

MEGÚJULÁS!

RENEWAL!

Talán nem is időzíthettük volna jobban az Egészségfejlesztés folyóirat megújítását, mint az élet megújulását színekkel és illatokkal megjelenítő tavaszra, és az egy éve tartó járvány szorításának enyhülésére.

Mint előző számunkban jeleztük, a folyóirat megjelenését és szerkesztését biztosító informatikai feltételeket ezentúl az MTA Könyvtár és Információs Központ biztosítja, emiatt a régi-új lap már itt érhető el: <https://ojs.mtak.hu/index.php/egfejl>. A régi lapszámok az új honlapon elérhetők — igaz, egyelőre még a régi helyükön olvashatók —, de idén azok is átkerülnek majd új helyükre.

Kéziratok feltöltésére is az új felületen van lehetőség, [regisztrációt](#) követően, a [szerzői útmutató](#) alapján.

Mit jelent a megújulás az olvasóknak? Korszerűbb és áttekinthetőbb felületet, gyors és jól működő keresési lehetőséget. Mit a leendő szerzőknek? Könnyen kezelhető beküldési, nyomon követési ablakokat, kommunikációs csatornát. S mit a szerkesztőknek? Gördülékenyen működő

szerkesztőségi szoftvert, ami ezentúl lehetővé teszi a folyóirat magyar-angol nyelvű megjelenését is.

Mi az, ami nem változik? A Szerkesztőség elkötelezettsége a lap küldetésének teljesítése iránt: *„...hogyan előmozdítsa az egészségügy, valamint más szektorok különböző szakterületei közötti szakmai kommunikációt, és hozzájáruljon a hazai egészségfejlesztés és a népegészségügy színvonalának emeléséhez, ezáltal a hazai lakosság egészségének javításához.”* E törekvésünket „látványosan” támogatják, visszajelzik olvasóink, szerzőink, hiszen az online forma 2016-os indulása óta a folyóirat olvasottsága folyamatosan növekszik. A legutolsó, március elején megjelent lapszám cikkeinek összefoglalóit 9000-nél többször nyitották meg, és az online elolvasott vagy letöltött írások száma közel 6000 volt! Ez napi mintegy 150, illetve 100 alkalomnak felel meg!

Ha ránézünk az elmúlt öt évben megjelent közlemények alábbi olvasottsági adataira, a címben jelzett témák sokszínűsége ugyancsak a céljaink teljesülését igazolja vissza:

Megtekintések száma	Közlemény címe	Szerzők	Lapszám
ÖSSZEFOGLALÓ			
1368	Egészséges életmóddal kapcsolatos kutatások a hazai iskolákban	Járomi É, Szilágyi K, Vítai J	2016. 1.
1160	Az egészségműveltség definíciói	Csimadia P	2016. 3.
1083	Hazai egészség-pillanatkép, 2017	Vítai J, Bakacs M, Varsányi P	2017. 4.
1064	A kortársbántalmazás (bullying) mint népegészségügyi probléma	Várnai D, Zsíros E, Németh Á	2016. 4.
1035	Kortárs egészségfejlesztési programok gyermekek és fiatalok körében a hazai és a nemzetközi szakirodalom tükrében – Szisztematikus áttekintés	Lukács-Jakab Á et al.	2018. 1.
1033	A fizikai aktivitás, mint egészségbefektetés	Gabnai Z et al.	2019. 1.
966	A magyarországi egészségértés nemzetközi összehasonlításban	Koltai J, Kun E	2016. 3.
952	Családközpontúság és ágazatközi együttműködés a kora gyermekkori intervencióban	Kereki J, Kispéter L-né	2018. 5.

790	Egészségkommunikációs Felmérés Eredményei I. - Felnőtt felmérés	Balku E, Vitrai J	2016. 2.
776	Egészségfejlesztő program középiskolások körében – Az alapállapot felmérés eredményei	Pénzes G, Bíró É	2018. 4.
TELJES KÖZLEMÉNY			
3964	A csecsemőkori allergia-megelőzés korszerű irányelvei és lehetőségei	Réthy A	2017. 1.
2247	Egészségfejlesztési Irodák hálózata	Bezzegh P	2016. 1.
1892	Egészséges életmóddal kapcsolatos kutatások a hazai iskolákban	Járomi É, Szilágyi K, Vitrai J	2016. 1.
1644	A fizikai aktivitás, mint egészségbefektetés	Gabnai Z et al.	2019. 1.
1604	Energiaital fogyasztási szokások és egészségtudatosság a felsőfokú képzésben résztvevő hallgatók körében	Dojcsákné Kiss-Tóth É, Kiss-Tóth E	2018. 4.
1341	Magyarország népegészségügyi rendszere és egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezetei	Túri G et al.	2018. 2.
1137	Hazai egészség-pillanatkép, 2017	Vitrai J, Bakacs M, Varsányi P	2017. 4.
982	Családközpontúság és ágazatközi együttműködés a kora gyermekkori intervencióban	Kereki J, Kispéter L-né	2018. 5.
941	Megjelent az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása kutatás legújabb felmérésének nemzetközi jelentése	Németh Á	2016. 1.
936	Kiskorúak egészségügyi ellátása Magyarországon betegjogi aspektusból	Feith JH	2018. 5.
"ÉRDEKESSÉG"			
2,70	Hazai Egészségpillanatkép, 2020. Gyorsjelentés a Global Burden of Disease Study 2019 adatai alapján	Vitrai J, Bakacs M	2021. 1.
2,64	A csecsemőkori allergia-megelőzés korszerű irányelvei és lehetőségei	Réthy A	2017. 1.
2,09	A fizikai aktivitás, mint egészségbefektetés	Gabnai Z et al.	2019. 1.
1,81	A koronavírusjárvány-helyzet pszichológiai hatásai és azok enyhítése – áttekintő közlemény 441 magyar felnőtt véleményével	Szabó Cs, Pukánszky J, Kemény L	2020. 4.
1,69	Energiaital fogyasztási szokások és egészségtudatosság a felsőfokú képzésben résztvevő hallgatók körében	Dojcsákné Kiss-Tóth É, Kiss-Tóth E	2018. 4.
1,34	Cikkismertetés: Irodalmi áttekintés: Hogyan javíthatunk a fiatalok étkezési szokásain?	Bíró FM	2021. 1.
1,23	Egészségfejlesztési Irodák hálózata	Bezzegh P	2016. 1.
1,23	Magyarország népegészségügyi rendszere és egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezetei	Túri G et al.	2018. 2.
1,17	Teddy Maci Online Képregény	Hudák N	2021. 1.
1,09	Családközpontúság és ágazatközi együttműködés a kora gyermekkori intervencióban	Kereki J, Kispéter L-né	2018. 5.

