváltozik a hangulata internetezés után, ingerült lesz, illetve gyakran ellenőrzi e-mailjeit, Facebook-hírfolyamát, üzeneteit
- visszahúzódik, kerüli a társas kapcsolatokat, nem osztja meg másokkal érzéseit
- önértékelése csökken, negatívan látja saját magát, negatív gondolatok is megjelennek saját magára vonatkozóan (leértékeli magát)
- az addig jellemző hobbikat abbahagyja, vagy ritkábban foglalkozik velük
- az iskolában koncentrációs problémák lépnek fel, amelyek következtében romlik a teljesítménye
- törli a közösségi médiában használt fiókjait, pl.: Facebook, Instagram

SERDÜLŐKORI KRÍZIS ÉS SERDÜLŐKORI ÖNGYILKOSSÁG

Serdülőkorban sok területen megy végbe változás, mivel ez átmeneti időszak a gyermekkor és a felnőttkor között. Sok kihívással kell szembenézniük a serdülőknek, amelyek következtében a legtöbb mentális zavar a serdülőkor során jelenik meg először. Laufer összegyűjtötte a serdülőkori krízisre utaló jeleket:¹⁵

Ilyen az, ha a *gyermekkori magatartásmódok* kezdenek el dominálni a serdülőkorban elvárt viselkedés helyett. Probléma, ha a fiatal túlságosan *merev, önkontrollját mindig meg akarja őrizni*, vagy ha a kortársaitól *visszahúzódik*, nála fiatalabbakkal vagy idősebbekkel barátkozik. Gondot jelezhet, ha a *szülők dominálnak* életében, véleménye tőlük függ, kortársaitól eltávolodik. *Nem képes megfelelő érzéseket átélni*, kifejezni, közömbös marad. Nem foglalkoztatja a jövő, vagy irreális tervei vannak. Problémára utalhat, ha *félelemkeltő gondolatok*, fantáziák jelennek meg, melyeket nehezen tud elkülöníteni a valóságtól. Pszichiátriai kivizsgálás lehet szükséges akkor, ha a *cselekedeteit, gondolatait idegenként* vagy saját akaratától függetlenül éli meg. Mindig figyelni kell arra, ha *megváltozik a serdülő magatartása* a korábban jellemző viselkedéshez képest (visszahúzó vagy agresszív, ingerlékeny lesz)!

A PEDAGÓGUS TEENDŐI ÖNSÉRTÉS ESETÉN

Az önsértés során a személy szándékosan kárt okoz saját testében (vagdosás, gyógyszer- vagy drogtúl-adagolás). Serdülőknél gyakran előforduló probléma, hogy valamelyik testrészüket megsértik, „falcolnak” (pl. vagdossák a csuklójukat, melyet aztán igyekeznek elrejtetni pl. karkötő viselésével). Ennek hátterében az áll, hogy képtelenek elviselni a túlzott mértékű lelki fájdalmat, feszültséget és ennek levezetéseként sértik meg magukat. Nem

jelenti azt feltétlen, hogy szeretnék véget vetni életüknek, de fontos jelzéssel bír, mivel ez a későbbi öngyilkosságnak komoly rizikófaktora. Ha ilyen késztetések vannak, találjanak olyan bizalmi személyt, akivel beszélnek a háttérben meghúzódó problémáról, aki lehet a szülő, az iskolapszichológus vagy az osztályfőnök is. A serdülőkori önsértés növeli a kockázatát a későbbi önkárosító magatartásnak, valamint az öngyilkossági kísérletnek.¹⁶ Az 1. ábra bemutatja a serdülőkori öngyilkossági krízis esetén szükséges teendőket:

1. ábra: Teendők serdülőkori öngyilkossági krízis esetén

1. Hallgassa meg!

- Biztosítson lehetőséget a serdülőnek, hogy beszélhessen a problémáiról, érzéseiről, gondolatairól!
- Hallgassa meg türelmesen és megértően!
- Ne ajánljon megoldási módokat, ne osztogasson tanácsokat!

2. Ha felmerül az öngyilkossági kockázat, mindenképpen rá KELL kérdezni!

- „A hallottak alapján felmerül bennem, hogy ártani fogsz magadnak. Gondoltál az öngyilkosságra?”
- „Mit értesz az alatt, hogy jobb lenne, ha halott lennél/hogy nem bánád, ha véget érne az életed?”
- „Milyen gyakran vannak öngyilkossággal kapcsolatos gondolataid?”
- „Próbálkoztál már valaha is öngyilkossággal?”
- „Beszéltél erről valakinek rajtam kívül?”
- „Mit szeretnél most? Tudok tenni valamit, hogy jobban érezd magad?”

3. Teendők öngyilkossági kockázat esetén

- Nyerjen időt, beszéltesse a diákot, ezzel az öngyilkosság akut veszélye csökken!
- Ha alacsony az öngyilkossági kockázat (nincs terve, nem szeretné végrehajtani, de gondolt rá), akkor javasolja szakember felkeresését (területileg illetékes Pedagógiai Szakszolgálat pszichológusa vagy iskolapszichológus), lehetőleg névvel és elérhetőséggel!
- Adja oda a Kék Vonal lelkielsősegély szolgálat telefonszámát, ahol fiatalok számára biztosítanak anonim tanácsadást: 116-111!
- Ha magas a kockázat (az öngyilkosság konkrétan megtervezett, és szeretné minél előbb végrehajtani), hívja a 112-t, az országos mentőszolgálatot!

Forrás: saját szerkesztés

LEHETŐSÉGEK KRÍZISHELYZET UTÁN – RESZTORATÍV ELJÁRÁSOK

Mit lehet tenni, ha a krízishelyzet egy osztályközösséget is érint, ha utóhatása jelentkezik a közösség tagjaiban, vagy a krízishelyzet után a szülők válnak nyugtalanának? Ebben segítenek az ún. resztoratív („helyreállító”) eljárások¹⁷. A resztoratív technika alapelve, hogy az emberek produktívabbak és nagyobb valószínűséggel képesek az életükön pozitív

irányba változtatni, ha őket bevonva szeretnék segíteni nekik, nem kihagyva őket a folyamatból, vagy ellenük irányulva. Segít a módszer mélyebb megértésében és alkalmazásában, ha szemléletmódként tekintünk rá technika helyett.

A módszer meggyógyítja az érzelmi sérüléseket, és átalakítja a kapcsolatokat. Segít a fizikai és érzelmi biztonság megteremtésében, az érintettek egymást meghallgathatják, és elfogadhatják a másik véleményét. Ezen kívül segíti az egymás iránti tisztelet és

együttérzés kialakulását, valamint lehetőséget teremt az érzelmek kifejezésére, és csökkenti a megbélyegzést. Fontos eredménye, hogy a kontrollt visszahelyezi a közösség tagjai kezébe. Támogatja a reziliencia, azaz a rugalmas ellenállóképesség fejlődését. A technikai elemei: az én-közlések alkalmazása a kommunikációban, értő figyelem, aktív hallgatás, érzelmek megfogalmazása és kifejezése, valamint a közös álláspont keresése.

Resztoratív körök módszere a gyakorlatban úgy zajlik, hogy az osztály tagjai körben ülnek, a kör tagja a pedagógus is, aki serkenti, segíti a folyamatot. Az osztályt fel kell készíteni pár mondatban arra, hogy milyen módon fognak beszélni a történekről, és mi ennek a célja. Az alábbi kérdések hangozzanak el, melyre lehetőleg minden gyerek válaszoljon, illetve aki nem szeretne, az is kapja meg a lehetőséget. Van lehetőség passzolni, de próbáljuk elkerülni, hogy ez túl gyakorivá váljon:¹⁸

- Mi történt? Hogyan szereztél tudomást a történekről?
- Mi volt a reakciód, amikor hallottad?
- Mit gondoltál akkor, és mit gondolsz most?

- Miként hatott ez rád, a többi gyerekre és a felnőttekre?
- Mi volt a legnehezebb számodra akkor és most?
- Mire van szükséged most?
- Most, hogy megtudtuk, hogy miként érez, gondol mindenki, mit javasolnátok, hogyan folytassuk a mai napot?
- Mire lenne szükség, hogy folytathassuk?

ÖSSZEFOGLALÁS

A fentiekben bemutatuk a leggyakoribb, krízist kiváltó helyzeteket a fiatalok körében, mint például a gyász, a szülők válása és az internetes zaklatás. Külön foglalkoztunk az öngyilkossági krízissel és a serdülők önsértésével. A cikk rámutat arra, hogy a pedagógusoknak milyen nagy szerepe van ezeknek a helyzeteknek a felismerésében és a feldolgozás elősegítésében. Gyakorlati technikák bemutatásával jártuk körbe azokat a módszereket, melyek bizonyítottan hatékonyak lehetnek egy-egy osztályközösségben, vagy egyéni szinten egyaránt.

HIVATKOZÁSOK

¹ Caplan G. Principles of preventive psychiatry. Basic books, New York, 1964.

² Hajduska M. Krízislélektan. Eötvös Kiadó, Budapest, 2012.

³ Erikson EH. Identity: Youth and crisis. Norton, New York, 1968.

⁴ Duvall LM. Marriage and family development. Lippincott, New York, 1977.

⁵ Nemzeti Népegészségügyi Központ: Mentális elsősegély módszertani dokumentum, 2018

⁶ Lindemann E. Az akut gyász tünettana és kezelése. Kharón. 1998;2(4):13-26.

⁷ Révész RL, Kiss K. Alapvetések az iskolai beszélgetésekhez. 2017. http://cms.mno.hu:40080/data/cikkek/17/177/cikk17771/alapvetések_az_iskolai_beszelgetesekhez_veronai_tragedia.pdf. (Elérve: 2020. 03. 15.)

⁸ Benczúr L, Révész RL. Gyermekünk veszteségei. Fordulópont. 2001;(3):5–16.

⁹ Gyurkó Sz. Rám is gondoljatok. Bookline, Budapest, 2015.

¹⁰ <http://ebresztoora.unicef.hu/> (Elérve: 2020. 03. 18.)

¹¹ Olweus D. Iskolai zaklatás. Educatio. 1999;4:717–739.

¹² Ybarra ML. Linkages between depressive symptomatology and Internet harassment among young regular Internet users. CyberPsychology & Behavior. 2004;7(2):247–257. doi:[10.1089/109493104323024500](https://doi.org/10.1089/109493104323024500)

¹³ Domonkos K. Cyberbullying: Zaklatás elektronikus eszközök használatával. Alkalmazott Pszichológia. 2014; 14:(1):59–70.

¹⁴ <https://www.kek-vonal.hu/index.php/hu/cikkek-informaciok/467-hogyan-beszelges-gyerekekkel-a-cyberbullyingrol>. (Elérve: 2020. 03. 17.)

¹⁵ Laufer M. Adolescent Disturbance and Breakdown. Penguin Books, Harmondworth, 1975.

¹⁶ Chan MK, Bhatti H, Meader N, et al. Predicting suicide following self-harm: systematic review of risk factors and risk scales. Br J Psychiatry. 2016;(4):277–283. doi:[10.1192/bjp.bp.115.170050](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.170050)

¹⁷ Resztoratív technika használata a krízishelyzet kezelésére. http://iskolapszichologiai-modszertani-bazis.elte.hu/wp-content/uploads/2017/03/Kr%C3%ADzisenresztorat%C3%ADvtechnika_NegreaVidia.pdf. (Elérve: 2018. 03. 14.)

¹⁸ Whitehouse, É. és Warwick, P. (2013) Mint egy vulkán forrok és mindjárt felrobbanok. Budapest: Geobook Kiadó.

A gyermek- és serdülőkori depresszió tünetei, megjelenési formái és kezelése

Depression among children and adolescent - symptoms, appearance and treatment

Szerzők: Németh Adrienn ✉, Pálinkás-Holovits Zsuzsanna, Sándor Piroska
Nemzeti Népegészségügyi Központ, Budapest

Beküldve: 2020. 04. 03.
doi: 10.24365/ef.v61i2.588

Összefoglaló: A gyermek- és serdülőkorban természetes fejlődési sajátosságoktól, az úgynevezett normatív identitáskrizisektől sokszor nehezen elkülöníthető a kezelést igénylő, depressziós epizód. Pubertáskorban normálisak és gyakoriak a rosszkedvvel, ingerlékenységgel, ingadozó hangulattal járó időszakok, ezek azonban önálló tünetként nem merítik ki a depresszió kritériumait. A szomorúság, a boldogtalanság érzése az emberi természet és a normális érzelmi fejlődés része. Gyakori az életkorral is összefüggő hangulatváltozás, ingerlékenység. Fontos azonban felismerni a tünetek súlyosságát, intenzitását, időbeli fennállását és a funkciókárosodás (tanulmányi zavarok, kortárs csoportba való beilleszkedés zavarai stb.) mértékét ahhoz, hogy szükség esetén megfelelő segítséget kaphasson az érintett gyermek. A szülők, tanárok és kortársak sokszor nem ismerik fel időben, ha egy gyermek vagy kamasz depresszióban szenved a gyermekkorban változatosan előtérbe kerülő tünetek miatt. Ráadásul számos elterjedt és nagyon káros tévhit létezik a depresszióval kapcsolatban is, mely miatt sokszor félnek a fiatalok és a szülők az esetleges megbélyegzéstől. Ilyen, gyakran előforduló tévhitek lehetnek például, hogy a depresszió nem igényel kezelést; elég lehet a környezetváltozás, pihenés; „csak össze kell szednie magát” a fiatalnak. Az alábbi összefoglalóban részletesen bemutatjuk a gyermek- és serdülőkori depresszió sajátosságait, tüneti megjelenési formáit, valamint a lehetséges kezelési módokat, teendőket.

Kulcsszavak: depresszió; hangulatzavar; öngyilkosság; tünetek; kezelés

Summary: Depression in childhood and adolescent age is often difficult to recognize since it presents with various symptoms commonly very similar to behaviors naturally occurring in normative crises of this age such as identity crisis. In puberty, episodes of low and changeable mood, irritability are often present as part of development but these alone do not fulfill the criteria of depression. In general, sadness and mood changes are part of the emotional development and important aspects of human nature. What is important in identifying clinical depression is the intensity and severity of the symptoms, how long are they present and the level of disruption in functionality (for example: difficulties in studying and concentration, disruption of social connections) caused by the symptoms. It is often difficult for a parents or teachers to recognize the various symptoms of depression, in addition to the wide spread misconceptions and biases in connection to depression often prevent caregivers or adolescents to ask for help. Deciding whether the child or adolescent has depression and needs professional help is always a professional question, thus it is advised to see a psychologist or psychiatrist in case of worrying or disruptive symptoms. In the following summary concerning depression in childhood and adolescence, we attempt to give a detailed description of the various symptoms of depression in different age groups, possible treatment approaches, and steps to take for caregivers.

Keywords: depression; mood disorders; suicide; symptoms; treatment

BEVEZETÉS

Mindannyian éreztük már magunkat szomorúnak, lehangoltnak, lehet, hogy életünk egy szakasza kivételesen nehéz volt valamilyen esemény vagy helyzet miatt. Ilyen események lehetnek például szeretteink halála, válás, barátaink, szerelmünk elvesztése, csalódás. A veszteség, szomorúság, kilátástalanság érzése bénító súllyal nehezedhet hétköznapijainkra, és szinte mindent negatív fényben tüntethet fel. Amikor az előbbiekhöz hasonló veszteségek után a hangulatváltozás tartósan fennáll, a tünetek intenzívebbé válnak és megnehezítik a személy mindennapi életvitelét, az a depresszió kialakulását jelzi.

Serdülők esetében különösen sérülékeny időszakok fordulnak elő a fejlődés során. A legtipikusabb életani fejlődési krízis a gyermekből felnőtté válás kapcsán a mindenkit érintő identitáskeresés. Ez az időszak a labilis hormonális és testi változások mellett olyan gondolkodásbeli és érzelmi változásokat idéz elő a gyermekek életében, amelyek önmagukban is jelentős hangulatingadozást, ingerlékenységet eredményeznek. Elvont fogalmakról kezdenek gondolkodni, az élet és halál kérdései ebben az életkorban fogalmazódnak meg legmeghatározóbban. Keresik a helyüket a világban, a kortársak között, próbálgatják a felnőtt szerepeiket, párválasztáson, pályaválasztáson gondolkoznak, és ekkor kezdik a saját családjukhoz fűződő viszonyulásukat is átértékelni. Tulajdonképpen ezek a területek alkotják a serdülők identitásának pilléreit, amelyek komolyabb krízisbe sodorhatják a fiatalokat akkor, amikor ezek közül több területen is problémákkal szembesülnek.

Gyakran alakulhatnak ki gyermekeknél és serdülőknél krízishelyzetek, amikor új közösségekbe, új élethelyzetbe kerülnek, a szüleik válnak, vagy egy szeretett személyt elveszítenek. A költözés, a barátok elvesztése, a szülők anyagi problémái, a barátokkal való vita, a szerelmi csalódás, az erőszak, a szexuális erőszak, a komoly testi betegség vagy más pszichés problémák fennállása is teremthet ilyen helyzeteket.¹

A depressziós állapot a hangulat zavara. Jellemzője, hogy tartósan fennáll, és a környezet változásai nem vagy alig befolyásolják. Ilyenkor mindenképp szakember segítségére van szükség.

A gyermekkori depresszió előfordulása Magyarországon

A depresszió és az öngyilkosság nagymértékben átfedik egymást és súlyos népegészségügyi problémákat jelentenek Európában.^{2,3}

Az unipoláris major depresszió az egyik leggyakoribb pszichiátriai betegség Magyarországon a felnőtt lakosság körében: 15,1% az élettartam prevalencia, 7,1% az 1 éves prevalencia. Havonta mintegy 200 000 felnőtt fordul szakemberhez major depresszió tüneteivel hazánkban.^{4,5}

A depresszív zavarok gyakoriak 18 év alatt is. Gyermekkorban 1-2%, serdülőkorban 3-8% az előfordulása, vagyis száz gyerekből, egy átlagos iskolai évfolyamból 3-8 gyereket érint.⁶

Fontos kiemelni, hogy a felnőttkori major depresszió leggyakrabban fiatal felnőttkorban (25-35 év) vagy serdülőkorban indul. A disztímia (tartós minor depresszió) jellemző kezdete 12-16 év közé tehető. Az esetek felében családi halmozódás figyelhető meg (de fontos tudni, hogy csak 37% a genetikai meghatározottság, sokkal jelentősebb az összetett gén-környezet interakció szerepe a betegség kialakulásában).⁷

A kezeletlen depresszió több mint 50%-ban társul szorongásos zavarral, hiperaktivitás és figyelemzavarral, magatartászavarral vagy szerhasználattal.⁸ A hangulatzavarral küzdő páciensek ellátásának fejlesztése hatékony megközelítésnek tekinthető az öngyilkosság megelőzésében is, ugyanis a kezeletlen depresszióval küzdő páciensek gyakrabban követnek el öngyilkosságot a társadalom más populációihoz képest.⁹

A magyar serdülők körében a második leggyakoribb halálozási ok a befejezett öngyilkosság, és világviszonylatban vezető helyen állunk.¹⁰

A „Fiatal Életek Megmentése és Felvértezése” (Saving and Empowering Young Lives in Europe - SEYLE) elnevezésű nemzetközi kutatás szerint a magyar fiatalok 12%-a foglalkozott életében az öngyilkosság gondolatával, 10%-uknak voltak kifejezett szuicid gondolataik, és 3%-uk kísérelt meg öngyilkosságot életében. A SEYLE vizsgálat Magyarországon végzett felmérése alapján 14 éves kor alatt 1:100 000 a befejezett öngyilkosságok aránya, míg 14-19 éves kor között 10:100 000 az öngyil-

kosság miatt bekövetkező halálozások aránya. A fiúk ebben az életkorban négyszer gyakrabban követnek el öngyilkosságot, mint ellenkező nemű társaik, azonban a lányok esetében több a szuicid kísérlet.^{11,12}

Öngyilkosságot elkövető, illetve megkísérlő fiataloknál - felnőttekhez hasonlóan - több mint 90%-ban fennáll valamilyen pszichiátriai betegség, és csupán 5-20%-uk áll ekkor pszichiátriai kezelés alatt.^{10,13,14}

Az öngyilkosságot elkövető, megkísérlő gyermekekénél leggyakoribb pszichiátriai betegség a depresszió, a második leggyakoribb ok a pszichoaktív szerhasználat.¹⁵

Fontos megemlíteni az öngyilkossági rizikófaktorok sorában - szintén minden korosztálynál - azt, hogy ha valaki korábban már megkísérelt öngyilkosságot.¹⁶ A befejezett öngyilkosságot elkövetők közel harmada kísérelt meg korábban öngyilkosságot.¹⁷

HOGYAN ISMERHETEM FEL, HA EGY GYERMEK DEPRESSZIÓVAL KÜZD?

A gyermekkori depresszió felismerése és a kezelés korai megkezdése nemcsak a gyermek és a család jelenlegi életében, de a későbbi tünetek és súlyos következmények megelőzése szempontjából is kiemelt jelentőségű.

Fontos tehát idejében felismerni a hangulatzavarra utaló tüneteket, melyek gyermekek esetében életkoronként eltérő jellegzetességeket, megjelenési formákat mutatnak.

Általában elmondhatjuk, hogy minél fiatalabb egy gyermek, annál nagyobb mértékben térnek el tünetei a felnőttkori depresszió klasszikus hangulati tüneteitől, amelyek első ránézésre akár ellentétes képet is mutathatnak (túlzott aktivitás, dührohamok).

A következő táblázatban életkori bontásban is megtalálhatók a depresszióra jellemző tünetek:

1. táblázat: A depresszióra jellemző tünetek életkori felosztásban

Óvodáskor (3-6 év) jellegzetes tünetei	Kisiskolás kor (7-14 év) jellegzetes tünetei	Kamaszkor és ifjúkor (15-25 év) jellegzetes tünetei
<ul style="list-style-type: none"> – könnyen ingerült és hangulatilag labilis, agresszivitás előfordul. – csökkent érdeklődés a játék és a mozgás iránt. – szomorú arc kifejezés. – mimika és gesztikuláció csökkent. – az örömképesség csökkenése. – introvertált viselkedés akkor is, ha agresszió is jelen van. – táplálkozási zavar, a testsúly csökkenése vagy növekedése. – alvászavarok, rémálmok, elalvás-átalvás zavarai. – bevizelés (enuresis). – széklettartási zavarok (encopresis). – gyakori önvád: „engem nem szeret senki, nem játszik velem senki stb.” 	<ul style="list-style-type: none"> – agitáltság, ingerlékenység. – verbális beszámoló a rossz hangulatról. – öngyilkossági gondolatok megjelenhetnek. – szorongás attól, hogy a szülők nem figyelnek rájuk eléggé. – iskolai teljesítményzavarok. 	<ul style="list-style-type: none"> – izgatottság, ingerlékenység és agresszivitás. – szociális visszahúzóds. – csökkent önbizalom. – önvád. – apátia, szorongás. – koncentrációs zavar. – iskolai teljesítményzavar. – önsértés, öngyilkossági gondolatok, intenciók. – a nap folyamán az állapot hullámzása. – pszichoszomatikus zavarok. – étkezési zavarok. – deviáns viselkedésformák.

Forrás: EAADⁱ, OSPIⁱⁱ táblázata nyomán, 2009¹⁸

ⁱEuropean Alliance Against Depression (EAAD) – Európai Szövetség a Depresszió Ellen program

ⁱⁱOptimizing Suicide Prevention Programs and Their Implementation in Europe (OSPI) – Többosztályú akcióprogram a depresszió és öngyilkosság megelőzésére

Tünetek csecsemő és kisgyermekkorban (0-6 év)

Számos tanulmány és megfigyelés támasztja alá azt a tényt, hogy a gyermekek már csecsemőkortól „utánozzák” anyjuk negatív hangulatát. Ilyen szempontból is különösen fontos a gyermekágyi depresszió megfelelő kezelése, hiszen az édesanya alacsony fekvésű hangulata, csökkent válaszkészsége a gyermek testi és érzelmi fejlődésére egyaránt hatással van. A depresszióval küzdő anyák gyermekei kisdedkorban kevesebb pozitív érzelmeket osztanak meg szüleikkel, érzékenyebben reagálnak a környezet változásaira. Szomorúság, fáradékony-ság, önbizalomhiány alakul ki a kisgyermekes esetében a gyakori, negatív anyai megjegyzések pedig önvádálshoz, önbizalomhiányhoz vezetnek.^{19,20}

Kisgyermeknél jellemzően olyan szomatikus tünetekben ölt formát a depresszió, mint például a fokozott szenzitivitás, ingerlékeny viselkedés, hosszan tartó szomorúság, sírás, megmagyarázhatatlan fejfájás, hasfájás.²¹

Óvodáskorban fő tünet az alvás és étvágy zavarai, a szégyen érzése, a pszichomotoros tevékenység zavara. Önmegnyugtatóként, örömforrásként megjelenhet a nemi szervek fokozott érintése, maszturbálás. Gyakori a játék vagy egyéb tevékenységek élvezetének hiánya vagy képtelensége, az erős és általános bűntudat, az extrém fáradtság és kimerültség, a kognitív teljesítmény visszaesése. Mindezekkel együtt gyakori a szociális visszahúzó-dás, fokozott féltékenység, a fantázia hiánya. A depressziós gyermekeket éppúgy jellemezheti a passzivitás, mint a pszichomotoros nyugtalanság (ide-oda szaladgálás minden cél nélkül). Felfokozott agresszív tendenciák is jelzői lehetnek depresszió-nak, akár a másik, akár saját maga ellen irányuló formában (pl. a falba veri a fejét). Előfordulhat visszaesés a már elért képességek terén, például bevizelés (enuresis), bekakilás (encopresis).^{22,23}

Tünetek gyermek- (6-10 év) és prepubertás (10-12 év) korban

A fenti tünetek nagy része megjelenik gyermekkorban is, sőt sok esetben a prepubertásban is előfordulhatnak. Ebben az életkorban is vezető tünet lehet a hosszan tartó irritabilitás, lehangoltság, szomorúság, az étvágy hullámzásai, még látványo-

sabban jelentkezhet a szociális visszavonulás, az opponáló (ellenálló) viselkedés, és megjelenhet az önsértés. A gyermekkor és prepubertás során is gyakran jelentkeznek szomatikus tünetek, mint a hasfájás és fejfájás.

Ritkábban megfigyelhetünk agitált, tartósan izgatott viselkedést, visszatérhet a kisgyermekkorban normális szeparációs szorongás. Súlyos esetekben, nagyon ritkán előfordulhatnak hanghallások, hallucinációk is.

A depresszió következményei közül ki kell emelni a koncentrációs készség és a teljesítőképesség romlását, a tanulmányi eredmények visszaesését, lemaradást a szociális fejlődésben. A depresszió felismerésének hiányában gyakran tartják a beteg gyermeket egyszerűen lustának és butának.²²

Elhangozhatnak ezekben az életkorokban csökkent önbizalomra, értéktelenség érzésére utaló kijelentések is, amelyekre mindig érdemes odafigyelni. Ilyenek lehetnek pl. „Engem senki sem szeret.”; „Senki sem akar velem játszani.”; „Mindig én vagyok az, aki hibát követ el.”; „Bárcsak meg se születtem volna.”

A fenti tipikus mondatok is illusztrálják, hogy depresszió hatására már ebben a korban is megjelenhet a halál, illetve az öngyilkosság gondolata, bár fiatalabb gyerekeknél sokszor nem konkrét formában (pl. mi lenne, ha ő maga nem létezne, vagy balesetet szenvedne és meghalna). Ezekkel a gondolatokkal minden esetben foglalkoznunk kell!

Tünetek serdülőkorban (12-18 év)

A serdülőkorú gyermek tünetei már jobban hasonlítanak a felnőttkori depresszió jeleihez, azonban a lehangoltság helyett sokszor ingerlékeny hangulat jellemzi őket.²¹ Legfőbb tünetek: a lehangoltság vagy irritabilitás, a tépelődés, a motiváció hiánya, a kiábrándultság, az agresszivitás, az önhibáztatás, az önbizalom hiánya, a szociális izoláció és az érdektelenség érzése. Depressziós serdülők gyakran viselkednek visszahúzódnak barátaikkal, szüleikkel, tanáraikkal, ami még izoláltabbá teszi őket. Serdülő-kori depresszióban is jellemző az iskolai teljesítmény romlása, amelyet a környezet sokszor nemtörődömségnek vagy lustaságnak címkéz, ha az addig jól teljesítő fiatal tanulmányi eredményei romlanak, érdeklődése beszűkül.²²

A halállal való foglalkozás egyre jellemzőbb ebben az időszakban. A visszatérő halálvágy, öngyilkossági gondolatok sokszor rejtetten is megjelenhetnek (pl. búcsúlevelet írnak, végrendeletet készítenek a fiatalok stb.). Fokozott veszélyt jelent öngyilkossági terv fontolgatása és az öngyilkosságra tett kísérletek is. Minden ilyen esetben haladéktalanul szakemberhez kell fordulni.

Bizonyos pszichés zavaroknál előfordulhat öngyilkossági szándék nélkül megjelenő önsértő magatartás is (pl. falcolás, cigarettacsikk elnyomása, bőrkapargatás stb.), melyet azonban mindig komolyan kell venni és szakember segítségét kérni.²⁴

A serdülőkori depresszióban is jellemző a testi panaszok kialakulása, az alvászavarok, és előfordulhat a testi higiénia elhanyagolása is. Serdülőkorban a fiatalok fokozottan veszélyeztetettek a különböző testkép- és étkezési zavarok kialakulására (bulimia, anorexia), amelyek gyakran járnak együtt depresszióval, illetve szorongásos zavarokkal.²⁵

A depresszióval küzdő fiatalok kifejezetten veszélyeztetettek alkohol- és droghasználat szempontjából. Az ily módon történő probléma megoldási kísérletek súlyosbítják a fiatal állapotát, és fokozzák a depresszió tüneteit.²⁶

A tüneti képben van különbség gyermek és serdülőkorban a fiúk és lányok között is. Idősebb lányok esetében gyakrabban látunk depresszív hangulatot, míg fiatalabb fiúk esetében irritabilitást. Fiatal lányok gyakrabban kommunikálnak testi fájdalmakkal (fejfájás, hasfájás, végtagfájdalmak).²⁷

Milyen figyelmeztető jelek fennállása esetén kell szakemberhez fordulni?

Abban az esetben, ha a következő tünetek közül 5 (a fő tünetek közül legalább 1) két hétig tartósan fennáll a nap nagyobb részében, és egy héten több napon át jelen vannak a tünetek, mint ahányon nem.

1. Fő tünetek:
 - a. depressziós (serdülőknél akár ingerlékeny) hangulat a nap legnagyobb részében.
 - b. a tevékenységek, játék iránti érdeklődés vagy öröm érzésének jelentős csökkenése.
2. Jelentős testsúlyváltozás (hízás vagy fogyás);

3. Alvászavarok (elalvási, átalvási zavarok, esetleg túl sok alvás);
4. Pszichomotoros agitáció vagy gátoltság (ingerlékenység, irritáltság vagy meglassultság);
5. Fáradtság vagy energiahány;
6. Értéktelenség vagy túlzott bűntudat érzése;
7. Csökkent gondolkodási, összpontosítási vagy döntési képesség;
8. Halállal és öngyilkossággal kapcsolatos visszatérő gondolatok, öngyilkossági terv vagy kísérlet.²⁸

A DEPRESSZIÓ egyéb megjelenési formái (A jelenleg érvényes klasszifikációs rendszer, DSM-5 alapján)

Diszruptív hangulatszabályozási zavar

Súlyos, ismétlődő dühkitörések (verbális, cselekvéses), amelyek nincsenek arányban a helyzet vagy provokáció súlyával, időtartamával. Ezek a megnyilvánulások nem felelnek meg a fejlődési szintnek, és átlagosan hetente háromszor előfordulnak. A dühkitörések közötti időszakot állandó irritabilitás vagy dühös hangulat jellemzi.

Tartósan fennálló depresszív zavar (disztímia)

Depresszív vagy irritábilis hangulat elhúzódóan és 1 éven át tartósan fennáll, a nap nagy részében, valamint a legtöbb napon tartósan jelen van, és ez jelentős szenvedést és/vagy károsodást okoz az iskolai, szociális és egyéb tevékenységek területén. A tünetek nem lehetnek szerhasználat vagy egyéb testi betegség következményei, valamint más pszichiátriai zavar tünetei. Abban az esetben, ha az év egymást követő 2 hónapjában megszűnnek a páciens tünetei, akkor ez a diagnózis nem áll fenn.²⁸

MI ÁLLHAT A DEPRESSZIÓ HÁTTERÉBEN?

Számos családi és egyénre jellemző rizikófaktort azonosítottak a depresszív jellegű tünetek és a depressziós megbetegedések hátterében. A családból eredő rizikófaktorok lehetnek genetikai, illetve pszichoszociális eredetűek.

Utóbbi csoportba tartozik például a szülőkkel való kapcsolat és a kötődés minősége, a házasság, vagy szülők közti kapcsolat problémái, a gyenge családi támogatás és a diszfunkcionális szülői magatartás. Gyermekek esetén mindig érdemes figyelni a szülővel való kapcsolatra. Minél kisebb gyerekről van szó, általában annál közvetlenebbül köthetők a viselkedésszabályozás, hangulat zavarai az elsődleges gondozóval való kapcsolat minőségéhez.²⁹ A kapcsolatot nehezítheti a szülő saját pszichológiai problémája, gyász, nehéz élethelyzete is.

Egyéni rizikófaktorok lehetnek egyes temperamentumbeli, illetve kognitív (gondolkodásbeli) jellemzők (pl. labilis hangulat, alacsony önértékelés és negatív tendenciájú gondolatok), különbségek az érzelmszabályozás hatékonyságában, különbségek a neurológiai illetve fiziológiai válaszkészségben (például a stresszválasz-rendszer egyéni jellemzőiben), esetleg párhuzamosan létező egyéb pszichológiai problémák, pl. szorongásos zavarok.

A depresszió kialakulásában a fentiekén kívül nagy szerep jut az életeseményeknek és környezeti tényezőknek (pl. szülő elvesztése, válás, zaklatás, bántalmazás, abúzus bármilyen formája, betegség vagy halál a családban). Nem szabad megfeledkezünk azokról a korai negatív eseményekről sem, amelyek az idegrendszer fejlődését is nagyban befolyásolják (pl. születés körüli traumák, az anya nem megfelelő táplálkozása, bántalmazás, alkoholés/vagy drogabúzus).

Érdemes arra is odafigyelni, hogy mi történik a gyermekkel az iskolában, illetve a szabadidős tevékenységek során. Egyre többször oka a szorongásnak, a depresszióknak, esetenként az öngyilkosságnak is az iskolai vagy iskolán kívüli kortárs bántalmazás (bullying), vagy annak online, a közösségi média felületein megvalósuló formája (cyber bullying). Összességében a depresszió kialakulásához többféle rizikófaktor együttes jelenléte, illetve kölcsönhatása szükséges.²¹

Akkor is fontos foglalkozni a megjelenő problémákkal, ha azok éppen nem tűnnek olyan súlyosnak, vagy nem akadályozzák egyértelműen a család működését. A segítségadás éppen akkor lehet a leghatékonyabb, amikor még preventív jellegű, a tünetek még kisszámúak és enyhék, a betegség nem alakult ki teljesen. A család életminőségében azonban nagy változást tud hozni, ha segítséget

kapnak a problémák kezeléséhez, illetve a későbbi depressziós epizód megjelenését akadályozhatjuk meg ezzel.

Érdemes azt is észben tartani, hogy ha a szülők elbeszélése nyomán hallunk először egy gyermek tüneteiről, az elbeszélést nagymértékben befolyásolja a szülő aktuális érzelmi állapota. Ha éppen ijedten érkezett, elképzelhető, hogy egy felnagyított képet kapunk a problémáról, de az is lehet, hogy hosszas halogatás után szánta rá magát, esetleg szégyelli a problémákat, amikor is lehetséges, hogy egy visszafogott vagy bagatellizált elbeszélést hallunk. Fontos, hogy mindkét esetben vegyük komolyan a problémát és biztosítsuk a szülőt, hogy a megfelelő helyen segítséget kaphat.

A gyermek és serdülőkorban kezdődő depressziós epizód átlagos hossza 7-9 hónap közé tehető, természetes lefolyása szerint spontán remisszió előfordulhat, de az esetek többségében (40-60%-ban) 2-5 éven belül újabb epizód jelentkezik.²¹

BIZONYÍTOTTAN HATÉKONY TERÁPIÁS FORMÁK

A depresszió manapság rendkívül jól kezelhető a megfelelő, komplex gyermekpszichiátriai terápiával. A kezelés általában megoldható ambulánsan gyermekpszichiátriai szakrendelőben. A kórházi kezelés akkor szükséges, ha:

- különösen súlyos, együtt járó pszichiátriai vagy szomatikus zavar áll fenn, amely veszélyezteti a gyermek állapotát (evészavar, szorongás, pszichózis, öngyilkossági veszély);
- az ambuláns terápiás eredmény nem kielégítő;
- nehezen elérhető a gyermek számára az ellátás;
- öngyilkossági veszély áll fenn.

A megfelelő kezeléssel megelőzhető a visszatérő epizódok, akár felnőttkorban is és csökkenthető az öngyilkosság kockázata.

A leghatékonyabb pszichoterápiás módszerek:

Kognitív viselkedésterápia (CBT, átlagosan 10-12 ülésből áll), mely terápiás módszer jellemzően a panaszokra fókuszál. Megtanítják a gyermeket és a szülőt a tünetek kezelésére azáltal, hogy segítenek

a gondolatokat átkeretezni, új viselkedésmintákat kialakítani, ezáltal új, hatékony megküzdési stratégiákat dolgoznak ki. A terápiás folyamat során javulnak a szociális készségek is. Formáját illetően történhet egyénileg vagy csoportosan.²¹ Léteznek internet alapú CBT-eszközök, amelyek lehetőséget nyújtanak arra, hogy azok a fiatalok is segítséghez jussanak, akik számára nem vagy nehezen elérhető a kognitív viselkedésterápia (www.ifightdepression.com).

Serdülők számára hatékony terápiás formák a szervezett, önismereti csoportfoglalkozások, az egyéni (interperszonális) pszichoterápia, a relaxációs technikák elsajátítása.

Gyógyszeres kezelés: bizonyos esetekben szükség lehet gyógyszeres kezelésre is a pszichoterápia mellett, ezt minden esetben alaposan mérlegeli a gyermek- és ifjúságpszichiáter szakorvos, és szoros követést javasol.²¹

1. ábra: A hangulatzavarok kezelése gyermek- és serdülőkorban



Forrás: OSPI-Europe

MIT TEGYEK, HA EGY DEPRESSZIÓVAL KÜZDŐ GYERMEK SEGÍTSÉGET KÉR TŐLEM?

Minden esetben vegyük komolyan a gyermek segítségkérését, kerüljük a panaszok lekicsinylését. Hallgassuk meg a problémát egy olyan helyen, ahol biztosan nem zavarnak meg minket. Az érzéseit fogadjuk el, fejezzük ki, hogy megértjük őt, legyünk empátikusak („Szóval mostanában sokszor vannak gondjaid a barátaiddal és sokszor vagy rosszkedvű. Megértem, hogy nehéz neked most!”). Fejezzük ki, hogy örülünk annak, hogy megosztotta velünk a nehézségét, mert ez már az első lépés ahhoz, hogy megoldást lehessen találni.