A témák változatossága egyértelműen arra utal, hogy a népegészségügy különféle szakterületeiről érkeznek szerzőink.

A visszajelzések alapján folytatni kívánjuk eddigi szerkesztőségi „politikánkat”: fórumot kínálni a szakmai kommunikációnak a hazai népegészségügyben végzett tevékenységekről, és bemutatni azokat a nemzetközi szaksajtóban megjelent írásokat, amelyek hasznosak lehetnek a hazai szakemberek számára.

A szerkesztőség ez alkalommal is köszöni olvasói fokozódó érdeklődését. Köszöni továbbá a szerzőknek, hogy olyan témájú és színvonalú kéziratokat nyújtanak be, melyeket az olvasók szívesen fogadnak.

Reméljük, hogy a megújult folyóirat tovább növeli olvasóink és szerzőink elégedettségét — ami, majd a további olvasottsági statisztikában is visszamérhető lesz.

A Szerkesztőség

Időskorúak mentális egészségét befolyásoló tényezők

Factors affecting mental health among elderly people

Szerzők: Pukánszky Judit¹ ✉, Szabó Csanád,² Lantos Katalin³

Beküldve: 2020. 10. 11.

Doi: 10.24365/ef.v62i2.5999

Kulcsszavak: időskor; élettél való elégedettség; élet értelmessége; társas kapcsolatok; magányosság
Keywords: elderly people; life satisfaction; meaning in life; social relationships; loneliness

Összefoglaló

Bevezetés: Tanulmányunkban a mentális egészséggel összefüggésbe hozható változókat (élettél való elégedettség, élet értelmességének érzése, pszichés közérzet, pszichoszomatikus tünetek, társas kapcsolatok, magányosság) vizsgáltuk időskorúak körében.

Módszertan: Kérdőíves vizsgálatunkban 113 fő (32 férfi és 81 nő), 70–96 év közötti személy vett részt (átlagéletkor = $78,63 \pm 6,57$ év), akiket az otthonukban vagy két időotthonban kerestünk fel. A vizsgálatban a következő mérőeszközöket alkalmaztuk: UCLA magányossági skála, pszichés közérzet-skála, rövidített stressz- és megküzdéskérdőív élet értelmességét mérő alskálája, élettél való elégedettségskála, ezen kívül felmértük a pszichoszomatikus tünetek számát, valamint a szociális találkozások gyakoriságát a rokonokkal, barátokkal és a szomszédokkal.

Eredmények: Mintánkon a következő átlagértékeket kaptuk: magányossági skála $37,60 \pm 9,20$; pszichés közérzet-skála: $14,18 \pm 4,38$; rövidített stressz- és megküzdéskérdőív élet értelmessége alskála: $11,98 \pm 2,62$; élettél való elégedettségskála: $23,01 \pm 7,99$, pszichoszomatikus tünetek száma: $12,99 \pm 3,69$. A megkérdezettek 64,6%-a mindennap beszélget a szomszédaival, 31%-a mindennap találkozik a barátaival, 27,4%-a pedig mindennap találkozik a rokonaival. Az élettél való elégedettség szignifikánsan negatívan korrelált a magányosság értékével ($r = -0,35$, $p < 0,01$), a pszichés közérzettel (mely faktornál a magasabb pontérték negatívabb pszichés közérzetre utalt) ($r = -0,43$, $p < 0,01$), és a pszichoszomatikus tünetek számával ($r = -0,51$, $p < 0,01$). A pszichés közérzet és a pszichoszomatikus tünetek száma között jelentős pozitív összefüggést találtunk ($r = 0,61$, $p < 0,01$). A résztvevők három csoportja között (házastársával, egyedül, időotthonban él) szignifikáns különbség ($F(3,109) = 3,01$, $p = 0,03$) volt a magányosság terén. Az LSD (Least Significant Difference) post-hoc elemzés eredménye szerint a házastársukkal élő személyek ($35,39 \pm 7,15$, $p = 0,00$) szignifikánsan kevésbé voltak magányosak, mint az időotthonban élők ($42,29 \pm 13,17$, $p = 0,00$). Az egyedül élő személyek ($36,55 \pm 7,44$, $p = 0,01$) kevésbé érezték magukat magányosnak, mint az időotthonban lakók ($42,29 \pm 13,17$, $p = 0,00$).

Következtetések: Azok az időskorú személyek, akik elégedettek voltak életükkel és értelmesnek érezték azt, jobb lelki egészségről számoltak be. A társas kapcsolatok megléte időskorban egészségmegőrző szereppel bírhat.

¹ Szegedi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar, Pszichológiai Intézet, Szeged

² Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged

³ Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Szeged

Summary

Introduction: We examined mental health-related variables (satisfaction with life, meaning in life, psychological well-being, psychosomatic symptoms, social relationships, loneliness) in our study among the elderly.

Methodology: Our questionnaire-based research included 113 participants (32 males and 81 females) aged 70–96 years (mean age = 78,63 ± 6,57 years) who were visited in their homes or two nursing homes in Hungary. The following measures were used in the study: UCLA Loneliness Scale, the Hungarian Well-Being Scale, Life Meaning Subscale from the Brief Stress and Coping Inventory, Satisfaction with Life Scale, the number of psychosomatic symptoms and the frequency of social meetings with relatives, friends and neighbours.

Results: The following average values were obtained in our sample: UCLA Loneliness Scale 37.60 ± 9.20, the Hungarian Well-Being Scale: 14,18 ± 4,38, Life Meaning Subscale: 11,98 ± 2,62, Satisfaction with Life Scale: 23,01 ± 7,99, the number of psychosomatic symptoms: 12,99 ± 3,69. 64,6% of respondents talk to their neighbors every day, 31% meet their friends every day, and 27,4% meet their relatives every day. Satisfaction with life significantly negatively correlated with the level of loneliness ($r = -0,35$, $p < 0,01$), psychological well-being (at which factor a higher score indicated a more negative psychological well-being) ($r = 0,43$, $p < 0,01$), and the number of psychosomatic symptoms ($r = -0,51$, $p < 0,01$). We found a significant positive correlation between psychological well-being and the number of psychosomatic symptoms ($r = 0,61$, $p < 0,01$).

There was a significant difference ($F(3,109) = 3,01$, $p = 0,03$) in the area of loneliness between the three groups of participants (living with their spouse, alone or in a nursing home). The LSD (Least Significant Difference) post-hoc analysis has showed that those living with their spouse ($35,39 \pm 7,15$, $p = 0,00$) were significantly less lonely than those living in a nursing home ($42,29 \pm 13,17$, $p = 0,00$). Individuals living alone ($36,55 \pm 7,44$, $p = 0,01$) felt less lonely than those living in a nursing home ($42,29 \pm 13,17$, $p = 0,00$).

Conclusions: Elderly individuals who were satisfied with their lives and perceived their lives as more meaningful reported better mental health. Having social relationships may play a role in maintaining health among elderly people.

BEVEZETÉS

Háttér

Az időskorra számos testi, lelki és szociális változás jellemző.¹ A WHO szerint az 50–60 éves kor az áthajlás kora, 60–75 év közé tehető az idősödés, 75–90 év közötti időszak az időskor, 90 év felett az aggkor, a 100 év feletti emberek pedig matuzsálemi korúak.² Tanulmányunkban a könynyebb követhetőség érdekében az idősödést és időskort összevonva beszélünk „időskorról”.

Pszichés betegségek szempontjából az időskor igen sérülékeny időszak, így különösen fontos a protektív tényezők vizsgálata. A WHO (*World Health Organization*) eredményei szerint a 60 év feletti személyek több mint 20%-a valamilyen mentális és neurológiai zavarban szenved, melyek közül a demencia (5%) és a depresszió (7%) fordulnak elő a leggyakrabban idős személyek körében. A szorongásos zavarok gyakorisága 3,8%, míg a függőségi zavarok gyakorisága 1% körüli, melyet gyakran figyelmen kívül hagynak,

vagy félrediagnosztizálnak a kezelés során. A mentális zavarokhoz kapcsolódó stigmák pedig hátráltathatják az egyént a megfelelő segítségkérésben.³

Az időskorban is releváns a biopszichoszociális modell felvetése, az egyén aktív résztvevője, alakítója saját egészségének, betegségének és gyógyulásának.⁴ A lelki egészséget befolyásolja, hogy az egyéni alapvető szükségletek, a szociális és pszichológiai feltételek kielégülnek-e. Időskorban jellemzően az alapvető életszükségletek kielégítettek, a magasabb rendű motívumok kapcsán azonban hiányosságok fordulhatnak elő.⁵

Az étellel való elégedettség a pszichológiai jóllét és a pozitív életminőség egyik leggyakrabban kiemelt összetevője, valamint összefügg a testi és lelki egészséggel is.^{6,7} Az egészségügyi és szociális intézményekbe vetett bizalom növelheti az étellel való elégedettséget.⁸

Az élet értelmessége „arra vonatkozik, hogy a személy összefüggések rendszerében látja, és jelentéssel ruházza fel életét, összefüggésben

mindazzal, mit ön maga számára követendő életcélnek, hivatásnak tekint.”^{9(317.o.)} Az élet értelmessége emellett a mentális egészség központi elemének is tekinthető.¹⁰ Ez a faktor kapcsolatot mutat a pszichoszomatikus tünetek (fejfájás, hát- és derékfájás, gyomor- és hasfájás, szapora vagy szabálytalan szívdobogás, idegességből eredő hasmenés, gyengeségérzés és alvászavarok) alacsonyabb szintű előfordulásával. Az élet értelmességének érzése számos egyéb tényezővel összefügg, úgymint az érzelmi stabilitás és az étellel való elégedettség.¹¹