Fontos, hogy mindig vegyük komolyan a gyermek problémáit, ne bagatellizáljuk azokat! Az érintett gyermek számára jelentős szenvedést okozhat olyan gondolat vagy történés is, amelyet esetleg mi felnőttként máshogy értékelünk. Ebben az esetben is nagyon fontos elismernünk, hogy látjuk, ez a dolog őt nagyon megviseli. Szintén fontos, hogy ne fessünk eléjük negatívabb képet a jövőről, ne hasonlítgassuk a gyermek érzéseit másokéhoz

(kerülendők pl. a következők: „Ó, meglátod, felnőtt korodban százszor ennyi problémád lesz még! Képzeld, nekem is ennyi meg ennyi nehézségem van, mégsem vagyok depressziós...”).

Miután a gyermek bizalmába fogadott bennünket és beszélt a nehézségeiről, ajánljuk fel számára, hogy szeretnénk abban támogatni, hogy minél előbb kaphasson megfelelő segítséget. Magyarázzuk el neki, hogy ehhez szükséges lesz beszélünk a gondviselőjével, amit az ő érdekében teszünk, és kérdezzük meg, van-e olyan részlet, amit nem szeretne, hogy a szüleivel megosszunk. Mondjuk el a gyermeknek, hogy ha olyasmiről szerzünk tudomást, ami közvetlenül veszélyezteti az ő vagy mások életét, vagy törvénybe ütközik (bántalmazás, szerhasználat), akkor haladéktalanul értesítenünk kell a szüleit és további lépéseket kell tennünk annak érdekében, hogy biztonságban lehessen.

Javasolhatjuk szakember bevonását (pszichológus, klinikai szakpszichológus), iskolában például elkísérhetjük az iskolapszichológushoz, aki el tudja dönteni, hogy szükséges-e klinikai szakpszichológus felkeresése. Szaksegítség ajánlásánál törekedni kell

a név és elérhetőség megadására vagy az intézmény nevének és pontos elérhetőségének megjelölésére, mivel minél általánosabb a küldés („keressenek egy pszichológust”), és minél több intézményt kell megjárnia a családnak, hogy megfelelő ellátást kapjanak a problémájukra, annál nagyobb a lemorzsolódás valószínűsége.

Fontos tudni, hogy gyermekkori depressziós, illetve szorongásos tünetek jelentkezhetnek a családi környezet veszélyeztető volta miatt, például elhanyagolás, bántalmazás következményeként is. Amennyiben ennek gyanúja felmerül, a szakember (egészségügyi vagy pedagógus) felelőssége és egyben törvényi kötelezettsége is, hogy a gyermekvédelmi jelzőrendszer részeként a helyi Család- és Gyermekjóléti Szolgálatnál vagy Központnál jelzést tegyen.³⁰

KOMMUNIKÁCIÓ A SZÜLŐKKEL

Ahhoz, hogy a gyerek és a család eljusson a megfelelő helyre, ahol segítséget kaphatnak, tapintatosan rá kell világítani a problémára. Meg kell értetni a szülővel, hogy a gyermek vagy a család tünetei mögött betegség állhat, amelyen lehet segíteni, ha időben jelentkeznek a megfelelő helyen, ahol pontos diagnózist és megfelelő kezelést kaphatnak.

Mivel a gyermekek tünetei jelezhetik a család nem megfelelő működését, illetve súlyos családi problémákat is, ezért a szülők félhetnek a terápiától és az azzal járó esetleges változástól. Ilyen esetekben fokozott szerepe van a bizalmi légkör kialakításának,

a folyamatos kapcsolattartásnak, kommunikációnak. Érdemes ezekben az esetekben a segítségkérés útjának pontos nyomon követése (pl. visszajelzés kérése a szülőtől, utánkövetés).

ÖSSZEFOGLALÁS

A fentiekben ismertettük a depresszió előfordulásának gyakoriságát gyermekek és serdülők körében Magyarországon, majd részleteztük a hangulatzavar tüneteit és megjelenési formáit életkori csoportokra bontva. Foglalkoztunk a depresszió hátterében álló tényezőkkel, valamint a bizonyítottan hatékony terápiás lehetőségekkel. Gyakorlati tanácsokkal szolgáltunk felnőtteknek arra az esetre, ha egy gyermek hangulati probléma miatt kérne segítséget, valamint a szülőkkel való kommunikáció sajátosságait is tárgyaltuk.

A gyermekkori- és serdülőkori depresszióval kapcsolatos ismereteknek az egészségügyi szakemberek mellett a szülők, pedagógusok, egyéb segítő foglalkozású szakemberek, valamint a gyermekek és fiatalok számára is jelentőségük van. Amennyiben a kórképpel potenciálisan kapcsolatba kerülők rendelkeznek a számukra szükséges, hiteles ismeretekkel, ez jelentősen hozzájárulhat ahhoz, hogy a depresszió időben felismerésre kerüljön, az érintettek minél hamarabb eljussanak a megfelelő ellátáshoz, adekvát kezelésben részesülhessenek, ezáltal a súlyosabb és krónikussá váló kimenetek megelőzhetőek legyenek, valamint az öngyilkosság rizikója is csökkenjen.

HIVATKOZÁSOK

¹ Hajduska M. Krízislélektan. ELTE Eötvös K, Budapest, 2012.

² Lönnquist J, Valtonan HM, Haukka J. Outcome of patients with major depressive disorder after serious suicide attempt. J Clin Psychiatry. 2009;70(10):1372-1378. doi: 10.4088/JCP.09m05110blu.

³ Ystgaard M, Arensman E, Hawton K, et al. Deliberate self-harm in adolescents: comparison between those who receive help following self-harm and those who do not. J Adolesc. 2009;32(4):875-91. DOI: 10.1016/j.adolescence.2008.10.010

⁴ Rihmer Z, Angst J. Mood disorders - Epidemiology In Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry 9th Edition. (Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P edition), 2009.

⁵ Szádóczky E, Papp Z, Vitrai J. et al. A hangulat és szorongásos zavarok előfordulása a felnőtt magyar lakosság körében, Orvosi Hetilap. 200;141:17-22

- ⁶ Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, et al. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60:837-844. DOI: [10.1001/archpsyc.60.8.837](https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.8.837)
- ⁷ Rihmer Z, Szekeres Gy, Bai-Nagy K. Depressziós zavarok In A pszichiátria magyar kézikönyve (Füredi J, Németh A szerkesztette) Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2015.
- ⁸ del Rey R, Elipe P, Ortega-Ruiz R. Bullying and cyberbullying: overlapping and predictive value of the co-occurrence. *Psicothema*. 2012;24(4):608-613.
- ⁹ Mann JJ, Apter A, Bertolote J, et al. Suicide Prevention Strategies: A Systematic Review. *JAMA*. 2005;294(16):2064-2074. doi:[10.1001/jama.294.16.2064](https://doi.org/10.1001/jama.294.16.2064)
- ¹⁰ Balázs J, Lecrubier Y, Csiszer N, et al. Prevalence and Comorbidity of Affective Disorders in Persons Making Suicide Attempts in Hungary: Importance of the First Depressive Episodes and of Bipolar II Diagnoses. *J Affect Disord*. 2003;76:113-119. DOI: [10.1016/s0165-0327\(02\)00084-8](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(02)00084-8)
- ¹¹ Wasserman C, Hoven CW, Wasserman D. et al. Suicide Prevention for Youth – A Mental Health Awareness Program: Lessons Learned from the Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) Intervention Study. *BMC Public Health*. 2012;12:776. DOI: [10.1186/1471-2458-12-776](https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-776)
- ¹² Balázs J. Serdülőkorú mentális egészségfejlesztő program a középiskolákban: A YAM program bemutatása. *Gyermekgyógyászat*. 2017;68:352-357.
- ¹³ Gould MS, Greenberg T, Velting DM, et al. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003;42(4):386-405. DOI:[10.1097/01.CHI.0000046821.95464.CF](https://doi.org/10.1097/01.CHI.0000046821.95464.CF)
- ¹⁴ Marttunen M, Pelkonen M. Psychiatric Risk Factors for Adolescent Suicide: A Review. *Psychiatria Fennica*. 2000;31:110-125.
- ¹⁵ Cherpitel CJ, Borges GL, Wilcox HC. Acute Alcohol Use and Suicidal Behavior: A Review of the Literature. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2004;28(5):18-28. DOI:[10.1097/01.alc.0000127411.61634.14](https://doi.org/10.1097/01.alc.0000127411.61634.14)
- ¹⁶ Hawton K, van Heeringen K. Suicide. Review. *The Lancet*. 2009;373:1372-1381. DOI:[10.1016/S0140-6736\(09\)60372-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60372-X)
- ¹⁷ Arató M, Demeter E, Rihmer Z. et al. retrospektive Psychiatric Assessment of 200 Suicides in Budapest. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1988;77:454-456. doi.org/10.1111/j.1600-0447.1988.tb05150.x
- ¹⁸ Hegerl U, Wittenburg L, Arensman E, et al. Optimizing Suicide Prevention Programs and Their Implementation in Europe (OSPI Europe): an evidence-based multi-level approach. *BMC Public Health*. 2009;9:428 doi.org/10.1186/1471-2458-9-428
- ¹⁹ Kopp M, Berghammer R (szerk.) Orvosi pszichológia, Medicina Könyvkiadó Zrt. Budapest, 2004
- ²⁰ Kopp M, Kovács M (szerk.) A magyar népesség életminisége az ezredfordulón. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006
- ²¹ Kapornai K, Vetrő Á. Hangulatzavarok. In: Balázs J., Miklósi M. (editor). A gyermek- és ifjúkor pszichés zavarainak tankönyve. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2015;91-100.
- ²² Oláh R. A hangulati élet zavarai gyermek és serdülőkorban. In: Vetrő Á, William, LI., Parry-Jones (szerk). Gyermek és ifjúságpszichiátria. Szeged: Gyermekünk Lelki Egészségéért Dél-Magyarországi Alapítvány és Szent Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem. 1996;183-196.
- ²³ Luby JL. Early Childhood Depression. *Am J Psychiatry*. 2009;166(9):974-979. doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.08111709
- ²⁴ Balázs J, Kapornai K. Öngyilkosság gyermek- és serdülőkorban. In: Kalmár S., Németh A. & Rihmer Z. (eds) Az öngyilkosság orvosi szemmel. Budapest, Medicina. 2012;124-136.
- ²⁵ Pászthy B. A táplálkozási magatartás zavarai. In: Balázs, J. & Miklósi, M. (szerk) A gyermek- és ifjúkor pszichés zavarainak tankönyve. Budapest: Semmelweis Kiadó, 2015
- ²⁶ Demetrovics Zs, Koronczai B. A gyermek- és ifjúkor pszichés zavarainak tankönyve. In: Balázs, J. & Miklósi, M. (szerk) Budapest: Semmelweis Kiadó, 2015.
- ²⁷ Baji I. A gyermekkori depresszió jellegzetességei a tünetek, a komorbiditások és az életminőségre gyakorolt hatás tekintetében, PhD értekezés tézisei, Szeged, 2011.
- ²⁸ American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical manual of mental disorders, (DSM-5®). American Psychiatric Pub. Magyar kiadás: DSM-5 referencia kézikönyv a DSM-5 diagnosztikai kritériumaihoz. Oriold és Társai Kft, 2014.
- ²⁹ Sexson SB, Glanville DN, Kaslow NJ. Attachment and depression. Implications for family therapy. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2001;10(3):465-86.
- ³⁰ Módszertani útmutató. A gyermekvédelmi észlelő- és jelzőrendszer működtetése kapcsán a gyermek bántalmazásának felismerésére és megszüntetésére irányuló szektorsemleges egységes elvek és módszertan. Elérve: 2020.03.30. <https://kk.gov.hu/download/e/60/c0000/A%20gyermek%20bántalmazásának%20felismerésére%20és%20megszüntetésére%20irányuló%20egységes%20elvek%20és%20módszertan.pdf>

A lakhatási körülmények hatása a mentális egészségre

The impact of housing conditions on mental health

Szerzők: Puskás Éva, Kormos-Krakkó Ágnes ✉, Csieklinszki Zsanett, Nagy Beáta Magda
Nemzeti Népegészségügyi Központ, Budapest

Beküldve: 2020. 04. 22.
doi: 10.24365/ef.v61i2.585

Összefoglaló: A lakhatás az alapvető emberi jogok közé tartozik, ám ez nemcsak a fedélhez jutás szükségletét jelenti, hanem minőségi szempontot is, a megfelelő lakhatáshoz (adequate housing) való jogot szintén magában foglalja. Utóbbi – bár konkrét tartalma a földrajzi és szociokulturális különbségekkel együtt változó lehet – a birtoklás zavartalanságát, a megfizethetőséget, a lakhatóságot, az alapvető felszereltséget, valamint az elhelyezkedés szempontjából és kulturális értelemben vett megfelelőséget jelenti. A lakhatási körülmények befolyásolják a jóllétet, a fizikai és mentális egészséget, és így a produktivitást (munkában, oktatásban való részvételt) is.

Áttekintő közleményünk célja a lakhatási körülmények és a mentális egészségmutatók összefüggéseinek bemutatása, a lakhatással kapcsolatos és a mentális egészségre közvetlen és közvetett hatást gyakorló tényezők leírása nemzetközi szakirodalmi adatok felhasználásával.

Kulcsszavak: lakhatás; lakókörnyezet; mentális egészség; épített környezet

Summary: The right to housing is a basic human right. However, it does not only entail a right to shelter, but also includes the element of a quality standard: the right to adequate housing. Though the definition of 'adequate' may vary based on geographical and sociocultural differences, it generally entails security, habitability, affordability, availability, basic facilities and equipment, and being adequate from a geographical and cultural perspective. The quality of accommodation impacts psychological and physical well-being, therefore influences productivity at work or in education.

The objective of our review is to explore the relationship between the quality of housing conditions and quality of mental health, as well as the identification of direct and indirect, housing-related factors influencing mental health, based on the currently available research.

Keywords: housing; neighbourhood environment; mental health; built environment

BEVEZETÉS

A bio-pszicho-szociális modell térnyerése óta evidenciaként kezelik az egészségtudományok, hogy az egészség megőrzése és a megbetegedések jelentős része nem érthető meg azok nélkül az egymással is kölcsönhatásba lépő társas-társadalmi és pszichés tényezők nélkül, amelyek az egyes ember életének – a szűken vett testi, fizikai létezéshez képest – tágabb kontextusát jelentik.¹

Mégis, amikor a mentális egészséget meghatározó tényezőkre gondolunk, elsősorban az egyéni biológiai, pszichológiai, családi, közösségi vagy kulturális jellemzőket vesszük számba, és kevésbé foglalkozunk a szociális meghatározók (*social determinants*) azon csoportjával, amelyek nem annyira az interperszonális környezetre, mint inkább azokra a körülményekre vonatkoznak, ahol és ahogyan az emberek élnek és dolgoznak.²

Miközben – az orvostudomány és az egészségügyi ellátórendszerek fejlődésével – a modern társadalmakban jelentős, pozitív irányú változások mutatkoznak az egészségi állapot mutatóiban (pl. a születéskor várható élettartam növekedése), azoknak a társadalmi helyzettel való összefüggése is egyre kifejezettebb.³ Egyes szociodemográfiai, illetve társadalmi-gazdasági tényezők (pl. iskolázottság, jövedelmi viszonyok, foglalkozási kockázatok) jelentősen befolyásolják az életmódot és az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést, így azok az egészségi állapot szintjén jelentkező társadalmi egyenlőtlenségek hátterében is állhatnak.^{4,5} E tényezők hatása lehet közvetlen (pl. az anyagi lehetőségek befolyása a lakóhelyválasztásra), de közvetett, vagyis a szubjektív átélésen/megítélésen keresztül ható is. Hazai vonatkozásban gondolhatunk itt a Kopp Mária nevével fémjelzett országos reprezentatív vizsgálatokra, amelyek bizonyították, hogy a kedvezőtlenebb szociális-gazdasági helyzet, illetve a lemaradás szubjektív megélése magasabb megbetegedési arányokkal jár együtt, elsősorban a depressziós lelkiállapot közvetítésének révén.⁶

Braveman és munkatársainak modellje szerint a gazdasági és szociális lehetőségek és erőforrások (upstream tényezők) azok az alapvető okok, amelyek a lakhatási és munkakörülmények (downstream tényezők) befolyásolásán át meghatározzák egyrészt az egészségügyi ellátást (annak minőségét, igénybevételét, hozzáférhetőségét stb.), másrészt az egyén egészséggel összefüggő viselkedéseinek és döntéseinek összességét is, amely két tényezőcsoport az egyén egészségi állapotának legfontosabb determinánsa.⁷

A továbbiakban a magyarországi lakáshelyzet főbb jellemzőinek bemutatása után, a mentális egészség szociális meghatározói közül a lakhatás, az otthon és az azt övező élettér befolyásoló szerepére vonatkozó nemzetközi szakirodalmak eredményeit tekintjük át. Elemzésünk során kiindulópontként a környezetpszichológia alapvetését használjuk, amely szerint „a fizikai környezet a viselkedés folya-

matában az ember egyenrangú társa, partnere, amely a belső, lélektani folyamatokkal együtt, azokkal kölcsönhatásban (tranzakcióban) vesz részt a viselkedés folyamatában”.⁸ (2. o.)

Terjedelmi korlátok miatt nem térünk ki minden egyes tényező esetén annak a szocioökonómiai státusszal, jövedelmi viszonyokkal és társadalmi rétegzettséggel való összefüggésére, de premisszaként kezeljük, hogy e jellemzők elsődlegesen befolyásolják a lakóhely megválasztását és használatát, beleértve annak minőségi jellemzőit és a tágabb lakókörnyezet (környék) sajátosságait is. A deprivációból fakadó mentális egészségromlást ez esetben a lakhatás elégtelenségéből fakadó hatások tovább mélyíthetik, amelyek – például a kialakuló munkaképesség-csökkenés vagy a munkahely elvesztése révén – az amúgy is nehéz gazdasági és szociális helyzet további romlását eredményezhetik.

Lakáshelyzet Magyarországon

A magyar lakásállomány komfort szerinti összetétele folyamatosan javul, a Mikrocenzus 2016-os adatai szerint 93,2% tartozik a komfortos vagy összkomfortos kategóriába.⁹ Az ország lakásállományának 6,8%-a (301 ezer lakás) ugyanakkor félkomfortos, komfort nélküli vagy szükséglakás, vagyis a hazai lakásállománynak továbbra is van egy, a minőséget tekintve a többitől „leszakadt” része.

Nem elfogadhatóak a szubstandard¹ lakások – amelyekben jellemzően alacsony jövedelmű családok élnek –, legnagyobb arányban a kistelepüléseken, leginkább a községekben fordulnak elő (az 1 000 fő alatti településeken minden ötödik lakás szubstandard), elsősorban az ország gazdasági szempontból hátrányos helyzetű területein.⁹

Becslések szerint hazánkban 2-3 millió embert érint a lakhatási szegénység, vagyis ezek az emberek lakásminőségi, energiahatékonysági, megfizethetőségi, területi, illetve jogi szempontból az átlagosnál rosszabb, kiszolgáltatottabb helyzetű háztartásban élnek.¹⁰ További problémát jelent, hogy a súlyos lakhatási deprivációban élők magas, 15%-os aránya 2007 és 2017 között lényegileg nem változott, ami

¹ Szubstandard a lakás, amelyre érvényes a következő feltételek valamelyike: nincs WC vagy fürdőszoba; nincs szennyvízelvezető-csatorna; a fal vályogból épült alapozás nélkül; nincs vezeték víz. Szubstandard a lakás akkor is, ha a lakásban nincs konyha és a teljes alapterület 50 m² vagy annál kevesebb, illetve a lakás csak egy 12 m²-nél kisebb szobával rendelkezik. http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/miben_elunk15_2.pdf.
Elérve: 2020. 04. 06.

az Európai Unió átlag háromszorosa, ráadásul a 18 év alattiak érintettsége ennél is magasabb, 25% körüli^{ii,10}

A lakhatási deprivációs tényezők közé tartoznak:

- A lakásminőség egyes jellemzői: hazai viszonylatban a túl sötétnek tartott lakások jelentik a leggyakoribb gondot.
- A túlzásúfolttság: a KSH 2015-ös lakásfelmérése szerint a lakások 6,9%-át, nagyjából 4 millió embert érint ez a probléma, köztük a legtöbben alacsony státuszú, gyermekes családokba tartoznak.
- A nem megfelelő lakásszerkezeti körülmények (pl. beázó tető, penészes falak, korhadó vagy vetemedő nyílászárók stb.): 2016-os adatok szerint az ország lakosai közül minden negyedik (26,7%, 2,6 millió ember) él olyan lakásban, amely beázik, vizesedik vagy penészesedik. A szegénységi küszöb alatt élők közül minden másodikat érint ez a probléma (46,6%). Beázó, vizes, penészes lakásban 540 500 gyermek él.
- A lakás környezetét érintő negatív külső hatások (bűnözés, zajártalom, környezetszennyezés): ezek közül az utóbbi okozza hazánkban a legfőbb problémát.¹¹

MÓDSZERTAN

A téma áttekintéséhez a PubMed adatbázisban végeztünk szakirodalom-kutatást. A fellelt angol és magyar nyelvű közlemények közül azok kerültek be az elemzésbe, amelyek európai vagy észak-amerikai populációra vonatkoztak, és 2000 után jelentek meg.

A keresés során az alábbi kulcsszavakat használtuk: „housing”, „built environment”, „neighborhood environment”, „living environment”, minden esetben párosítva a „mental health” kulcsszóval. Az evidenciák szintjeit figyelembe véve a fellelt közlemények közül elsősorban a metaanalíziseket és szisztematikus áttekintéseket, másodsorban a randomizált kontrollált vizsgálatokat és kohorszvizsgálatokat vettük górcső alá.

Minden a lefutott keresések során talált szakirodalmat áttekintettünk. Első körben azt vizsgáltuk, hogy megfelelnek-e a meghatározott kritériumoknak, ezek után témánként csak azon irodalmakat vettük figyelembe, amelyek a témában releváns következtetéseket vontak le, akár igazolták, akár nem a feltételezett kapcsolatokat a mentális egészségi állapot és a bemutatott tényezők között. Az azonos kérdéseket vizsgáló elemzések közül, ha az eredményeik egy irányba mutattak, a magasabb evidencia szintű tanulmány került be az összefoglalóba.

EREDMÉNYEK

Lakásviszonyok és egészségi mutatók

Mind a szűkebb (otthon, lakás), mind a tágabb lakókörnyezetünk (környék) különböző – közvetlen és közvetett, testi és lelki – mechanizmusokon keresztül hatással van egészségünkre, befolyásolja rizikó- és egészségmagatartásunk alakulását, a különböző betegségek és pszichoszomatikus tünetek megjelenését és fennmaradását.¹² Ráadásul az otthon érzelmileg és kognitív szempontból egyaránt kiemelt környezetet jelent, amelynek szerepe – épp e kitüntetett jelentősége miatt – a mentális egészség szempontjából is alapvető.¹³ Innen egyből adódik a kérdés, vajon hogyan írhatók le a megfelelő (egészséges) lakásviszonyok? Az 1996-os isztambuli Habitat konferencián (Second United Nations Conference on Human Settlements) elfogadott meghatározás szerint: „A megfelelő lakóhely többet jelent, mint tetőt valaki feje felett. Beletartozik a megfelelő magánélet; a megfelelő tér; a fizikai megközelíthetőség; a megfelelő biztonság; az ottlakás biztonsága; a strukturális stabilitás és tartósság; a megfelelő világítás, fűtés és szellőzés; a megfelelő alapvető infrastruktúra, úgymint vízellátás, szaniter és szennyvízkezelő létesítmények; a megfelelő környezet-minőség és egészséghez kapcsolódó tényezők; és a megfelelő és megközelíthető földrajzi elhelyezkedés a munkavégzés és alapvető intézmények szempontjából: és mindez megengedhető áron kell elérhető legyen.”¹⁴ (1.o.)

ⁱⁱ A lakhatási körülmények szempontjából súlyos deprivációnak azt tekintjük, ha a túlzásúfolt lakásban olyan lakásminőségi és -szerkezeti problémák is jelen vannak, mint a beázó tető, a mosdási lehetőség, illetve a beltéri vécéhasználat lehetőségének hiánya, vagy a túl sötét lakóegység. Forrás: https://habitat.hu/sites/lakhatasi-jelentes/wp-content/uploads/sites/5/2019/11/hfh_lakhatasi_jelentes_2019.pdf Elérve: 2020. 04. 02.

Az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) 2002-2003 között vizsgálta a lakásviszonyok és az egészségi állapot közötti összefüggéseket nyolc európai nagyvárosban, köztük Budapesten is. A LARES (*Large Analysis and Review of European Housing and Health*) felmérés célja a lakásállomány minőségének áttekintése és értékelése mellett az volt, hogy bővüljenek a lakhatási körülmények egészségre, valamint a mentális és fizikai jóllétre gyakorolt hatásaira vonatkozó ismereteink. A 3 373 háztartásban élő, összesen 8 519 lakó adatait tartalmazó felmérés eredményei szerint összefüggés mutatható ki az egészségi állapot önbecslése és a lakók által becsült lakásminőség között, de ugyanígy a kutatók által kidolgozott lakásminőségi mutató értéke (ház fizikai állapota, pl. ablakok, ajtók, falak stb. állapota) és az abban élők egészségi mutatói között is.¹⁵

A megfelelő otthon jelentős pszichoszociális előnyökkel jár az ott élők számára a biztonság, nyugalom és stabilitás megteremtése által. Különösen az idősebb korosztály számára rendkívül fontos a kontroll és biztonság érzete, amelyet otthonuk nyújt. A fenti előnyök vonatkozásában nincs érdemi különbség a saját tulajdonú és a bérelt lakások között, de a lakásminőség befolyásoló hatása jelentős: az alacsonyabb lakásminőség a biztonság és kontroll csökkent érzetével jár együtt, vagyis az otthon ezekben a helyzetekben kevésbé tud biztonságos helyként (*safe place*) működni. Azok a lakások, amelyek nem nyújtanak elégséges védelmet a külvilággal szemben (legyen az külső zaj, kíváncsi tekintetek vagy illetéktelen behatolás), jelentős mértékű pszichés szenvedés forrásai lehetnek, és hozzájárulnak olyan mentális zavarok kialakulásához, mint a depresszió, szorongás, alvászavarok vagy paranoid állapotok.¹⁶

A mentális egészség vonatkozásában a LARES kutatói megállapították, hogy a lakhatás egyes jellemzői szerepet játszanak a depresszió vagy a szorongás kialakulásában, a tünetek fenntartásában vagy felerősítésében is. Ilyen tényező lehet a természetes fény hiánya, amely 60%-kal, az ablakokból nyíló megfelelő kilátás hiánya vagy a zajterhelés, amelyek 40-40%-kal növelik a betegség kialakulásának esélyét. (Utóbbi azért kiemelt jelentőségű, mivel a zaj az alvás minőségét is rontja, így duplán is veszélyeztetetté tesz a hangulatzavar irányába.) Penészes és nedves lakásban 60%-kal, míg olyan lakásban, ahol

nincs biztosítva a személyes tér, 50%-kal nagyobb valószínűséggel jelentkeznek depressziós tünetek az ott lakóknál.

A különálló konyha, a megfelelő WC és fürdőszoba hiánya, a fűtés elégtelensége, a hulló vakolat a depresszió kialakulásának nagyobb kockázatával jár együtt.¹⁷

A fizikai és mentális egészség szempontjából is fontos, hogy a lakás:

- nyújtson megfelelő védelmet a külső hatásokkal szemben (zaj, vibráció, nedvesség, penészgombák, huzat, téli hideg stb.);
- biztosítson teret az egyedülléthez;
- az ott lakók szabadnak érezhessék magukat benne;
- legyen elég világos, nyújtson szép kilátást a külső környezetre;
- a közvetlen lakókörnyezetben (mint kiterjesztett élettérben) legyenek parkok, kertek, játszótérek, és azok ne legyenek kitéve vandalizmusnak.¹⁴

Az otthon elhelyezkedésénél fontos, hogy se túl távol, se túl közel ne legyen a szomszédokhoz (előbbi az elszigeteltség érzését erősíti, utóbbinál túlzottan elárasztva érezzük magunkat a közelben lakók által). A mentális egészségre pozitívan hat, ha az épületek legfeljebb négy emelet magasak, az otthon, illetve a közvetlen környezete is rendezett, nincsenek a leromlásra utaló jelek, és a lakóhely maga kényelmes és komfortos (például van melegvíz a konyhában és a fürdőben, van elegendő számú és jól szellőző mellékhelyiség).¹⁴

A lakás komfortszintje és az ott lakók mentális egészsége is összefügg: az alacsony komfortfokozattal bíró lakóhelyek megnövelik egyes szomatikus betegségek kialakulásának valószínűségét (pl. nem megfelelő szellőzés az asztma, a nem megfelelő fűtés és hőszigetelés légzőszervi problémák és artritisz kialakulásával hozható összefüggésbe), a krónikus betegségek pedig negatívan hatnak majd a mentális egészségre is.¹⁶

Fontos elem továbbá a lakhatással kapcsolatos kontroll érzése: akár a félelem az otthon elvesztésétől, akár az észlelt képtelenség a lakhatási körülmények megváltoztatására (például anyagi okokból) jelentős rizikófaktora lehet a szorongásos és depressziós tünetek kialakulásának.¹⁶

A következőkben néhány lakásminőséggel és -szerkezettel kapcsolatos tényezőt tekintünk át a mentális egészség vonatkozásában.

Magas, sokemeletes házak

A sokemeletes házakban élőknel nagyobb arányban figyelhető meg szorongás, amely az emeletek számának növekedésével fokozódhat.⁹ Egy hazai kutatás, amely a dél-alföldi régióban a 14-21 év közötti fiatalok egészségmagatartását, pszichoszociális egészségét és lakóhely/lakástípus szerinti jellegzetességeit vizsgálta, arra az eredményre jutott, hogy a bérlakásban vagy lakótelepen élő fiatalok között többen szenvednek pszichoszomatikus és depresszív tünetektől, mint társaik.¹⁸

A lakótelepi lakások több vonatkozásban is negatívan hatnak a mentális egészségre: alapterületük általában kicsi (csak 1,8%-uk nagyobb 80 m²-nél), ritkán tartozik hozzájuk zöldterület és jellemzően nincs elég tér biztosítva a szociális kapcsolatok kialakításához, fenntartásához: az előterek, társalgók és más közösségi terek hiányoznak.^{19,20} Egy amerikai kutatás szerint pl. azok a kisgyermekes nők, akik sokemeletes házakban élnek, magányosabbak, kevésbé érzik úgy, hogy befolyásolni tudják a környezetüket és életüket, pszichológiai jóllétük rosszabb.⁹

Zsúfoltság

Az egészséget negatívan befolyásoló környezet kapcsán felmerül a tér hiánya és a lakások kicsi volta is.²¹ Zsúfoltságon azt a helyzetet értjük, amikor a lakók száma meghaladja a rendelkezésre álló lakóterület kapacitását, akár a helyiségek vagy szobák számát, akár a lakás alapterületét tekintve. A háztartás zsúfoltsága ugyanakkor nemcsak az ott élő emberek számától, hanem életkoruktól, kapcsolattuktól és nemüktől is függ, de befolyásolják egyéb tényezők is, például, ha a lakók csak a ház bizonyos helyiségeit használják, hogy csökkentsék a fűtési költségeket.²²

Számos prospektív és retrospektív kohorszvizsgálat eredményei igazolják, hogy a zsúfolt háztartásokban élőknel gyakrabban fordulnak elő mentális problémák (magas distressz-szint, depresszió²¹, alkoholabúzus, alvászavarok), mint azoknál, akik nem zsúfoltságban élnek.²²

A megfelelő (saját) tér hiánya önmagában is stressz-keltő, ami negatív hatással van a társas kapcsolatokra (beleértve a házassági kapcsolatot és a szülő-gyerekek kapcsolatát is), ami pedig szintén rosszabb mentális egészséggel, gyermekeknél több magatartási problémával és a jóllét alacsonyabb szintjével jár együtt.²³ A zsúfoltabb vagy zajosabb otthonokban élő gyermekek ugyanakkor kevésbé szenvednek el káros következményeket, ha az otthonon belül van olyan helyiség, ahol egyedül lehetnek.²⁰

Zaj

A zaj elsődlegesen az alvást zavaró hatása miatt kap kitüntetett szerepet a lakhatással összefüggő tényezők között. Az alvászavarok leggyakoribb exogén oka a környezeti zaj, azok között is elsődleges a forgalom zaja, amelyet a szomszédokból átszűrődő zaj és a repülőgépek zaja követ.^{13,16} A forgalmas utcák közelében élők szignifikánsan gyakrabban szenvednek alvászavarban.¹⁶ Az akut alvászavarok azután hatással vannak az egyén szubjektív állapotára, és a teljesítményét is befolyásolhatják. A környezeti zaj nemcsak éjszaka, de nappal is stresszt (zaklatottságot, feszültséget) okozhat, amely megnöveli a szív-érrendszeri betegségek, a migrén és a magasvérnyomás-betegség kockázatát, így közvetett és közvetlen úton egyaránt rontja a mentális egészséget.¹⁶ Az állandó zaj gyakran jár együtt ingerlékenységgel és negatív érzelmi állapottal, amely a társas kapcsolatokra van negatív hatással.²⁴ Amint az a korábbiakban említésre került, a LARES vizsgálat eredményei alapján a zaj 40%-kal növeli a depresszió kialakulásának valószínűségét, és ha ez a zaj az alvást zavarja, az megduplázza a betegség kialakulásának valószínűségét.

A zaj a fentiekén kívül – elsődlegesen fáradtságot és a figyelem csökkenését kiváltó hatása miatt – a háztartási balesetek növekvő gyakoriságához is hozzájárul.¹⁶

Világítás, természetes fény

A megfelelő természetes napfény és a mesterséges megvilágítás az egészséges lakás alapvető kritériumai közé tartozik. A napfény a külső környezettel való közvetlen kapcsolat érzetét kelti a bentlakókban, amely fontos az ember általános közérzete, mentális jólléte szempontjából.²⁵ Azokban a laká-

sokban, ahol kevesebb a természetes napfény, az ott élők gyakrabban érzik magukat lehangoltnak, fáradékonyak, és gyakrabban fordul elő körükben (szezonális) depresszió.²¹

A LARES vizsgálat eredményei is ezt támasztják alá, amelyek szerint a természetes fény hiánya akár 60%-kal növelheti a depresszió valószínűségét, de jelentős a hozzájárulása a krónikus szorongás kialakulásához is.¹⁴

A környezeti expozíció hatása a mentális egészségre

Számos vizsgálat foglalkozik a közvetlen környezeti hatásoknak való kitettség és a mentális egészség kapcsolatával. A legismertebb hatások a környezeti légszennyezéshez és a rossz vízminőséghez köthetők, de sok kutatás érinti a neurológiai és a kognitív funkciók, valamint a környezeti expozíciók közötti összefüggéseket, elsősorban a nehézfémek, a növényvédő- és oldószerek vonatkozásában.¹² Ugyanakkor a káros környezeti expozíciónak kitettségtől való félelem önmagában is okozhat mentális problémákat (pl. félelem, szorongás, pánikzavar, alvászavar, tehetetlenség érzése, pesszimizmus).²⁶

Légszennyezés

Mivel az európai országokban az emberek többsége zárt térben tölti idejének nagy részét, a beltéri levegő minősége fontos egészségmeghatározó tényező; a belső térben jelen lévő mérgező anyagok hatása a mentális egészség szempontjából sem elhanyagolható.²⁵ A radon- és azbeszt-expozíció, a gázzal főzésből, fűtésből származó emissziók, valamint a környezeti dohányfüst közvetve, az általuk okozott (krónikus) szomatikus betegségeken keresztül vannak kapcsolatban a mentális egészség romlásával.¹⁴

A beltéri levegő minőségének fontos meghatározója továbbá a lakás páratartalmából adódó penészesedés, amit különböző építési paraméterek – például az építőanyagok minősége-, a hőmérséklet, a szellőzés, valamint az épületben lakók viselkedése befolyásol. Közel hatezer európai felnőtt adatainak elemzése alapján elmondható, hogy már kismértékű nedvesség vagy penészesedés is a depresszió megnövekedett kockázatával jár együtt, függetlenül a lakás egyéb jellemzőitől. Háttérváltozóként két tényező azonosítható: egyrészt a penészesedéssel

kapcsolatos egészségi problémák (asztma, megfázás, légúti megbetegedés, fáradtság), másrészt pedig az élettér feletti kontroll elvesztésének észlelése.²⁷ A penészesedés emellett okozhat depressziót, kimerültséget, koncentrációs nehézségeket, és általában véve negatív módon hat az ott lakók hangulatára.²⁸

Nem csak a belső térben jelenlévő anyagok hozhatók kapcsolatba a mentális megbetegedésekkel: a külső térben lévő szennyezőanyagok – úgymint a kén-dioxid, a szén-dioxid, a fluor, a nitrozus gázok és a szilárd anyagok (korom, pernye, por) – jelenléte is befolyásolja mentális egészségünket.²⁵ Egy nagymintás (N=552.221), longitudinális svéd kohorsz-kutatás összefüggést mutatott ki a gyerekek és a serdülők mentális egészsége és a légszennyezés között.²⁹ A kutatók azt találták, hogy a légszennyezés már kismértékű növekedése is összefügg a kezelt pszichiátriai zavarok számának növekedésével. Más vizsgálatok szerint az időseknél elsősorban a levegőben lévő szilárd és folyékony anyagok, a nitrogén-dioxid és az ólom növekedése felelős a depressziós tünetek kialakulásának növekvő valószínűségéért, a szén-monoxid, ólom, a finom és durva por pedig fokozhatja a demencia és a kognitív hanyatlás kialakulását.^{30,31} Attademo és munkatársai szerint a kadmium és az ólom magasabb koncentrációja a levegőben a skizofrénia kialakulásának is rizikófaktora lehet.³²

Ivóvíz-szennyezettség

A kémiai vízminőség szempontjából a legjelentősebb problémát a határérték feletti arzéntartalom jelenti, mely hatással lehet a mentális egészségünkre. Az akut mérgezés pszichózist okozhat, míg a krónikus arzénmérgezés tünetei lehetnek a zavartság, memóriaproblémák és más kognitív deficiensek.³³ Az arzénexpozíció gyermekkorban a memória és a tanulási képesség romlását okozza, de kapcsolatot találtak az arzénkoncentráció, valamint a felnőttkori depresszió, szorongás és alvási zavarok előfordulási gyakorisága között is.³⁴

Másik jelentős probléma az ólomkoncentrációnak a régi ólomvezetékek használatából eredő növekedése. Az ivóvízben lévő ólom elsősorban a kisgyermek mentális fejlődésére van negatív hatással: 10 µg/dl feletti vérólomtartalom szignifikánsan alacsonyabb összintelligencia pontszámmal és

performációs IQ értékekkel jár együtt, de már nagyon alacsony expozíció (<50 µg/l) is okoz neurotoxikus hatásokat, és ezek a hatások (pl. az iskolai teljesítménnyel mérve) évekig fennmaradnak.^{35,36} Más vizsgálatok szignifikáns pozitív irányú összefüggéseket mutattak ki a vér ólomkoncentrációja és a tanárok által jelzett viselkedési problémák között, beleértve a szorongásos zavarokat, a fokozott érzelmi reaktivitást és a pervazív fejlődési zavarokat is.³⁷ Kapcsolatot találtak továbbá a pre- és poszt-natalis időszakban mért vérólom-koncentráció és a felnőttkori bűncselekmények gyakorisága, valamint a gyerekkori légköri ólomszennyezettségnek kitettség és a későbbi antiszociális viselkedés előfordulása között.^{38,39}

Említést érdemel továbbá a kutatók által leírt együttjárás egyes veszélyes anyagoknak (higany, mangán, szerves oldószerek) való kitettség és a szorongás, depresszió, ingerlékenység kialakulása és a csökkent koncentrációs képesség között.¹²

Az egészségünk szempontjából nemcsak a lakás egyes jellemzői bírnak befolyásoló szereppel, mivel annak közvetlen környezete is a kiterjesztett élettér része. A következőkben a közvetlen lakókörnyezet egyes jellemzőit tekintjük át a mentális egészség vonatkozásában.