A társas támogatás alatt olyan kapcsolatrendszer mozgósítását értjük, mely pozitív hatást gyakorol az egyénre.⁵ Számos formája megkülönböztethető; az érzelmi, instrumentális és információs támogatás, valamint a megbecsülés.¹² A társas támogatás olyan szociális tevékenységek összessége, melyek pszichés nyereséggel bírnak az egyén számára.¹³ A kiterjedt kapcsolati hálóval bíró személyek nagyobb valószínűséggel rendelkeznek pozitív énképpel, a problémákhoz pozitívabban állnak hozzá, és könnyebben tudnak a mindennapi eseményekkel együtt járó negatív érzelmekről megfeledkezni.¹⁴ Lelki egészségük szempontjából jobb helyzetben vannak azok a személyek, akik nehéz élethelyzetekben számíthatnak családjukra, párkapcsolatukra, barátaikra.^{4,15} A társas támogatás megléte hozzájárul a stressz csökkentéséhez, a pszichés jóllét elősegítéséhez, és csökkenti az egészségromlás előrehaladását, ezért a társas támogatás csökkenti az időskori egészségromlást is.¹⁶

A magány alapja a társas kapcsolatok hiánya, ugyanakkor a szociális elszigeteltség és a magány gyakran nem mutatnak szoros együttjárást.^{17,18,19} Golden és munkatársai vizsgálata szerint szoros kapcsolat van a magány, valamint a pszichológiai és testi jóllét között.²⁰ A magány számos pszichiátriai és testi megbetegedéssel járhat együtt, valamint a korai mortalitás kockázati faktora lehet.²¹

Célkitűzés

Vizsgálatunkban a mentális egészséggel összefüggésbe hozható változókat (étellel való elégedettség, élet értelmességének érzése, pszichés közérzet, pszichoszomatikus tünetek, társas kapcsolatok, magányosság) vizsgáltuk időskorúak körében.

MÓDSZERTAN

Kutatás lefolytatása

2018. 01. 01. és 2018. 06. 30. között végeztük kérdőíves vizsgálatunkat. Otthonukban és két időskorú otthonban kerestük fel a 70 év feletti vizsgálati személyeket a kérdőívek kitöltése érdekében. A vizsgálati személyeket a kérdőív felvétele előtt szóban és írásban is informáltuk a kutatás céljáról, valamint arról, hogy a részvétel önkéntes és anonim. A vizsgálati személyek sem pénzbeli, sem egyéb fizetségben nem részesültek.

A kérdőívek begyűjtése után az adatokat IBM SPSS-program segítségével elemeztük.

Az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága (ETT TUKEB) megadta a szakmai-etikai engedélyt a vizsgálatunkra. A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósult meg, EFOP-3.6.1-16-2016-00008 azonosítószámmal.

A mintaválasztás módja

A minta kiválasztása nem valószínűségi mintavételi eljárással történt, ezen belül hozzáférés alapú mintavételi eljárást alkalmaztunk. A mintába való bekerülésnek több feltétele volt: 70 év feletti életkor, illetve pszichiátriai diagnózis (szorongásos zavarok, depresszió, skizofrénia, demencia) hiánya. A 141 felvett kérdőívből a mintába kerülés feltételei miatt 23-at zártunk ki (13 szorongásos zavar diagnózisa, 7 depresszió diagnózisa, 3 demencia diagnózisa miatt). Hiányos kitöltés miatt 5 kérdőívet vettünk ki, így végül 113 kérdőív adatait dolgoztuk fel.

Mérőeszközök

Magányosság

A magányosság vizsgálatára az UCLA Magányossági skálát alkalmaztuk.^{22,23,24} A skála 20 kérdést tartalmaz (például „Milyen gyakran érzi úgy, hogy nem tud kihez fordulni?”), minden kérdés pontozása 1-től 4-ig tartó skálán történik (soha, ritkán, gyakran, mindig). A skálán elérhető pontszám minimum 20, maximum 80 lehet. A Cronbach-alfa-mutató értéke: 0,83.

Pszichoszomatikus tünetek

A pszichoszomatikus tüneti skála hat itemét (fejfájás, hát- és derékfájás, alvási problémák, fáradtságérzés, idegességből eredő hasmenés és palpitáció) használtuk arra, hogy az elmúlt egy évben előforduló különböző testi tünetek előfordulási gyakoriságát felmérjük.^{25,26} A kitöltőnek négyfokú skálán kell választ adnia (soha, ritkán, időnként, gyakran). A Cronbach-alfa-mutató értéke: 0,70.

Pszichés közérzet

A pszichés közérzet-skála kitöltésekor a személynek azt kellett megítélni, milyen gyakorisággal érzett fáradtságot; türelmetlenséget, ingerlékenységet, túlhajszoltságot; szomorúságot, csalódottságot, aggodást; kiegyensúlyozottságot, optimizmust; boldogságot, vidámságot, magabiztosságot; illetve energikusságot, tettekességet az elmúlt egy évben.²⁷ A hangulati állapotokat négyfokú skálán kell jelölni (gyakran, időnként, ritkán, soha). A pontozás a következőképpen alakul: 1–3. kérdésnél „szinte mindig” 4 pont, „gyakran” 3 pont, „időnként” 2 pont, „ritkán” 1 pont, „soha” 0 pont. Majd 4–6. kérdésnél fordított a pontozás. A skálán minimum 0, maximum 24 pontot lehet elérni.²⁸ A magasabb pontérték negatívabb pszichés közérzetet jelez. A Cronbach-alfa-mutató értéke: 0,72.

Élet értelmessége

Az élet értelmességét mérő alskála a rövidített stressz- és megküzdéskérdőívhez tartozik. 8 itemet tartalmaz, melyben a vizsgálati személyeknek 3 fokú skálán (ritkán, néha, gyakran) kell jelölniük az egyes tételekkel való egyetértésüket (például „Az értékeim és hitem vezérelnek a mindennapjaimban.”). A kérdőív pszichometriai jellemzőinek reprezentatív magyar mintán végzett vizsgálata alapján megbízható és érvényes mérőeszköznek bizonyult. A skálán 0–21 pontot lehet elérni.¹⁰ A Cronbach-alfa-mutató értéke: 0,57.

Élettel való elégedettség

Az élettel való elégedettségskála öt tételt tartalmaz (például „Az életem a legtöbb tekintetben közel van az ideálishoz.”), melyek értékeléséhez 7 fokú skála áll a kitöltők rendelkezésére, ahol 1 = egyáltalán nem értek egyet; 7 = teljes mértékben egyetértek. A skála belső konzisztenciája és validitása kiváló. A skálán minimum 5, maximum 35 pontot lehet elérni.⁶ Mintánkon a skála belső megbízhatóságát jelző Cronbach-alfa-mutató értéke: 0,9.

Szociodemográfiai és saját kérdések

Kérdőívcsomagunkban a szociodemográfiai kérdések (nem, életkor, lakhely, legmagasabb iskolai végzettség, családi állapot, gyermekek száma, kivel él egy háztartásban, anyagi helyzettel való elégedettség mértéke), valamint a szociális életre vonatkozó saját kérdéseink szerepeltek („Milyen gyakran találkozik a barátaival? Milyen gyakran találkozik a rokonaival? Milyen gyakran beszélget a szomszédjaival? Részt vesz a helyi közösségi életben? Van-e háziállata?”) Továbbá megkérdeztük, rendelkezik-e pszichiátriai diagnózissal a kitöltő.

EREDMÉNYEK

A vizsgálatban 113 személy vett részt (81 nő és 32 férfi), életkoruk átlaga $78,63 \pm 6,57$ év volt, a legfiatalabb kitöltő 70 éves, a legidősebb 96 éves volt. A vizsgálati személyek szociodemográfiai adatait az 1. táblázat foglalja össze.

A megkérdezetteknek átlagosan 2 gyerekük van. A kitöltők ($n = 113$) többsége (52,2%) közepesen volt elégedett az anyagi helyzetével, 27,4% elégedett, 7,1% teljesen elégedett, 8,8% elégedetlen és 4,4% teljesen elégedetlen volt. A magányosság vizsgálata szempontjából fontosnak tartottuk a háziállatok tartásának felmérését: 65 fő tart háziállatot, 48 fő nem rendelkezik kisállattal. A szociális kapcsolatok jellemzőit a 1. ábra mutatja.

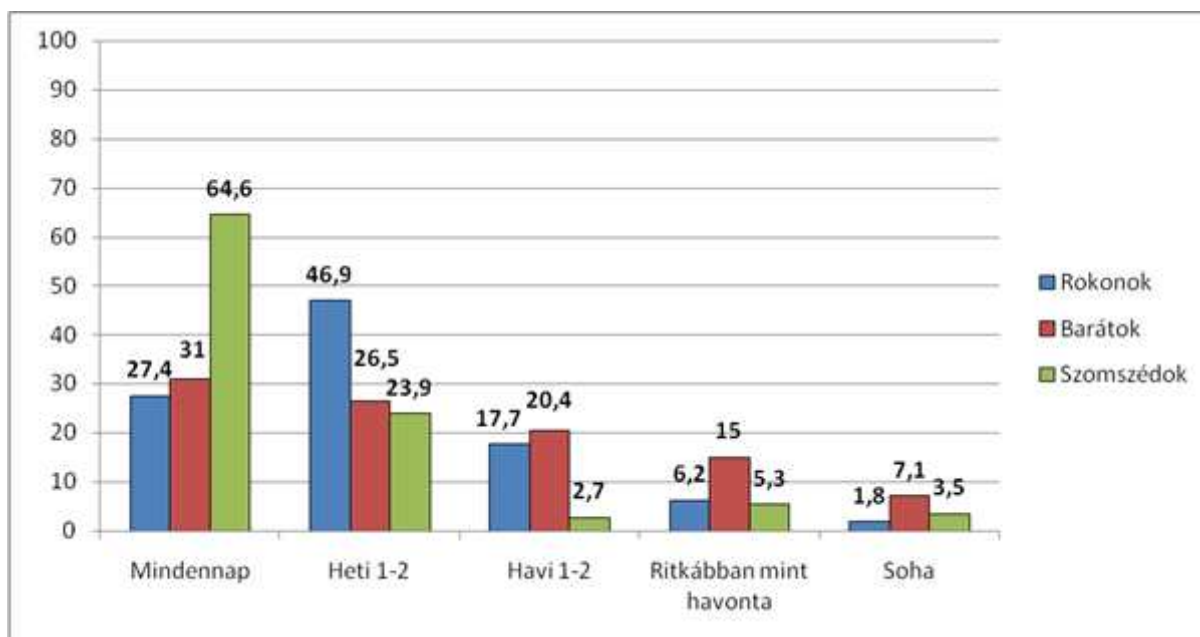
A 2. táblázat mutatja a kérdőívcsomagban található főbb skálák leíró statisztikáit.