Zöld terek elérhetősége

A zöld tér olyan területeket foglal magában, mint a természetvédelmi területek és a városokban kialakított parkok, zöld övezetek. Városi környezetben a zöld tereket célzottan rekreációs, valamint esztétikai okok miatt alakítják ki.

A zöld terek, parkok hozzáférhetősége jelentős tényező a mentális egészség szempontjából. Az Egészségügyi Világszervezet szerint a zöld terek lehetőséget biztosítanak a fizikai aktivitásra és ezen keresztül a társadalmi interakciókra, valamint a pihenésre.⁴⁰ Becslések szerint a rekreációs terek hozzáférhetőségének hiányához kapcsolódó fizikai inaktivitás a halálozások 3,3%-át teszi ki, míg a szabadban töltött idő és a közeli zöld terek megléte összefüggést mutatnak a mentális egészség mutatóival.⁴¹

A zöld terek mentális egészségre gyakorolt hatását számos tanulmány vizsgálja, amelyek jelentős része szignifikáns összefüggést talált azok hiánya és a depresszív hangulat között, míg egy dán tanulmány azt igazolta, hogy ezeknek a természetes tereknek a hozzáférhetősége pozitívan hat az életminőségre és a stressz-szintre.^{42,43} A természetes környezet és az abból származó ingerek (a zöld táj) anélkül kötik le a figyelmünket, hogy azért erőfeszítést kellene tennünk, így segítenek a szellemi fáradtság csökkentésében is.²⁴

Egy holland nagymintás (N=10 000) vizsgálat eredményei szerint az emberek környezetében lévő zöld terek alacsony aránya összefüggést mutatott a magányosság érzésével és a társas támasz hiányával, a társadalmi-gazdasági, valamint demográfiai tényezők hatásának korrigálása után is. A zöld terek pozitívan befolyásolhatják a társadalmi tőkét azáltal, hogy egy találkozási pontot biztosítanak az ott élők számára, ami javítja a társas kapcsolatokat.⁴⁴

A zöld terek kialakítását már széles körben egészséget támogató és az egészség-egyenlőtlenségeket csökkentő kezdeményezésnek tekintik – kialakításuk potenciális mentális egészségfejlesztő stratégiának bizonyulhat.⁴¹ Egy amerikai vizsgálat során philadelphiai lakosok lelki egészségét mérték fel, mielőtt és miután a lakóhelyük környékén növényekkel teli zöld tereket alakítottak ki. A kutatást végzők megállapították, hogy a zöld területek 400 méteres körzetében lakók több mint 40%-ánál csökkent a depresszív hangulat, azokhoz képest, akik a zöldterülettől mentes környezetben laktak. A legszembetűnőbb hatás a szegénységi küszöb alatt élők körében volt megfigyelhető, ahol a zöld felületek kialakítása után a depresszió több mint 68%-kal csökkent.⁴⁵

A gyermeket nevelő családok számára az otthonnal való elégedettség fontos eleme, hogy a közelben legyen játszótér vagy olyan szabad tér, ahol a gyerekek a szabadidejüket tölthetik. Itt azonban nemcsak e helyek léte és közelsége, hanem azok biztonságossága és esztétikuma is fontos kérdés.^{iii, 15}

ⁱⁱⁱ A játszótérek szerepéről bővebben ld. Düll A. Szabadtéri játszótérek környezetpszichológiája. In: Düll, A. (2009). *A környezetpszichológia alapkérdései: helyek, tárgyak, viselkedés*. L'Harmattan, 164-172.

Észlelt biztonság

A lakókörnyezet biztonságosságával összefüggő egyik gyakorta vizsgált kérdés az ott élők észlelt biztonsága, illetve annak hiánya, mely utóbbi negatívan befolyásolja az egyén életminőségét és jóllétét.¹⁵

A biztonság szubjektív észlelését elsősorban az olyan környezeti szignálok rontják, mint a környezet fizikai leromlása, a szemét vagy a graffitik (ami önmagában is alacsony szintű közösségi szellemet és gyenge közösségi kontrollt jelez), vagy olyan negatív szociális jelenségek, mint a fiatalok feltűnő viselkedésű csoportjainak megjelenése, ami aláássa a normák betartásába és betarthatóságába vetett hitet. Szintén a bizonytalanság érzetét erősíti (és így az életminőséget rontja) a bűnözéstől, bűncselekményektől való félelem, amely a lakás olyan jellemzőivel függ össze, mint a jól záródó ajtók és ablakok hiánya, tűz esetén a menekülési lehetőségek nem megfelelőnek érzékelt volta, a közösségi helyiségekben a világítás hiánya, illetve az, hogy a lakásnak nincs olyan része, ahonnan az utcai történések láthatók lennének.¹⁶

Az észlelt biztonság mértéke fontos előrejelzője a mentálisegészség-mutatóknak, alacsony szintje a depresszió megnövekedett valószínűségével jár együtt.²

Közbiztonság és bűnözés

A lakókörnyezet vizsgálata során további fontos tényező a közbiztonság és a bűnözés mértéke.

A lakókörnyezet jellemzőinek vizsgálata azt mutatja, hogy azokon a területen, ahol magasabb a közbiztonság szintje, az ott élő lakosok az életkoruktól, nemüktől függetlenül jobb általános és mentális egészségről számolnak be.⁴⁶ Ha a személy veszélyeztetve érzi magát és szeretteit, az önmagában is jelentős stresszforrás lehet.⁴⁷

Az erőszakos bűncselekmények a sérüléseken keresztül közvetlen hatással vannak a fizikai egészségre, azonban ugyanilyen fontos a bűnözés és a bűnözéstől való félelem hatása a mentális egészségre is. Több kutatás kimutatta, hogy a bűnözés, a nem megfelelő közbiztonság, valamint a szomszédokkal kapcsolatos bizalmatlanság hozzájárulhat a mentális állapot romlásához.⁴⁸ Akik olyan területen élnek, ahol magas a bűnözési ráta, és bizalmatlanok

a szomszédjaikkal, jellemzően kerülnek a társasági életet, inkább otthon maradnak, és nem ápolják a családi és baráti kapcsolataikat. Ez viszont a társas támogatás csökkenésén keresztül negatívan hat a mentális egészségre, és csökkenti a személy megküzdési erőforrásait is.⁴⁹

A bűnözéstől való félelem rosszabb mentális egészséggel, csökkent fizikai aktivitással és alacsonyabb életminőséggel jár együtt. Egy brit vizsgálatban az intenzívebb félelmet mutató résztvevők esetében másfélszeres gyakorisággal fordultak elő mentális zavarok, és csaknem kétszeres valószínűséggel voltak depressziós tünetek. A rosszabb mentálisegészség-mutatók hátterében a kevesebb testmozgás és a ritkább társas aktivitás volt azonosítható.⁵⁰ A nem megfelelő lakókörnyezet – a biztonság hiánya, a rossz minőségű lakások, az elégtelen infrastrukturális lehetőségek és a környezetben található kevés hasznosítható erőforrás – stresszt okoz, ami depresszióhoz vezethet. A kedvezőtlen lakókörnyezet által kiváltott stressz fokozza az egyéni stressztényezők (pl. szegénység, családi vagy munkahelyi negatív események) hatását, valamint zavarja a szociális kapcsolatok kialakulását, ami ismét növeli a depresszió kockázatát.⁴⁷

A bűncselekmények csökkentése érdekében tett fejlesztések (pl. az utcai közvilágítás javítása), a többkomponensű bűnmegelőzési programok, valamint a városrehabilitációs programok csökkenthetik a bűnözéstől való félelmet. Azon személyek, akik nem tartják biztonságosnak a környéküket, hajlamosak fizikai aktivitásuk korlátozására is, így a bűnözés és a bűnözéstől való félelem az egészségmagatartást (pl. a testmozgást) és azon keresztül a fizikai és mentális egészségi állapotot is befolyásolhatja, valamint negatívan hat a társadalmi kohézióra is.^{47,48} A biztonsággal kapcsolatos félelem különösen idősebb korban jár a fizikai aktivitás alacsonyabb és a depresszió magasabb szintjével.⁵¹ Azok között a gyermekek között, akik olyan helyen nőnek fel, ahol rossz a közbiztonság, és a környezetükben állandóan jelen van az erőszak, gyakrabban fordul elő kábítószerrel való visszaélés, erőszakos viselkedés, valamint mentális betegségek megjelenése, beleértve a szorongást, a depressziót és a poszttraumás stresszbetegséget.⁵²

A közbiztonság és a mentális egészség közti kapcsolat értelmezésekor figyelembe kell venni azt a visszacsatolási modellt is, amely szerint a bűnözéstől

való félelem károsítja a mentális egészséget, ami azonban – a fokozott sebezhetőség és bizonytalan-ságérzés miatt – felerősíti a félelmet.⁵³

A bűnözéstől való félelem tehát három lehetséges úton is hat a mentális egészségre: (1) közvetlenül, a kiváltott stressz által; (2) a fizikai aktivitás csökkenésével, amely ezután negatívan hat a mentális és fizikai egészségre; és (3) a társas kapcsolatok és a bizalom csökkentésével, amely szintén negatívan befolyásolja a mentális és fizikai egészséget egyaránt.⁵³

ÖSSZEGZÉS

A fentiek összegzéseként elmondható, hogy a fizikai környezetünk és így az általunk elemzett lakhatási körülmények is részben direkt, részben indirekt módon hatnak a mentális egészségre. A mentális

egészségre közvetlen hatást gyakorló környezeti jellemzők között szerepelnek a lakás minőségi jellemzői, a zsúfoltság, a zaj, a fény, a bel- és kültéri levegő és víz minősége, valamint a tágabb lakókörnyezet egyes jellemzői. A közvetlen hatásokon túl ugyanakkor az épített környezet közvetett módon is befolyásolhatja a mentális egészséget részben intrapszichés (pl. bűnözéstől való félelem), részben pszichoszociális folyamatok (pl. társas aktivitás facilitálása vagy gátlása) révén.¹² E hatások és összefüggések mind pontosabb megértése segítség lehet abban, hogy a mentális egészségre ható következmények már az épített környezet megtervezésekor is súlyponti elemként szerepelhessenek. Ahogy a téma jeles kutatója, Mary Shaw megállapítja: a beruházás a lakhatásba több mint téglá és habarcs – ez az alapja a lakosság jövőbeli egészségének és jóllétének.⁵⁴

HIVATKOZÁSOK

¹Engel G. L. A need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*. 1997;196(4286): 129–136.

²Alegría M, NeMoyer A, Bague IF, et al. Social determinants of mental health: Where we are and where we need to go. *Curr Psychiatry Rep*. 2018;20:11: 95. doi: [10.1007/s11920-018-0969-9](https://doi.org/10.1007/s11920-018-0969-9)

³Marmot M, Ryff CD, Bumpass, LL, et al. Social inequalities in health: next questions and converging evidence. *Soc Sci Med*. 1997;44:6:901–910. doi: [10.1016/S0277-9536\(96\)00194-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00194-3)

⁴Adler NE, Boyce WT, Chesney MA et al. Socioeconomic inequalities in health: no easy solution. *JAMA*. 1993;269:24:3140–3145. doi: [10.1001/jama.1993.03500240084031](https://doi.org/10.1001/jama.1993.03500240084031)

⁵Adler NE, Epel ES, Castellazzo G, et al. Relationship of subjective and objective social status with psychological and physiological functioning: Preliminary data in healthy, White women. *Health Psychol*. 2000;19:6:586. doi [10.1037/0278-6133.19.6.586](https://doi.org/10.1037/0278-6133.19.6.586)

⁶Kopp M, Skrabski Á, Szedmák S. A testi és a lelki egészség összefüggései országos reprezentatív felmérések alapján. *Demográfia*. 1999;42(1-2):88-119.

⁷Braveman P, Egerter S, Williams DR. The social determinants of health: coming of age. *Annu Rev Public Health*. 2011;32:381-398. doi [10.1146/annurev-publhealth-031210-101218](https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031210-101218)

⁸Dúll, A. (2009). *A környezetpszichológia alapkérdései: helyek, tárgyak, viselkedés*. L'Harmattan. 2. o.

⁹ http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/miben_elunk15.pdf (Elérve: 2020. 03. 30.)

¹⁰Habitat for Humanity Magyarország. Éves jelentés a lakhatási szegénységről 2019. https://habitat.hu/sites/lakhatasi-jelentes/wp-content/uploads/sites/5/2019/11/hfhh_lakhatasi_jelentes_2019.pdf (Elérve: 2020. 03. 23.)

¹¹Habitat for Humanity Magyarország. Éves jelentés a lakhatási szegénységről 2016. https://habitat.hu/wp-content/uploads/2018/08/Habitat_eves_jelentes_2016_web_2.pdf (Elérve: 2020. 03. 23.)

¹²Evans GW. The Built Environment and Mental Health. *Bull N Y Acad Med*. 2003;80:536-555. doi [10.1093/jurban/jtg063](https://doi.org/10.1093/jurban/jtg063)

¹³Dúll A. Az otthon környezetpszichológiája.

In: Dúll, A. (2009). *A környezetpszichológia alapkérdései: helyek, tárgyak, viselkedés*. L'Harmattan, 88-120.

¹⁴A lakáshigiénés viszonyok és az egészség kapcsolatára vonatkozó bizonyítékok áttekintése IV. Környezet és Egészség miniszteri konferencia, Budapest, 2004. Elérve: 2020. 03. 20. <http://oki.antsz.hu/documents/lakas.pdf>

- ¹⁵World Health Organization Large analysis and review of European housing and health status (LARES), 2007. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/107476/lares_result.pdf (Elérve: 2020. 03. 20.)
- ¹⁶Bonnefoy X. Inadequate housing and health: an overview. *Int J Environ Pollut.* 2007;30(3-4):411-429. doi: [10.1504/IJEP.2007.014819](https://doi.org/10.1504/IJEP.2007.014819)
- ¹⁷Rautio N, Filatova S, Lehtiniemi H, et al. Living environment and its relationship to depressive mood: a systematic review. *Int J Soc Psychiatry.* 2018;64(1):92-103. doi: [10.1117/0020764017744582](https://doi.org/10.1117/0020764017744582)
- ¹⁸Keresztes N, Pluhár Zs, Pikó B. Fialatok életmódja és egészsége lakóhelyük tükrében. *Új Pedagógiai Szemle,* 2006;6: 3647
- ¹⁹Egedy T. A magyar lakótelepek helyzetének értékelése. *Földrajzi Értesítő XLIX. évf. 3-4. füzet,* 2000;265-283.
- ²⁰Evans GW, Wells NM, Moch A. Housing and mental health: a review of the evidence and a methodological and conceptual critique. *J Soc Issues.* 2003;59:475–500.
- ²¹Bolam B, Murphy S, Gleeson K. Place-identity and geographical inequalities in health: a qualitative study. *Psychol Health.* 2006;21(3):399-420. doi [10.1080/14768320500286526](https://doi.org/10.1080/14768320500286526)
- ²²World Health Organization. WHO housing and health guidelines. 2018. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276001/9789241550376-eng.pdf> (Elérve: 2020. 03. 10.)
- ²³Solari CD, Mare RD. Housing crowding effects on children’s wellbeing. *Social science research,* 2012;41(2): 464-476. doi:[10.1016/j.ssresearch.2011.09.012](https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2011.09.012)
- ²⁴Sullivan WC, Chang CY. Mental health and the built environment. In *Making healthy places* Island Press. 2011;106-116.
- ²⁵Rudnai P. Lakás és egészség. Budapest: Országos Környezetegészségügyi Intézet, 2007.
- ²⁶Edelstein MR. Contamination: the invisible built environment. In: Bechtel RB, Churchman A, eds. *The Handbook of Environmental Psychology.* 2nd ed. New York, Wiley. 2002;559–588.
- ²⁷Shenassa ED, Daskalakis C, Liebhaber A, et al. Dampness and mold in the home and depression: an examination of mold-related illness and perceived control of one’s home as possible depression pathways. *Am J Public Health Nations Health.* 2007;97(10):1893-1899. doi:[10.2105/AJPH.2006.093773](https://doi.org/10.2105/AJPH.2006.093773)
- ²⁸Moriske HJ, Szewzyk R, Leonidas M. Mould Guide – Guide for the prevention, investigation, evaluation and remediation of indoor mould growth. Newsletter No. 32, WHO Collaborating Centre for Air Quality Management and Air Pollution Control. 2003;2-6.
- ²⁹Oudin A, Bråbäck L, Åström DO, et al. Association between neighbourhood air pollution concentrations and dispensed medication for psychiatric disorders in a large longitudinal cohort of Swedish children and adolescents. *BMJ open.* 2016;6(6):010004. doi [10.1136/bmjopen-2015-010004](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010004)
- ³⁰Lim SS, Vos T, Flaxman AD, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 *Lancet.* 2013;381:9874:1276 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61766-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61766-8)
- ³¹Killin LO, Starr JM, Shiue IJ, et al. Environmental risk factors or dementia: a systematic review. *BMC geriatrics.* 2016;16(1):1-28. doi [10.1186/s12877-016-0342-y](https://doi.org/10.1186/s12877-016-0342-y)
- ³²Attademo L, Bernardini F. Air pollution and urbanicity: common risk factors for dementia and schizophrenia? *Lancet Planet Health.* 2017;1(3):90-91. doi [10.1016/S2542-5196\(17\)30042-6](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(17)30042-6)
- ³³Ratnaike RN. Acute and chronic arsenic toxicity. *Postgrad Med J.* 2003;79(933):391-396.
- ³⁴Tyler CR, Allan AM. The effects of arsenic exposure on neurological and cognitive dysfunction in human and rodent studies: a review. *Curr Environ Health Rep.* 2014;1(2):132-147. doi [10.1007/s40572-014-0012-1](https://doi.org/10.1007/s40572-014-0012-1)
- ³⁵Jusko TA, Henderson Jr CR, et al. Blood lead concentrations < 10 µg/dL and child intelligence at 6 years of age. *Environ Health Perspect.* 2008;116(2):243-248. doi [10.1289/ehp.10424](https://doi.org/10.1289/ehp.10424)
- ³⁶Skerfving S, Löfmark L, Lundh T, et al. Late effects of low blood lead concentrations in children on school performance and cognitive functions. *Neurotoxicology.* 2015;49:114-120. doi [10.1016/j.neuro.2015.05.009](https://doi.org/10.1016/j.neuro.2015.05.009)
- ³⁷Liu J, Liu X, Wang W, et al. Blood lead concentrations and children’s behavioral and emotional problems: a cohort study. *JAMA pediatrics.* 2014;168(8):737-745. doi:[10.1001/jamapediatrics.2014.332](https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2014.332).
- ³⁸Wright JP, Dietrich KN, Ris MD, et al. Association of prenatal and childhood blood lead concentrations with criminal arrests in early adulthood. *PLoS medicine.* 2008;5(5). doi [10.1371/journal.pmed.0050101](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050101)
- ³⁹Taylor MP, Forbes MK, Opeskin B, et al. The relationship between atmospheric lead emissions and aggressive crime: an ecological study. *Environmental health.* 2016;15(1):23. doi [10.1186/s12940-016-0122-3](https://doi.org/10.1186/s12940-016-0122-3)
- ⁴⁰World Health Organisation (WHO) 2016. Urban green spaces and health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/321971/Urban-green-spaces-and-health-review-evidence.pdf?ua=1 (Elérve: 2020. 03. 05.)

- ⁴¹Beyer KM, Kaltenbach A, Szabo A, et al. Exposure to neighborhood green space and mental health: evidence from the Survey of the Health of Wisconsin. *Int J Environ Res Public Health*. 2014;11(3):3453-3472. doi:10.3390/ijerph110303453
- ⁴²Rautio N, Filatova S, Lehtiniemi H, et al. Living environment and its relationship to depressive mood: A systematic review. *Int J Soc Psychiatry*. 2018;64(1):92-103. Epub 2017 Dec 6. doi:10.1177/0020764017744582
- ⁴³Stigsdotter UK, Ekholm O, Schipperijn J, et al. Health promoting outdoor environments—associations between green space, and health, health-related quality of life and stress based on a Danish national representative survey, Scand J Public Health. 2010;38(4):411-7. doi:10.1177/1403494810367468
- ⁴⁴Maas J, Dillen SME, Verheij RA, et al. Social contacts as a possible mechanism behind the relation between green space and health. *Health Place*. 2009;15:586-595. doi:10.1016/j.healthplace.2008.09.006
- ⁴⁵South EC, Hohl BC, Kondo MC, et al. Branas CC. Effect of Greening Vacant Land on Mental Health of Community-Dwelling Adults: A Cluster Randomized Trial. *JAMA Netw Open*. 2018;1(3):180-298. doi:10.1001/jamanetworkopen.2018.0298
- ⁴⁶Putrik P, van Amelsvoort L, De Vries NK, et al. Neighborhood Environment is Associated with Overweight and Obesity, Particularly in Older Residents: Results from Cross-Sectional Study in Dutch Municipality. *J Urban Health*. 2015;92(6):1038–1051. doi:10.1007/s11524-015-9991-y
- ⁴⁷Cutrona C, Wallace G, Wesner K. Neighborhood Characteristics and Depression: An Examination of Stress Processes. *Curr Dir Psychol Sci*. 2006;15(4):188–192. doi:10.1111/j.1467-8721.2006.00433.x.
- ⁴⁸Lorenc T, Petticrew M, Whitehead M, et al. Crime Fear of Crime and Mental Health: Synthesis of Theory and Systematic Reviews of Interventions and Qualitative Evidence. *Public Health Research*. 2014;2(2):1-398. doi:10.3310/phr02020
- ⁴⁹Lorenc, T, Clayton S, Neary D, et al. Crime, fear of crime, environment, and mental health and wellbeing: mapping review of theories and causal pathways. *Health & place*. 2012;18(4):757-765. doi:10.1016/j.healthplace.2012.04.001
- ⁵⁰Stafford M, Chandola T, Marmot M. Association between fear of crime and mental health and physical functioning. *Am J Public Health*. 2007;97(11):2076–2081. doi:10.2105/AJPH.2006.097154
- ⁵¹Barnett A, Zhang C, Johnston J, et al. Relationships between the neighborhood environment and depression in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Int Psychogeriatr*. 2018;30(8):1153-1176. doi:10.1017/S104161021700271X.
- ⁵²Aisenberg E, Herrenkohl T. Community Violence in Context: Risk and Resilience in Children and Families. *J Interpers Violence*. 2008;23;:296. doi:10.1177/0886260507312287
- ⁵³Jackson J, Stafford M. Public health and fear of crime: A prospective cohort study. *Br J Criminol*. 2009;49(6):832-847. doi:10.1093/bjc/azp033
- ⁵⁴Shaw M. Housing and public health. *Annu. Rev. Public Health*. 2004;25:397-418. doi:10.1146/annurev.publhealth.25.101802.123036

Innovatív példa a hallgatók egészségformálására a Semmelweis Egyetem Pető András Karon

An innovative example for raising health awareness among students at the András Pető Faculty of Semmelweis University

Szerző: Dr. habil. Szilárd Zsuzsanna ✉
Semmelweis Egyetem Pető András Kar, Budapest

Beküldve: 2020. 08. 13.
doi: 10.24365/ef.v61i2.506

Összefoglaló:

Bevezetés: Az egészségtelen életmód nagymértékben hozzájárul a magyar lakosság kedvezőtlen egészségi állapotához. A lakosság egészségtudatosságának megerősítése, az egészséges életmódot folytatók számának növelése jelentősen segítené a lakosság egészségi állapotának javulását. Ennek érdekében számos intézkedést vezettek be hazánkban, pl. 2011-ben a népegészségügyi termékadót a népegészségügyileg nem hasznos élelmiszerek visszaszorítása és az egészséges táplálkozás előmozdítása érdekében. A 2012/2013-as tanévtől felmenő rendszerben bevezetésre került a közoktatásban a mindennapos testnevelés. 2011-től pedig a felsőoktatási intézményeknek az alaptevékenységhez igazodóan biztosítani kell egészségfejlesztést is.

Módszertan: A Semmelweis Egyetem Pető András Karon a 2017/2018-as tanévben ötletem alapján szerveztük meg először, majd a következő két tanévben folytattuk az „Év legegészségesebb évfolyama” versenyt. Ez egy olyan egyedülálló kezdeményezés a felsőoktatásban tanuló hallgatók részére, ahol megismerkedhettek az egészségtudatos magatartással, az egészségélményüket megoszthatták egymás között. Kérdőívvel felmértük a hallgatók egészséggel kapcsolatos tudását, szokását, igényeit, az egészségi állapotukat, táplálkozási, pihenési szokásaikat, mozgásszervi panaszait, illetve mértük az antropometriai adatokat és motoros képességeik szintjét. Az adatokat az SPSS statisztikai programmal elemeztük.

Eredmények: Az egészséggel kapcsolatos szakmai fórumokon és a programon való részvétellel olyan versenyt szerveztünk az évfolyamok között, ahol mindenki megoszthatta az aznapi egészségélményeit a közösségi médiában. A saját egészségélménnyel a saját évfolyamnak lehetett a pontokat gyűjteni a tanév végéig. A program hatására az első tanév végére a hallgatók több mint egyharmada elkezdett valamilyen új mozgásos tevékenységet. A második tanévben három előadással bővült a program. A tanév végére a hallgatók 77%-a bekapcsolódott a programba. Az év végén felvett elégedettségi kérdőív alapján a válaszadók 20%-a változtatott az eddigi életén és kezdett egészség tudatosan élni.

Következtetés: A kezdeményezésünk hatására hallgatóink többsége csatlakozott a programhoz, napi rutin lett az egészségtudatosság, közösen szerveztek programokat. A posztokban egymás ötleteit, tanácsait, egyéni tapasztalatait is megismerhették. Biztatták egymást, és többen ezen posztok hatására kezdtek el egészség tudatosabban élni. Sokan ráébredtek, hogy érdemes tenni az egészségükért.

Kulcsszavak: egészségprogram; mozgás; táplálkozás; kikapcsolódás; közösségi média

Summary:

Introduction: Unhealthy lifestyle greatly contributes to the unfavourable health status of the Hungarian population. Strengthening the health awareness of the population, the increase of those living a healthy lifestyle could substantially improve the health of the population. Hungary has introduced numerous measures to this end, like the public health product tax in 2011 to reduce the consumption of unhealthy food products and to promote a healthy diet. From 2012/2013 onwards daily physical education was introduced in Hungarian public education. From 2011 higher education institutions also have to provide for health promotion in accordance with their curriculum.

Methods: Based on my original idea, SEPAK (Semmelweis University Pető András Faculty) organised „The healthiest class of the year” contest in the 2017/2018 academic year. This is a unique initiative for students in higher education to learn about health-conscious attitudes and to share their health-related experiences with each other. We used a questionnaire to assess the knowledge of the students about their health, habits, needs, health status, nutrition and resting habits, any locomotory complains, anthropometric data and motor skills. We analysed the data using the SPSS statistics application.

Results: We used subjective and objective data to organize health related awareness raising presentations and ran a contest among the different classes studying at the faculty in which every participant shared their daily health-related activities on social media. Each of these social media posts is given points that were collected until the end of the year. Inspired by the program more than 30% of the students began some sort of regular physical activity by the end of the year. In the course of the second year we organized three major lecturers and 77% of all students had participated by the end of the school year. Based on a survey conducted at the end, 20% of participants responded that they had changed their lifestyle and were living a healthier life.

Conclusion: The initiative inspired students to join the program, health-conscious life became a daily routine, participants began to organize programs with each other. The social media posts helped them learn from each other's ideas, advice and experiences. They cheered each other on, many started to live more consciously and began to understand that it was worth doing for their health.

Keywords: health program; exercise; nutrition; recreation; social media

BEVEZETÉS

Az emberek számára az egyik legfontosabb érték az egészség, az azzal való tudatos foglalkozás (egészségmegőrzés, gyógyítás, helyreállítás), és egyben napjaink egyik legnagyobb kihívása (is) az egészségfejlesztés.¹ „Az egészséget a sportos életmód, az egészséges táplálkozás, a harmonikus társas kapcsolatok, az életemben át kitartott célok és motiváció jelentik.”² Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) az Ottawai Kartában így határozta meg az egészségfejlesztést (health promotion): „Az egészségfejlesztés az a folyamat, amely módot ad az embereknek,

közösségeknek egészségük fokozott kézbentartására és tökéletesítésére. A teljes fizikai, szellemi és szociális jóllét állapotának elérése érdekében az egyénnek vagy csoportnak képesnek kell lennie arra, hogy megfogalmazza és megvalósítsa vágyait, kielégítse szükségleteit, és környezetével változzék vagy alkalmazkodjon ahhoz. Az egészséget tehát, mint a mindennapi élet erőforrását, nem pedig mint életcélként kell értelmezni. Az egészség pozitív fogalom, amely a társadalmi és egyéni erőforrásokat, valamint a testi képességeket hangsúlyozza. Az egészségfejlesztés tehát nem csupán az egészségügyi ágazat kötelezettsége.”^{3,4} (9.o.) Fodor József

orvos, egyetemi tanár szerint: „Az egészségvédelem nemcsak orvosi, de pedagógiai feladat is: ha többet nevelünk, kevesebbet kell gyógyítani.”^{5 (68.o)} A hazai oktatásban az egészségtan tantárgy foglalkozik azon ismeretek, attitűdök, magatartásmódok megismerésével, elsajátításával, melyek szükségesek az egészséges életmód kialakításához és megőrzéséhez.

Az életmód befolyásolja az egyén egészségi állapotát, amely meghatározza az életminőséget és lehetővé teszi az élethosszig tartó egészség megtartását.⁶ Társadalmi szintű tudásátadás szükséges az elérni kívánt egészségügyi változások megvalósulásához. Az emberek egészségműveltségének szintje és az az egészség jelentős mértékben befolyásolható a tudatos életmóddal, a társadalmi és fizikai körülmények megteremtésével, az egészséges élethez szükséges erőforrások hozzáférhetőségével.⁷

A felsőoktatásban tanuló hallgatók kevesebb, mint egyharmada sportolt (28,8 %) egy 2016-os felmérés alapján.⁸ A hallgatók közel negyede (23%) éri csak el a WHO által meghatározott heti minimum 150 perces mozgást.⁷ A 2012/2013-as tanévben bevezetésre került felmenő rendszerben a mindennapos testnevelés. A Magyar Diáksport Szövetség a 2014/2015-ös tanévtől kezdődően a magyar köznevelési rendszer kötelező és egységes fittség mérési módszere (NETFIT) alapján a tanulók fittségi eredményeit követi nyomon.⁹ A mindennapos testnevelés eredményességét a testneveléshez szükséges teremkapacitás hátráltatja. A 2017/2018-as tanévben kezdték meg felsőoktatási tanulmányukat azok a hallgatók, akik a középiskolában tanulmányaik során mindennapos testnevelésben részesültek. A felsőoktatási intézményeknek nagy kihívást jelent a sport terén az infrastrukturális helyzet, mivel ez fejlesztésre szorul.¹⁰

A felsőoktatási intézményeknek is törekedniük kell arra, hogy a hallgatóknak lehetőséget biztosítsanak az egészség javítására, szinten tartására, tehát a WHO által is megfogalmazott „az egyén teljes testi, lelki (szellemi), szociális jóllétét.”¹¹ A University of Central Lancashire 1995-ben kezdeményezte az Egészségfejlesztő Egyetemek Programot, amely a WHO „Egészséget mindenkinek” globális programjának alapfelvetéséhez illeszkedett. 2010-ben megalakult az Európai Egészségfejlesztő Egyetemek Hálózata (European Network for Health Promoting

Universities, EuroHPU) is.¹² A 2011. évi CCIV. törvény a nemzeti felsőoktatásról 11.§ (2) bekezdése szerint „a felsőoktatási intézménynek az alap-tevékenységéhez igazodóan biztosítani kell egészségfejlesztést is, beleértve a rendszeres testmozgás és sporttevékenység megszervezését...”^{13 (7.o)}

Az egészségtudatos magatartás, az egészségfejlesztés az egyetemi polgári kultúrának fontos részévé kell, hogy váljon. A Felsőoktatási Tervezési Testület (FTT), a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet (NEFI) és a Magyar Egyetemi-Főiskolai Sportszövetség (MEFS) ezt céljának tűzte ki. A képzési és kimeneti követelmények átdolgozása, bővítése az egészségfejlesztést, a tudatos egészségmagatartást támogató felsőoktatási környezetet szolgálhatja.¹¹ Az Ottawai Charta megállapítása: „Az egészséget az emberek a mindennapi életük körülményei között teremtik és élik meg: ott, ahol tanulnak, dolgoznak, játszanak és szeretnek.”^{14 (4.o)} Az Egészségfejlesztési Egyetem Program célja egy egységes egészség- és életminőség célú, hallgatóközpontú rendszer létrehozása.¹⁵

A felsőoktatási intézményeknek célként kellene kitűzni, – mint ahogy ezt a Semmelweis Egyetem teszi – hogy az egyetem működésének minden szintjén az egészségtudatosságot képviselje, a rendelkezésére álló eszköztárát bővítse.¹⁶ 2018-ban a Semmelweis Egyetemen létrehozta a Semmelweis Egészségfejlesztési Központ, melynek célja a szemléletformálás, az egészségmegőrzés korszerű szervezeti kereteinek megteremtése. Első intézkedésnek a 2019/2020-as tanévtől az egyetem minden karán és minden évfolyamán bevezették a testnevelés tantárgyat.¹⁶

Jelen közlemény célja, hogy egy innovatív példát mutasson be a közösségben történő egészséggel kapcsolatos szemléletformálás témában. Az „Év legegészségesebb évfolyama” verseny a Semmelweis Egyetem Pető András Karon 2017/2018-as tanévben kezdődött és azóta is működik.

MÓDSZERTAN

A 2017/2018-as tanévben, a Semmelweis Egyetem Pető András Karának nappali tagozatos hallgatói számára (N=294) hirdettük meg először kezdeményezésre Az „Év legegészségesebb évfolyama”

versenyt, majd a 2018/2019-es tanévben (N=304) megismételtük azt. A verseny célja az volt, hogy minél több hallgató kezdjen el egészségtudatosabban élni. Az egészség összetevői közül nem csak egy területtel foglalkoztunk, hanem több oldalról próbáltuk az egészségtudatosságot formálni. Olyan programokat igyekeztünk kitalálni, ami közös élményt ad. Motivációnak pontgyűjtési lehetőségeket ajánlottunk fel, a pontverseny állását a közösségi hálón a versenyre létrehozott zárt csoporthoz történő csatlakozás után követhették a hallgatók, s itt oszthatták meg saját élményeiket, képeiket is. A programokon, valamint a közösségi hálón való részvétellel a hallgatók pontokat gyűjthettek az évfolyamuknak. A részvételnek köszönhetően a közösségben az egészségtudatos életmód egyre népszerűbbé vált. A hallgatók megismerhették társaik egészséggel kapcsolatos jó szokásait, és ezzel motiválták egymást, ezen kívül a győztes évfolyam elnyerte a Vándorserleget.

A verseny időtartama egy tanévre szólt, a versenyen minden hallgató részt vehetett, a meghirdetett programokhoz bármikor csatlakozhattak a tanév során. A jelentkezésnek nem volt feltétele az egész tanéves, minden programon való részvétel. A verseny során különböző előadásokat és szabadidős tevékenységeket hirdettünk meg (az esemény idejéről, helyszínéről, a részvétel feltételeiről minden hallgatót előzetesen tájékoztattunk), az ezeken történő részvételt eseményenként dokumentáltuk. Ezen kívül a napi egyénileg szervezett saját egészségélmény is beleszámított a versenybe. A hallgatók az általunk meghirdetett programokon történő részvételért, a saját aktivitásukkal kapcsolatos élményeik közösségi hálón történő megosztásáért egy előre meghatározott pontrendszer alapján pontot kaphattak. Minden tevékenységért 5-5 pont járt, ha videóval küldték, plusz pontot ért. Voltak események, amik további plusz pontokat értek. Minden feltöltést a teljesítés naplóban vezettem, évfolyamok bontásában. A hallgatók által a közösségi hálóra feltöltött tevékenységeket nem minősítettük vagy rangsoroltuk, csak feltöltést könyveltük el. A hallgatókat a pontverseny állásáról heti rendszerességgel tájékoztattuk.

A tanév elején egyrészt felmértük hallgatóink egészséggel kapcsolatos gondolatait, érzéseit és a szubjektív egészségérzetüket, másrészt félévente 4-5 aktív programot ajánlottunk fel számukra.

A szubjektív adatok begyűjtéséhez egy 35 nyílt és zárt kérdésekből álló saját kérdőívet használtunk, amit év elején töltöttek ki a hallgatók. Felmértük a hallgatók szubjektív egészségi állapotát (8 kérdés), az egészség fontosságáról (8 kérdés) alkotott véleményüket, egészségszokásaikat (8 kérdés), táplálkozási szokásaikat (5 kérdés), mozgásszervi panaszait (6 kérdés). A kérdőív kérdései az egészségi állapotukra, az egészségérzésükre, az egészségtudatosságra, sportolási, étkezési, kapcsolódási szokásaikra kérdeztek rá. Ezen kívül - minden esetben azonos feltételek mellett - az aktuális fizikai fittségüket mini Hungarofit (azért ezt a mérést választottuk, mert tíz évvel ezelőtt ezzel mértük az akkori hallgatóinkat és egy másik tanulmányban fel tudtuk használni az adatokat), és antropometriai adataikat egy BF511 test összetétel elemző monitorral is mértük.^{17,18} A mért adatokat rögzítettük és SPSS 25 statisztikai programmal elemeztük. Minden tanév végén elégedettségi kérdőívet tölthettek ki a hallgatók, mellyel visszajelzéseket kaphattunk a programról.

Kíváncsiak voltunk, hogy a hallgatók tisztában vannak-e egészségükkel, képességeikkel, hiányosságaikkal, illetve látják-e hogyan lehetne egészségesebben élni. Választ vártunk arra, hogy milyen összefüggés mutatható ki a saját egészséggel kapcsolatos érzések, vélemények, panaszok és a fizikai teljesítő-képességük között. Az eredményekről a közösségi hálón és plakátokon folyamatosan tájékoztattuk a hallgatókat.

EREDMÉNYEK

Az „Év legegészségesebb évfolyama” versenyen, az általunk szervezett, meghirdetett programokon való részvétel nem volt kötelező, mindenki bármelyik programhoz bármikor csatlakozhatott. A programokat és a részvételi arányt az 1. ábra mutatja.

Az egészséges életmóddal kapcsolatos kérdőívet 2017-ben az első-, másod-, harmadéves és végzős hallgatók, 2018-ban csupán az elsőéves hallgatók töltötték ki, összesen 298 fő. A kitöltők 98%-a nő, átlagéletkoruk 22,4 év.

A kérdőív adatainak elemzéséből kiderül, hogy az egészségtudatosságot véleményük szerint döntően két dolog befolyásolja, ezek a táplálkozás és a

mozgás. „Az egészségem általában” kérdésre a hallgatók 14%-a válaszolta, hogy egészsége nagyon jó, 60%-uk elégedettnek, 22%-uk kielégítőnek vélte egészségét. A „Tehetek-e az egészségemért” kérdésre a hallgatók 47%-a választotta azt, hogy „Nagyon sokat tehet saját egészségéért”, 42%-uk pedig azt, hogy „Keveset tehetek az egészségemért”.

A „Mennyire vagy elégedett a fizikai állapotoddal?” kérdésre a válasz a következőképpen oszlott meg: 40%-uk mérsékelten elégedett, 47%-uk nagyjából és 6%-uk nagyon elégedett. A megkérdezettek majdnem fele (49%) a „Heti rendszerességgel végzel sportmozgást?” kérdésre igennel válaszolt.

1. ábra: A Semmelweis Egyetem Pető András Kar 2017/2018-as és 2018/2019-es tanévben az „Év legegészségesebb évfolyama” verseny programjai és a programokon való hallgatói részvételi arány



Forrás: Saját szerkesztés

A „Mi az oka, ha nem sportolsz?” kérdésre voltak, akik időhiányra (12%) panaszkodtak, de volt, aki bevallotta, hogy lustaságból (12%) nem sportol, vagy azért, mert sokba kerül. A „Milyen gyakran sportolnál?” kérdésre adott válaszok alapján, ha tehetnék, a heti 2-3 alkalmat választanák. A „Milyen sportolást választanál, ha lenne rá lehetőség?” kérdésre az alakformáló fitneszedzéseket nevezték meg a hallgatók.

A hallgatók 45%-ának van mozgásszervi panasz, amint ez kiderült a „Van-e jelenleg mozgásszervi panaszod?” kérdésre adott válaszokból. Ezek leggyakrabban hátfájás, derék és térdfájás. Néhányan (12%) ízületi problémát említettek. Azoknak, akinek van mozgásszervi panasz, negyedét a hétköznapiakban is zavarja. A „Hogyan enyhíted panaszaidat?” kérdésre adott válaszok alapján a fájdalmak kezelésére döntően krémeket, masszírozást választanak leggyakrabban, orvoshoz mindössze 12%-uk fordul.

„A táplálkozási szokásokra jellemző” kérdésre adott válasz szerint a hallgatók harmada egészségesnek tartja táplálkozási szokásait. A „Van-e ételallergiád?” kérdés feltárta, hogy a válaszadók 27%-ának ételallergiája van.

A fizikai állapotfelmérés eredménye azt mutatja, hogy hallgatóink szubjektív fittségérzetüket jobbra értékelik. (A Mini Hungarofit eredmények egy korábbi közleményben részletesebben is elérhetőek.¹⁸) A hallgatók fizikai felmérésének eredményei alapján első évben érik csak el az egészséges létezéshez, a testi, lelki, biológiai, fiziológiai egyensúlyhoz és a maradéktalan munkavégzéshez szükséges „kell” értéket (közepes). A felsőbb évesek ennél rosszabb fizikai állapotban vannak. Az antropometriai mérések alapján a testtömeg index (TTI) legkisebb értéke 16,5, a legmagasabb 40,9, az átlag és szórás 22,3 (4,6) volt. Az 1. táblázat a Mini Hungarofit által mért fizikai állapotot, illetve a kérdőívben a fizikai állapotra vonatkozó kérdések eredményeit mutatja évfolyam részvételi bontásban.

1. táblázat: A saját egészséggel, fizikai állapottal kapcsolatos eredmények, évfolyambontásban a részvételi arány a kérdőív és a fizikai állapotmérése alapján (N=298)

	1. évfolyam (85%)	2. évfolyam (73%)	3. évfolyam (70%)	4. évfolyam (65%)
Fizikai állapot	közepes	kifogásolható	gyenge	igen gyenge
BMI (szórás)	21,7 (3,6)	22,63 (6,2)	21,8 (3,8)	21,8 (2,9)
Heti rendszerességgel végzel sportmozgást szabadidődben? (%) igen – nem	54	49	50	58
Mennyire vagy elégedett a fizikai állapotoddal? (%) 1: Egyáltalán, 2: Nem, 3: Mérsékelten, 4: Nagyjából, 5: Nagyon	2,53	1,79	1,78	2,75
Van-e jelenleg mozgásszervi panaszod? (%) Igen- Nem	35	44	43	57
Van-e valami ételallergiád?(%) Igen- Nem	25	19	21	25

Forrás: saját forrás

A hallgatóinknak a 2017/2018-as tanév második félévében meghirdettünk egy előadást az erőszakmentes kommunikációval kapcsolatban, ezen a hallgatók 77%-a vett részt. A félév során három alkalommal hirdettük meg a Pető kört. Ez egy 1400 m

hosszú táv, melyet futva, sétálva, bármilyen eszközzel lehetett teljesíteni. Hallgatóink 78%-a jött el erre a programra. A kosárbajnokságot hat csapattal tudtuk megrendezni. Az évfolyamokból erre az eseményre a hallgatók 10%-a jött el szurkolni.

Ebben a félévben a 20 km-es teljesítménytúrán a hallgatók 22%-a részt vett. Az első tanév végén a 2. évfolyam nyerte el a Vándorserleget.

Hallgatóink az első tanév végén (26%), egy 34 nyílt kérdésből álló elégedettségi kérdőívet tölthettek ki anonim módon. A válaszokból az derült ki, hogy a hallgatóknak tetszett (89%) ez az új kezdeményezés. Többen (78%) jelezték, hogy nem gondolták volna, hogy mennyi apró cselekedet van naponta, ami egészséges, és ahogy olvasták mások posztjait, többen megpróbálták egészségesen étkezni, mozogni, kapcsolódni. A pontversenyt eleinte (35%) nem tartották igazságosnak, mert pl. az almaevés is pontot ért, ha megosztották, és sajnos néhányan viccet csináltak ebből. Majd a pontosabb tájékoztatás után megértették, hogy az almaevés is lehet az egészségtudatosság kezdete, ha nem is ebből áll csak a tudatosság. Az első tanévben főleg a sport, a mozgás volt előtérben, és kérések (91%) fogalmazódtak meg a táplálkozással, stressz kezeléssel kapcsolatban előadások szervezésére. A válaszokból kiderült, hogy azok, akik nem vettek részt (25%) a programokon, nem értesültek a lehetőségről előzetesen. Ha újra szerveznék ezt a programot, a válaszadók 78%-a jelentkezne.

2018/2019-es tanévben az első félévben három előadást szerveztünk. A tudatos táplálkozás előadáson a hallgatók 54%-a, a stresszkezelésen 73 %-a, a gerincprevenció előadáson pedig a 63 %-a részt vett. A Pető kört is meghirdettük három alkalommal, ami 24-22-11%-os részvételt eredményezett. A tavaszi félévben egy-egy hónap csak a főzésről, a mozgásról és a kapcsolódásról szólt. Az ezzel kapcsolatos posztokért kaphattak plusz pontokat. A program meghirdetésétől folyamatosan posztolták hallgatóink az aznapi egészségélményüket. Decemberre a hallgatók 73%-a csatlakozott a programhoz. A tavaszi félévben a 20 km-es teljesítménytúrán 32%-uk vett részt, a havi főzőversenyen 23%-uk, a havi sport-mozgás-versenyen 56%-uk, továbbá a kapcsolódás- és stresszkezelés-versenybe 9%-uk kapcsolódott be. A saját egészségélményüket voltak, akik napi, heti szinten rendszeresen (18 fő) posztolták, de mi annak is örültünk, ha valakinek csak ritkán, de eszébe jutott a saját aznapi egészségéről posztolni valamit. Az utolsó "új" résztvevő márciusban csatlakozott a programhoz.

A posztokból kiderült, hogy a mások által megosztott tevékenységek motiválók tudnak lenni. Többen

saját bevallásuk szerint elkezdtek sportolni, azóta jobban odafigyelnek a táplálkozásra, és több folyadékot isznak naponta. Alakultak csoportok, akik közösen járnak el sportolni (jóga, falmászás). Létrejött egy futó csapat, akik 2019-ben az Ultra Balatonon is elindultak, és 22 óra alatt körbe futották a tavat. A közösségi hálón a versenyre létrehozott zárt csoportban megosztják edzéseken, versenyeken való részvételeiket. Többen megosztották, milyen edzésekre járnak, milyen versenyeken indulnak, illetve azokon milyen eredményeket érnek el. A 2018/2019-es tanévben a 3. évfolyam nyerte el a Vándorserleget. Ebben az évben külön díjaztuk a legaktívabb hallgatókat és oktatókat is.

A második tanév végén is elégedettségi kérdőívet tölthettek ki önkéntes alapon a hallgatók (41%), azért, hogy még több visszajelzést kapjunk a programról. Ennek a tanévnek a programjai (táplálkozási, stresszkezelési, gerincprevenció előadások, sportprogramok) nagyon tetszetek a hallgatóknak. Úgy érezték, a színvonal még jobb lett az előző évhez képest. Ezt a megnövekedett részvételi arány is alátámasztja. A válaszadók többsége követte az eseményeket a közösségi hálón, tetszett nekik a Vándorserleg elnyerésének pontgyűjtéssel történő lehetősége és a legaktívabbak különdíjazása is. Véleményük szerint az online tevékenység és pontgyűjtés hozzájárult az eseménysorozat sikerességéhez. Egyharmaduk azt jelezte, hogy változott az egészséghez való hozzáállása. Megtudtuk néhányukról, hogy bár ők saját élményüket nem posztolták, és mások élményeit sem like-olták, de „passzívan” mindig figyelték az eseményeket. A jövőre nézve kaptunk javaslatokat, hogy legyen több sportprogram, verseny meghirdetve; még pontosabb legyen a tájékoztatás a közösségi hálón egy esemény létrehozásával; más egyetemekkel is versenyezhessenek.

KÖVETKEZTETÉS

Gyakran a mentális kimerültség, a kevés vagy hiányzó szabadidő és a munkavégzés következménye a fizikai rosszullét, amely az életminőséget javító egészségtudatos gondolkodással megelőzhető lehetne. A segítő szakmát, mint a konduktor szakmát tanulni vágyók már a képzés alatt is eltérő típusú (fizikai, lelki megterhelés) kihívásokkal

találkoznak, mint más szakmát tanuló kortársaik. Hallgatóink minden félévben az elméleti képzés mellett folyamatos szakmai gyakorlaton vesznek részt. A gyakorlatok során fekvő, ülő vagy álló helyzetben lévő diszfunkciós mozgássérültekkel találkoznak és sokszor fiziológiásan nem helyes testhelyzetekben kell foglalkozni velük. Ennek hatására már a tanulmányaik alatt megjelenhetnek, és sokaknál sajnos megjelennek mozgásszervi panaszok. A tudatos, edző, szakember által irányított preventív jellegű mozgás ajánlott lenne számukra. Tudatosítani a hallgatóknak, hogy a törzsizmok tudatos és szakszerű erősítése és a konduktori munka során előforduló testhelyzetek helyes kivitelezése a mozgásszervi panaszok kialakulását megelőzheti.

Az "Év legegészségesebb évfolyama" programmal hozzájárulhatunk az általános egészségtudatosság növelésén túl a szakmaspecifikus egészségneveléshez is, amellyel a főiskolai évek alatt megakadályozhatjuk az életminőséget rontó tényezők (mozgásszervi panaszok, hangulatingadozás, egészségtelen táplálkozás, rossz életvezetés) kialakulását. A programban egészséggel kapcsolatos szemléletformálás történik, a hallgatók elsajátíthatnak olyan egészségmegőrző stratégiákat, melyek alkalmazásával megakadályozhatják, késleltethetik, vagy csökkenthetik saját egészségkockázatuk.

A hazai felsőoktatásban egyedülálló, de a nemzetközi szinten is innovatív programot azért hoztuk létre, mert szükségesnek látjuk a hallgatók egészségének formálását. Az egészség óriási érték, mégis erről hallgatóink kevés tudással rendelkeznek, nincsenek tisztában azzal, hogy mit kell tenni, hogy ez hosszútávon fenntartható legyen. A hallgatók az általános iskolában és a középiskolában találkoztak az egészségneveléssel, mégis hiányos tudással rendelkeznek, ha meg kell fogalmazni, mi is az egészség. Az „Év legegészségesebb évfolyama” versennyel egy olyan szemléletformáló programot alakítottunk ki, melyben tudatos irányítással hívjuk fel a figyelmet az egészségtudatosságra. Célunk, hogy a diploma megszerzésével az egészséggel kapcsolatos tudásaik bővüljenek is. A program alatt azt tapasztaltuk, hogy hallgatóink nem is tudják, hogy

az adott tevékenység egészséges. Sokszor a posztokból, azok visszajelzéséből vették észre, hogy másoknak milyen ötleteket adtak. Felhívták mások figyelmét azokra az apróknak tűnő mindennapi tevékenységekre, amit sokszor ők teljesen természetesnek gondoltak (étkezés, sport, mozgás, szabadidő, szabadidős tevékenységek), és ezzel ösztönöztek másokat azok kipróbálására.

A mindennapos testnevelésből érkező hallgatóknak szüksége van a rendszeres, akár napi szintű testnevelésre az egyetemi évek alatt is. Az órarendben a képzés alatt mostanáig csak 2-4 szemeszterben jelent meg a testnevelés. A Semmelweis Egyetem a 2019/2020-as tanévtől minden szemeszterben kötelezővé teszi a testnevelést. Hallgatóink objektív és szubjektív véleménye az egészséggel kapcsolatban jó támpont arra, hogy kitaláljuk milyen programokra, tudásra van szükségük, hogy az egészségüket formálhassuk. Az általunk kezdeményezett program jól mutatja, hogy apró lépések milyen eredményesek tudnak lenni. Hallgatóinkat megkérdeztük a programról az első és a második év végén is. Válaszaikból az derült ki, hogy többekben elindult egy folyamat, amely reményeink szerint egy egészségesebb ifjúságot eredményezhet. Hallgatóink kedvelik ezt a versenyt. Szívesen csatlakoztak az általunk kezdeményezett programokhoz, szeretik, hogy megoszthatják élményeiket, illetve motiváló számukra, hogy mások tapasztalataival gazdagodnak és az ötleteket ők is alkalmazhatják. Ezzel egyre többet tesznek a saját egészségükért. A verseny célja ez volt!

A 2019/2020-as tanévben is folytattuk tovább ezt a programot és reméljük a következő tanévben is fogjuk úgy, hogy bevonjuk a többi kart vagy akár más egyetemeket is. Az egészség kínálatát bővítjük, hogy ne csak a sport és a táplálkozás képezze az egészségről a hallgatók gondolkodását, ezért még több lehetőséget ajánlunk hallgatóinknak ezek megismerésére. Hosszútávon célunk, hogy az oktatásban, a képzési struktúrában is megjelenjenek az egészséggel kapcsolatos tananyagok. Ez még inkább hozzá segítené a hallgatókat a preventív szemlélet és gondolkodás kialakulásához.

HIVATKOZÁSOK

- ¹ Kontor E, Szakály Z, Soós M, et al. Egészségtudatos magatartás a 14–25 év közötti fiatalok körében. Hitelesség és értékorientáció a marketingben. XXII. Konferencia Tanulmánykötet. Debrecen. 2016. 640-649. https://dea.lib.unideb.hu/dea/bitstream/handle/2437/238406/FILE_UP_5_EMOK2016-KESZZSMKM-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Elérve: 2020.04.06.)
- ² Egészségügyi hozzáférés Konferencia és Egészségfejlesztési Szakmai Fórum 2019. 05.11. EOK. Dr. Kellermayer Miklós előadása. <http://semmelweis.hu/hirek/events/egeszsegugyi-hozzaferes-konferencia-es-egeszsegfejleszt-es-szakmai-forum/> (Elérve: 2020.04.06.)
- ³ The Ottawa Charter Health Promotion www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/ (Elérve: 2020. 04. 06.)
- ⁴ Az egészségfejlesztés alapelvei. Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai <http://regi.oefi.hu/modszertan1.pdf> (Elérve: 2020.04.20.)
- ⁵ Éger I. A közoktatás szerepe az egészségfejlesztésben. Doktori értekezés. NYME, Sopron 2005. 68..o. http://doktori.nyme.hu/224/1/de_2897.pdf (Elérve: 2020.04.06.)
- ⁶ Ábrahám J. Rekreációs kultúra a fogyasztói társadalomban 2016. Doktori értekezés. Testnevelés Egyetem Sporttudományok Doktori Iskola. 33-47. o. <http://real-phd.mtak.hu/465/19/%C3%A1brah%C3%A1m%C3%BAlia.d.pdf> (Elérve: 2020.04.06.)
- ⁷ Mayer K, Boncsér A. Egészségtudatos magatartás szerepe a 18-25 évesek körében. (kézirát) Miskolci Egyetem Egészségügyi Kar Egészségügyi szervező alapszak Egészségturizmus szervező szakirány. 2017. 39. o. <http://midra.uni-miskolc.hu/document/27935/23576.pdf> (Elérve: 2020.04.06.)
- ⁸ Czippán K, Drahos P, Gilly Gy, et al. Egészségfejlesztő Egyetem. Alapelvek, célok, koncepciók. Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet. 2015. TÁMOP-6.1.1-12/1-2013-0001. Széchenyi 2020. 60.o. https://www.academia.edu/33573833/Egeszsegfejleszto_egyetem.pdf (Elérve: 2020.04.09.)
- ⁹ Netfit kézikönyv. A Nemzeti Egységes Tanulói Fittségi Teszt. MDSZ. Új Széchenyi terv. 2014. 56-58.o.
- ¹⁰ Dulcz A. Mindenki sportja az egészséges sport alapja. 17. Edukáció kiállítás, sportolási szokások. 2017. MEFSZ.
- ¹¹ Az egészségfejlesztés alapelvei - Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai. Kishegyi J. és Makara P. (szerk) OEFI, Budapest. 2004. ISBN 963 86595 3 <http://regi.oefi.hu/alapelvek.pdf> (Elérve: 2020.04.06.)
- ¹² Tsouros AD, Dowding G, Thompson J, et al. Health Promoting Universities: Concept, Experience and Framework for Action. WHO. 1998. ISBN 92 890 1285 4 http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0012/101640/E60163.pdf (Elérve: 2020.04.06.)
- ¹³ 2011. évi CCIV. törvény a nemzeti felsőoktatásról. 7.o. <https://net.jogtar.hu/getpdf?docid=a1100204.tv&target-date=&printTitle=2011.+%C3%A9vi+CCIV.+t%C3%B6rv%C3%A9ny>
- ¹⁴ Health for All. WHO 9th Global Conference on Health Promotion, Shanghai. 21-24 November 2016. 4.o. <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-conference-report/en/> https://www.elte.hu/dstore/document/1935/ELTE_Eg%C3%A9szs%C3%A9gfejleszt%C3%A9si_strat%C3%A9gia.pdf (Elérve: 2020.04.06.)
- ¹⁵ „Egészségfejlesztő Egyetem Alapelvek, Célok, Koncepciók” a TÁMOP-6.1.1-12/1-2013-0001 „Egészségfejlesztési szakmai hálózat létrehozása” kiemelt projekt, felsőoktatási alprojekt keretében. Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet. 2015. https://www.academia.edu/33573833/Egeszsegfejleszto_egyetem.pdf (Elérve: 2020.04.06.)
- ¹⁶ Semmelweis Egészségfejlesztési Központ megvalósítási koncepció. Semmelweis Egyetem. 2018 40.p. <https://docplayer.hu/111972105-Semmelweis-egeszsegfejleszt-esi-kozpont.html> (Elérve: 2020.04.06.)
- ¹⁷ Fehérné Mérey I. Se többet, se kevesebbet - Mérd magad: Hungarofit (Útmutató) Útmutató Kiadó. Győr. 1999. 133-148. o. ISBN 963-9001-42-2
- ¹⁸ Sáringerné Szilárd Zs. A konduktorhallgatók fizikai állapota tíz év távlatában. Magyar Sporttudományi Szemle 2019;20(1)56-62. <https://mstt.hu/wp-content/uploads/2019/10/MSTT-Szemle-2019-1-honlapra.pdf> (Elérve: 2020.04.06.)

A testnevelés órához kapcsolódó tudatos vízfogyasztás

Conscious water consumption related to PE

Szerzők: H. Ekler Judit^a ✉, Buti Nikolett^a, Wilhelm Márta^b
a: Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Sporttudományi Intézet, Szombathely, b: Pécsi Tudományegyetem, Természettudományi Kar, Sporttudományi és Testnevelési Intézet, Pécs

Beküldve: 2020. 04. 21.
doi: 10.24365/ef.v61i2.582

Összefoglaló:

Bevezetés: Számos kutatás szerint a diákok nagyon kevés folyadékot fogyasztanak. Ennek következménye lehet, hogy csökken a koncentrációjuk, romlik a figyelmük, rövidtávú memóriájuk, ezáltal az iskolai eredményeik is. Mindezek elkerülhetőek, ha megfelelő mértékben, tudatosan pótolják az elvesztett folyadékmennyiséget. Jelen kutatásban célunk volt, hogy saját tervezésű intervenciós programunkkal kedvező szokásokat alakítsunk ki a tanulóknál, tudatosítsuk bennük a megfelelő mértékű folyadékpótlás fontosságát, különös tekintettel a sporttevékenységek során fellépő vízhiány megfelelő pótlására.

Módszertan: Az intervenció 2016 októberétől 2018 januárjáig tartott, amit 2019 júniusában utóméréssel zártunk le. A mintát kettő 9. évfolyamos középiskolai osztály képezte (n=46). Az adatokat a kutatási idő alatt ötször, 3 féle módon gyűjtöttük: 1. A tanulók meghatározott időpontokban, egy héten keresztül naplózták a naponta elfogyasztott folyadék mennyiségét és fajtáját (víz, tea, üdítő, levesek, stb.); 2. A mintacsoport online kérdőívet töltött ki az életmódbeli szokásairól a kutatás végén; 3. InBody 720 testösszetétel-analizáló készülék segítségével vizsgáltuk meg valamennyi személy testösszetételi változásait. Míg a kontrollcsoportot nem támogattuk semmilyen formában, a mintacsoportnál jelentős beavatkozásokat tettünk folyadékfogyasztásuk ösztönzésére. Ezeket a segítő eljárásokat a vizsgálat előrehaladtával folyamatosan csökkentettük.

Eredmények: A vizsgálati csoport tanulói a kutatás elején nem fogyasztottak megfelelő mennyiségű folyadékot (M = 1510 ml), viszont a vizsgálat végére folyadékfogyasztásukat szignifikánsan, az Európai Élelmiszerbiztonsági Hatóság ajánlásának mértékére növelték (M = 2200 ml, p < 0,000). A változás a teljes testvíztartalom szignifikáns növekedését is eredményezte (p = 0,009). A tanulók 60%-a növelte vízfogyasztását, és 34%-a tért át a vízre a cukros üdítők helyett.

Megbeszélés és következtetések: Az utómérés (2019. június) adatai szerint programunk pozitívan hatott a diákok életvitelére, tudatosabbá váltak a vízfogyasztás tekintetében, hiszen folyadékfogyasztásuk értéke az intervenciót lezáró 5. mérés (2018. január) azonos. Kutatásunkkal igazolni tudtuk, hogy érdemes a sportoláshoz kapcsolódó tudatos folyadékfogyasztásra figyelmet fordítani, mivel ezáltal a diákok vízfogyasztása érdemben növelhető.

Kulcsszavak: tudatos folyadékfogyasztás; testnevelés órai vízfogyasztás; szokásialakítás

Summary:

Introduction: Several studies suggest that students do not consume enough fluids. As a result, attention disorders develop, short-term memory problems appear, thus altogether their academic achievements might deteriorate, all of which could be avoided with conscious and sufficient fluid replacement. One of our aims was to establish favorable habits in students through our intervention program, raising their awareness of the importance of rehydration, particularly during sports activities.

Methods: The intervention took place between October 2016 and January 2018, closed with a follow-up survey in June 2019. The sample included two 9th grade secondary school classes (n=46). Data were collected 5 times and in 3 ways during the research: 1. At specified times for one week students recorded the quantity and the type of fluids consumed (water, tea, soft drinks, soup, etc.); 2. At the end of the research project, the intervention group filled in an online questionnaire on their lifestyle habits; 3. Using a body composition analyzer (InBody 720) for measuring changes, all the students were examined. Whereas the control group was not supported in any way, considerable interventions were created for the study group to encourage their fluid intake. These supporting suggestions were gradually phased out during the research project.

Results: The students in the study group did not consume sufficient amount of fluids at the beginning of the intervention (M = 1510 ml), but they increased their fluid consumption significantly by the end of the project (M = 2200 ml, $p < 0.000$) to meet the recommendations of the European Food Safety Authority. It also resulted in a significant increase in their total body water ($p = 0.009$). 60% of the students increased water consumption, and 34% switched to water instead of soft drinks.

Discussion & Conclusions: Data from the follow-up survey (June, 2019) indicate that our program had a positive impact on the lifestyle of students, making them more conscious of water intake, since their fluid consumption reached the levels recorded at the 5th measurement (the end of intervention, January, 2018). Our data verified that it is worth paying attention to conscious fluid intake relating to sport activities, as this can substantially increase their water consumption.

Keywords: conscious fluid consumption; water consumption related to PE; developing habits

BEVEZETÉS

A víznek, ami átlagosan a testtömeg 60%-a, elengedhetetlen szerepe van szervezetünk működésében.^{1,2,3} Az emberi testben működő legnagyobb oldószerként főbb funkciói a vérkeringéssel (megfelelő vérösszetétel és érrendszeri térfogat) és a szállítással (tápanyagok, salakanyagok) függenek össze. A sejtek homeosztázisán kívül megkerülhetetlen szerepe van a test belső hőmérsékletének szabályozásában, de az ízületek megfelelő működésében is.^{2,4,5} A sejtek hidratáltsága, a teljes testvíz (TBW¹) (mind az intracelluláris (ICF²), mind az extracelluláris (ECF³) folyadékok) tehát, a szervezet optimális működésének fontos feltétele és mutatója.⁴

Az alapvető életfunkciók fenntartása mellett az optimális folyadékellátottság szerepet játszik a megfelelő szellemi teljesítmény elérésében is.

Különböző korúak körében végzett tudományos kutatások bizonyították, hogy már kismértékű kiszáradás esetén (2-4%-os vízdeficit) romlik a rövidtávú memória, a figyelem, valamint a matematikai képességek is, csökkenhet a koncentráció, illetve fáradtság is jelentkezhet.^{6,7} Popkin, D’Anci és Rosenberg a folyadékháztartás szerepét elemezve az egészségmegőrzésben megállapítják, hogy összefüggés mutatkozik a vízbevitel és a betegség-megelőzés és az egészségfejlesztés között.⁸ Még további klinikai vizsgálatokkal igazolni kell, de valószínűsíthető, hogy a jó hidratáció a húgyúti fertőzések, a magasvérnyomás-betegség, a halálos szívkoszorúér-betegség, a vénás trombózis és az agyi infarktus veszélyének csökkenésével jár.

A szervezetbe jutó folyadékot az ivóvíz, az italok és az ételek együtt biztosítják. Egy, az USA-ban készült adatsor szerint, az amerikai felnőttek az összes felvett víz 35–54 százalékát az ivóvízből, 49–63

¹ TBW – Total Body Water

² ICF – Intracellular Fluid

³ ECF – Extracellular Fluid

százalékát egyéb italokból (gyümölcsle, szénsavas italok, kávé, tej) és 19–25 százalékát élelmiszerekből (gyümölcsök, zöldségek, levesek, fagyalt, húsok) nyerik.⁴ Az italokból és ételekből származó víz aránya az étrendben található gyümölcsök és zöldségek arányának függvényében változik, ezért a nemzeti szokások és a táplálkozási tudatosság erősen befolyásolhatják. Annak ellenére, hogy időnként mindenki lehet szomjas, a mérsékelt éghajlati körülmények között élő, egészséges emberek folyadékbevitelét ez kevésbé befolyásolja. A folyadékokat a mindennapi ételekben (leves, tej), a napi rutin részeként felfrissülésre, energiapótlásra (tea, kávé, energitalok) és tiszta élvezet céljából (alkohol) fogyasztjuk.⁸ A leggyakrabban fogyasztott folyadékfajták, különösen a gazdag társadalmakban, sokszor egészségtelen trendeket követnek.

A világ különböző országai és szervezetei időről-időre összefoglalják a népesség táplálkozási adatait és megfogalmazzák az egészséges táplálkozási összetevőkre vonatkozó ajánlásait.^{4,9,10} Ezek alapján a teljes vízfelvétel Európában alacsonyabb, mint az Egyesült Államokban. Az amerikai felnőttek naponta kb. fél literrel több vizet fogyasztanak, mint az európai felnőttek. A referenciaértékek meghatározása az életkörülmények változatossága miatt (éghajlat, fizikai aktivitás stb.) nagyon nehéz. Gyakorlati célokra 1 ml/kcal (240 ml/mJ) ajánlott gyermekeknél és felnőtteknél.¹¹ Az általunk vizsgált személyek esetében (14-17 év) az Európai Élelmiszerbiztonsági Hatóság által ajánlott napi folyadékfogyasztás nőknél 2000 ml, míg férfiaknál 2500 ml. A test vízmérlege a víznyereség és a vízvesztés közötti nettó különbségtől függ, amit a testmozgás, hőhatások (pl. láz, égési sérülések), stb. nagyban befolyásolnak. A folyadékegyensúlyt alapvetően a testvíz állapotára reagáló homeosztatikus mechanizmusok vezérik. A vízhiány megnöveli az extracelluláris tér ionkoncentrációját, amely a vizet az intracelluláris térből veszi fel, így a sejtek összehúzódnak. Ezt a zsugorodást kétféle agyi szenzor érzékeli: az egyik szabályozza az ivást, a másik pedig a vizelet kiválasztását.¹²

Sportolás közben fokozottabb a szervezetben lévő víz és ásványi anyagok elvesztése, ezért a sportolóknak az átlagosnál nagyobb a folyadékigénye.¹³ Abban az esetben, ha a sportolók nem fordítanak elég figyelmet a folyadékpótlásra, dehidratált állapotba kerülhetnek, amely a szív- és érrendszeri, a hőszabályozó, a metabolikus és a központi idegrendszeri változások miatt, már viszonylag rövid

időtartamú, szakaszos testmozgás közben is ronthatja sportteljesítményüket.^{14,15}

Éppen ezért ajánlott a sporttevékenységet hidratált állapotban megkezdeni. Jó, ha az edzés előtt egy órával elfogyasztunk 0,5 liter vizet, majd 20 perccel előtte további 2-3 dl-t, míg a sporttevékenység során ajánlott 20 percenként 1,5-2 dl folyadékot fogyasztani, nem kivárva a szomjúságérzet kialakulását. A sporttevékenységet követően pedig célszerű az elvesztett folyadékmennyiség másfélszeresét visszapótolni. Ennek mértéke egyszerűen megállapítható, ha megmérjük a testtömeget edzés előtt és után. 1 kg testtömegvesztés 1 liter izzadságnak felel meg, tehát ennek alapján minden elvesztett kg után 1,5 liter folyadékot kell elfogyasztani. Célszerű 0,5 litert edzés után meginni, a maradékot pedig kisebb adagokra osztva.^{5,8,13,16}

A gyermekek nem ismerik fel az elvesztett folyadékok pótlásának szükségességét, ezért erre az edzőknek külön gondot kell fordítaniuk. Gyermekek sportolással összefüggő vizsgálata megmutatta, hogy a vízivásra nem bízott gyerekeknél a vér oxigénzállítási kapacitásának romlása és a fehérjeszám növekedése pozitívan korrelál a hypohidrációs szinttel.¹⁷

A testnevelés óra szintén vízvesztésre érzékenyebb sportolási szintér. Ugyan nem versenysportról beszélünk, csupán 45 perc fizikai aktivitásról, mégis a fentieket figyelembe véve, a gyerekek teljesítménye romolhat az iskolában. Gyakran ez nem a sportteljesítményükben mutatkozik meg, hanem a következő órák alatt, melyet a padban ülve töltenek, nagy valószínűséggel dehidratált állapotban.^{3,18} Cvijanović és mtsai kutatása szerint a tanulók 7 százaléka pótolja az elvesztett folyadékmennyiséget testnevelés óra alatt.¹⁹ Mivel a tanulók tudatosan nem reagálnak a folyadékvesztésre, a testnevelő tanárnak érdemes figyelnie a megfelelő pótlásra. Célszerű tudatosan, módszeresen kialakítani a testnevelés órához kötődő ivási szokásainkat, ügyelve arra, hogy megfelelő mennyiségű és minőségű folyadékot fogyasszunk.⁵ Amennyiben a testmozgás nem haladja meg az egy órát (igaz ez a testnevelés órára is), általában elegendő tiszta vízzel pótolni az elvesztett folyadékmennyiséget^{13,16}, akár óra közben is.

A serdülőkorban a lányoknál jelentős testzsír-felhalmozódás következik be, a serdülőkor végére pedig a testzsírmennyiség stabilizálódik, így a fiatal nőkben 25%-os átlagos zsírtartalom alakul ki. Ezzel szemben a serdülő fiúknak főként az izomzata

gyarapszik, testzsírtartalmuk pedig csökken, így egy fiatal felnőtt férfira a 15%-os zsírtartalom lesz jellemző.²⁰ A vázizomzat 75-79% vizet tartalmaz, a zsírszövet pedig 10-30%-ot.^{5,13,21} Mindezek következménye az, hogy a férfiaknak nagyobb mennyiségű folyadékot célszerű bevinniük a szervezetükbe naponta. Serdülőkorban a testösszetétel alakulása mellett a személyiség is érik, változik. Ebben az időszakban számos olyan szokást alakíthatnak ki a fiatalok, amelyek egész életükben megmaradnak.²² Ezért fontos, hogy megtanuljanak odafigyelni a táplálkozásukra, valamint a folyadékfogyasztásra.

Kontrollcsoportos, longitudinális, három tanévet felölelő kutatásunknak két célja volt: (i) T testnevelés órához kötődő, a vízfogyasztást ösztönző program lebonyolítása középiskolás tanulmányaikat megkezdő fiatalok körében. (ii) Valid adatok gyűjtése a folyamatról, a tanulók folyadékbeviteli naplóját és műszeres mérését (InBody720) alapul véve.

MÓDSZERTAN

Kutatásunk intervenciós szakasza 2016 októberétől 2018 januárjáig tartott, tehát másfél iskolai tanévet ölelt fel. A vizsgálati csoport tanulóit (V) az intervenciós szakasz lezárulta után 1,5 évvel – 2019 júniusában – ismételten visszamértük.

Vizsgálatunk mintáját két párhuzamos, az intervenciós szakasz megkezdésekor 9. évfolyamos középiskolai osztály képezte, kezdetben 55 fő, majd a végleges elemszám iskolaváltások miatt 46 főre csökkent. A vizsgálati (V) osztály (n = 23; 20 lány, 3 fiú) és a kontroll (K) osztály (n = 23; 12 lány, 11 fiú) a kutatás megkezdésekor a testösszetétel-elemző készülék (InBody720) által mért összes testvíz kategóriabeosztás értékei szerint, osztály szinten azonos (χ^2 , p = 0,813) volt.

A vizsgálat intervenciós tevékenységei a tanulók iskolájában, a műszeres mérések Szombathelyen, az ELTE terhelésélettani laboratóriumában zajlottak az iskolavezetés, a szülők és a tanulók megelőző tájékoztatásával és beleegyezésével.

A kutatás öt fő szakaszból állt. [1. táblázat] A V osztályban minden szakaszban testösszetétel-mérést végeztünk, emellett a méréseket megelőzően a diákok 1 hétig naplóban jegyezték fel az elfogyasztott folyadék mennyiségét és típusát (víz, tea, üdítő,

levesek stb.). A jegyzetfüzetet a mérés előtt egy héttel kapták kézhez, majd a mérésre kitöltve hozták magukkal. A testösszetétel analízáló készülék adataiból a testtömeg, a fittségi pont, a teljes testvíz, a sejten kívüli- és a sejten belüli testvíz értékeit használtuk fel. A K osztály mérési protokollja a V osztályéval megegyezett, de velük a méréseket csak az 1., 3. és az 5. szakaszban végeztük el. A V osztály tanulói a harmadik kutatási félév befejezésekor egy on-line kérdőívet töltöttek ki, melyben azokra a változásokra kérdeztünk rá, melyeket a diákok az intervenció során sportolási- és folyadékpótlási szokásaikban tapasztaltak. A kutatási időszak alatt a két osztállyal külön-külön, a közösségi háló egy-egy zárt csoportjában tartottuk a kapcsolatot. Míg a K csoportnál csak adatgyűjtés folyt a megfelelő időszakokban, addig a V osztálynál az intervenció minden félévében jelentős beavatkozásokat tettünk annak érdekében, hogy növeljük a diákok folyadékbevitelét. [1. táblázat] A kutatás első félévében a Vasivíz ZRt. szakemberei tájékoztató előadással és promóciós ajándékokkal, a testnevelő tanár az órai folyadékpótlásra ösztönzéssel és ivóidő biztosításával, illetve a közösségi oldalon folyamatos biztatással támogatta a V csoport tanulóit. Kialakítottuk azt a rutint, hogy a tanulók névre szóló kulacsukat csapvízzel megtöltve behozták és tartalmát elfogyasztották a testnevelés órán. Annak érdekében, hogy az egészséges összetételű, fokozott folyadékpótlás belső igénnyé váljon, a beavatkozásokat félévről-félévre csökkentettük.

Annak megállapítására, hogy a másfél éves intervenciós program során kialakult vízfogyasztási rutin tartós szokássá alakult-e, a V csoport tanulóit az intervenciós szakasz lezárulta után 1,5 évvel – 2019. júniusában – ismételten visszamértük a korábbi protokoll szerint (InBody mérés, naplózás).

A kapott adatokat páros t próbával elemeztük, illetve kétmintás t próbával a két osztály eredményeit hasonlítottuk össze. A kérdőívből származó nem paraméteres adatokat keresztábrával dolgoztuk fel. Varianciaelemzéssel vizsgáltuk az elfogyasztott folyadék minőségében és mennyiségében történt változások, a sportolási szokások változása, illetve a testösszetétel mérő által kalkulált fittségi pontértékek összefüggéseit. Az adatfeldolgozáshoz az IBM SPSS Statistics 25 programot használtuk.