1. táblázat: Résztevők jellemzői

Lakóhely (n = 113)	
Főváros	0,9%
Megyeszékhely	11,5%
Város	33,6%
Falu	50,4%
Tanya	3,5%
Családi állapot (n = 113)	
Házass vagy élettársi kapcsolatban	24,8%
Elvált	7,1%
Özvegy	64,6%
Egyedülálló	3,5%
Kívél él egy háztartásban (n = 113)	
Házastársával vagy élettársával	27,4%
Egyedül	45,1%
Gyerekeivel	8,8%
Intézményben	18,6%
Legmagasabb iskolai végzettség (n = 111) (md = 2)	
Főiskola vagy egyetem	14,2%
Érettségi	19,5%
Szakmunkás végzettség	22,1%
Általános iskola	42,5%

Forrás: saját szerkesztés

1. ábra: A szociális kapcsolatok jellemzőinek gyakoriságai (n = 113) (Eredeti kérdések: Milyen gyakran találkozik a barátaival? Milyen gyakran találkozik a rokonaival? Milyen gyakran beszélget a szomszédaival?)



Forrás: saját szerkesztés

2. táblázat: Leíró statisztikák (n = 113)

	Átlag	Szórás	Minimum	Maximum
Magányosság	37,60	9,20	23,00	67,00
Pszichoszomatikus tünetek száma	12,99	3,69	6	23
Pszichés közérzet	14,18	4,38	4	23
Élet értelmessége	11,98	2,62	3	16
Élettel való elégedettség	23,01	7,99	5	35

Forrás: saját szerkesztés

A Spearman-féle korrelációvizsgálatok eredményeit a 3. táblázat foglalja össze, melyből látható, a magányosság és a pszichoszomatikus tünetek száma között ($r = 0,45$, $p < 0,01$), valamint a magányosság és a pszichés közérzet között (mely faktornál a magasabb pontérték negatívabb pszichés közérzetre utalt) ($r = 0,43$, $p < 0,01$) szignifikáns összefüggés volt. Fordított szignifikáns kapcsolatot találtunk a magányosság és az élet értelmessége ($r = -0,62$, $p < 0,01$), valamint a magányosság és az élettel való elégedettség között ($r = -0,35$, $p < 0,01$).

A pszichoszomatikus tünetek száma szignifikánsan korrelált a pszichés közérzettel ($r = 0,61$, $p < 0,01$). Fordított kapcsolat volt a pszichoszomatikus tünetek száma és az élet értelmessége között ($r = -0,43$, $p < 0,01$), valamint a pszichoszomatikus tünetek száma és az élettel való elégedettség között ($r = -0,51$, $p < 0,01$).

A pszichés közérzet és az élet értelmessége között fordított szignifikáns kapcsolat volt ($r = -0,50$, $p < 0,01$). Az élet értelmessége az élettel való elégedettséggel szignifikánsan korrelált ($r = 0,36$, $p < 0,01$).

3. táblázat: Spearman-féle korrelációelemzés eredményei a főbb skálák mentén ($p < 0,01^{**}$)

	Magányosság	Pszichoszomatikus tünetek	Pszichés közérzet	Élet értelmessége	Élettel való elégedettség
Magányosság	1	0,45**	0,43**	-0,62**	-0,35**
Pszichoszomatikus tünetek száma	0,45**	1	0,61**	-0,43**	-0,51**
Pszichés közérzet	0,43**	0,61**	1	-0,50**	-0,43**
Élet értelmessége	-0,62**	-0,43**	-0,50**	1	0,36**
Élettel való elégedettség	-0,35**	-0,51**	-0,43**	0,36**	1

Forrás: saját szerkesztés

A barátokkal való találkozás gyakorisága a pszichés közérzet-skála itemei közül a következőkkel mutatott szignifikáns összefüggéseket: a kiegyensúlyozottsággal, optimizmussal ($r = 0,27$, $p < 0,01$), a boldogsággal, vidámsággal, magabiztossággal ($r = 0,35$, $p < 0,01$) és az energikussággal, tettekészséggel ($r = 0,26$, $p < 0,01$) és a

szomorúsággal, csalódottsággal, aggódással ($r = 0,22$, $p < 0,05$).

Az együttlélés körülményei szerint csoportokat képezve (házastársával, gyerekével, egyedül, idősotthonban él) a résztvevők hasonlóan vélekedtek a vizsgált témákat illetően, szignifikáns különbség a magányosságskálán volt mérhető

ilyen tekintetben. Az egyszempontú varianciaanalízis eredménye szerint szignifikáns különbség volt a csoportok között a magányosság terén ($F(3,109) = 3,01, p = 0,03$). Az LSD post-hoc elemzés eredménye szerint a házastársával ($35,39 \pm 7,15, p = 0,00$) és az idősotthonban élő ($42,29 \pm 13,17, p = 0,00$) személyek átlagértékei szignifikánsan különböztek. Az egyedül élő ($36,55 \pm 7,44, p = 0,01$) és az idősotthonban lakó ($42,29 \pm 13,17, p = 0,00$) személyek átlagértékei között szintén szignifikáns különbség volt.

MEGBESZÉLÉS

Eredményeink szerint minél elégedettebbek voltak az életükkel a vizsgálati személyek, annál jobb pszichés közérzet jellemezte őket, annál kevesebb pszichoszomatikus tünetet tapasztaltak, és annál kevésbé érezték magukat magányosnak. Lara és munkatársai kérdőíves vizsgálatában 154 fő, 65–96 év közötti spanyol vizsgálati személy vett részt, az eredményeik szerint az élettel való elégedettség és a szubjektív jóllét szignifikáns összefüggést mutatott, illetve az élettel való elégedettség szignifikánsan korrelált az aktuális boldogság érzésével.²⁹ 159 idős brazil személy kérdőíves vizsgálatában szignifikáns negatív kapcsolat volt az élettel való elégedettség és a depresszió mértéke között.³⁰ Egy egyesült királyságbeli longitudinális vizsgálat (melyben 23 660 fő vett részt) eredményei rámutattak arra, hogy a művészeti tevékenységben való legalább heti egyszeri részvétel szignifikánsan nagyobb élettel való elégedettséggel mutatott kapcsolatot, illetve magasabb volt az élettel való elégedettség abban az esetben is, ha legalább évente egy-két alkalommal kulturális rendezvényre mentek a megkérdezettek.³¹

Vizsgálatunkban azok az idős személyek, akik hittek az életük értelmességében, jobb pszichés közérzettel bírtak, kevesebb pszichoszomatikus tünetet észleltek, és kevésbé érezték magukat magányosnak. Az élet értelmességének érzése a mentális egészség központi elemének is tekinthető.¹⁰ 30–79 év közötti japán vizsgálati személyek (2102 fő) kérdőíves vizsgálatában az élet értelmessége korrelált az élettel való elégedettséggel, az önbecsülés mértékével, a pozitív érzelmi állapottal, illetve negatívan korrelált az észlelt stressz mértékével.³²

Az élet értelmességét meghatározó tényezőket vizsgálva Hupkens és munkatársai tanulmá-

nyukban 44 cikket tekintettek át, és eredményeik szerint az idős személyek az élet értelmét megtalálhatják felfedezésen és valaminek a létrehozásán keresztül.³³ Az egészség, az együttélés, a magas szocio-ökonómiai státusz, a társas kapcsolatok, az aktivitások és a vallás összefüggést mutattak az élet értelmének megélésével. A szerzők konklúziója szerint a társas kapcsolatok jelentik az élet értelmességének fő forrását.³³ A pszichodráma módszerét alkalmazták egy törökországi vizsgálatában, idősotthonban élő 11 férfi részvételével (heti rendszerességgel, 18 alkalommal).³⁴ Az eredmények szerint számos pozitív változás következett be a résztvevők mért változói terén (például az empátia fokozódása, kreativitás növekedése, kommunikációs készségek javulása, problémákkal való jobb megküzdés), így a kutatók szerint a pszichodráma módszerének alkalmazása segítséget jelenthet idős személyek számára az élet értelmének felfedezésében.³⁴

Mintánkban azok az idős személyek, akik magányosabbnak érezték magukat, szignifikánsan több pszichoszomatikus tünetről számoltak be, és szignifikánsan negatívabb pszichés közérzet jellemezte őket. Golden és munkatársai szintén hangsúlyozták a megélt magány, valamint a pszichológiai és testi jóllét közötti szoros kapcsolatot meglétét.²⁰ Továbbá azok a mintánkban szereplő személyek, akik házastársaikkal éltek közös háztartásban, kevésbé érezték magukat magányosnak, mint az idősotthonban élő személyek. Ehhez hasonlóan, az egyedül élő személyek az idősotthonokban lakó személyekhez képest kevésbé érezték magukat magányosnak.

Lengyel idősotthonokban végzett kérdőíves vizsgálat eredményei szerint a megkérdezett személyek (250 fő) 40%-a számolt be magányosságról, mely faktor összefüggést mutatott az életminőséggel. Az eredményeik rámutattak arra, hogy a családtagokkal való kapcsolat jellege, valamint a betegségek elfogadásának, a változásokhoz alkalmazkodásnak és az élettel való elégedettségnek a mértéke befolyásolták a magányosság szintjét.³⁵ Az Egyesült Királyságban Philip és munkatársai végeztek egy longitudinális kérdőíves vizsgálatot, melynek eredményei szerint az idős résztvevők (8 780 fő) magányossága alacsonyabb fizikai teljesítőképességgel korrelált szignifikánsan.³⁶ Dél-koreai egyedül élő idős személyekkel (15 fő) végzett interjúk elemzése alapján a szorongással kapcsolatos tapasztalatok

vizsgálatakor a következő négy terület került fókuszba: az egyedüllétből való félelem, a testi öregedéssel kapcsolatos félelem, a depresszióval és magányossággal kapcsolatos aggodalmak és a gazdasági nehézségekhez kötődő félelmek. Az eredményeik rámutatnak arra, hogy az egyedül élő idős személyeknek folyamatos figyelmet kellene kapniuk, hogy elhanyagoltságukat és a szorongásuk fokozódását megelőzhessük.³⁷