1. táblázat: A kutatás időrendje, az egyes kutatási szakaszok tartalma (a piros kiemelések az InBody mérések és a naplózás időpontját jelölik)

KUTATÁS FŐ SZAKASZAI	VIZSGÁLATI OSZTÁLY BEAVATKOZÁSOK / MÉRÉSEK	KONTROLL OSZTÁLY BEAVATKOZÁSOK / MÉRÉSEK
I. 2016. október	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Közösségi oldal létrehozása kapcsolattartás céljából ✓ Naplózás + InBody mérés 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Közösségi oldal létrehozása kapcsolattartás céljából ✓ Naplózás + InBody mérés
II. 2016. október – 2017. január	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tájékoztató óra, promóciós ajándékok ▪ Testnevelő tanár támogatása ▪ Ösztönzés a közösségi oldalon ✓ Naplózás + InBody mérés 	
III. 2017. január – 2017. június	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Testnevelő tanár támogatása ▪ Ösztönzés a közösségi oldalon ✓ Naplózás + InBody mérés 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Naplózás + InBody mérés
IV. 2017. június – 2017. október	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ösztönzés a közösségi oldalon ✓ Naplózás + InBody mérés 	
V. 2017. október – 2018. január	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ösztönzés a közösségi oldalon ▪ Életmód kérdőív ✓ Naplózás + InBody mérés 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Naplózás + InBody mérés

Forrás: saját szerkesztés

EREDMÉNYEK

A folyadékfogyasztás változásai

A V csoport diákjai által naponta feljegyzett folyadékfogyasztás átlaga az első és az utolsó naplózás között szignifikánsan, 1500 ml-ről – 2200 ml-re nőtt. [2. táblázat] Ennek üteme nem volt egyenletes. A mérések közül az első és második, illetve a

harmadik és negyedik naplózási szakasz között tapasztalható szignifikáns növekedés. Mindkét mérés az aktuális tanév első felévére esett. A naplózással regisztrált folyadékfogyasztás-emelkedést a testösszetétel összes testvíz értékei a köztes mérések között nem igazolták ($p = 0,777; 0,209; 0,945; 0,193$), az első és utolsó mérés között azonban szignifikánsan növekvő érték ($p = 0,009$) mérhető. [3. táblázat]

2. táblázat: A V osztály naplózott, átlagos folyadékfogyasztásának változása a mérések között

Naplózás – Átlagos	t	df	p – érték
1-2. naplózás között	-2,705	21	0,013
2-3. naplózás között	-0,521	21	0,608
3-4. naplózás között	-2,252	19	0,036
4-5. naplózás között	-0,682	19	0,503
1-5. naplózás között	-5,360	22	0,000

Forrás: saját szerkesztés

3. táblázat: A V osztály testösszetételei adataiban mért „Összes testvíz” értékének változása a mérések között

Összes testvíz	t	df	p – érték
1-2. mérés között	0,286	25	0,777
2-3. mérés között	-1,289	25	0,209
3-4. mérés között	-0,69	22	0,945
4-5. mérés között	-1,342	22	0,193
1-5. mérés között	-2,850	22	0,009

Forrás: saját szerkesztés

A K csoport esetében a kutatás eleji és végi eredmények között szignifikáns különbség nincs ($p = 0,196$), 140 ml-el volt több az utolsó naplózott vízfogyasztás átlaga, mint az első feljegyzésnél. A kutatás első szakaszában (1. és 2. mérés között) szignifikánsan nőtt a folyadékfogyasztásuk ($p = 0,008$), ami a továbbiakban visszaesett, bár az összes testvíz átlagértékeik folyamatosan nőttek ($p = 0,000$). Ez valószínűsíthetően a csoport azonos fiú (11 fő) – lány (12 fő) arányára vezethető vissza.

A kutatás kezdete és vége között a V csoportban az optimális vízháztartási szintben kiemelkedően fontos napi minimum érték szignifikánsan nőtt, 530 ml a különbség az első és az ötödik naplózás adatai

közt. [4. táblázat] Ugyanez elmondható a napi maximumról is, 900 ml-el nőtt a folyadékbevitel mennyisége az első és az utolsó rögzített adat között. [5. táblázat]

A kutatás végére a V csoportnál tapasztalt jelentős „napi minimum” és „napi maximum” növekedéssel ellentétben a K osztályban nem volt szignifikáns változás a kiinduló és az utolsó értékek között ($p = 0,091$; $0,522$). A kutatás eleji megnövekedett figyelem miatt a K osztályban is tapasztaltuk, (a folyadékbeviteli átlagértékkel azonosan) a „napi minimum” és „napi maximum” értékek jelentős növekedését a vizsgálati időszak első és második mérése között ($p = 0,060$; $0,019$).

4. táblázat: A V csoport „napi minimum” folyadékbevitelének változása a vizsgálati időszakban

Naplózás – „Minimum”	t	df	p – érték
1-2. naplózás között	-1,588	21	0,127
2-3. naplózás között	0,742	21	0,466
3-4. naplózás között	-1,090	19	0,289
4-5. naplózás között	0,018	19	0,986
1-5. naplózás között	-4,573	22	0,000

Forrás: saját szerkesztés

5. táblázat: A V csoport „napi maximum” folyadékbevitelének változása a mérések között

Naplózás – „Maximum”	t	df	p – érték
1-2. naplózás között	-1,626	21	0,119
2-3. naplózás között	-0,109	21	0,914
3-4. naplózás között	-2,554	19	0,019
4-5. naplózás között	-0,611	19	0,549
1-5. naplózás között	-5,113	22	0,000

Forrás: saját szerkesztés

A folyadékfogyasztás és a közérzet kapcsolata

A vizsgálatunkat lezáró kérdőívben a V csoport tanulóinak 100%-a arról számolt be, hogy az intervenció szakasz idején növelte a folyadék-

fogyasztását. [6. táblázat] Egy tanuló kivételével ez, a folyadékfogyasztáson belül a vízfogyasztás növelését is jelentette. A diákok önbevallása szerint ez 86%-uknál a közérzet javulását is eredményezte.

6. táblázat: A folyadékfogyasztás változásának hatása a közérzetre (V osztály)

Tanulói szokások megváltozása	„Jobb lett a közérzetem.”	„Nem tapasztaltam változást a közérzetemben.”	Összesen
„Nőtt a folyadékfogyasztásom”	1	0	1
„Nőtt a vízfogyasztásom”	12	2	14
„Üdítő helyett vizet iszom”	7	1	8
Összesen	20	3	23

Forrás: saját szerkesztés

A folyadékfogyasztás és a fittség összefüggése

Varianciaelemzéssel vizsgáltuk, hogy a kutatás végén a tanulók által elért fittségi pont milyen viszonyban van a folyadékfogyasztási szokásaik változásával. [7. táblázat] A folyadékfogyasztás mennyiségi változásával nem mutatkozott összefüggés, viszont

az, hogy üdítőről vízre tértek át a tanulók, hatást gyakorolt a fittségi pontjaik változására is, 39%-ban befolyásolva azt. A folyadék mennyiségi változását és az üdítőről vízre való áttérés együttes hatását vizsgálva, azok tendencia jellegű befolyását tapasztalhatjuk a fittségi értékekre.

7. táblázat: A folyadékfogyasztás változásának hatása a fittségi pontokra (V osztály)

A variancia eredete	Eltérés négyzet-összeg	Szabadság-fok df	Átlagos négyzetes eltérés	Teszt Statisztika F	p – érték	Részleges Éta-négyzet
Folyadékfogyasztás növekedése	43,422	2	21,711	1,202	0,332	0,156
Üdítőről vízre váltás	151,308	2	75,654	4,190	0,039	0,392
Folyadékfogyasztás növekedése x Üdítőről vízre váltás	40,139	1	40,139	2,223	0,160	0,146
Hiba	234,750	13	18,058			
Összes	109743,000	19				

A függő változó: Ötödik mérés fittségi pontja

Forrás: saját szerkesztés

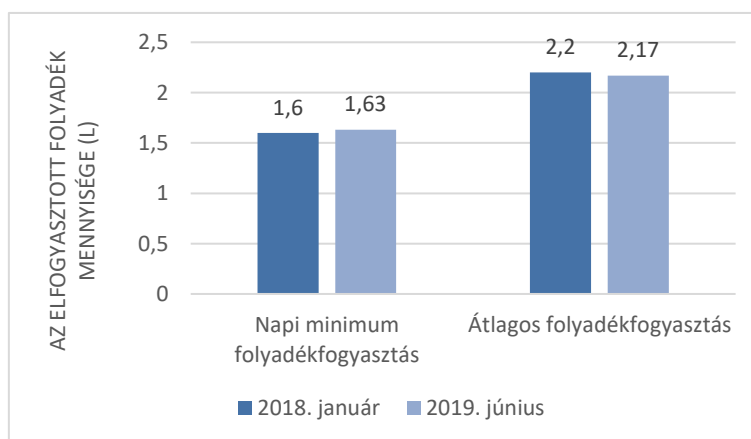
A folyadékfogyasztási szokások megtartása a V csoport körében

A V csoport tagjait, a korábbi protokoll szerint 2019 júniusában visszamérve a „napi minimum”, illetve az átlagos folyadékfogyasztásuk az intervenció időszak végén és rá 1,5 évvel nem mutat érdemi különbséget. [1. ábra]

Az első és az ötödik naplózás, valamint az első és a hatodik naplózás adatai között szignifikáns növekedés tapasztalható mind a „napi minimum”, mind pedig az átlagos folyadékfogyasztás terén.

[8. táblázat] Az ötödik és hatodik naplózott adatok között egyik téren sem található szignifikáns eltérés, tehát a tanulók az első és az ötödik naplózásuk közt nagymértékben változtattak folyadékfogyasztási szokásaikon, amit a továbbiakban is megtartottak. A diákok naplózott adatait igazolják a testösszetétel analízis készülék által mért „Összes testvíz” adatok is, ahol az első és ötödik, illetve az első és hatodik mérések között szignifikáns a növekedés ($p = 0,009$; $0,001$), míg az ötödik és hatodik mérés között nincs különbség ($p = 0,114$).

1. ábra: A V osztály átlagos és minimum folyadékfogyasztása 2018. január és 2019. június között



Forrás: saját szerkesztés

8. táblázat: A V osztály „napi minimum” és átlagos folyadékbevitelének változása az 1., 5. és 6. mérések között

Naplózás – „Minimum” és Átlagos	t	df	P – érték
1-5. naplózás között „Minimum”	-4,573	22	0,000
1-6. naplózás között „Minimum”	-4,385	22	0,000
5-6. naplózás között „Minimum”	-0,316	22	0,755
1-5. naplózás között Átlagos	-5,360	22	0,000
1-6. naplózás között Átlagos	-4,710	22	0,000
5-6. naplózás között Átlagos	0,189	22	0,852

Forrás: saját szerkesztés

MEGBESZÉLÉS ÉS KÖVETKEZTETÉSEK

Kutatások is alátámasztják azt a mindennapi tapasztalatot, hogy a tanulók jelentős része kevés folyadékot fogyaszt.^{18,19} Bekéné és Kovácsné Borsod-Abaúj-Zemplén megye területén vizsgálták 14-16 éves diákok táplálkozási, ezen belül folyadékfogyasztási szokásait kérdőíves módszerrel, melynek eredménye azt mutatja, hogy a megvizsgált tanulók 72%-a 1500 ml vagy annál kevesebb folyadékot fogyaszt naponta.¹⁸

Cvijanović és mtsai a testnevelés óra során fellépő kiszáradás szintjét vizsgálták egy belgrádi általános iskola nyolcadik osztályos 14 és 15 év közötti tanulói körében (N=28).¹⁹ A tanulók testfelépítését, testtömegét és hidratáltságát testösszetétel-méréssel elemezték, míg a tanulók folyadékfogyasztási szokásairól kérdőíves módszer alkalmazásával nyertek adatokat. A kérdőív eredményei azt mutatták, hogy a tanulók többsége (68%) csak akkor szokott folyadékot fogyasztani, amikor szomjasnak érzi magát. A testnevelés órát követő tanórák alatt több tanuló is (43%) a koncentráció hiányát, fáradtságot, álomságot figyelt meg magán.

Tehát a nem megfelelő folyadékfogyasztásnak számos negatív következménye lehet, ami kihat a gyerekek iskolai teljesítményére is.¹⁹

Ugyanakkor kutatási eredmények szerint néhány (2-4) ismeretterjesztő foglalkozással és ivóutak felszerelésével, vagy a vízivásra való rendszeres buzdítással már kialakítható változás, szokásként beépülő magatartás is.^{23,24} Ezek a tények ösztönöztek kutatásunk elindítására, melynek gerincét egy konkrét, a tudatos folyadékfogyasztásra ösztönző intervenció program alkotta.

Nemzetközi viszonylatban több, a programunkhoz hasonló intervenció, kontrollcsoportos kutatást is

találhatunk^{1,24,25}, melyek közül néhánynak ugyan a tanulók túlsúlyának csökkentése a célja, azonban ennek megoldását a vízfogyasztás növelésében látják, a cukros üdítők fogyasztásának visszaszorításával. Fontos szempont volt az említett kutatásokban, hogy az iskolai élet napi tevékenységei közé beilleszthető megoldásokkal, kis befektetéssel tudják ösztönözni a tanulókat vízfogyasztásuk növelésére.

Elbel és mtsai által New Yorkban vizsgált állami iskolák közül 9-be ivóutakat telepítettek, míg 10 iskolába nem.²⁵ A tanulók vízfogyasztását felmérték a kutak telepítése előtt, azt követően 3 hónappal, valamint 1 év elteltével is. Az eredmények azt mutatták, hogy a kutak felszerelését követő 3. hónapban a vízfogyasztás háromszorosára növekedett, 1 év elteltével pedig a kiinduló értékhez viszonyítva szintén hasonló mértékben nőtt a vízfogyasztás.

A fenti irodalmakat figyelembe véve megállapítható, hogy fontos az ismeretterjesztés a diákok körében, hiszen néhány alkalom is elég ahhoz, hogy változást érzünk el. A reklámoknak köszönhetően a táplálkozási trendek a cukros üdítők felé mozdultak el, és egyszerűen elfelejthetik a tanulók, hogy vizet is fogyaszthatnának. Mindez hatással lehet a túlsúly csökkenésére is, hiszen kalóriában gazdag italról kalóriaszegényre válhatnak, ahogy erről kutatásunkban is beszámolt a tanulók 34%-a.

A kutatásunk elején mért adatok teljes mértékben megegyeztek a korábbi irodalmi adatokkal, az átlagos napi folyadékfogyasztás mindkét osztály esetében jóval az Európai Élelmiszerbiztonsági Hatóság ajánlása alatt volt. A V csoport által először rögzített adatok szerint 1500 milliliter, a K csoportnál pedig 1600 milliliter folyadék volt az átlagosan elfogyasztott napi mennyiség.

Intervenciós tevékenységünk során kiemelten támaszkodtunk a személyes tanácsadásra és a hosszán, folyamatosan fennálló támogatásra, amit a testnevelő tanár és a kutatásvezetők biztosítottak. Éltünk a közösségi háló nyújtotta lehetőségekkel is. Eredményeink igazolták Turner és Hager²³ megállapításait, miszerint már minimális mértékű ismeretterjesztés, illetve a K osztály esetében pusztán a figyelem a folyadékfogyasztásra vonatkozóan érdemi növekedést eredményezett. Az intervenció három féléve során is tapasztalható volt a figyelem terelésének, az érdeklődés felkeltésének hatása. A folyadékfogyasztási eredmények a V és a K csoport esetében is hullámozást mutattak, amelyben a tanév kezdetekor (ami egy-egy mérési szakasszal is egybeesett), jelentős növekedés mutatkozott.

A két csoport eredményeit összehasonlítva megállapíthatjuk, hogy a V csoport tanulói érdemben növelni tudták a folyadékfogyasztásukat a kutatásunk végére, míg a K csoport tanulójánál nem találtunk szignifikáns változást. A V csoport 1,51 literről 2,20 literre, 700 ml-el emelte a napi átlagos folyadékbevitelét. A 20 lányból és 3 fiúból álló V csoport így elérte az Európai Élelmiszerbiztonsági Hatóság nőkre vonatkozó ajánlását. A K csoport folyadékfogyasztása is nőtt 1,67 literről 1,81 literre (140 ml-el), amit a mérések miatti figyelemnövekedésnek tulajdonítunk, de mennyisége még mindig nem éri el az ajánlott beviteli értéket.

Programunkban kiemelt szerepet szántunk a vízivás népszerűsítésének is. Megállapítások szerint a csapvíz és az ásványvíz napi bevitelének aránya viszonylag alacsony az egyéb italokból származó vízhez viszonyítva.^{26,27} Ösztönözni kell a gyermekeket, akár iskolai egészségfejlesztő programokon keresztül is, hogy rendszeresen fogyasszák a tiszta csapvizet, amelyet az egyetlen alapvető italként és az ásványi sók egyik fontos vektorjaként érdemes bemutatni. Kutatásunk alapján igazolódni látszik, hogy tanítani kell a víz, mint alapvető testalkotó elem szerepét, a szomjúság érzékelését, a test hidratációs állapotát és azokat a speciális helyzeteket (pl. testnevelés óra), ahol a folyadékigény nagyobb.²⁸ Kutatási eredményeink alapján az oktatás és a szokáskialakítás

kitartó támogatása eredményre vezet, mivel a V osztály tanulójának 60%-a a kutatás végére növelte a vízfogyasztását, 34%-uk pedig az addig fogyasztott egészségtelen folyadékokról (pl.: cukros üdítők) vízre tért át. A másfél éves program végére a V osztály tanulói kifejezték azt a szándékukat, hogy javított folyadékfogyasztási szokásaikat a továbbiakban is meg kívánják tartani, mivel érzik annak fittségi állapotukra gyakorolt pozitív hatásait is.

A V osztály 2019. júniusi visszamérése igazolta, hogy a másfél évig tartó, ismeretterjesztéssel összekötött, a testnevelés órához kapcsolt folyadékfogyasztási szokást javító programunk eredményes volt. A diákok átlagos folyadékfogyasztása, a napi minimum folyadékfogyasztása, illetve az összes testvíz adatai a visszamérés során nem különböztek az 5. méréstől, így kijelenthető, hogy a V csoport tanulójánál fenntartható szokássá alakult a megfelelő fajtajú és mennyiségű rendszeres folyadékfogyasztás. Megállapítható, hogy érdemes foglalkozni a sportoláshoz, konkrétan a testnevelés órához kapcsolt vízfogyasztással, mivel érdemben javíthatóak a folyadékfogyasztási szokások. Valamint fontos megjegyezni, hogy a szokások megváltoztatásához, illetve új szokások kialakításához a személyes, hosszán tartó, folyamatos visszajelzéseket lehetővé tevő kapcsolattartás az igazán eredményes. A kapcsolattartó személy lehet tanár, vagy más hiteles személy (pl.: szülő, edző), illetve a kapcsolattartásnak hatékony formája a személyes találkozások mellett a közösségi háló is.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A kutatás az Információs és Technológiai Minisztérium ÚNKP-19-2 kódszámú Új Nemzeti Kiválóság Programjának keretében valósult meg.

Köszönjük a kutatásban részt vevő diákoknak és testnevelő tanáraiknak a készséges együttműködést, továbbá köszönjük a Vasivíz Zrt. szakmai támogatását.

HIVATKOZÁSOK

- ¹ Schwartz AE, Leardo M, Aneja S, et al. Effect of a school-based water intervention on child body mass index and obesity. *JAMA Pediatrics*. 2016;170(3):220-226. <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2480887> (Elérve: 2019. 11. 25.)
- ² Jéquier E, Constant F. Water as an essential nutrient: the physiological basis of hydration. *European Journal of Clinical Nutrition*. 2010;64(2):115-23. doi: 10.1038/ejcn.2009.111.
- ³ Kolonics NA. BGF Kereskedelmi, Vendéglátóipari és Idegenforgalmi kar hallgatóinak folyadékfogyasztási szokásai. 2015; http://dolgozattar.repositorium.bgf.hu/4363/1/SZAKDOLGOZAT_Kolonics_Nora.pdf (Elérve: 2018. 04. 24.)
- ⁴ Otten JJ, Hellwig JP, Meyers LD. Dietary Reference Intakes: The Essential Guide to Nutrient Requirements, THE NATIONAL ACADEMIES PRESS. Washington, D.C. 2006; www.nap.edu <http://www.nap.edu/catalog/11537.html> (Elérve: 2019. 01. 02.)
- ⁵ Fekete K, Lelovics Zs. A folyadékpótlás a szabadidősportban. In: Boros Sz, Fekete K, Lelovics Zs. Sporttáplálkozás szabadidő-sportolóknak. Cser Kiadó, Budapest, 2012. pp 55-63.
- ⁶ Gopinathan PM, Pichan G, Sharma VM. Role of dehydration in heat stress-induced variations in mental performance. *Arch Environ Health*. 1988;43:15-17. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3355239> (Elérve: 2019. 01. 02.)
- ⁷ Biró Gy. (editor). Táplálkozási Akadémia hírlevél. 2016;9(3). https://mdosz.hu/hun/wp-content/uploads/2016/03/taplalkozasi_akademia_2016_03_hidrataracio_160318.pdf (Elérve: 2018. 11. 18.)
- ⁸ Popkin BM, D'Anci KE, Rosenberg IH. Water, Hydration and Health. *Nutrition Review*. 2010; 68(8):439-458. doi: 10.1111/j.1753-4887.2010.00304.x (Elérve: 2019. 11. 02.)
- ⁹ British Nutrition Foundation. Nutrient requirements. https://www.nutrition.org.uk/attachments/article/261/Nutrition%20Requirements_Revised%20August%202019.pdf (Elérve: 2019. 11. 02.)
- ¹⁰ European Food Safety Authority (EFSA). Dietary Reference Values for nutrients. Summary report. <https://www.efsa.europa.eu/en/supporting/pub/e15121> doi: 10.2903/sp.efsa.2017.e15121 (Elérve: 2019. 01. 02.)
- ¹¹ Prentice A, Branca F, Decsi T, et al. Energy and nutrient dietary reference values for children in Europe: methodological approaches and current nutritional recommendations. *British Journal of Nutrition*. 2004;92,2:83-146. doi: 10.1079/BJN20041159. (Elérve: 2019. 11. 02.)
- ¹² Ramsay DJ. Homeostatic control of water balance. In: Arnaud MJ. (editor). Hydration Throughout Life. Montrouge: John Libbey Eurotext, 1998. pp 9-18.
- ¹³ Tihanyi A. Teljesítményfokozó sporttáplálkozás. Krea-Fitt Kft, Budapest, 2012. pp 99 - 105.
- ¹⁴ Maughan RJ, Shirreffs SM, Watson P. Exercise, heat, hydration and the brain. *Journal of the American College of Nutrition*. 2007;26:604S-612S. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17921473> (Elérve: 2019. 11. 02.)
- ¹⁵ Murray B. Hydration and physical performance. *Journal of the American College of Nutrition*. 2007;26:542S-548S <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17921463> (Elérve: 2019. 11. 02.)
- ¹⁶ Bean A. Útmutató a jó kondícióhoz – Modern sporttáplálkozás. Gold Book Kft, 2000. pp 85-99.
- ¹⁷ Bar-Or O, Dotan R, Inbar O, et al. Voluntary hypohydration in 10- to 12-year-old boys. *Journal Applied Physiology*. 1980;48:104-108. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7353962> (Elérve: 2019. 11. 02.)
- ¹⁸ Bekéné, Kovácsné. 14-16 éves diákok táplálkozási szokásai. Új Pedagógiai Szemle. 2008; 8-9. <http://folyoiratok.ofi.hu/uj-pedagogiai-szemle/14-16-eves-diakok-taplalkozasi-szokasai> (Elérve: 2018. 04. 24.)
- ¹⁹ Cvijanović N, Djordjevic-Nikic M, Stankovic A, et al. A problem of dehydration after a physical education class and habits of fluid intake with eight-graders. *Physical Culture*. 2015;69(1):25-32.
- ²⁰ Bodzsár É. Humánbiológia. Életkorok biológiája: A pubertáskor. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2003.
- ²¹ Cseri J. Élettani alapismeretek. 2011. https://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/0019_1A_Elettani_alapismeretek/ch01.html (Elérve: 2019. 01. 02.)
- ²² Pikó B. Egészségtudatosság serdülőkorban. Akadémiai Kiadó, Budapest, 2002.
- ²³ Turner L, Hager E. The power of a simple intervention to improve student health: Just Add Water. *JAMA Pediatrics*. 2016;170(3):199-200. doi: 10.1001/jamapediatrics.2015.3798 www.mdpi.com/journal/education
- ²⁴ Muckelbauer R, Libuda L, Clausen K, et al. Promotion and provision of drinking water in schools for overweight prevention: randomized, controlled cluster trial. *Pediatrics*. 2009;123:e661-667. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19336356> (Elérve: 2019. 11. 02.)
- ²⁵ Elbel B, Mijanovich T, Abrams C, et al. A water availability intervention in New York City public schools: influence on youths' water and milk behaviors. *Am J Public Health*. 2015;105(2):365-372.

²⁶ Sichert-Hellert W, Kersting M, Manz F. Fifteen year trends in water intake in German children and adolescents: Results of the DONALD study. Dortmund nutritional and anthropometric longitudinally designed study. *Acta Paediatr.* 2001;90:732–737.

²⁷ Bellisle F, Thornton SN, Hebel P, et al. A study of fluid intake from beverages in a sample of healthy French children, adolescents and adults. *European Journal of Clinical Nutrition.* 2010; 64:350–355. <https://www.nature.com/articles/ejcn20104> (Elérve: 2019. 11. 02.)

²⁸ Savanovitch C, Sauvart-Rochat MP. An Educational Resource Based on Water and Health as a Teaching Aid in French Primary Schools Part I: Identification of Needs and Content. *Education Science.* 2013;3:300-313; doi:10.3390/educsci3030300.

Az egészséggel kapcsolatos naiv elméletek, tévképzetek egy próbamérés tapasztalatai alapján

Naive theories and misconceptions related to health based on a pilot study

Szerzők: Lipták Mónika Zoé^a ✉, Dr. habil. Tarkó Klára^b
a: Szegedi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar Neveléstudományi Doktori Iskola
b: Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Kar Alkalmazott Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Intézet

Beküldve: 2020. 04. 22.
doi: 10.24365/ef.v61i2.590

Összefoglaló:

Bevezetés: Jelen kutatás célja az volt, hogy felmérje, milyen tévképzetekkel rendelkeznek az egészséggel kapcsolatban a pedagógiai, szociológiai és egészségügyi szakterületen tanuló hallgatók, illetve hogy ezek a tévképzetek milyen forrásból származnak. Ezen kívül kíváncsiak voltunk a megkérdezett hallgatók egészségfogalmára, hogy milyen kép él bennük, ha meghallják az egészség szót. Kutatásunkkal a leendő pedagógusok egészséggel kapcsolatos tévképzeteinek vizsgálatára irányuló nagymintás mérésünk kérdőívének első változatát próbáltuk ki.

Módszertan: A méréshez felvett minta teljes elemszáma 68 fő volt. Az anonim, önkitöltős, online kérdőívünk az egészség értelmezésére vonatkozó nyitott, valamint az egészséggel kapcsolatos tévképzeteket vizsgáló feleletválasztós kérdéseket tartalmazott, kiegészítve a válaszadók szocio-demográfiai jellemzőit vizsgáló kérdésekkel. Elemzéseinket az SPSS statisztikai programcsomag segítségével végeztük el. A mérés eredményeire alapozott, jövőbeni vizsgálatunkat magyar felsőoktatási intézményekben a pedagógusképzésben tanuló hallgatók közreműködésével kívánjuk lefolytatni. Összesen 1000 fő részvételére számítunk.

Eredmények: A holisztikus egészségdimenziók közül a fizikai egészségdimenzió túlsúly jellemzi a válaszadók egészségfelfogását. A mintaátlag szerint helyesen látták, hogy az életmód játssza a legfontosabb szerepet az egészségük alakulásában. Az egészségtévképzetek vizsgálatára szolgáló 37 állítás közül 23 esetben (62%) megjelentek a minta szintjén a téves elképzelések. Meglévő egészségtévképzeteik fő forrása a média és a családtagok.

Következtetések: Az egészség értelmezésének, valamint az egészséggel kapcsolatos tévképzeteknek és forrásaiknak a vizsgálata leendő pedagógusok körében fontos, mivel a köznevelésben a pedagógusoknak közvetlen hatása van a gyerekek és fiatalok egészségképére.

Kulcsszavak: tévképzet; egészség; holisztikus egészségdimenziók

Summary:

Introduction: The aim of this study was to survey the health misconceptions and their sources in higher education students studying educational, sociological, and health sciences. We also investigated their health concept and the associations relating to 'health'. Our research is the first stage of a planned large-scale survey on the health misconceptions of future educators.

Methods: The sample consisted of 68 participants. The anonymous, self-administered questionnaire contained open-ended questions referring to the participants' understanding of health, as well as multiple-choice questions on health misconceptions, together with background socio-demographic questions. Data analysis was done with the help of the SPSS statistical package. Based on the present study we would like to carry out large-scale research among university students studying education. We expect the participation of 1000 respondents.

Results: From among the holistic health dimensions the predominance of the physical health characterizes the respondents' perceptions of health. According to the means of scores, they correctly considered lifestyle playing the most important role in the promotion of their health. From among the 37 given health statements misconceptions appeared in 23 cases (62%). The main source of their health misconceptions were the media and their family members.

Conclusions: Studying the health concept, health misconceptions, and their sources among future teachers are very important, as educators have an immediate effect on the health concept of children and young people.

Keywords: misconception; health; holistic health dimensions

BEVEZETÉS

A tévképzet fogalma igen tág határok között mozog, az alapja lehet babona, mítosz, népi hagyományok vagy félreértések. Téves értelmezésből vagy a tények alapos megfigyelésének hiányából eredhet, de tükrözheti az információ pusztá hiányát is.¹ A fogalmak olyan elképzelések, tények vagy események, amelyek segítenek megérteni a körülöttünk lévő világot.² Sexton és Gerlovich szerint a téves elképzelések azonban olyan elképzelésekként írhatók le, amelyek tapasztalatokon alapulnak, és téves fogalomdefiniáláshoz vezetnek.³ Hasonlóságot vettek észre a kutatók az egyes diákok hibás válaszadásai között, ezek nagy része nem véletlen, sőt kategória szerinti besorolást is tudunk alkalmazni a hibás elképzelések típusai alapján. Mindezekből arra lehet következtetni, hogy a diákok fogalmi hálójában azonos módon rendeződött, hibás részek vannak.⁴ A naiv elképzelések stabilak, nem könnyű a megváltoztatásuk, mélyrehatóak, a tanulást nehezíthetik. Az, hogy a gyermek hány éves, milyen nemű, milyen az iskolai teljesítménye és a képessége, nem annyira vagy csak kevésbé befolyásolja a tévképzetek kialakulását és gyarapodását, valamint nehéz feltérképezni jelenlétüket.⁵

Az egészség tudományos kategória és hétköznapi fogalom egyszerre. A tudomány evolúciója az egészség-

ségfogalom paradigmaváltását hozta, a betegség hiányából kiinduló egydimenziós, objektív, organikus, individuális, statikus értelmezést felváltotta a pozitív, többdimenziós, szubjektív, személyes, szituatív és dinamikus megközelítés.⁶ Pozitív abban a tekintetben, hogy nem valaminek, nevezetesen a betegségnek a hiányából indul ki, hanem a testi, lelki, szociális, spirituális és ökológiai jóllétet helyezi középpontba.⁷ Már az előbb említett tényezők kiemelése is jelzi, hogy többről van szó, mint a testi egészség; a többdimenziós megközelítést még személetesebben foglalja össze a holisztikus egészségfogalom, a maga testi, mentális, érzelmi, spirituális, társas és társadalmi dimenzióival.^{8,9}

Az egészségtévképzetek torz vagy hamis elképzelések az egészséggel kapcsolatos kérdésekről.¹⁰ A szakirodalmi áttekintést követően fény derült arra, hogy a különböző, főként természettudományos diszciplínák esetében több kutatás is folyt már Magyarországon a tévképzetek vonatkozásában^{4,11,12,13}, de míg a laikus egészségfogalom széles körben kutatott^{14,15,16}, addig az egészséggel kapcsolatos tévképzetek tanulmányozására ez idáig nem láttunk példát. Az egészséges életmódra nevelés, az egészségfejlesztés jelenleg transzverzális készségeként van jelen a köznevelésben, elvárva minden pedagógustól, illetve kiemelten a testnevelés és a biológia tanároktól az egészségnevelési tartalmak

közvetítését. Meglátásunk szerint azonban a pedagógusképzés nem készíti fel a leendő szakembereket erre a nemes feladatra.

A fenti helyzetből kiindulva nagymintás kutatással kívánjuk feltérképezni a leendő pedagógusok egészségfelfogását, valamint az egészséggel kapcsolatos tévképzeteiket, és ennek alapján javaslatokat szeretnénk megfogalmazni a pedagógusképzésbe bevezetni szükséges egészségfejlesztési tartalmakra nézve.

Első hipotézisünk szerint a leendő pedagógusok egészségfogalma nem tükrözi a modern, holisztikus egészségértelmezés komplexitását, abban életkorra, nemre, családi háttérre, szakosodásra való tekintet nélkül a fizikai egészségdimenzió túlsúlya figyelhető meg. Második hipotézisünkben azt fogalmaztuk meg, hogy a leendő pedagógusok egészséggel kapcsolatos tévképzetei különböznek az életkor, a nem, a családi háttér, a felsőoktatási intézmény típusa és a szakosodás függvényében. Végül harmadik hipotézisünk szerint a leendő pedagógusok egészségfogalmát, egészség-tévképzeteit a laikus (szülők, barátok, ismerősök stb.), valamint a populáris (média, közösségi média) információforrások alakítják, a formális képzés (köznevelés, felsőoktatás) nem játszik jelentős szerepet.

E nagymintás mérés előkészületének első állomásként próbamérést végeztünk online platformokon egyszerűen elérhető alanyokra támaszkodva. A kutatás etikai engedélyét a Szegedi Tudományegyetem Neveléstudományi Doktori Iskola Etikai Bizottsága adta, az engedély száma: 14/2018. A következőkben a próbamérésre vonatkozó kutatási elrendezésünket és néhány eredményünket mutatjuk be.

MÓDSZERTAN

Minta

Mérésünkhöz könnyen elérhető alanyokat kerestünk, ezért a Google kérdőívkészítő segítségével összeállított, online kérdőívünk linkjét osztottuk meg közösségi platformokon. Első körben a részvétel feltételeként csak annyit adtunk meg, hogy a jelentkezők magyar felsőoktatásban tanuló hallgatók lehetnek, preferáltan azok, akik a pedagógusképzésben vesznek részt.

Kérdőív

Mérőeszközünk nem tartalmazott személy azonosítására vonatkozó kérdést. A kérdőív kérdéseit szakirodalmi kutatómunkára alapozva állítottuk össze. Először a válaszadók egészségfogalmát térképeztük fel a következő nyitott kérdés segítségével: „Milyen kép jut az eszedbe először, amikor meghallod az egészség szót? Meséld el, hogy mit látsz a képen, és írd hozzá egy rövid indoklást!” A nyitott kérdésre megfogalmazott válaszokat a holisztikus egészségfogalom hat dimenziója alapján kategorizáltuk. A kódolást egymástól függetlenül, párhuzamosan végeztük el, majd azokat összevetve konszenzussal véglegesítettük besorolásunkat. A válaszok a holisztikus egészségdefiníció elemeinek megfeleltethető konkrétumokat tartalmaztak (pl. étkezés, orvoshoz fordulás, futás, mozgás, kirándulás, boldogság, család együtt stb.).

Második kérdésünk az egészséget meghatározó tényezők százalékban kifejezett súlyát vizsgálta, ugyancsak nyitott kérdés segítségével. Lalonde¹⁷ kanadai egészségügyminiszter vizsgálata óta egyre szélesebb körben ismeretes, hogy egészségünk alakításában az életmódunk szerepe a leghangszorosabb. Annak vizsgálatára, hogy válaszadóink hogyan látják e meghatározottságot, a következő kérdést tettük fel: „Van összesen 100 egészségpontod, amit szét kell osztanod az alábbi 4 tényező között aszerint, hogy mekkora hatással lehetnek az egészségedre. Hány pontot adnál nekik? Mind a 100 pontot szét kell osztanod!”

Harmadik, az egészség-tévképzetek vizsgálatára irányuló kérdéscsoportunk összeállításához szakirodalmi kutatómunka alapján feltérképeztük azokat az egészséggel kapcsolatos állításokat, melyek a leggyakoribb tévképzeteket tükrözik. A szakirodalmi elemzés nyomán gyűjtött, gyakori tévképzetek fellelhető listáit áttekintve azok közül a hiteles tudományos vizsgálatokkal is egyértelműen igazolt egészségállításokat választottuk ki. Összesen 40 olyan állítást fogalmaztunk meg, melyekkel való egyetértés vagy éppen egyet nem értés foka az adott egészségállítással kapcsolatos téves elképzeléseket, tévképzeteket tükrözi.

Az egyes állításokkal való egyetértés fokát ötfokozatú Likert skálán mértük, mely az egyáltalán nem igaztól (1-es érték) a tökéletesen igazig (5-ös érték) terjedt (közbülső értékek jelentése: 2-es érték – nem igaz; 3-as érték – részben igaz; 4-es érték – igaz). Kérdőívünk első verziójában felsorolt állítások közül 37-et mutatunk be eredményeink ismertetésekor. Három esetben úgy láttuk, hogy a szakirodalom ellentmondásos volta miatt azok megítélését nem tudjuk megfelelően értékelni (6. Fittebb leszek, ha pár étkezést kihagyok, 11. Ha rossz napom van, jobban fogom érezni magamat, ha eszek valami finomat, 22. Minden nap 8 pohár vizet kell meginni.) Az egyes állításokra az összes válaszadó által adott 1-5-ig értékkel rendelkező válaszok számtani átlagát képeztük, valamint minden esetben megadtuk a móduzt is, ami azt jelöli, mely értéket választották a legtöbben az egyes állításoknál, és a mediánt, amely azt az értéket jelzi, amelyet vagy annál alacsonyabb (magasabb) értéket a válaszadók 50%-a választott. Ezzel az egyszerű, leíró statisztikai elemzéssel első körben arról szeretnénk volna becslést kapni, hogy a válaszok átlagosan mennyire tükröznek téves elképzeléseket. Eredményeink ismertetésekor azt is jelöltük, hogy az állítás hamis, vagy inkább hamis (H), illetve igaz-e (I). Mivel arra törekedtünk, hogy a viszonyítási alapunk mindig olyan állítás legyen, mely referált, lehetőleg impakt faktoros folyóiratban közölt tudományos eredményeket tartalmaz, tévképzetnek, téves elképzelésnek neveztük azt, amikor a válaszadók rosszul ítélték meg adott állítások helytállóságát. Vannak állítások, melyek rendelkeznek igazságtartalommal, de a jelen megfogalmazásban önmagukban nem igazak, mert nem fejezik ki a jelenség összetett voltát, így ezeket inkább hamisnak tekintettük (pl. „Az elhízás

hátterében genetikai okok vannak” vagy „A kövér emberek azért túlsúlyosak, mert sokat esznek” – ezek mind lehetnek okok, de egyikről sem lehet kijelenteni önmagában, hogy csakis ezek igazak; „A palackozott víz egészségesebb, mint a csapvíz” – ez attól is függ, hogy PET vagy üveg palackról van szó). A hamisnak vett állításoknál minél magasabb értéket mutat 2-esnél az átlag, a módusz és a medián, az annál inkább téves elképzeléseket jelez. Ugyanígy, az igaznak vett állításoknál, a 4-es értéknél minél alacsonyabb értéket mutat az átlag, a módusz és a medián, az annál inkább téves elképzeléseket jelez. Végezetül a válaszadók szociodemográfiai háttérét kutató nyitott és zárt kérdéseket tettünk fel.

EREDMÉNYEK

Felhívásunkra összesen 68 felsőoktatásban tanuló hallgató töltötte ki a kérdőívünket a megadott kétéves periódusban, és a kitöltők között nemcsak pedagógiai, hanem szociológiai és egészségügyi szakterületeken tanuló hallgatók is voltak. A kitöltők között mindösszesen 5 (7,4%) férfi volt. A válaszadók átlagéletkora 27,9 év (SD: 7,93).

Egészségfogalom és az egészséget befolyásoló tényezők megjelenése

A minta egészségfogalmára vonatkozóan kapott eredmények egyértelműen az első hipotézisünket igazoló irányba mutatnak, miszerint a válaszadók egészségfelfogását a fizikai egészségdimenzió túlsúlya jellemzi. [1. táblázat]

1. táblázat: Holisztikus Egészségfogalom dimenzióinak megjelenése

Holistikus egészségdimenziók	Megjelenési arány a képeken (%)
fizikai	95,2
érzelmi	31,7
társas	17,5
spirituális	9,5
mentális	7,9
társadalmi	1,6

Forrás: saját szerkesztés

Egy-egy válaszadó az egészség több dimenzióját is megjeleníthette, így az egyes dimenziók %-os összegzése meghaladja a 100%-ot. Fizikai dimenzióba soroltuk a mozgással, táplálkozással, fizikai egészségi állapottal kapcsolatos leírásokat.

A 2. táblázatban mutatjuk be azt, hogy az egészséget befolyásoló tényezők fontosságát hogyan értékelték válaszadóink.

Az életmódra vonatkozó átlag adatunk (43%) a szakirodalmi arányokat eredményezte, tehát a válaszadók átlagban helyesen látják az életmód fontosságát. A szakirodalmi értékekhez képest a genetika szerepét 3 százalékponttal alulbecsülték (24%), míg a környezeti hatások (20%) és az egészségügyi ellátórendszer (13%) vonatkozásában felülbecslés mutatkozott.

2. táblázat: Egészséget befolyásoló tényezők

	%-os megoszlás (szórás) - kutatás	%-os megoszlás (szórás) - szakirodalom
életmód	43% (SD: 17)	43%
genetika	24% (SD: 16)	27%
környezeti hatások	20% (SD: 9)	19%
egészségügyi ellátórendszer	13% (SD: 7)	11%

Forrás: saját szerkesztés

Egészséggel kapcsolatos tévképzetek

A következőkben bemutatjuk, válaszadóink hogyan értékelték az általunk felsorolt egészségállítások igazságtartalmát. [3. táblázat]

Látható, hogy a megnevezett 37 állítás közül 23 esetben (62%) megjelentek a minta szintjén a téves elképzelések.

Mindegyik egészségállítást esetében arra is választ vártunk, honnan, kitől hallotta a válaszadó az adott információt, hogy ezáltal képet kaphassunk arról, mely információforrás(ok) gyakorolják a legnagyobb hatást válaszadóinkra, tévképzeteik honnan származhatnak. A kapott válaszok számszerűsítése még folyik.

3. táblázat: Egészségállítások és a teljes mintára számított átlag és módusz (n=68 fő)

Állítás	I/H	átlag	módusz (fő)	medián
1. Az emberi test olyan, mint egy gép. Ha elromlik, az orvos megjavítja.	H	2,47	3 (41)	3
2. Az elme, a test és a lélek összhangja szükséges ahhoz, hogy egészségesek legyünk.	I	4,40	5 (36)	5
3. A sok idegeskedéstől megbetegszik az ember.	I	4,12	5 (28)	4
4. Ha megbetegszik az ember, csak bekap egy gyógyszert és meggyógyul.	H	1,94	1 (24)	2
5. A betegségekért főként a vírusok és a baktériumok felelősek.	H	2,95	3 (52)	3
7. Ha egy étel csomagolásán szerepel, hogy egészséges, akkor biztosan az.	H	3,16	3 (32)	3
8. A rostos üdítő egészségesebb a szénsavas üdítőknél.	H	2,13	2 (27)	2

9. A diétás üdítő egészséges.	H	2,92	3 (40)	3
10. Nincs kapcsolat aközött, hogy hány órát alszom, és mennyi a súlyom.	H	3,09	3 (33)	3
12. Ha eleget mozgok, nem kell odafigyelnem arra, hogy mit eszek.	H	1,88	2 (30)	2
13. Egészséges vagyok, szóval azt ehetek, amit csak szeretnék.	H	2,14	3 (22)	2
14. A kövér ember csakis magának köszönheti, hogy ilyen lett.	H	2,06	2 (25)	2
15. Nem baj, ha gyerekként nagyobb a súlyom, majd kinövöm.	H	1,66	1 (33)	2
16. Minél nagyobb súlyú valaki, annál több ételre van szüksége ahhoz, hogy egészséges maradjon.	H	2,84	3 (40)	3
17. A fittség azt jelenti, hogy vékony vagyok, és jól nézek ki.	H	2,54	2 (25)	2
18. Minél keményebben edzek, annál többet teszek az egészségemért.	H	3,04	3 (28)	3
19. Ha véletlenül leesett egy falat a padlóra, semmi bajom sem lesz, ha felveszem és megeszem.	H	2,58	2 (29)	2
20. A cukor függőséget okozhat.	I	3,15	4 (30)	3
21. Ha sok répát eszel, jobb lesz a látásod.	I	1,90	2 (25)	2
23. A másnaposság legjobb ellenszere, ha iszunk egy kis alkoholt.	H	3,51	4 (32)	4
24. Az alkohol elpusztítja az agysejteket.	I	3,00	3 (25)	3
25. A cukorbetegséget a túl sok cukros étel fogyasztása okozza.	H	3,64	4 (32)	4
26. A stressz magas vérnyomást okoz.	I	2,97	3 (35)	3
27. A tejfogak ápolása nem olyan fontos, úgyis kihullanak.	H	1,86	1 (30)	2
28. A kismamáknak kettő helyett kell enniük.	H	2,66	3 (46)	3
29. A cukorbetegség az elhízás következménye.	H	1,32	1 (46)	1
30. A cukorbetegnek nem sportolhatnak.	H	1,86	1 (31)	2
31. A dohányzásról könnyű leszokni.	H	2,42	3 (29)	3
32. A palackozott víz egészségesebb, mint a csapvíz.	H	3,15	3 (39)	3
33. Egy adott étel utáni sóvárgással a testünk jelzi, hogy szüksége van egy bizonyos tápanyagra.	I	1,89	1 (27)	2
34. A fejtetű az ápolatlan, koszos haját szereti.	H	3,02	4 (25)	3
35. A fejtetű át tud ugrani egyik emberről a másikra.	H	2,94	3 (56)	3
36. Az elhízás hátterében genetikai okok vannak.	H	2,22	2 (29)	2
37. Az egészséges ember vékony testalkatú.	H	3,11	3 (42)	3
38. A multivitaminok túladagolhatók.	I	1,52	1 (36)	1
39. A kövér emberek azért túlsúlyosak, mert túl sokat esznek.	H	2,70	3 (47)	3
40. A dohányzás nem okoz függőséget.	H	1,41	1 (45)	1

Forrás: saját szerkesztés

Megjegyzés: „H” jelöli a tudomány jelenlegi állása szerint hamis állításokat, és „I” az igazakat; dőlt „H” vagy „I” jelöli azokat az állításokat, ahol az átlagok a téves, illetve az igaz választások túlsúlyát jelzik.

MEGBESZÉLÉS

A jelen mérésünk mintaelemszámának alacsony volta miatt nem tudtuk a háttérváltozók szerinti elemzést elvégezni. Az első hipotézisünk vizsgálatára alkalmasnak találtuk a mérőeszközt, hiszen a válaszadók egészségfogalmában a fizikai dimenzió dominált (95,2%), az érzelmi dimenzió megjelenése ennek harmadát képezte (31,7%), a társas dimenzió pedig a harmadik leggyakoribb említés volt (17,5%), a spirituális (9,5%), a mentális (7,9%) már 10% alá került, a társadalmi dimenzió pedig alig jelent meg (1,6%). Mindez jól érzékelteti az egészségfogalom holisztikus értelmezésének hiányát. Azonban további elemzést igényel az, hogy akik az életmódnak tulajdonították a legerősebb befolyást, milyen egészségfogalommal rendelkeznek. Így következtethetünk arra, hogy az életmód alakításában mely egészségtényezőknek tulajdonítanak nagyobb szerepet válaszadóink. Az életmód fontosságára vonatkozó kérdéssel, elemzéssel is az első hipotézisünkben megfogalmazottakat kívántuk vizsgálni. Amennyiben igazolódik nagymintás kutatásunkban is a fizikai egészségdimenzió túlsúlya, úgy felvetjük annak megfontolását, hogy az iskolai egészségfejlesztés testneveléstől való elválasztása és önálló tantárggyá visszaalakítása kívánatos, mert jelenleg az egészséget a többség csak a fizikális egészséggel azonosítja, amely nagyon fontos elem ugyan, de csak egyike a holisztikus egészségfogalmat alkotó 6 összetevőnek.

Jelen vizsgálatunkban is már kimutatható egészségtévképzetekkel rendelkeztek a válaszadók (62%), a második hipotézisünk pontosabb vizsgálatára azonban a felsorolt egészségtévképzet-állítások

átstrukturálását, valamint néhány állítás egyértelműbb megfogalmazását látjuk szükségesnek. A harmadik hipotézisünk vizsgálatához jelenleg még folynak az elemzések.

A vizsgálat korlátját jelentette, hogy a szakirodalomban túlnyomórészt a fizikai egészségdimenzióra nézve találtunk állításokat. Ez is azt jelezheti, hogy az emberek gondolkodásában az egészség kapcsán a fizikai dimenzió jelenléte a legaktívabb. Azt is jelentheti azonban, hogy az egészséggel kapcsolatos tévképzetvizsgálatok az eddigiekben csak a fizikai dimenzióra fókuszáltak, így az egyéb dimenziókhoz tartozó téves elképzeléseket nem mérték fel, bár vannak ilyenek is. Az lesz kutatásunk egyik további feladata, hogy mind a hat egészségdimenzióra vonatkozó tévképzeteket tárjunk fel.

KÖVETKEZTETÉSEK

A téma vizsgálatát egyrészt az azért tartjuk szükségesnek, hogy felhívjuk a figyelmet arra, miért is lenne fontos az egészségfejlesztést (korábban egészségtant) mint önálló tantárgyat újra bevezetni a köznevelésben, másrészt a kutatásunk által kimutathatóvá válik, hogy az egészség mely területei kapcsán érdemes többlet foglalkozni a leendő pedagógusokkal és így közvetve a diákokkal, hol érdemes a tévképzeteket már az elején tisztázni. Láttatni kívánjuk továbbá, hogy mely forrásokból – család, pedagógus, média stb. – szerzik nagyobb részt a pedagógusjelöltek az egyes tévképzeteket, ezáltal megtaníthatjuk nekik, hogyan kezeljék a beérkező információkat.

HIVATKOZÁSOK

- ¹ Wilfred, C. & Sutton, Ed. D. (1962). Misconceptions about health among children and youth, *School health*. 32(9) 347–351.
- ² Eggen, P. & Kauchak, D. (2004). *Educational Psychology: Windows, Classrooms*. Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall.
- ³ Martin, R., Sexton, C. & Gerlovich, J. (2002). *Teaching Science for all Children: Methods for Constructing Understanding*. Boston: Allyn and Bacon.
- ⁴ Korom, E. (1997). Naiv elméletek és tévképzetek a természettudományos fogalmak tanulásakor. *Magyar Pedagógia*, 97(1), 19-40.
- ⁵ Korom, E. (2003). A fogalmi váltás kutatása. *Iskolakultúra*, 8, 84.-94.

-
- ⁶ Benkő, Zs. (2011). Az egészségfejlesztő szakemberek a magyar közoktatásban. A felsőoktatás válasza. *Egészségfejlesztés*, LII. évfolyam, 2011. 3. szám.
- ⁷ WHO (1948). Constitution of the World Health Organization. Geneva: World Health Organization. Preamble to the Constitution of WHO as adopted by the International Health Conference, New York, 19 June - 22 July 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of WHO, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
- ⁸ Naidoo, J. & Wills, J. (1999). *Egészségmegőrzés*. Medicina Kiadó, Budapest.
- ⁹ Benkő, Zs. (2019). Az egészség történeti és modern megközelítése. Az egészségfejlesztés fogalma, szemléletmódja In: Benkő Zsuzsanna, Lippai László, Tarkó Klára (szerk.): *Az egészség az életünk tartópillére*. Egészségtanácsadási kézikönyv. JGYF Kiadó. Szeged. 978 615 5946 06 06. 15-49.o.
- ¹⁰ Bedworth, D. A. and Bedworth A. E. (2010): *Dictionary of Health Education*. Oxford University Press. New York. p. 238.
- ¹¹ Korom, E. & Csapó, B. (1997). A természettudományos fogalmak megértésének problémái. *Iskolakultúra*, (2), 12.-20.
- ¹² Tóth Zoltán (1999): A kémiatankönyvek mint a tévképzetek forrásai. *Iskolakultúra*, 9. 10.sz. 103–107.
- ¹³ Kádár, Anett; Farsang, Andrea: Egyetemi hallgatók földrajzzal kapcsolatos tévképzeteinek összehasonlító elemzése. In: VII. Magyar Földrajzi Konferencia kiadványa. Miskolci Egyetem Földrajz Intézete, Miskolc-Lillafüred, pp. 240-255. (2014) ISBN 978-963-358-063-9
- ¹⁴ Szarvasné Mátó V, & Benkő Zs. Főiskolai hallgatók egészségképe összehasonlító vizsgálat. *Magyar Pedagógia*, 2006. 107-127.
- ¹⁵ VERONIKA, Végh; HENRIETTE, Pusztafalvi. Leendő és gyakorló biológiateanárok egészségdefinícióinak összehasonlító elemzése [Comparative analysis of prospective and practicing biology teachers' health definitions]. *Egészségfejlesztés folyóirat*, [S.l.], v. 61, n. 1, p. 6-18, márc. 2020. Elérhető: <<http://folyoirat.nefi.hu/index.php?journal=Egeszsegfejlesztes&page=article&op=view&path%5B%5D=528>>. Letöltve: 22 ápr. 2020. doi:<http://dx.doi.org/10.24365/ef.v61i1.528>.
- ¹⁶ Németh Anikó, Bársonyné Kis Klára, Lobánov-Budai Éva: Egészségügyi főiskolai hallgatók egészségfelfogásának vizsgálata. *EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS* 55:(1-2) pp. 28-35. (2014)
- ¹⁷ Lalonde, M. (1974): *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa, Ontario, Canada: Minister of Supply and Services, Ottawa.

Egészség az EU-ban: Magyar egészségügyi országprofil 2019¹

State of Health in the EU: Hungary. Health profile 2019

Szerző: Vitrai József ✉

Beküldve: 2020. 03. 31.

doi: 10.24365/ef.v61i2.579

Kulcsszavak: egészségi állapot; magatartási kockázat; ellátórendszer

Keywords: health status; behavioral risk; health care system

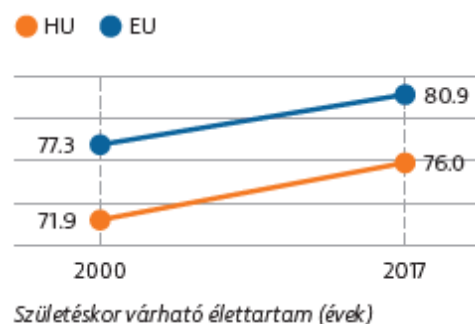
ÖSSZEFOGLALÓ

A 2000 óta tapasztalható javulás ellenére Magyarország egészségi állapot mutatói még mindig elmaradnak a legtöbb uniós országtól, ami egyfelől az egészségtelen életmódra, másfelől az egészségügyi ellátás korlátozott hatékonyságára vezethető vissza. A dohányzás szintje, a túlzott mértékű alkoholfogyasztás és az elhízás a legmagasabb értékek között van az EU-ban, amely hozzájárul a szív- és érrendszeri betegségekkel és a rákkal összefüggő halálozás magas arányához. Az egészségügyi ellátásra fordított közkiadások jelentősen elmaradnak az uniós átlagtól, és sok magyarnak közvetlenül kell finanszíroznia az ellátását, ami aláássa a méltányosságot. Az egészségügyi rendszer továbbra is túlzottan kórházközpontú, és nem fordítanak elegendő figyelmet az alapellátásra és a megelőzésre. További reformokra és beruházásokra van szükség, hogy csökkentsék az EU többi részéhez viszonyított teljesítménybeli hátrányt.

AZ EGÉSZSÉGÜGYI HELYZET MAGYARORSZÁGON

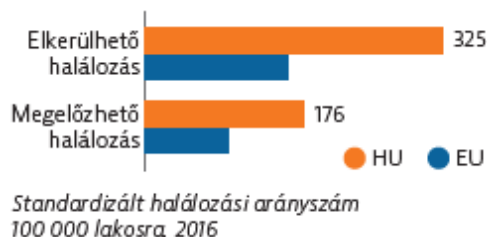
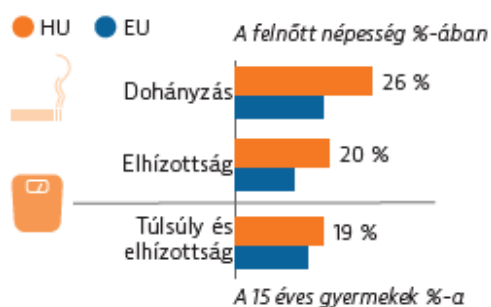
A születéskor várható élettartam Magyarországon alacsonyabb, mint a legtöbb szomszédos országban, a nemek és a társadalmi-gazdasági csoportok közötti eltérések pedig jelentősek. 2017-ben a születéskor várható élettartam 76,0 év volt, ami négyéves emelkedést jelent a 2000-ben mérthez

képest, de még mindig közel öt évvel elmarad az uniós átlagtól (80,9 év). Az iskolázottság szerint nagy eltérések mutatkoznak a születéskor várható élettartamban: a legalacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkező férfiak átlagban 12 évvel rövidebb ideig élnek, mint a legképzettebbek, míg e szakadék több mint 6 év a nők esetében.



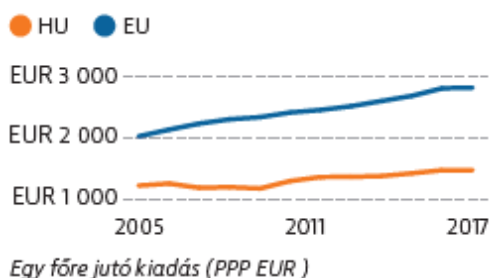
KOCKÁZATI TÉNYEZŐK

Az életmóddal összefüggő kockázati tényezők felelnek a halálozások feléért Magyarországon. Négy felnőttből több mint egy dohányzott napi szinten 2014-ben, ami az EU-ban a harmadik legmagasabb arány. A felnőttkori elhízás is a legmagasabbak között van az EU egészéhez viszonyítva: 2017-ben öt felnőttből egy volt elhízott, ez az arány pedig folyamatosan növekedett az elmúlt évtizedben. A túlsúly és az elhízás a gyermekek körében is növekvő probléma, amely majdnem minden ötödik 15 évest érintett 2013–2014-ben.



AZ EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZER

Magyarország mind abszolútértékben, mind a GDP százalékában kifejezve jóval kevesebbet költ az egészségügyre, mint az uniós átlag. Ráadásul az egészségügyi kiadásoknak alig több mint kétharmadát finanszírozza az állam, így a zsebből fizetett közvetlen lakossági hozzájárulások szintje az uniós átlag duplája. Összességében az egészségügyi rendszer túlzott mértékben támaszkodik a kórházi ellátásra, az alapellátás felszereltsége pedig elégtelen ahhoz, hogy komolyabb szerepet játsszon.



HATÉKONYSÁG

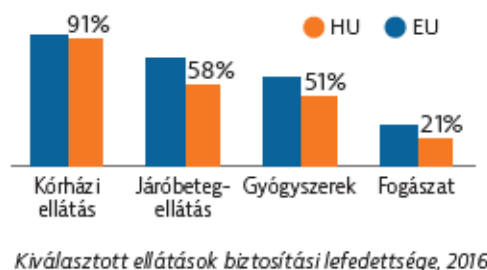
A megelőzhető és kezeléssel elkerülhető halálozás magas szintje azt sugallja, hogy az egészségügyi rendszer eredményességén nagymértékben lehetne javítani. A megelőzés és az alapellátás középpontba helyezése segíthet az elkerülhető elhalálozások csökkentésében.

HIVATKOZÁSOK

¹ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), Magyarország: Egészségügyi országprofil 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. ISBN 9789264690851 https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_hu_hungary.pdf (Elérve: 220.03.31.)

HOZZÁFÉRÉS

A társadalmi egészségbiztosítás által nyújtott egészségügyi ellátási csomag nagysága viszonylag korlátozott más uniós országokhoz képest, aminek eredményeként a zsebből fizetett közvetlen lakossági hozzájárulások magasak, különösen gyógyszerek esetében. Az ellátáshoz való hozzáférést az egészségügyi szakemberek hiánya is akadályozza.



REZILIENCIA

A magyar egészségügyi rendszer tartós alulfinanszírozottságának kezelése javíthatna az ellátás hozzáférhetőségén, tágabb értelemben pedig az egészségi állapoton. Ugyanakkor jelentős hatékonyságjavulás lenne elérhető a kórházi ágazat megreformálása, méretének csökkentése, valamint az alapellátás megerősítése révén.



Európai Egészségpillanatkép 2018. Vezetői Összefoglaló¹

Health at a Glance: Europe 2018. Executive Summary

Szerző: Vitrai József ✉

Beküldve: 2020. 03. 31.

doi: 10.24365/ef.v61i2.580

Kulcsszavak: egészségi állapot; magatartási kockázat; egészségügyi rendszer teljesítménye

Keywords: health status; behavioral risk; performance of the health system

A *Health at a Glance: Europe 2018* összehasonlító elemzéseket tartalmaz az uniós polgárok egészségi állapotáról, valamint a 28 uniós tagállam, 5 tagjelölt ország és 3 EFTA-ország egészségügyi rendszereinek teljesítményéről. Ez jelenti a *State of Health in the EU* tudásadasi kezdeményezés első lépését. E kiadvány két részből áll: az I. rész két tematikus fejezete közül az első a jobb mentális egészség elősegítését célzó, összehangolt erőfeszítések szükségességére összpontosít, míg a második a felesleges egészségügyi kiadások csökkentésére irányuló lehetséges stratégiákat vázolja. A II. rész bemutatja az egészségi állapot, a kockázati tényezők és az egészségügyi kiadások fő mutatóinak legújabb trendjeit, valamint az európai egészségügyi rendszerek hatékonysága, hozzáférhetősége és rugalmassága terén elért előrehaladást.

A MENTÁLIS EGÉSZSÉG JAVÍTÁSÁNAK ELŐTÉRBE HELYEZÉSE

A mentális egészség nagyon fontos az egyéni jóllét-höz, valamint a társadalmi és gazdasági életben való részvételhez. A legfrissebb becslések mégis azt mutatják, hogy 2016-ban az uniós országokban legalább minden hatodik embernek, tehát mintegy 84 millió embernek volt valamilyen mentális egészségi problémája. Emellett 2015-ben az uniós országokban több mint 84 000 ember halt meg mentális betegség vagy öngyilkosság következtében.

A mentális betegségek jelentős gazdasági és társadalmi költségekkel járnak.

„Becslések szerint a 28 uniós országban a mentális megbetegedések költségei összesen a GDP több mint 4%-át, azaz 600 milliárd EUR feletti összeget tesznek ki.”

190 milliárd EUR (azaz a GDP 1,3%-a) az egészségügyi ellátás közvetlen kiadása, 170 milliárd EUR (a GDP 1,2%-a) a társadalombiztosítási programok költsége, míg 240 milliárd EUR (a GDP 1,6%-a) az alacsonyabb foglalkoztatottság és termelékenység miatt felmerülő munkaerőpiaci közvetett költségek mértéke.

A mentális betegség súlyos egyéni, gazdasági és társadalmi terhei nem elkerülhetetlenek. Sok európai ország rendelkezik programokkal és szakpolitikákkal a különböző életkorú emberek mentális betegségének kezeléséhez. Ennél azonban még sokkal többet lehet tenni a mentális egészség kezelése és előmozdítása terén.

A FELESLEGES KIADÁSOK CSÖKKENTÉSE AZ EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZEREK HATÉKONYSÁGÁNAK ÉS RUGALMASSÁGÁNAK JAVÍTÁSA ÉRDEKÉBEN

Felesleges költségek akkor merülnek fel, amikor a pácienseken szükségtelen vizsgálatokat vagy

kezeléseket végeznek, illetve amikor a minőségének romlása nélkül kevesebb és olcsóbb erőforrásokkal is biztosítható lenne az ellátás.

„Az egyes országokból származó bizonyítékok szerint az egészségügyi kiadások akár egyötöde felesleges és jobban felhasználható lenne.”

A felesleges kiadások csökkentése nem csupán az egészségügyi rendszer rugalmasságát javítja, hanem a hatékony ellátáshoz való egyetemes hozzáférés elérését és fenntartását is segíti.

A kórházakban sok betegfelvétel elkerülhető lenne a krónikus állapotok jobb közösségi gondozása révén. Az asztmához és cukorbetegséghez hasonló állapotok miatti, potenciálisan elkerülhető betegfelvételek évente több mint 37 millió ágy-napot kötnek le az Unióban. A szükségtelenül késleltetett elbocsátások is sokba kerülnek a kórházaknak, és a jobban rászoruló betegek elől sok, már elbocsátható páciens foglalja az ágyakat.

A gyógyszerek terén a pazarlás minél eredményesebb csökkentése és a gyógyszerköltésekből származó érték optimalizálása is fontos az egészségügyi rendszerek hatékony és fenntartható működéséhez. E célt különböző szakpolitikai ösztönzők támogathatják, többek között: (1) gyógyszerek kiválasztása ár-értékarány alapján, egészségügyi technológiaértékelésen keresztül, amelybe beletartoznak a gyógyszerek hatásspektrumának, beszerzésének és árképzésének szempontjai; (2) megtakarítási lehetőségek kiaknázása a generikus és biohasonló gyógyszereknél; (3) az észszerű gyógyszerfelírás ösztönzése; (4) orvosi előírások betartásának javítása.

A VÁRHATÓ ÉLETTARTAM UNIÓSZERTE TOVÁBBRA IS NAGY EGYENLŐTLENSÉGEKET MUTAT, ÉS SOK UNIÓS ORSZÁGBAN LASSULT A NÖVEKEDÉSE

A 2001 és 2011 közötti évtized során minden uniós országban legalább 2-3 évvel nőtt a várható élettartam, a növekedés üteme azonban 2011 óta sok országban, különösen Nyugat-Európában jelentősen lelassult, 2011 és 2016 között pedig fél évnél is

alacsonyabb volt. Úgy tűnik, hogy e jelenség mögött a keringési betegségek miatti halálozások csökkenési ütemének lassulása és az idősek halálozási arányának időszakos, részben az egyes éveket jellemző, komoly influenzajárványok miatti növekedése áll.

„Az alacsony iskolázottságú emberek várhatóan hat évvel rövidebb ideig élnek, mint a magas iskolázottságúak.”

A várható élettartam nem csupán a nemek, hanem a társadalmi-gazdasági helyzet szerint is nagy egyenlőtlenségeket mutat. Az uniós átlagot nézve az alacsony iskolázottságú 30 éves férfiak mintegy 8 évvel rövidebb ideig élnek, mint az egyetemi (vagy annak megfelelő) végzettségűek, miközben a nők körében csak mintegy 4 év ez az „oktatási szakadék”. Ezek a különbségek leginkább a kockázati tényezőknek való kitettség eltéréseit tükrözik, de az ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségeit is jelzik.

NAGYOBB HANGSÚLY HELYEZÉSE A KOCKÁZATI TÉNYEZŐK MEGELŐZÉSÉRE

A legtöbb uniós országban mind a gyermekek, mind a felnőttek körében csökkent ugyan a dohányzók aránya, azonban továbbra is naponta dohányzik a felnőttek körülbelül egyötöde, a kevésbé korszerű dohányzásellenes politikát folytató országokban pedig az egynegyede.

Az alkoholelles politikák hatására több országban összességében csökkent az alkoholfogyasztás, de a kamaszok és felnőttek súlyos alkoholfogyasztása továbbra is fontos közegészségügyi kérdés. Az uniós országokban a kamaszok közel 40%-a számol be legalább egy előző havi „rohamivásról”, a 20-29 éves fiatal férfiak közül pedig több mint 40% ismeri ezt el.

„Hat ember közül legalább egy túlsúlyos az uniós országokban, társadalmi-gazdasági helyzet szerint nagy egyenlőtlenségek mellett.”

A felnőttek elhízottságának gyakorisága tovább növekszik a legtöbb uniós országban, hat ember közül már legalább egy túlsúlyos. Az elhízottság előfordulásának egyenlőtlensége továbbra is markáns:

az alacsonyabb iskolázottságú felnőtteknél 20%, a magasabb iskolázottságúaknál viszont csak 12% a túlsúlyosak aránya.

AZ EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZEREK HATÉKONYSÁGÁNAK ERŐSÍTÉSÉVEL CSÖKKENTHETŐ A KORAI HALÁLOZÁS

„Jobb népegészségügyi szakpolitikával, illetve hatékonyabb és időben nyújtott egészségügyi ellátással 2015-ben több mint 1 200 000 életet lehetett volna megmenteni az uniós országokban.”

2015-ben több mint 1,2 millióan haltak meg az uniós országokban olyan betegségek és sérülések miatt, amelyek erősebb népegészségügyi szakpolitika, illetve hatékonyabb és időben nyújtott egészségügyi ellátás mellett elkerülhetők lettek volna.

Az elmúlt néhány évben Európa egyes részein újra megjelentek a védőoltással megelőzhető betegségek, rávilágítva az összes uniós országban élő összes gyermek megfelelő átoltottságának fontosságára.

Az uniós országokban 2016-ban a becslések szerint 790 000 ember halt meg idő előtt dohányzás, káros mértékű alkoholfogyasztás, egészségtelen étrend és a fizikai aktivitás hiánya miatt.

Az elmúlt évtized során a legtöbb uniós országban javult az életveszélyes állapotok sürgősségi ellátásának minősége. Kevesebben halnak meg (2005-höz képest 2015-ben átlagban 30%-kal) a szívinfarktus vagy (ugyanezen időszakban több mint 20%-kal) a stroke gyanújával kórházba került páciensek közül. A sürgősségi ellátás minősége terén azonban nem csupán az országok, hanem az egyes országok kórházai között is nagyok az egyenlőtlenségek.

A lakossági szűrőprogramoknak, valamint a hatékonyabb és időben nyújtott ellátásnak köszönhetően jelentős előrelépés történt a rákos megbetegedések gondozása terén is. A különböző ráktípusok túlélési aránya soha nem volt még ennyire magas, azonban sok országban még jelentősen javítható a daganatos betegek gondozása.

AZ EGÉSZSÉGI EGYENLŐTLENSÉGEK CSÖKKENTÉSE SZEMPONTJÁBÓL ALAPVETŐ FONTOSÁGÚ AZ ELLÁTÁS EGYETEMESSÉGE

„Az uniós országokban általában alacsony szintű a nem teljesült egészségügyi ellátási igények aránya, de az alacsony jövedelmű háztartások a magas jövedelmű háztartásoknál ötször gyakrabban jeleznek nem teljesült igényeket.”

A nem teljesült egészségügyi ellátási igények a hozzáférhetőség fontos mérőszámát jelentik. Közel-múltbeli felmérési adatok szerint a lakosság körében általában alacsony és az utóbbi tíz évben csökkenést mutat a nem teljesült ellátási igényeket jelzők számaránya. Az alacsony jövedelmű háztartások azonban a magas jövedelmű háztartásoknál mégis ötször nagyobb eséllyel jeleznek nem teljesült igényeket, főleg anyagi okok miatt.

Az egészségügyi szolgáltatásoknak a megfizethetőség mellett hozzáférhetőnek is kell lenniük, az emberek által igényelt helyen és időben. Bár az elmúlt évtized alatt az orvosok és ápolók száma csaknem minden uniós országban nőtt, különösen a vidéki és távoli területeken gyakran tapasztalható a háziorvosok hiánya.

Az előre tervezett sebészeti beavatkozások hosszú várólistái sok uniós országban fontos szakpolitikai kérdést jelentenek, mert gátolják az időben nyújtott ellátáshoz való hozzáférést. Az elmúlt évek során sok ilyen országban lett rosszabb a helyzet a várakozási idők terén, mivel a műtétek iránti kereslet gyorsabban nőtt, mint a kínálat.

AZ EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZEREK RUGALMASSÁGÁNAK ERŐSÍTÉSE

Az egészségügyi rendszereknek hatékonyabban kell reagálniuk az egészségügyi ellátási igények demográfiai változások miatti megváltozására, és jobban ki kell aknázniuk az új digitális technológia lehetőségeit a megelőzés és az ellátás erősítéséhez.

Az egészségügyi kiadások 2017-ben a teljes EU GDP-jének 9,6%-át tették ki, míg ez az arány 2008-ban 8,8% volt. A népesség elöregedése nem csupán a jövőbeli egészségügyi ellátási igények, hanem a tartós ápolás- gondozás iránti kereslet növekedését is jelenti. A tartós ápolás-gondozás kiadásai várhatóan gyorsabban nőnek majd, mint az egészségügyi ellátás kiadásai.

„Az új digitális technológiákkal elősegíthető az egészségesebb öregedés és az emberközpontúbb ellátás.”

Az új digitális technológiák nagyszerű lehetőségeket kínálnak az egészséges öregedés elősegítéséhez és a hatékonyabb, emberközpontúbb ellátás eléréséhez. Az uniós országokban egyre elterjedtebb az elektronikus egészségügyi nyilvántartás és az e-recept alkalmazása, és mind több uniós lakos használ internetet egészségügyi információk beszerzéséhez és egészségügyi szolgáltatások eléréséhez, bár életkortól és társadalmi-gazdasági csoporttól függően léteznek egyenlőtlenségek.

A népesség elöregedése miatt az egészségügyi rendszerekben mélyreható átalakítások szükségesek, a kórházak sürgősségi ellátására való összpontosítás helyett integráltabb és emberközpontúbb közösségi ellátás kialakítására kell törekedni. Sok uniós ország már több mint egy évtizede megkezdte az átalakításokat – például a kórházi kapacitások és átlagos tartózkodási idők csökkentésével és a közösségi ellátás javításával –, de mindez további folyamatos és tartós erőfeszítést igényel.

AZ EGÉSZSÉGÜGYI HELYZET NYOMON KÖVETÉSE ÉS JAVÍTÁSA AZ EURÓPAI UNIÓBAN

A *Health at a Glance: Europe 2018*² program az eredménye az OECD és az Európai Bizottság közötti folyamatos és szoros együttműködésnek, amely az egészségügy terén rendelkezésre álló országspecifikus és uniós szintű tudásbázis javítását célozza az *State of Health in the EU* elnevezésű bizottsági kezdeményezés részeként.

Az Európai Bizottság 2016-ban indította el az *State of Health in the EU* kezdeményezést, hogy ezáltal segítse a tagállamokat a polgárok egészségének és az egészségügyi rendszereik teljesítményének javításában. A *Health at a Glance: Europe 2018* az első terméke a kétéves kezdeményezésnek, amely minden páros évben átfogó adatokat és összehasonlító elemzéseket biztosít az egészség és az egészségügyi rendszerek erősségeinek és fejleszthető területeinek a meghatározásához.

A kezdeményezés második lépését a minden uniós országhoz kialakított egészségügyi országprofilok¹ jelentik. Az országprofilok következő kiadása, az *European Observatory for Health Systems and Policies*, közösen jelenik majd meg a 2019-es adatokról, és minden egyes ország sajátos jellemzőit és kihívásait fogja kiemelni. Az Európai Bizottság által a profilokkal együtt előterjesztett kísérő jelentés után a kezdeményezés utolsó lépését a tagállamokkal való önkéntes adatcserék jelentik. Mindez lehetőséget biztosít egyes kihívások és lehetséges szakpolitikai válaszok részletesebb megvitatására.

HIVATKOZÁSOK

¹ EU Egészségügyi és Élelmiszerbiztonsági Főigazgatóság. Európai Egészségpillanatkép 2018. Vezetői összefoglaló. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2018_healthatglance_sum_hu.pdf (Elérve: 2020.03.31.)

² OECD/EU (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2018_healthatglance_rep_en.pdf (Elérve: 2020.03.31.)

¹ Ebben a lapszámban olvasható a magyar országprofil

Cikkismertetés: A megelőzés a legjobb befektetés?

Article review: Is the prevention the best investment?

Ismertető: Berényi Károly ✉
*Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar,
Orvosi Népegészségtani Intézet, Pécs*

Ismertetett cikk: Rebecca Masters, Elspeth Anwar, Brendan Collins, Richard Cookson, Simon Capewell: Return on investment of public health interventions: a systematic review. *J Epidemiol Community Health* 2017;71:827-834.

Beküldve: 2019. 11. 05.
doi: 10.24365/ef.v61i2.530

Kulcsszavak: népegészségügy; megtérülés; költség-haszon arány

Keywords: public health; return on investment; cost-benefit ratio

„EGY UNCIÁNYI MEGELŐZÉS FELÉR EGY FONT GYÓGYÍTÁSSAL”

(Benjamin Franklin)

A cikk szerzői felhívják a figyelmet arra, hogy a magas jövedelmű országokban az állami szektor megszorító intézkedései a népegészségügyi kiadásokat is jelentősen érintik. Mindez annak ellenére történik, hogy még közgazdaságtani számításokkal is alátámaszthatóan ez legtöbbször nagyon jó, pénzügyileg is nyereséges befektetés. Irodalmi áttekintő tanulmányuk e költségcsökkentő intézkedések lehetséges hatásairól kívánnak pontosabb információt nyújtani.

A szerzők által elemzett közlemények két gazdasági mutatószámot használtak: a megtérülési rátát és a költség-haszon arányt.

Megtérülési ráta (ROI – return on investment) alatt a beruházás hasznának és költségének a különbségét értjük a költség arányában kifejezve (későbbiekben: „megtérülés”), míg költség-haszon arány

(CBR – cost benefit ratio) alatt a haszon és a költség hányadosát ($ROI = CBR - 1$) (későbbiekben együttesen: „gazdaságosság”).

A szerzők által elemzett közlemények a következő országok, illetve régiók népegészségügyi intézkedéseinek gazdaságosságát vizsgálták: Egyesült Királyság, Nyugat-Európa országai, Egyesült Államok, Kanada, Japán, Ausztrália és Új-Zéland. A folyóiratok kereséséhez a PubMed, MEDLINE, Scopus, CINAHL, Cochrane, PsycInfo és AMED adatbázisait használták elsődlegesen, továbbá a Google-t is igénybe vették. Végül 52 cikk eredményeinek elemzését dolgozták fel.

Az elemzések során azt találták, hogy a megtérülés medián értéke 14,3 volt (szemléző: vagyis az ebben a csoportban elemzett kutatások felében minden egyes népegészségügyre fordított forint a költség megtérülésén felül 14,3 forint – vagy annál több – hasznot termelt). A költség-haszon arány (CBR) mediánja 8,3 volt (szemléző: minden elköltött forint az ebben a csoportban elemzett cikkek felében

8,3 forint – vagy ennél magasabb – bevételt, vagyis 7,3 forint hasznot termelt).

(Szemlész: ezt legegyszerűbben úgy képzelhetjük el, hogy ha a megtakarításainkból 1 millió forintot a bank helyett népegészségügyi intézkedésre fordítunk, akkor intézkedéstől függően néhány hónaptól egy-másfél évtizedig terjedő időintervallumban átlagosan 7-14 millió forintot fogunk kapni. Összehasonlításképp ugyanezt a pénzt 10 évre 5%-os kamatozású állampapírba fektetve nem sokkal több, mint 600 ezer Ft lesz a nyereségünk a milliók helyett.)

A leghatékonyabb beruházásnak az egészségvédelmi intézkedések és törvényi szabályozások bizonyultak, melyek gyakran nemzeti szinten, egyszeri alkalommal történtek meg (pl.: védőoltások gyermekkori betegségek ellen, adómódosítások). A legalacsonyabb megtérüléssel legtöbbször az egészségfejlesztési, szélesebb körű, sokrétű, erőforrásigényes és hosszan fenntartandó ténykedések zárultak.

Némely intézkedés kifejezetten veszteséges volt, mint például az egyik tanulmányban az egészséges dolgozók influenza elleni védőoltása (bár tény, hogy e téren kimagasló eredmények is születtek, jelentősen függve az adott évi vakcina hatékonyságától). Ugyanakkor az egészségvédelmi intézkedések közel 35-40-szeres megtérüléssel zárultak. Az egészségfejlesztés esetén – kutatásonként eltérő közepes értékkel – 2-14 körüli megtérülés, illetve költséghaszon arány volt várható.

A helyi népegészségügyi intézkedések bár közgazdaságtani szempontból még mindig nyereségesek voltak, azonban fele vagy negyed akkora volt a gazdaságosságuk, mint a nemzeti szinten végrehajtott intézkedéseknek.

Összességében elmondható, hogy a legtöbb népegészségügyi célú intézkedés költséghatékony. A szerzők felhívják a figyelmet arra, hogy ha az Egyesült Királyság a gyógyításra további 13.000 fontot fordított volna, akkor az a becslések szerint egy QALY-t (minőséggel korrigált életévet), azaz mintegy 60.000 fontnyi nyereséget eredményezett volna, ami csupán 3,16-szoros megtérülést jelentene.

Az is elgondolkodtató, hogy a brit költségvetés a közelmúltban indítványozott 200 millió fontos megszorítása e téren a legszűkebb becslés alapján is

1,6 milliárd font veszteséget fog eredményezni az állam számára. Vagyis a végrehajtott „gazdaságossági megtakarítások” valójában hibás közgazdasági megközelítést takarnak a hosszabb távú költségvetésben.

Mindez annak tükrében még hangsúlyosabb, hogy az Egyesült Királyság a gyógyító tevékenységre hatalmas összegeket fordít, mely pont azáltal lehetne csökkenthető, hogy a megelőzéstől nem elvonnának, hanem további összegeket investálnának.

Az is izgalmas kérdés, hogy van-e más olyan befektetés, mely 5-15 év alatt átlagosan 8-15-szörös megtérülést eredményez, amikor közgazdaságtani szemszögből már az éves 10%-os haszon is megfelelőnek mondható.

A szerzők megállapítása szerint cikkük korlátait képezi, hogy csak angol nyelvű publikációkat elemeztek, illetve azokat a kutatásokat kizárták, amelyek az Egyesült Királyság egészségügyi rendszerére nehezen lettek volna átültethetők, értelmezhetők (például számos USA-beli tanulmányt). Továbbá csak olyan intézkedések hatásait vizsgálták, ahol emberek csoportjai képezték a beavatkozások célját.

ÖSSZEFOGLALÁS

Ahogy azt már korábban is sejtettük, a primordiális és primer prevenciós (vagyis a betegség kialakulásának megelőzését, az egészség megtartását célzó) intézkedések nemcsak a lakosság egészségére nézve pozitív hatásúak, hanem a gazdaságra is. Ahogyan e cikk szerzői is megfogalmazták, a legtöbb kormányzat választási ciklusokban gondolkodik és olyan területekre összpontosítja anyagi erőforrásait mely gyorsan, látványosan megtérül azzal a nem titkolt céllal, hogy minél több szavazatot szerezzen. A népegészségügy nem ilyen. Rövid távon nem látványos, nem hoz sok szavazatot. Ahogy azonban számos jó példa mutatja több európai ország esetében is a politikai szereplők összefogásával, a gazdaság hosszú távú érdekeinek szem előtt tartásával az egészség a legjobb, legjövödelmezőbb „befektetés”. Mindamelllett, hogy a legkifizetődőbb – a jelen kutatás eredményei alapján – a nemzeti szintér mellett a helyi kezdeményezések is többszörös megtérüléssel zárulnak.

Bár jelenleg egy új fertőző betegség tartja lázban a világot, melynél a primer és még inkább a primordiális prevenció vizsgálódik, ne feledkezzünk meg róla, hogy csak hazánkban évente közel 9 ezren halnak meg csak tüdőrákban, melynek 80%-a (évi

7000 fő!) a dohányzás elkerülésével megelőzhető lenne. Nem is beszélve a nagyrészt szintén megelőzhető, évi 65 ezer magyarországi áldozatot követelő keringési rendszer okozta halálózásról!

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Amíg keseregve váránk, hogy lassan fél évszázados késéssel mi is elkezdjük az Észak-Karélia projektⁱ magyar megvalósítását, merjünk bátran kis lépéseket is tenni. És bár a nemzeti szintű beavatkozások a legkifizetődőbbek, merjünk helyi szinten, akár kis közösségekben is kezdeményezni, hiszen minden „egy unciányi megelőzés felér egy font gyógyítással” (Benjamin Franklin)!

ⁱ Az Észak-Karélia projekt Finnország 1972-ben indított, hosszú távon rendkívül sikeres, átfogó betegségmegelőzési népegészségügyi programja, amely elsősorban a szív- és érrendszeri halálózások és megbetegedések csökkentését eredményezte, például az egészséges élelmiszerek jelentős ártámogatása, illetve potenciálisan káros élelmiszerek jelentős adóemelése révén.

Cikkismertetés: Az iskolai végzettség és halálozás kapcsolata három kelet-európai országban

Article review: Relationship between educational attainment and mortality in three Eastern European countries

Ismertető: Devosa Iván ✉
Neumann János Egyetem, Pedagógusképző Kar, Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Kutatócsoport, Kecskemét

Ismertetett cikk: Doniec, K., Stefler, D., Murphy, M., Gugushvili, A., McKee, M., Marmot, M., Bobak, M., King, L. (2019). Education and mortality in three Eastern European populations: findings from the PrivMort retrospective cohort study. *European Journal of Public Health*, 29(3), 549-554. doi: 10.1093/eurpub/cky254

Beküldve: 2020. 01. 24.
doi: 10.24365/ef.v61i2.559

Kulcsszavak: oktatás; halálozás; Kelet-Európa; Magyarország

Keywords: education; mortality; Eastern-Europe; Hungary

HÁTTÉR

A tanulmány célja kettős: megvizsgálni a politikai és gazdasági változások lehetséges hatásait a különböző iskolai végzettségű férfiak és nők halálozási egyenlőtlenségére három kelet-európai országban, illetve bemutatni a dohányzás és az alkoholfogyasztás szerepének változását az iskolázottságbeli különbségek okozta halálozási egyenlőtlenségekben. A tanulmány az 1982 és 2013 közötti időszakra terjed ki.

MÓDSZER

Az adatokat véletlenszerűen kiválasztott városi lakosoktól gyűjtötték. Az összes válaszadó korábban született, mint 1972, és legalább egyik családtagjuk ugyanazon településen élt már az 1990-es években is. Az országspecifikus válaszadási arányok 48, 39,

illetve 85% voltak Oroszországban, Fehéroroszországban és Magyarországon: a válaszadási arányokban tapasztalható nagy eltérésekért nagyrészt a minták méretének különbségei a felelősek. A résztvevők információkat szolgáltattak társadalmi-gazdasági körülményeikről, foglalkoztatási előzményeikről, alkoholfogyasztási és dohányzási szokásaikról. A legmagasabb iskolai végzettséget az alábbiak szerint osztályozták: alapfokú vagy az alatti (befejezetlen) iskolai végzettség; középfokú iskolai végzettség; felsőfokú iskolai végzettség.

EREDMÉNYEK

Az 1. és 2. táblázat mutatja a különböző végzettségűek halálozási esélyhányadosait időszakonként, országonként és nemenként, a felsőfokú végzettséget használva referenciakategóriaként. Az elvárásoknak megfelelően a halálozási arány szignifikán-

san magasabb volt az alacsonyabb iskolai végzettségű csoportokban a legtöbb időszakban és alcsoportban. Az esélyhányadosok a felsőfokú végzettséghez viszonyítva (referenciakategória) mind a középfokú, mind az alacsonyabb, mint a középfokú végzettség kategóriáiban az idő múlásával növekedtek. Habár ezek a trendek nagyjából hasonlóak voltak minden országban, néhány figyelemre méltó különbséget felfedeztek a kutatók.

Például nem találtak egyértelmű gradienst a halál-ozási adatok terén a különböző képzettségi csoportok között Oroszországban és Fehéroroszországban 1982-89 és 1990-97 között. Ellentétben a többi ország adataival az esélyhányadosok viszonylag stabilak maradtak a magyar férfiak körében a vizsgálat teljes ideje alatt.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A három kelet-európai országban végzett nagymintás, retrospektív, 32 éves időszakra kiterjedő kohorsz tanulmány adatai felhasználásával a kutatók kimutatták, hogy az 1990-es évek elejének társadalmi-politikai változásait követően az iskolázottságbeli különbségek okozta halál-ozási egyenlőtlenségek tovább nőttek Oroszországban, Fehéroroszországban és Magyarországon. Az eredmények azt is megmutatják, hogy ehhez az egészségtelen életmód, mint az alkoholfogyasztás és a dohányzás, hozzájárulásának mértéke különösen a férfiak körében szintén növekedett a három vizsgált évtizedben. Ezen adatok is megerősítik annak fontosságát, hogy a magyarországi iskolázottság átlagos szintje emelkedjen, hiszen ennek komoly egészséggazdasági hozadékaik vannak mind egyéni, mind ösztársadalmi szinten.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Köszönettel tartozom 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. táblázat: A férfiak halálózási esélyhányadosai a különböző iskolai végzettségű csoportok között, időszakonként és országonként

Országok	Iskolai végzettség szintje	1982-1989					1990-1997					1998-2005					2006-2013				
		m1		m2		AOR%	m1		m2		AOR%	m1		m2		AOR%	m1		m2		AOR%
		OR	(95% CI)	OR	(95% CI)		OR	(95% CI)	OR	(95% CI)		OR	(95% CI)	OR	(95% CI)		OR	(95% CI)	OR	(95% CI)	
Oroszország	felsőfokú	1,00		1,00			1,00		1,00			1,00		1,00			1,00		1,00		
	középfokú	1,39	(1,20-1,61)	1,27	(1,10-1,47)	30,8	1,32	(1,19-1,47)	1,19	(1,06-1,33)	40,6	1,43	(1,27-1,61)	1,25	(1,12-1,40)	41,9	1,44	(1,26-1,63)	1,21	(1,06-1,39)	52,3
	alapfokú vagy alatta	1,36	(1,18-1,57)	1,24	(1,05-1,46)	33,3	1,50	(1,33-1,70)	1,32	(1,13-1,53)	36,0	1,82	(1,66-2,00)	1,52	(1,35-1,72)	36,6	1,89	(1,57-2,27)	1,48	(1,24-1,77)	46,7
Fehéroroszország	felsőfokú	1,00		1,00			1,00		1,00			1,00		1,00			1,00		1,00		
	középfokú	1,32	(1,15-1,52)	1,23	(1,07-1,40)	28,1	1,23	(1,07-1,42)	1,09	(0,96-1,24)	60,9	1,18	(1,05-1,32)	1,05	(0,94-1,17)	72,2	1,25	(1,08-1,43)	1,07	(0,91-1,27)	72,0
	alapfokú vagy alatta	1,32	(1,13-1,54)	1,19	(1,02-1,39)	40,6	1,21	(1,11-1,31)	1,03	(0,97-1,11)	85,7	1,41	(1,27-1,58)	1,20	(1,08-1,33)	52,5	1,75	(1,43-2,14)	1,40	(1,16-1,69)	46,7
Magyarország	felsőfokú	1,00		1,00			1,00		1,00			1,00		1,00			1,00		1,00		
	középfokú	1,54	(1,27-1,85)	1,45	(1,20-1,75)	16,7	1,70	(1,46-1,97)	1,52	(1,31-1,76)	25,7	1,55	(1,33-1,81)	1,36	(1,17-1,59)	34,5	1,51	(1,34-1,70)	1,33	(1,17-1,51)	35,3
	alapfokú vagy alatta	1,94	(1,61-2,33)	1,75	(1,46-2,10)	20,2	2,11	(1,84-2,42)	1,79	(1,55-2,07)	28,8	2,02	(1,70-2,39)	1,65	(1,38-1,97)	36,3	1,88	(1,64-2,16)	1,52	(1,31-1,76)	40,9

m1: 1. modell az életkorra, a válaszadóval való kapcsolatra, a válaszadó nemére korrigálva

m2: 2. modell az 1. modellben szereplő összes változó, az alkoholfogyasztásra és a dohányzásra korrigálva

AOR%, a korrigált esélyhányados százalékos csökkenése a 2. modellben

OR: esélyhányados, CI: konfidencia intervallum

Forrás: saját szerkesztés

2. táblázat: A nők halálózási esélyhányadosai a különböző iskolai végzettségű csoportok között, időszakonként és országonként

Országok	Iskolai végzettség szintje	1982-1989					1990-1997					1998-2005					2006-2013				
		m1		m2		AOR%	m1		m2		AOR%	m1		m2		AOR%	m1		m2		AOR%
		OR	(95% CI)	OR	(95% CI)		OR	(95% CI)	OR	(95% CI)		OR	(95% CI)	OR	(95% CI)		OR	(95% CI)	OR	(95% CI)	
Oroszország	felsőfokú	1,00		1,00			1,00		1,00			1,00		1,00			1,00		1,00		
	középfokú	1,33	(0,98-1,81)	1,33	(0,97-1,81)	0,0	1,34	(1,14-1,57)	1,32	(1,12-1,54)	5,9	1,16	(0,93-1,45)	1,15	(0,92-1,44)	6,3	1,00	(0,79-1,28)	0,94	(0,74-1,20)	n.a.
	alapfokú vagy alatta	1,23	(0,99-1,53)	1,22	(0,98-1,53)	4,3	1,34	(1,11-1,63)	1,32	1,09-1,60)	5,9	1,44	(1,14-1,82)	1,43	(1,14-1,80)	2,3	1,93	1,39-2,68)	1,80	(1,27-2,54)	14,0
Fehéroroszország	felsőfokú	1,00		1,00			1,00		1,00			1,00		1,00			1,00		1,00		
	középfokú	1,14	(0,75-1,74)	1,12	(0,73-1,70)	14,3	1,47	(1,18-1,82)	1,46	(1,18-1,81)	2,1	1,19	(1,03-1,36)	1,19	(1,04-1,36)	0,0	1,42	(1,12-1,79)	1,40	(1,10-1,79)	4,5
	alapfokú vagy alatta	1,20	(0,86-1,68)	1,21	(0,87-1,68)	n.a.	1,32	(1,09-1,58)	1,32	(1,09-1,58)	0,0	1,33	(1,07-1,65)	1,33	(1,07-1,65)	0,0	2,22	(1,73-2,84)	2,17	(1,66-2,82)	4,1
Magyarország	felsőfokú	1,00		1,00			1,00		1,00			1,00		1,00			1,00		1,00		
	középfokú	1,03	(0,71-1,50)	1,02	(0,70-1,49)	33,3	1,08	(0,80-1,45)	1,06	(0,78-1,44)	25,0	1,18	(0,84-1,67)	1,15	(0,82-1,63)	16,7	1,19	(0,84-1,69)	1,15	(0,82-1,63)	21,1
	alapfokú vagy alatta	1,38	(0,97-1,96)	1,37	(0,96-1,95)	2,3	1,17	(0,87-1,59)	1,14	(0,87-1,59)	17,6	1,67	(1,25-2,23)	1,55	(1,16-2,08)	17,9	1,81	(1,30-2,52)	1,67	(1,21-2,30)	17,3

m1: 1. modell, az életkorra, a válaszadóval való kapcsolatra, a válaszadó nemére korrigálva

m2: 2. modell, az 1. modellben szereplő összes változó, az alkoholfogyasztásra és a dohányzásra korrigálva

AOR%, a korrigált esélyhányados százalékos csökkenése a 2. modellben

OR: esélyhányados, CI: konfidencia intervallum

Forrás: saját szerkesztés

Cikkismertetés: Kettőscélú intézkedések a kóros tápláltság visszaszorítására

Article review: Double-duty actions: seizing programme and policy opportunities to address malnutrition in all its forms

Ismertető: Varga Anita ✉, Zámbó Leonóra
Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet

Ismertetett cikk: Hawkes C, Ruel MT, Salm L, Sinclair B, Branca F. Double-duty actions: seizing programme and policy opportunities to address malnutrition in all its forms. *Lancet* 2020;395:142–55. doi: 10.1016/S0140-6736(19)32506-1

Beküldve: 2020. 03. 03.
doi: 10.24365/ef.v61i2.565

Kulcsszavak: kóros tápláltság; alultápláltság; túlsúly; elhízás; táplálkozási szakpolitika

Keywords: malnutrition; undernutrition; overweight; obesity; food policy

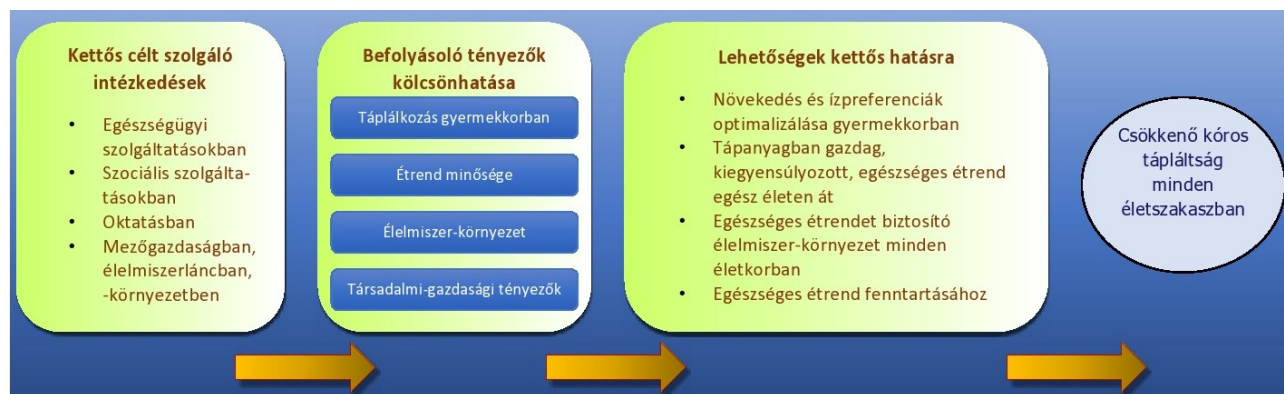
A kóros tápláltság egyes formáinak kezelésére számos irányelv, program, irányítási struktúra és finanszírozási forma áll rendelkezésre, amely intézkedések általában különböző szervezetek kezében összpontosulnak. Ezzel szemben a kettős célt szolgáló intézkedések, holisztikus módon kívánják kezelni a kóros tápláltsági állapot minden formáját azáltal, hogy az alultápláltságot, a túlsúlyt és elhízást, valamint a táplálkozással összefüggő nem fertőző megbetegedéseket (diet-related non-communicable diseases; DR-NCD) egyidejűleg vizsgálják. A közlemény tíz olyan kettős célt szolgáló intézkedést azonosít (pl. az új WHO által kiadott terhesgondozásra vonatkozó ajánlás feltérképezése; a szoptatás támogatására és védelmére létrejött programok áttekintése; az élelmiszertámogatások és -utalványok rendszerének újratervezése; új mezőgazdasági és élelmiszerrendszer-politikák kidolgozása az egészséges étrend támogatására), amelyek nagy valószínűséggel egyszerre csökkentik az alultápláltságot, az elhízást és a DR-NCD kockázatát.

A cikk összegezi a kóros tápláltsági állapot különféle formáinak általános okaira vonatkozó bizonyítékokat, például szemléltet néhány, az elhízással és a DR-NCD-vel kapcsolatos, alultápláltságra fókuszáló programok által okozott, nem szándékolt, negatív hatást (pl. elhízáshoz vezető élelmiszerjegy-támogatás vagy csak az energiabevitel biztosítására fókuszáló agrárfejlesztések), és felhívja a figyelmet a kóros tápláltsági állapot több formáját is érintő, kettős célt szolgáló intézkedésekre. Megállapítható, hogy az alultápláltság, az elhízás és a DR-NCD összefüggésben vannak a korai életkorra jellemző táplálkozási szokásokkal, az étrend változatosságával, az élelmiszer-környezettel és a társadalmi-gazdasági tényezőkkel egyaránt. Néhány bizonyíték azt mutatja, hogy az alultápláltságra összpontosító programok nem megfelelő minőségű étrend követéséhez, elhízáshoz és a DR-NCD kockázatainak növekedéséhez vezetnek, különösen azokban az országokban, ahol a táplálkozási szokások gyors átalakuláson mennek keresztül. A közlemény a fenti

bizonyítékokra építve stratégiai keretrendszert dolgozott ki a kettős feladatokat ellátó intézkedések megtervezéséhez, meghatározza az első lépéseket a célok eléréséhez [1. ábra], valamint felhívja a figyelmet arra, hogy az azonosított, kettős célt szolgáló intézkedések segítségével mielőbb lépéseket kell tenni a kóros tápláltság minden lehetséges formájának kezelése érdekében. Az előrehaladás

felgyorsításához a táplálkozási szakembereknek felelősséget kell vállalniuk a kettős célt szolgáló intézkedésekért, valamint olyan paradigmát és gondolkodásmódot kell követniük, amely holisztikus megközelítéssel támogatja az intézkedések megtervezését, és a kóros tápláltsági állapot teljes spektrumát egyidejűleg kezeli.

1. ábra: Keretrendszer



Forrás: az eredeti közlemény magyarra fordított változata

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A cikkben ismertetett bizonyítékok szerint a jelenlegi formában működő táplálkozáspolitikák és táplálkozási programok nem érik el a kitűzött célokat az ún. „új táplálkozási valóságban”, hiszen a kóros tápláltsági állapot különböző formáit rendszerint nem képesek egyidejűleg kezelni. Ebből kifolyólag hazánkban is szükségessé válik a táplálkozáspolitikai és a táplálkozási programok hagyományos módon való megközelítésének újragondolása oly módon, hogy azok a kóros tápláltság minden formáját egyszerre legyenek képesek kezelni. A kettős célt szolgáló intézkedések megvalósításához stratégia és terv kidolgozására van szükség. Mindezek pedig alapvető változtatások végrehajtását követelik meg több területen, így az irányítás, a finanszírozás, a kutatás és a kapacitások terén is.

Cikkismertetés: A kóros tápláltsági állapot kettős terhe és egészségre gyakorolt hatásai

Article review: The double burden of malnutrition and its consequences for health

Ismertető: Guba Georgina ✉
Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet

Ismertetett cikk: Wells JC, Sawaya AL, Wibaek R, et al. The double burden of malnutrition: aetiological pathways and consequences for health. *Lancet*. 2020 Jan 4;395(10217):75-88.
doi: [10.1016/S0140-6736\(19\)32472-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32472-9)

Beküldve: 2020. 03. 04.
doi: 10.24365/ef.v61i2.572

Kulcsszavak: kóros tápláltság; alultápláltság; túlsúly; kettős teher; egészségre gyakorolt hatások

Keywords: malnutrition; undernutrition; overweight; double burden; consequences for health

A kóros tápláltsági állapot vizsgálata a kezdetektől fogva két különböző nézőpontból történik: a krónikus és akut alultápláltság, csökkent energiabevitel, mikrotápanyag-hiány, valamint a túlsúly, elhízás és a túlzott táplálékbevitel szempontjából. A globális táplálkozási átmenet az élelmiszerkörnyezet és az életfeltételek gyors változásán keresztül a kóros tápláltsági állapot kettős terhének kialakulásához (*double burden of malnutrition, DBM*) vezetett, melyben az alultápláltság és a túlsúly elkülönítése nem lehetséges, ám a két probléma párhuzamosan vizsgálható. Az egyének egyre nagyobb hányada van kitéve élete során az alultápláltság különböző formáinak és a DBM-nek. A DBM különböző formái az egyén élete folyamán és a generációk között is kölcsönhatásba léphetnek.

Az evolúciós perspektíva magyarázatot adhat arra, hogy a DBM miért olyan káros az egészségre. A korai kritikus időszakban a kóros alultápláltság miatt a test mérlegel, így az energiát a növekedés és

egészségfenntartás helyett a túlélés és a reprodukció területére fordítja. Ha az egyén további élete során az egyetlen lényeges környezeti változás a megnövekedett energiabevitel, ez a hatás fokozódhat. A magas energiataralmú, ám fehérjében, rostban és mikrotápanyagokban szegényebb étrend a zsír és a szénhidrát túlzott fogyasztásához vezethet, ami vitamin-, illetve ásványianyag-hiányt, valamint túlsúlyt, elhízást eredményezhet. A korai életszakaszban fennálló alultápláltság hosszútávú következményei az összekapcsolódott biológiai útvonalaknak tulajdoníthatók, melyek magukba foglalják a bél-mikrobióm egyensúlyának hiányát, a szervezetben kialakuló gyulladós folyamatokat, különböző anyagcsere-rendellenességeket és a csökkent inzulinérzékenységet. A fertőző betegségeknek való magas kitettség szintén korlátozza az életkornak megfelelő növekedés ütemét és elősegíti a gyulladós folyamatokat, amelyet a túlsúly csak tovább súlyosbít. A korai alultápláltság, majd későbbi túlsúly növeli a nem fertőző betegségek

kialakulásának kockázatát, mivel a szervezet egyensúlyi állapotának megtartására való törekvés nagy anyagcsere-terhelést jelent. Emiatt azok esetében, akik gyermekkorukban alultápláltsággal küzdöttek, a felnőttkori elhízás egészségügyi költségei magasabbak lesznek. Nők esetében az egész élet során jelen lévő DBM növeli a szülési szövődmények (koraszülés, császármetszés) kockázatát. A korai életszakaszban történő nem megfelelő táplálkozás (magzati növekedési elmaradás, születés utáni fejlődési és növekedési problémák, az optimálistól eltérő anyatejes táplálás) összefüggésbe hozható a gyermek- és fiatal felnőttkorban megemelkedett gyulladásos markerekkel, valamint az elhízással.

Ezeket az élethosszig tartó hatásokat egyrészt a társadalmi mozgatórugók – azaz a gyorsan változó étrendek, étkezési normák és fizikai aktivitási szokások –, másrészt ökológiai tényezők, mint a különböző kórokozók és a külső tényezők okozta halálások alakítják ki. A serdülőkori és a felnőttkori kóros tápláltsági állapot a következő nemzedékre is hatást gyakorol. A DBM rizikója teljes egészében csak a kultúra, a viselkedés és a technológia területén átívelő szélesebb társadalmi mozgatórugók összefüggésében érthető meg. Jelentős társadalmi változások eléréséhez a táplálkozás és a népegészségügy vonatkozásában olyan átfogó változtatások végrehajtására van szükség, amelyek évtizedekig fenntarthatók és a globális élelmiszerrendszerbe beépíthetők.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Ahhoz, hogy a DBM kialakulását megelőzhessük, átfogó intézkedésekre van szükség. Az étrend minőségi és mennyiségi javítása, valamint a kórokozók által okozott fertőzések csökkentése hatékony beavatkozási pont lehet. Ezen intézkedés hatására a test zsírraktározás helyett az életkornak megfelelő növekedési ütemmel reagál, miközben helyreállítja az anyagcserét, ezáltal csökkentve a nem fertőző betegségek kialakulásának kockázatát.

A beavatkozás sikerének érdekében az intézkedések bevezetése már a fogamzás előtt javasolt, és folytatandó a várandósság és a szoptatás ideje alatt is. Kiemelendő továbbá, hogy az apák esetében is fontos a már fogamzás előtt megkezdett intézkedések bevezetése, hiszen az apai gének egyrészt hozzájárulnak a méhlepény megfelelő működéséhez, másrészt az utódok fejlődésére (például a gyermek testtömegindexére) kihatással lehetnek az olyan epigenetikai tényezők is, mint a dohányzás és a táplálkozás. A kizárólagos, a csecsemő energiaigényét és szükségleteit kielégítő mértékű anyatejes táplálás megvédi a kisgyermeket a kóros tápláltsági állapot minden formájától. A szoptatás segítheti az anyát, hogy a terhesség alatti súlygyarapodástól hamarabb megszabaduljon, így az egészséges testtömeg részben védheti őt a kettes típusú cukorbetegség és az emlőrák kialakulásától. A serdülők táplálkozásának optimalizálása szintén kiemelt fontosságú, hiszen az epigenetikai hatások révén a következő nemzedék tápláltsági állapotára is hatással lehet.

A sikeres beavatkozások egészségre gyakorolt előnyös hatásainak és a ráfordított költségeknek egyensúlyban kell lennie.

Cikkismertetés: Az emberi tőke 195 országban 1990-ben és 2016-ban

Article review: Human capital in 1990 and 2016 for 195 countries

Ismertető: Vitrai József ✉

Ismertetett cikk: Lim S at al. Measuring human capital: a systematic analysis of 195 countries and territories, 1990–2016. *Lancet* 2018; 392: 1217–34. doi: [10.1016/S0140-6736\(18\)31941-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31941-X)

Beküldve: 2020. 03. 27.

doi: 10.24365/ef.v61i2.576

Kulcsszavak: emberi tőke; egészségi állapot; iskolázottság

Keywords: human capital; health status; educational attainment

HÁTTÉR

Az emberi tőkét általában a népesség iskolázottsági és egészségi szintjével azonosítják, és a gazdasági növekedés fontos meghatározójának tekintik. A Világbank fontosnak tartja az emberi tőke mérését és éves jelentését az egészségügyre, illetve az oktatásra fordított beruházások nyomán követése és ösztönzése, valamint a termelékenység fokozása érdekében.¹ A szerzők célja az emberi tőke új, átfogó mérési módszerének kidolgozása és globális vizsgálata volt.

MÓDSZEREK

A szerzők előállítottak egy életévekben mért, ún. várható emberi tőkét, amelyet úgy kaptak, hogy a 20 és 64 életév között várható élettartamot a tanulás vagy az oktatás minőségének, valamint a funkcionális egészségi állapot mértékének arányában csökkentették. A kutatók 195 országra mind 1990-re, mind 2016-ra kiszámolták a várható emberi tőke értékét, figyelembe véve az egyes

országokban és években a lakosság eltérő életkori és nemi összetételét. Az iskolázottság szintjét 2522 népszámlálás és lakossági felmérés adatai alapján becsülték, majd 1894 iskolai tesztre alapozva értékelték; a funkcionális egészségi állapotot hét egészségi mutató jellemezte, melyeket a Globális Betegségteher Vizsgálat 2016-os jelentéséből (*Global Burden of Disease Study*; GBD 2016) vettek át.²

EREDMÉNYEK

2016-ban Finnországban volt a legmagasabb az emberi tőke várható értéke (28 év), míg Nigerben volt a legalacsonyabb (kevesebb mint 1,6 év). A vizsgált 195 ország közül 44-ben a várható emberi tőke több mint 20 év, 68 országban pedig 10 évnél kevesebb volt. A várható emberi tőke alapján a 195 országot sorba rendezték. Az öt legnépesebb ország helyezése 2016-ban a következő volt: Kína 44., India 158., az Egyesült Államok 27., Indonézia 131., Brazília 71. A Visegrádi országok helyezése így alakult: Magyarország a 34., Lengyelország a 30.,

Csehország a 28., Szlovákia a 36. A szomszédos országok közül Ausztria a 19. Szlovénia a 23., Románia az 56., Ukrajna pedig a 45. volt.

A várható emberi tőke 1990 és 2016 között 18 országban kevesebb mint 2 évet emelkedett, viszont 35 országban több mint 5 évvel nőtt. Magyarországon 1990-ben a várható emberi tőke 17 év volt, ami 2016-ra 22 évre emelkedett. Ugyanezen időszakban Lengyelországban 17-ről 23-ra, Csehországban 20-ról 23-ra, Szlovákiában 18-ról 21-re növekedett.

Az adatokból úgy tűnik, hogy a várt emberi tőke nagyobb javulása a gyorsabb gazdasági növekedés-

hez kapcsolódik. Az 1990 és 2016 közötti emberi tőkenövekedés szempontjából besorolt országok felső negyedében a GDP éves medián emelkedése 2,6% volt, szemben az alsó negyed 1,45%-ával.

KÖVETKEZTETÉSEK

Az országok nagyban különböznek az emberi tőke növekedését tekintve. Az emberi tőke monitorozása segítheti a kormányokat és más szereplőket az egészségügybe és az oktatásba való befektetések megtérülésének értékelésében.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Egy ország versenyképessége bizonyítottan függ a munkaerő iskolázottságától és egészségétől, amint ezt a globális vizsgálat is alátámasztja. Az egészségfejlesztésben érintett szakembereknek ezt az érvet érdemes felhozniuk a döntéshozókkal való egyeztetéseken, amikor támogatást igényelnek az egészség javítását célzó beavatkozásokhoz.

HIVATKOZÁSOK

¹ World Bank. [Countries commit to strong action on human capital to drive economic growth](#). Oct 20, 2017. (Elérve 2020.03.26.)

² A Globális Betegségteher Vizsgálatról további közlemények található az Egészségfejlesztés folyóiratban: [Cikkismertetés: A Globális Betegségteher Vizsgálat legutóbbi „nagy dobása”](#); [Cikkismertetés: Alkoholfogyasztás és az általa okozott betegségteher a világ 195 országában és különböző régióiban 1990 és 2016 között](#);

Cikkismertetés: A keringési betegségek és halálozás módosítható kockázatai

Article review: Modifiable risks of cardiovascular diseases and mortality

Ismertető: Vitrai József ✉

Ismertetett cikk: Yusuf S. et al. Modifiable risk factors, cardiovascular disease, and mortality in 155 722 individuals from 21 high-income, middle-income, and low-income countries (PURE): a prospective cohort study. *Lancet*, 2020;395(10226):795-808. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)32008-2

Beküldve: 2020. 03. 31.
doi: 10.24365/ef.v61i2.577

Kulcsszavak: keringési betegségek; halálozás; kockázat

Keywords: cardiovascular diseases; mortality; risk

HÁTTÉR

A szív- és érrendszeri betegségek és halálozás, valamint a módosítható kockázati tényezők közötti összefüggésre vonatkozó adatok nagyrészt eltérő módszertant alkalmazó vizsgálatokból származnak. A *Prospective Urban Rural Epidemiology* (PURE) kutatás viszont ugyanazon módszer alkalmazásával vizsgálja a módosítható kockázati tényezőknek a szív- és érrendszeri betegségek kialakulására és az amiatt bekövetkező halálzásra gyakorolt hatását öt kontinens 21 országában.

MÓDSZEREK

Ebben a követéses vizsgálatban 21 magas, közepes vagy alacsony jövedelmű országban vizsgálták meg 14 esetlegesen módosítható kockázati tényező hatását olyan résztvevők bevonásával, akiknek korábban nem volt szív- és érrendszeri betegsége. Az elemzés elsődleges eredménymutatója a szív- és érrendszeri betegségek fellépése illetve az a miatt bekövetkező halálozás volt. A vizsgálat során adatot

gyűjtöttek a magatartási kockázatokról (mint pl. dohányzás, alkoholfogyasztás, étkezés, fizikai aktivitás és sóbevitel), élettani kockázatokról (mint pl. vérzsírszint, vérnyomás, cukorbetegség, elhízás), az egyének társadalmi-gazdasági és pszichoszociális kockázatokról (pl. iskolázottság, depresszió), valamint a beltéri és kültéri légszennyezettségről. Minden egyes kockázati tényezőre meghatározták, hogy a populációban észlelhető megbetegedésnek hány százaléka tulajdonítható az adott kockázati tényezőnek (populációs járulékos kockázati hányad; PJKH). A kockázati tényezők és az elsődleges eredménymutatók közötti összefüggéseket többváltozós statisztikai modellek alkalmazásával elemezték.

EREDMÉNYEK

A vizsgálatba 2005 januárja és 2016 decembere között 155 722 résztvevőt vontak be és követtek. Közülük 11% élt magas, 66% közepes és 23% alacsony jövedelmű országban. Az eredmények alapján a szív és érrendszeri betegségek és

halálesetek kb. 70%-át módosítható kockázati tényezőknek tulajdonították. A betegségek kialakulását leginkább élettani kockázatokhoz lehetett kötni (PJKH: 41%), ezek közül a magas vérnyomásnak volt a legnagyobb szerepe (PJKH: 22%). A magatartási kockázatok lehetett leginkább a halálához kapcsolni (PJKH: 26%), bár önmagában a legnagyobb hatású kockázati tényező az alacsony iskolai végzettség volt (PJKH: 13%). A kültéri légszennyezettséget a szív-érrendszeri betegségek 14%-ával társították. A közepes és az alacsony jövedelmű országokban a beltéri légszennyezettség, a nem megfelelő étrend, az alacsony iskolai végzettség nagyobb hatással volt a szív-érrendszeri betegségekre vagy halálózásra, mint a magas jövedelmű országokban.

KÖVETKEZTETÉSEK

A legtöbb szív- és érrendszeri betegség kialakulása és az a miatt bekövetkezett halálózás nagy részéért csupán néhány módosítható kockázati tényező okolható. Míg egyes tényezők világszerte hatást mutatnak (pl. magas vérnyomás és iskolázottság), mások hatása (pl. a beltéri légszennyezettség és a rossz étrend) az országok jövedelmi szintjétől függően változnak. A kutatók szerint az egészségügyi szakpolitikáknak azokra a kockázati tényezőkre kellene összpontosítaniuk, amelyek az adott országban a legnagyobb szerepet játszhatják a szív- és érrendszeri betegségek, halálesetek megelőzésében.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Mivel a szív- és érrendszeri betegségek túlnyomórészt módosítható kockázati tényezőkhöz köthetők, a hazai betegségterheket jelentősen csökkenteni lehetne néhány kockázati tényező visszaszorításával. Az egészséges életmód elterjesztése az élettani és a magatartási kockázati tényezők módosítása révén várhatóan igen komoly egészségnyereséggel járna Magyarországon. Emiatt célszerűnek látszik jóval több forrást biztosítani olyan népegészségügyi beavatkozásokra, amelyek az egészséges életmód előmozdítására és az azt támogató környezet kialakítására irányulnak.

Cikkismertetés: Nemi egyenjogúság, normák és egészség

Article review: Gender Equality, Norms, and Health

Ismertető: Tarkó Klára ✉
*Szegedi Tudományegyetem, Juhász Gyula Pedagógusképző Kar,
Alkalmazott Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Intézet, Szeged*

Ismertetett cikk: Darmstadt G et al. Gender Equality, Norms, and Health. Lancet. 2019;393:2422-68.
https://www.thelancet.com/series/gender-equality-norms-health?dgcid=etoc-edscho-ice_email_tlgender19

Beküldve: 2020. 04. 15.
doi: 10.24365/ef.v61i2.581

Kulcsszavak: nemek; egyenjogúság; normák; egészség

Keywords: gender; equality; norms; health

HÁTTÉR

A The Lancet Gary Darmstadt és kollégái vezetésével Nemi egyenjogúság, normák és egészség címmel jelentetett meg egy öt tanulmányból álló gyűjteményt. Az írások a nemi egyenjogúság és normák egészségre gyakorolt hatását, valamint az azok megváltoztatására irányuló egészségügyi, politikai, programszintű és kutatási lehetőségeket elemzik. Nyilvánvaló, hogy a nemi egyenjogúság kérdésével foglalkozni kell, ahogyan azt a Fenntartható Fejlődési keretrendszer, Agenda 2030 (2030 Agenda for Sustainable Development) és az Univerzális Egészségügyi Lefedettségi (Universal Health Coverage) célkitűzése is megfogalmazza. A nemi normák és egyenlőtlenségek rendszeres elhanyagolása a programok kidolgozása, végrehajtása, nyomon követése és értékelése során mindannyiunk egészségét aláássa - nőket és lányokat, fiúkat és férfiakat, valamint a nemi kisebbségeket. A The Lancet jelen sorozatának célja, hogy felhívja a globális egészségügy közössége figyelmét arra, hogy mennyire fontosak a korlátozó nemi normák és egyenlőtlenségek,

valamint azok más társadalmi egyenlőtlenségekkel (pl. életkori, faji/etnikai, vallási és társadalmi-gazdasági) való átfedésének felismerése és megváltoztatása.

A CIKKSOROZAT

A sorozat első írása nemi egyenlőtlenségek, korlátozó nemi normák egészséggel való összefüggéseit vizsgálja. A hagyományos férfi-nő kettősség már nem elegendő a nemi különbségek leírására, mivel a nem (gender) egy komplex társadalmi rendszer. Korábbi kutatásokra támaszkodva a szerzők egy olyan összevont fogalmi keretet kínálnak, amely megmutatja, hogy a biológiai értelemben férfinak vagy nőnek született egyéneknél hogyan alakul ki a társadalmi nem, és hogy a szexizmus és a patriarchizmus miként fonódik össze a megkülönböztetés más formáival, például a rasszizmussal, a klasszizmussal és a homofóbiával, és kövezik ki a rossz egészséghez vezető utat. A nemek közötti egyenlőtlenség és a korlátozó nemi normák a különféle

expozíciók, az egészséggel kapcsolatos viselkedés és az ellátáshoz való hozzáférés révén befolyásolják az egészséget, ugyanakkor a nemi szempontból elfogult egészségügyi kutatások és egészségügyi ellátó rendszerek megerősítik és újratermelik a nemek közötti egyenlőtlenségeket, súlyos következményeket eredményezve az egészségre nézve. A strukturált hátrányok kumulatív következményei, amelyeket megkülönböztető törvények, politikák és intézmények, valamint az étrend, a stressz, a szerhasználat és a környezeti toxinok közvetítenek, fontos vitákat indítottak a társadalmi igazságtalanság szerepéről az egészség terén mutatkozó egyenlőtlenségek kialakulásában és fennmaradásában, különösen a faji és társadalmi-gazdasági vonalak mentén. Az érdekképviselők évtizedek óta dolgoznak a globális egészségben jelentkező nemi alapú hátrányos megkülönböztetés felszámolásán, ám csak szerény sikerrel. Új tervre és új politikai elköteleződésre van szükség ezen globális egészségügyi törekvések és az ENSZ (Egyesült Nemzetek Szervezete) szélesebb körű fenntartható fejlődési céljainak megvalósításához.

A sorozat második írása a nemi normák egészségre gyakorolt hatását vizsgáló empirikus kutatásokból von le tanulságokat. Bár e kutatások a szerzők szerint még gyermekcipőben járnak, a rendelkezésre álló globális, nemzeti és lokális adatok kulcsszerepet játszhatnak a nemi normák és az egészség közötti összefüggések tesztelésében. Az innovatív elemzési megközelítések segítségével bebizonyosodott, hogy a nemi normák befolyásolják a nők és a férfiak egészségi állapotát az élet különböző szakaszaiban, az egészségügyi ágazatokban és a világrégiókban. Hat esettanulmány a következőket igazolta: (1) a nemi normák komplexek és az életünk során egyéb társadalmi tényezőkkel együttesen befolyásolhatják egészségünket; (2) a szülők és a kortársak felől érkező korai nemi-normatív befolyások számtalan és különféle egészségügyi következményekkel járhatnak a lányokra és a fiúkra nézve; (3) a nemi normákat illető nonkonformitás és e normák megsértése káros lehet az egészségre, különösen akkor, ha negatív szankciókkal járnak; és (4) a nemi normák egészségre gyakorolt hatása kontextus-függő lehet, mely óvatosságra int a nemi egyenjogúság előmozdítására törekvő hatékony egészségpolitika és programok kialakításakor. A szerzők megemlítik, hogy a témában folytatott kutatások bizonyos populációkkal és területekkel

nem foglalkoznak és javaslatot tesznek a kutatások továbbfejlesztésére.

A sorozat harmadik írása a nemek közötti egyenlőtlenségek csökkentése és a korlátozó nemi normák megváltoztatása érdekében létrehozott egészséget javító programokkal és törvényi szabályozásokkal foglalkozik, szakirodalom-feltárás segítségével. A szerzők négy egymást erősítő tényezőt azonosítottak a programok esetében: (1) multiszektorális tevékenység, (2) többszintű, többfeladatos részvétellel, (3) szerteágazó programok, és (4) társadalmi részvétel és felhatalmazás. A fenti feltáró munkát követően a szerzők olyan törvényekkel és politikákkal kapcsolatos oktatásra, munkára és jövedelemre vonatkozó eredeti kvázi-kísérleti vizsgálatokat végeztek, amelyekben mélyen gyökereznek a nemek közötti egyenlőtlenségek. Eredményeik szerint azok a törvények és politikák, amelyek ingyenessé tették az alapfokú oktatást és azok, amelyek fizetett szülési és gyermekgondozási szabadságot biztosítanak szignifikánsan javították a nők és gyermekeik egészségén és pozitív hatással voltak a háztartáson belüli döntéshozatal nemek közötti egyenlőségére. Összefoglalóan, azok a politikák és programok, amelyek az oktatás területén nagyobb egyenlőséghez vezetnek, a születéskor várható élettartam növekedését eredményezhetik mindkét nem esetében, míg a munka világában bevezetett hasonló intézkedések a nők születéskor várható élettartamára vannak pozitívabb hatással.

A sorozat negyedik tanulmánya az egészségügyi ellátórendszerek szerepét vizsgálja a korlátozó nemi normák és a nemek közötti egyenlőtlenségek újratermelésében és megerősítésében. A szerzők kvalitatív és kvantitatív kutatások segítségével arra az eredményre jutottak, hogy az egészségügyi ellátórendszerek ráerősítenek a betegek hagyományos nemi szerepeire és figyelmen kívül hagyják a nemek közötti egészségesély-egyenlőtlenségeket; az egészségügyi rendszer modellek és a klinikai programok ritkán érvényesítenek nemi szempontokat, és a női egészségügyi dolgozók kisebb tekintéllyel rendelkeznek, mint férfi társaik, gyakran alulértékelik és sértegetik őket. Egyik lehetséges megoldásként a női orvosok nagyobb mértékű jelenlétét célozza több intézkedés is, de a nemek létszámbeli egyenlősége önmagában még nem eredményez nemi egyenjogúságot. A szerzők megállapították, hogy a nővérek intézményi támogatása és megbecsülése javítja az ellátás minőségét, és hogy a nőket

felhatalmazó kollektívák növelhetik az egészségügyi ellátórendszerhez való hozzáférést és a szolgáltató fogékonyságát. A nemet olyan alapvető tényezőnek kell tekinteni, amely meghatározza és formálja az egészségügyi ellátórendszereket és az egészséget. A sorozat ötödik, egyben utolsó írása a nemek és az egészség közötti kapcsolat három mítoszaról

kívánja lerántani a leplet. A mítoszok a következők: 1. a nemi normák nem befolyásolják az egészségi állapotot; 2. a nemi normák berögzültek és nem megváltoztathatók; 3. a nemi normák megfoghatatlanok és nem mérhetőek. A szerzők mindhárom mítoszt szembeállítják az empirikusan megtapasztalt valósággal.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A The Lancet cikksorozatának aktualitása vitathatatlan. Társadalmunkban a mai napig folyamatosan megtapasztalhatók a nők és a férfiak esélyei közötti különbségek, kiemelten a munka és a hatalom világában. Elnőiesedett szakmákról beszélhetünk (horizontális szegregáció), melyek társadalmi megbecsültsége is alacsonyabb. A munkahelyi előmenetel ugyancsak fontos kérdés, hiszen a vezető pozíciókat inkább a férfiak töltik be (vertikális szegregáció). Az egyenlő munkáért egyenlő bért elve is sérül, az Európai Unió szintjén 17% körül mozog a bérszakadék. A hagyományos nemi szerepeket hangsúlyozó társadalmunkban a nőknek többszörös – munkahelyi, családi – elvárásoknak kell megfelelniük, mely nagyobb leterheltséget, nagyobb stresszt jelent, ezáltal nagyobb veszélyt az egészségi állapotra. Bár a nők születéskor várható élettartama mintegy hét évvel magasabb a férfiakénál, az egészségben megélt életek között már szinte eltűnik a különbség. A nemi esélyegyenlőség sérülése erősen hatással van az egészségre, így kiemelten fontos mind társadalompolitikai, mind egészségpolitikai szinten orvosolni a kérdést.

Cikkismertetés: Iskolai étkeztetési szakpolitika megvalósításának rendszerszintű vizsgálata Kanadában

Article review: System-Level investigation of School Food Policy Implementation in Canada

Ismertető: Devosa Iván ✉
Neumann János Egyetem, Pedagógusképző Kar, Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Kutatócsoport, Kecskemét

Ismertetett cikk: McIsaac JLD, Spencer R, Stewart M, Penney T, Brushett S, & Kirk SF. Understanding System-Level Intervention Points to Support School Food and Nutrition Policy Implementation in Nova Scotia, Canada. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2019, 16, 712; doi:10.3390/ijerph16050712

Beküldve: 2020. 04. 21.
doi: 10.24365/ef.v61i2.592

Kulcsszavak: iskolai étkeztetési szakpolitika; komplex rendszerek; megvalósításelemzési keretrendszer

Keywords: school food policy; complex systems; Intervention Level Framework

HÁTTÉR

Az iskolai étkeztetési szakpolitikák (*school food and nutrition policies*, továbbiakban SFNP) végrehajtásának támogatása nemzetközi prioritást élvez a gyermekek és az ifjúság egészségesebb étkezésének ösztönzésére. Ezen szakpolitikák célja az egészséges táplálkozáshoz való méltányos hozzáférés, az erőforrások és az egészséges táplálkozás támogatása. Annak ellenére azonban, hogy elismerik az SFNP-k hatását, számos végrehajtást akadályozó tényező vált ismertté. A tanulmány készítői arra törekedtek, hogy az iskolai étkeztetésen belüli rendszerszintű beavatkozási pontokat feltárják, Új-Skóciában, Kanadában.

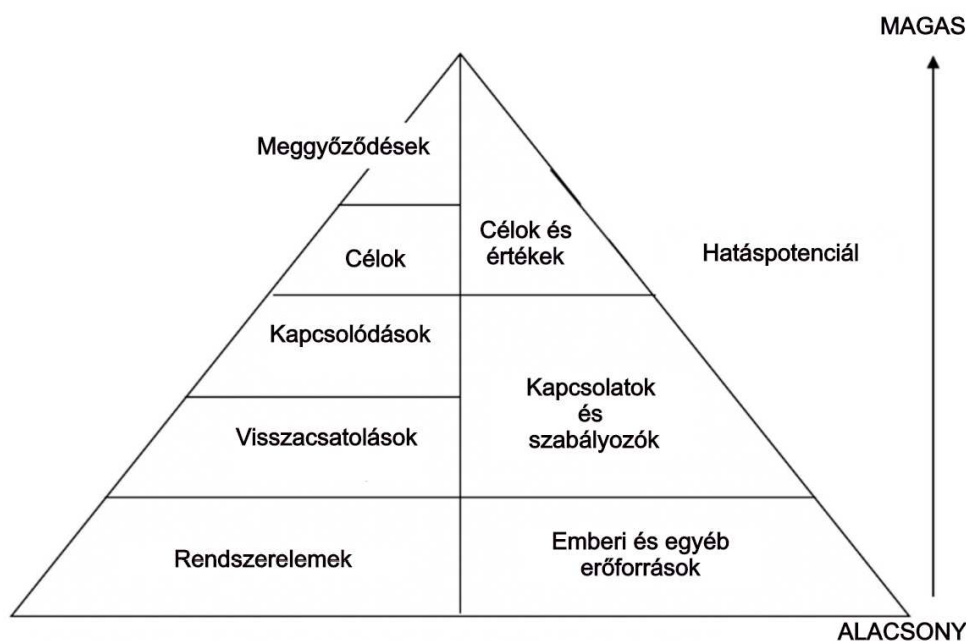
MÓDSZER

A kutatás a kanadai Új-Skóciában zajlott 2016-2017 folyamán 33 résztvevő bevonásával, köztük taná-

rok, szülők, konyhai dolgozók, népegészségügyi szakemberek és nonprofit szervezetek munkatársai. A résztvevőkkel interjú készült, majd azok feldolgozásával kapott adatokból módosították a Megvalósításelemzési Keretrendszert (*Intervention Level Framework*, röviden ILF) és végül az ILF használatával három beavatkozási pontot azonosítottak az SFNP-n belül. Az interjúk átiratát először kódolták, majd csoportba sorolták és végül az ILF segítségével elemezték. [1. ábra]

Az ILF szintjei felfelé rendre nagyobb hatáspotenciállal bírnak, azaz minél magasabb szinten történik a beavatkozás, annál nagyobb hatás várható. [1. táblázat] Ennek segítségével jobban értelmezhetőek a rendszerek szintjei közötti interakciók. A módosított modell alkalmazásának segítségével hatékonyabb szakpolitikai intézkedések hozhatók, amelyek az adott szakpolitika hatékony megvalósítását támogatják.

1. ábra: Beavatkozási pontok hatáspotenciálja (Bal oldal a kiinduló modell, jobb oldal az eredményül kapott modell)



Forrás: saját szerkesztés az eredeti változat alapján

1. táblázat: A Megvalósításelemzési Keretrendszer felépítése

Szintek	Leírás
Meggyőződések	Rendszer legmagasabb szintje: a rendszer céljainak, szabályainak és struktúráinak forrása. Nehéz beavatkozni ezen a szinten, de nagyon hatékony lehet.
Célok	A rendszer paradigmájának (meggyőződéseinek) megfelelő célok, amelyeket el kell érni a paradigma átalakulásához. Az intézkedések ezen a szinten megváltoztathatják a teljes rendszer céljait.
Kapcsolódások	Kapcsolatok a rendszerelemek és az alrendszerek között: az ezen a szinten végrehajtott intézkedések megváltoztatják a rendszer felépítését, a rendszerkapcsolatokat, vagy akár új elemeket is létrehozhatnak.
Visszacsatolások	Lehetővé teszi a rendszer számára, hogy szabályozza magát azáltal, hogy információkat szolgáltat a kimenetről: különböző tevékenységek visszahatása a cselekvő forráshoz. Ezen a szinten megvalósított intézkedések új visszacsatolási hurkot hozhatnak létre vagy növelhetik a már meglévő hurkok hatékonyságát.
Rendszerelemek	A rendszer alrendszerei, szereplői és fizikai elemei: a beavatkozás legegyszerűbb szintje. Ezen a szinten általában számos intézkedésre van szükség a rendszerszintű változás eléréséhez.

Forrás: Johnston et al. ábrájának magyar változata: Johnston, L.M.; Matteson, C.L.; Finegood, D.T. Systems Science and Obesity Policy: A Novel Framework for Analyzing and Rethinking Population-Level Planning.

EREDMÉNYEK

Az 1. ábra az iskolai étkeztetési rendszer szerkezeti elemeire és részeire vonatkozik, összhangban az

ILF-fel. A tanulmány résztvevői: tanulók, családok, tanárok, igazgatók, a kávézóban dolgozók, az élelmiszer-forgalmazók, az iskolaszék, a kormány és a különféle külső érdekelt felek, például közösségi

szervezetek és kiskereskedelmi vagy gyorséttermi üzletek.

Az ILF legalsó szintjén („Emberi és egyéb erőforrások”) úgy találták, hogy nem minden szereplő vonódik be az iskolával kapcsolatos egyeztetésekbe, az élelmezési politika végrehajtásába, vagy az ahhoz kapcsolódó konkrét felelősségek viselésébe. Az egyeztetések nagy része, a résztvevők az iskolai élelmezési rendszerek létrehozására és fenntartására gyakorolt feladatiról szólt.

A „Kapcsolatok és szabályozók” szintjén a résztvevők közötti interakciók, kommunikációs mechanizmusok magasabbak szintűek, az ebben résztvevő döntéshozók gyakran vitatták az erőforrásokat és azok hiányát: a legfőbb problémának a rendelkezésre álló anyagiak szűkösségét és az időkorlátot tartották. A tanulmány szerzői kiemelik, hogy egy kávézó alkalmazottja a következőt jegyezte meg: „Ha ilyen sok gyermeket szolgálsz ki, akkor valószínűleg nem készítheted a muffinjaid akármilyen alapanyagból. Olyannak kell lennie, amelyből az gyorsan elkészíthető”. Ez szorosan kapcsolódik a humánerőforrás kapacitáshoz.

KÖVETKEZTETÉSEK

A tanulmány megállapításai szerint a fenti három probléma (anyagi erőforrás-, idő- és emberhiány)

a következőkkel orvosolható: az egészséges iskolai étkezési környezet támogatása - ideértve a „jó gyakorlatok” megosztását - a költségvetés átdolgozása, eszközök biztosítása, folyamatos továbbképzések szervezése.

Mindezek eléréséhez rendszerszinten (ILF) kell cselekednie a felelősöknek, és amelyhez három beavatkozási pontot azonosítottak az iskolai étkeztetésre vonatkozó ILF-ben. Ezek támpontot jelentenek a döntéshozóknak tartományi szinten és akár más országokban is. A legmagasabb beavatkozási szint a „Célok és értékek”, amely lehetőséget kínál a szemléletváltásra az egészséges iskolai étkeztetésben. Ez tovább javítható az alacsonyabb szinten működő „Kapcsolatok és szabályozók”, illetve az „Emberi és egyéb erőforrások” megértésével. Ezek a szintek - amelyekről a tanulmány szerzői megállapították, hogy egymással szorosan összefüggenek - rávilágítanak az iskolai étkeztetés összetettségére, és arra is, hogy a beavatkozás legalacsonyabb szintjét képviselő „Emberi és egyéb erőforrások” mily nagy mértékben befolyásolják a teljes rendszer működését. A kutatás jelentősége, hogy hangsúlyozza a rendszer szereplőinek összehangolt együttműködésének fontosságát, valamint a rendszer legmagasabb beavatkozási pontjain végrehajtott változtatás kiemelt értékét az egészséges iskolai élelmezés támogatásának folyamatában.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A kanadai Új-Skóciában 2016-2017 folyamán lefolytatott kutatás eredményei Magyarországon is hasznosíthatóak, ugyanis az iskolai étkeztetésben az ott fennálló problémák (anyagi erőforrás-, idő- és emberhiány) nálunk is probléma. Ha a résztvevő felek érzik a jobb kommunikációt, munkájuk elismertségét, több pénzt juttatnak a döntéshozók a jobb minőségű és mennyiségű alapanyagok beszerzésére, nálunk is jelentősen javulhat az iskolai étkeztetés minősége, és csökkenne a „menzák” rossz megítélése. Ehhez a ILF alapján rendszer szintű beavatkozások szükségesek, azaz mindhárom szinten („Emberi és egyéb erőforrások”, „Kapcsolatok és szabályozók”, „Célok és értékek”) összehangoltan szükséges változtatni, ha tartós hatást kívánunk elérni.

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: Hogyan befolyásolta egy rendelet a boltok élelmiszerkínálatát, a vásárlási szokásokat és az otthoni készletet Minneapolis-ban?

Article review: How did a basic food ordinance affect the grocery store supply, the customers' buying habits, and the food quality of home-grown foods?

Ismertető: Devosa Iván ✉
Neumann János Egyetem, Pedagógusképző Kar, Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Kutatócsoport, Kecskemét

Ismertetett cikk: Melissa N. Laska, Caitlin E. Caspi, Kathleen Lenk, Stacey G. Moe, Jennifer E. Pelletier, Lisa J. Harnack and Darin J. Erickson (2019): Evaluation of the first U.S. staple foods ordinance: impact on nutritional quality of food store offerings, customer purchases and home food environments | *Int. J. Behav. Nutr. Phys. Act* 16:83
<https://doi.org/10.1186/s12966-019-0818-1>

Beküldve: 2020. 04. 30.
doi: 10.24365/ef.v61i2.595

Kulcsszavak: élelmiszer-hozzáférés; táplálkozás; élelmiszer-politika

Keywords: food access; nutrition; food policy

HÁTTÉR

Az alacsonyabb jövedelmű és etnikailag sokszínű közösségek az USA-ban csak korlátozott hozzáféréssel jutnak egészséges élelmiszerekhez, ugyanis a lakóhelyeik jellemzően kevés szupermarkettel és sok kisbolttal bírnak, amelyek általában minimális mennyiségben rendelkeznek egészséges élelmiszerekkel.

A jobb élelmiszer-hozzáférés érdekében 2015-ben megalkotott Minneapolis-i Staple Foods rendelet volt az első olyan szakpolitikai irányvonal/vezérelv, amely 10 kategóriában előírta az élelmiszer-áruházak számára az egészséges élelmiszerek/italok minimális arányát és mennyiségét, beleértve a gyümölcsöket, zöldségeket, teljes kiőrlésű gabonákat is. A tanulmány szerzői megvizsgálták, hogy a boltok

megfeleltek-e a szabályozásnak, az áruházakban kínált termékek általában egészségesebbek lettek-e a kutatás időszak alatt, az egészséges élelmiszer vásárlások száma növekedett-e, emellett a kisbolti vásárlók otthon tárolt élelmiszerei egészségesebbek lettek-e?

MÓDSZER

A vonatkozó adatokat négy körben gyűjtötték össze: a rendelet hatályba lépése előtt, a felkészülési időszakban, majd a törvény hatályba lépésének évében és a rákövetkező évben (utánkövetés) 2014-2017 között. A véletlenszerűen kiválasztott kisboltokban a kutatók felmérték az élelmiszerek elérhetőségét, árát, minőségét, kihelyezésének módját és bolton

belüli elhelyezését. A felmérés helyszíne Minneapolis (n=84 üzlet), - illetve az összehasonlításhoz (kontrollként) – a közeli St. Paul (Minnesota) kisvárosa (n=71 üzlet) volt. A kutatásból kizárták a szupermarketeket, különleges táplálék-kiegészítőket forgalmazó szaküzleteket (WIC) és a speciális kínálatú szaküzleteket (pl. fűszerüzletek). Az űrlapokat 3039 vásárló töltötte ki. A gyakori vásárlók almintájánál (n=88 fő) otthoni látogatásokra került sor, ekkor felmérték az otthoni élelmiszer-készleteket is.

EREDMÉNYEK

Az eredmények alapján elmondható, hogy jelentős javulást tapasztaltak a vizsgált 4 év alatt az egészséges élelmiszer-kínálat szempontjából a kiskereskedőknél mind Minneapolis, mind St. Paul városokban, emellett nem volt jelentős különbség a változás mértékében a két város között. A Minneapolis-i Staple Foods rendeletben foglalt követelményeknek 2017-ben a mintában szereplő minneapolis-i kiskereskedőknek csak 10%-a felelt meg teljes mértékben, illetve 51%-a felelt meg a 10 előírt szabvány közül legalább 8-nak. Ezzel ellentétben kevés változást figyeltek meg a kutatók az egészségesebb

vásárlások számának növekedésében, vagy az otthon tárolt élelmiszerek egészségesebbé válásában a kisboltban gyakran vásárlók körében, és ezek a változások nem különböztek a városok között sem.

KÖVETKEZTETÉSEK

Bár jelentős erőfeszítéseket tettek a Minneapolis-i Staple Foods rendelet kidolgozása során, hogy a szabványok észszerűek és megvalósíthatók legyenek még a város legkisebb élelmiszer-kiskereskedői számára is, úgy tűnik, hogy a kiskereskedők még mindig nehézségekkel néznek szembe a követelmények teljesítése során. További vizsgálatok kellenek ahhoz, hogy megértsük, mik ezek a nehézségek, esetleges megértési problémák, és hogyan lehet azokat leküzdeni. Lehetséges az is, hogy még azok a kiskereskedők sem teljesítik a rendeletben foglaltakat, akik könnyen meg tudnának felelni az előírásoknak, amelynek oka talán az ellenőrzés elégtelensége lehet. Ha és amikor a végrehajtás hatásfoka javul, a szakpolitikai hatások nyomán követéséhez újabb vizsgálatokra lesz szükség.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A hazai kiskereskedelmet szabályozó számos rendeletnél tapasztalhatjuk a kereskedők és vásárlók „ellenállását”, melyet a szakpolitikák kidolgozói sokszor értetlenkedéssel fogadnak, és a hivatalok rögtön szankciókkal, büntetéssel próbálják kikényszeríteni a végrehajtásukat. Hazánkban nem jellemző, hogy nyelvi korlátok miatt nem tudnák értelmezni a rendeletben foglaltakat, – mint a kutatásban pl. a spanyolajkú kisboltosok – ám az már gyakori, hogy a jogilag pontosan megfogalmazott szöveg teljes tartalma nem jut át a jogi ismeretekkel nem bíró kiskereskedőkhöz és vásárlóikhoz. Ennek ismeretében érdemes lenne a hazai rendeletalkotóknak figyelembe venni a fent említett szövegértési problémát, illetve – főleg a vásárlók irányában – részletesebben elmagyarázni, indokolni a különböző döntések, határozatok meghozatalának okát. Ez – több tanulmány szerint is – már önmagában jelentősen javítja az együttműködési hajlandóságot.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Köszönettel tartozom a kézirat elkészítésének 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.

Tematikus cikkválogatás a társadalomtudomány területéről

Az alábbi válogatás az Egészségfejlesztés folyóirat 2016-2019 lapszámaiból a társadalomtudomány területén hasznosítható közlemények linkjeit tartalmazza.

[Cikkismertetés: Hogyan változott az iskolázottságnak a várható élettartamra kifejtett hatása Belgiumban?](#)

Maródi Ágnes

[Részvétel A Közösség Által Támogatott Mezőgazdaságban: A Társas Támogatás Szerepe](#)

Birtalan Ilona Liliána, Kis Bernadett, Rácz József, Bárdos György

[A Szubjektív Egészségi Állapot Egészségszociológiai Aspektusai](#)

R. Fedor Anita

[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

[Ismeretetés: Egy közösségi alapú rendszerdiagram az elhízás okairól](#)

Czér Polla, Földesi Judit

[Ismeretetés: Társadalmi problémának tekintjük az elhízást?](#)

Csizmadia Péter

[Ismeretetés: 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 egészségügyenlétlenségek 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 2016-2020 lapszámaiból a viselkedés, az egészségmagatartás és a mentális egészség területén hasznosítható közlemények linkjeit tartalmazza.

[Szakmai vezetőknek 1 percben: Az Európai Alkohol Akcióterv végrehajtása](#)

Devosa Iván

[Komplex iskolai egészségfejlesztő program a COM-B modell tükrében](#)

Eörsi Dániel, Árva Dorottya, Herczeg Vivien, Terebessy András

[Cikkismertetés: A kannabisz orvosi és rekreációs célú használata – Kérdések és válaszok](#)

B. Erdős Márta

[Cikkismertetés: Az egyéni választáson túl](#)

Csizmadia Péter

[Cikkismertetés: Live 5-2-1-0, azaz a gyermekkori elhízás megelőzése rendszerszintű gondolkodással és közösségek bevonásával](#)

Prievara Katalin Dóra

[Cikkismertetés: Hogyan változott az iskolázottságnak a várható élettartamra kifejtett hatása Belgiumban?](#)

Maródi Ágnes

[Cikkismertetés: A fizikai aktivitás során bekövetkezett változások mérése intervenció vizsgálatokban](#)

Hanzel Adrienn

[Cikkismertetés: Sporttal az egészség társadalmi egyenlőségéért](#)

Mózes Noémi

[Cikkismertetés: Új pszichoaktív szerek: kihívások a monitorozás, a szabályozás és a népegészségügyi válaszlépések területén](#)

Péterfi Anna, Tarján Anna, Horváth Gergely Csaba

[Cikkismertetés: Ha öt szabályt betartunk, tíz évvel tovább maradhatunk egészségesekek](#)

Balogh Erika

[Cikkismertetés: Nem segített a HeLP az iskolások elhízásának megelőzésében](#)

Vitrai József

[Új adatok a magyar serdülőkorúak egészséget befolyásoló szokásairól és egészségi állapotáról](#)

Németh Ágnes

[Dohányzásról anno és most](#)

Balogh Erika

[Nyíregyháza felnőtt lakosságának táplálkozási szokásai, tápláltsági állapota](#)

Sárváry Attila, Szelesné Dr. Árokszállási Andrea, Gyulai Anikó, Jávorné Dr. Erdei Renáta

[Társas kapcsolatok és mentális egészség szegregált településrészekben](#)

Husztai Éva, Ember Zsolt

[Lelki egészség Nyíregyháza lakosai körében](#)

Sárváry Andrea, Majer Réka, Jávorné Erdei Renáta

[A felnőtt lakosság dohányzási szokásai Nyíregyházán](#)

Rákóczi Ildikó, Sárváry Attila, Gyulai Anikó, Takács Péter, Jávorné Erdei Renáta

[Serdülőök étkezési szokásai az „egészség-hit-modell”, illetve az énhatékonyság, az optimizmus és az önkontroll tükrében](#)

Szabó Katalin, Pikó Bettina

[Cikkismertetés: Az önbizalom és a nem hatása a stressz-reakciókra](#)

Varga Szabolcs

[Cikkismertetés: Hatékony eszköz-e a pénzvisszatérítés egészséges élelmiszerek vásárlásának ösztönzésére?](#)

Skerlecz Petra

[Cikkismertetés: Tanuljunk együtt, hogy csökkenjen az iskolai zaklatás és agresszió!](#)

Járomi Éva

[Cikkismertetés: Hasznos a jó szomszédi viszony?](#)

Prievara Katalin Dóra

[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: Alkoholfogyasztási szokások és a májcirrózis kockázata: A Million Women Study elemzése](#)

Czér Polla

[Cikkismertetés: Alkoholfogyasztás, 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

[Egészségmagatartás 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: 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: 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 Gyermeorvosok Társasága körlevele a korai gyermekkor fontosságáról](#)

[SZERKESZTŐSÉGI KÖZLÉS: Képzeld el!](#)

[Tartui felhívás az egészséges életmódért – 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 Alpac-ból, Egyesült Királyság, longitudunális 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 2016-2020 lapszámaiból az egészséges táplálkozás, elhízás területén hasznosítható közlemények linkjeit tartalmazza.

[Cikkismertetés: Hogyan hat az élelmiszerárak változása fogyasztói szokásainkra?](#)

Devosa Iván

[Szakmai vezetőknek 1 percben: Az Európai Alkohol Akcióterv végrehajtása](#)

Devosa Iván

[Serdülőök étkezési szokásai az „egészség-hit-modell”, illetve az énhatékonyság, az optimizmus és az önkontroll tükrében](#)

Szabó Katalin, Pikó Bettina

[Részvétel a közösség által támogatott mezőgazdaságban: a társas támogatás szerepe](#)

Birtalan Ilona Liliána, Kis Bernadett, Rácz József, Bárdos György

[Nyíregyháza felnőtt lakosságának táplálkozási szokásai, tápláltsági állapota](#)

Sárváry Attila, Szelesné Dr. Ároksházi Andrea, Gyulai Anikó, Jávoriné Dr. Erdei Renáta

[Cikkismertetés: Hatékony eszköz-e a pénzvisszatérítés egészséges élelmiszerek vásárlásának ösztönzésére?](#)

Skerlecz Petra

[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 rágcsálnivalók 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: 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: 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 érték közvetítés 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 egészségműveltség és egészségkultúra területéről

Az alábbi válogatás az Egészségfejlesztés folyóirat 2016-2020 lapszámaiból az egészségműveltség és egészségkultúra területén hasznosítható közlemények linkjeit tartalmazza.

[Cikkszemle: Hogyan növelhető bizonyított hatékonysággal az egészségműveltség?](#)

Mátyás Gabriella

[A légszennyezés egészségkárosító hatásának közismertsége Magyarországon északi-keleti részén](#)

Juhászné Szalai Adrienn, Kiss-Tóth Emőke

[Szülői egészségértést vizsgáló, kulturálisan adaptált kérdőív létrehozása: koncepció és tanulságok](#)

Gács Katalin Zsófia, Kun Eszter, Koltai Anna Júlia

[Cikkismertetés: Digitális Egészségműveltség-mérő Eszköz fejlesztése](#)

Varga Szabolcs

[Cikkismertetés: Eszközök az egészségműveltség mérésére az általános populációban – rendszerezett szakirodalmi áttekintés](#)

Varga Szabolcs

[Egyetemi hallgatók egészségműveltségének vizsgálata](#)

Végh Balázs, Bíró Éva

[Ismertetés: Az egészségműveltség iskolákban történő fejlesztésének etikai alapjai: érvek \(„miért”\), irányok \(„mit”\) és hangszínek \(„hogyan”\)](#)

Szabó Tímea Pálma

[A HPV-oltás és a szülői egészségértés – kanyargós út az oltásig](#)

Kun Eszter

[Cikkismertetés: Pozitív mentális egészségműveltség: a norvég ifjúság körében kifejlesztett és validált mérőeszköz](#)

Maczali Katalin

[Iskola-alapú tanterv a depresszió-műveltség fejlesztésére amerikai középiskolás diákok számára: egy randomizált hatásosság-vizsgálat](#)

Maczali Katalin

[A magyarországi egészségértés nemzetközi összehasonlításban](#)

Koltai Júlia, Kun Eszter

[Az egészségműveltség definíciói](#)

Csizmadia Péter

[Az értés fél egészség](#)

Borjádi Györgyi

[Ismertetés: Az egészség kulturális kontextusban: a narratív kutatás egészségügyi szektorbeli alkalmazása](#)

Csáki Máté

[Cikkismertetés: Hogyan kellene az egészségkultúrát megváltoztatni?](#)

Vitrai József

[Hogyan fejlesszük egy ország egészségkultúráját? A RAND Corporation jelentésének ismertetése](#)

Kaposvári Csilla, Vitrai József

[Hogyan befolyásolja a kultúra az egészséget és a jóllétet? I. rész: Az egészség kulturális beágyazottsága](#)

Vitrai József

[Hogyan befolyásolja a kultúra az egészséget? II. rész: Táplálkozás, kultúra és egészség](#)

Nagy Barbara

[Hogyan befolyásolja a kultúra az egészséget és a jóllétet? III. rész: Környezet, kultúra és egészség](#)

Csizmadia Péter

Tematikus cikkválogatás az iskolai egészségfejlesztés területéről

Az alábbi válogatás az Egészségfejlesztés folyóirat 2016-2020 lapszámaiból az iskolai egészségfejlesztés területén hasznosítható közlemények linkjeit tartalmazza.

[Leendő és gyakorló biológiatestőrök egészségdefinícióinak összehasonlító elemzése](#)

Végh Veronika, Pusztafalvi Henriette

[Komplex iskolai egészségfejlesztő program a COM-B modell tükrében](#)

Eörsi Dániel, Árva Dorottya, Herczeg Vivien, Terebessy András

[Cikkismertetés: Sporttal az egészség társadalmi egyenlőségéért](#)

Mózes Noémi

[Cikkszemele: Hogyan növelhető bizonyított hatékonysággal az egészségműveltség?](#)

Mátyás Gabriella

[Cikkismertetés: Nem segített a HeLP az iskolások elhízásának megelőzésében](#)

Vitrai József

[Új adatok a magyar serdülőkorúak egészséget befolyásoló szokásairól és egészségi állapotáról](#)

Németh Ágnes

[A szemléletváltás szükségességéről – Helyzetjelentés az 1960-as évek egészségfejlesztő szakember képzéséről](#)

Prievara Dóra Katalin

[Az egészség egyenlőtlenségek megjelenítése a 60-as években](#)

Tarkó Klára

[Serdülők étkezési szokásai az „egészséghit-modell”, illetve az énhatékonyság, az optimizmus és az önkontroll tükrében](#)

Szabó Katalin, Pikó Bettina

[Szülői egészségértést vizsgáló, kulturálisan adaptált kérdőív létrehozása: koncepció és tanulságok](#)

Gács Katalin Zsófia, Kun Eszter, Koltai Anna Júlia

[Cikkismertetés: Tanuljunk együtt, hogy csökkenjen az iskolai zaklatás és agresszió!](#)

Járomi Éva

[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](#)

Szalaiiné 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

[Egészségmagatartás 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

[Bemutakozik 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, Soósé Kiss Zsuzsanna, Füzi 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 prevenciók 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 szájápolás - 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](#)

Zsiros 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

Tematikus cikkválogatás az egészségügyenlőtlenségek területéről

Az alábbi válogatás az Egészségfejlesztés folyóirat 2016-2020 lapszámaiból az egészségügyenlőtlenségek területén hasznosítható közlemények linkjeit tartalmazza.

[Cikkismertetés: Az egyéni választáson túl](#)

Csizmadia Péter

[Cikkismertetés: Hogyan változott az iskolázottságnak a várható élettartamra kifejtett hatása Belgiumban?](#)

Maródi Ágnes

[Cikkismertetés: Sporttal az egészség társadalmi egyenlőségéért](#)

Mózes Noémi

[Az egészségügyenlőtlenségek megjelenítése a 60-as években](#)

Tarkó Klára

[Cikkismertetés: A betegségek és sérülések hozzájárulása a várható élettartam-egyenlőtlenségek fokozódásához.](#)

Fromvald Tamás

[Beszámoló az "Egészségügyenlőtlenségek Magyarországon" rendezvényről](#)

Uzzoli Annamária

[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

[Cikkismertetés: A rendszertudomány alkalmazása az egészséges táplálkozással kapcsolatos egyenlőtlenségek feltárásához](#)

Krakkó Ágnes

[Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés területi egyenlőtlenségeinek vizsgálata az akut miokardiális infarktus okozta halálozás adatainak felhasználásával](#)

Uzzoli Annamária, Vitrai József, Tóth Gergely

[Az egyenlőtlenségek alapvető társadalmi okai és az elmélet alkalmazási lehetőségei az egészségügyi szakpolitikákban](#)

Csizmadia Péter

[Az egészségügyenlőtlenségek csökkentésének nehézségei](#)

Csizmadia Péter

Beszámoló az egészség társadalmi meghatározóival és az egészségegyenlőtlenségekkel foglalkozó szakértői munkacsoport üléséről

Csizmadia Péter