A barátokkal való gyakoribb találkozás szignifikáns összefüggést mutatott vizsgálatunkban olyan pozitív érzelmi állapotok gyakoribb átélésével, mint a kiegyensúlyozottság, optimizmus; boldogság, vidámság, magabiztosság; és az energikusság, tettekészség. Ezek az összefüggések hangsúlyozzák a szociális háló, azon belül is a baráti kapcsolatok lehetséges egészségvédő szerepét időskorban. Ward és munkatársai kiemelik, hogy az életminőség javításában fontos szerepe van a szomszédokkal való jó viszony fenntartásának, mert a szomszédok érzelmi biztosságot és támogatást nyújthatnak az időskorúaknak.³⁸ A barátok jelenléte segít az életet értelmesnek, hasznosnak látni. Az életkori hasonlóság, az időskori tapasztalatok és esetleges nehézségek közös megélése és megosztása, a sorsközösség és kortárs támasz megléte segít-

het értelmet adni a megélt élményeknek. A lelki egészség tekintetében jobb helyzetben vannak azok, akik nehéz élethelyzetekben számíthatnak családjukra, párkapcsolatukra, barátaikra.^{4,15}

KÖVETKEZTETÉSEK

A társas kapcsolatok megléte időskorban egészségmegőrző szereppel bírhat. Azok az időskorú személyek, akik elégedettek voltak életükkel és értelmesnek érezték azt, jobb lelki egészségről számoltak be. Mivel az időskorú személy aktív résztvevője, alakítója saját egészségének, betegségének és gyógyulásának, ennek következtében nemcsak a személy fizikailag megismerhető paraméterei fontosak az egészség megőrzéséhez, hanem az önmagával és a külvilággal kapcsolatos attitűdjei és gondolatai is, melyek megismerése és figyelembevétele odafigyelést igényel az idősök gondozásában.⁴ Mindezek megvalósításához teammunkára (mely magában foglalhatja az orvos, pszichológus, gyógytornász, szociális munkás és ápoló együttműködését), a segítő szakmák képviselőinek szoros együttműködésére van szükség.

HIVATKOZÁSOK

- ¹ Csókási K. Az idősök mentális állapota. In: Lampek K, Rétsági E, editors. Egészséges Idősödés Az egészségfejlesztés lehetőségei időskorban. Pécs: Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Fizioterápiás és Sporttudományi Intézet; 2015. p. 103-19.
- ² Iván L. Az öregedés aktuális kérdései. Magyar Tudomány. 2002;4:412-8.
- ³ World Health Organization. Mental health of older adults 2017. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>.
- ⁴ Martos T. Életcélok és lelki egészség a magyar társadalomban [Doctoral dissertation]. Budapest: Semmelweis Egyetem; 2010.
- ⁵ Majercsik E. Idősök a mában. Geriátriai szocio-pszichológiai vizsgálat, az életminőség javításának lehetőségei [Doctoral dissertation]. Budapest: Semmelweis Egyetem 2004.
- ⁶ Martos T, Sallay V, Désfalvi J, Szabó T, Ittész A. Az Élettel Való Elégedettség Skála magyar változatának (SWLS-H) pszichometriai jellemzői. Mentálhigiéne és Pszichoszomatika. 2014;15(3):289-303.
- ⁷ Kovács E, Pikó B. A család egészségvédő hatása serdülők körében. Mentálhigiéne és Pszichoszomatika. 2009;10(3):223-37.
- ⁸ Zhang Z, Zhang J. Belief in a just world mediates the relationship between institutional trust and life satisfaction among the elderly in China. Personality and individual differences. 2015 2015/09/01;83:164-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.04.015>
- ⁹ Brassai L. Az élet értelmességével összefüggő egyéni és családi tényezők serdülőkorban. Magyar Pszichológiai Szemle 2012;67(2):317-36.

- ¹⁰ Konkoly-Thege B, Martos T, Skramski Á, Kopp M. A Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőív Élet Értelmességét mérő alsóskálájának (BSCI-LM) pszichometriai jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*. 2008;9(3):243-61.
- ¹¹ Brassai L. Az élet értelmessége mint az egészségmagatartás védőfaktora serdülőkban [Doctoral dissertation]. Budapest: Semmelweis Egyetem; 2011.
- ¹² Lázányi KR. A társas támogatás szerepe és jelentősége a felsőoktatásban a diákszervezeti tagság kapcsán. *Tanulmánykötet - Vállalkozásfejlesztés a XXI században*. Budapest: Óbuda University, Keleti Faculty of Business and Management; 2011. p. 155-70.
- ¹³ Tandari-Kovács M. Érzelmi megterhelődés, lelki kiegész az egészségügyi dolgozók körében [Doctoral dissertation]. Budapest: Semmelweis Egyetem 2010.
- ¹⁴ Salovey P, Bedell BT, Detweiler JB, Mayer JD. Current directions in emotional intelligence research. In: Lewis M, Haviland-Jones JM, editors. *Handbook of Emotions*, 2nd Edition. New York: Guilford Press; 2000. p. 504-20.
- ¹⁵ Balog P. A házastársi/élettársi kapcsolat szerepe az esélyteremtésben. In: Kopp M, editor. *Magyar lelkiállapot 2008 Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Budapest: Semmelweis Kiadó; 2008. p. 240-53.
- ¹⁶ Lachman ME, Agrigoroaei S. Promoting Functional Health in Midlife and Old Age: Long-Term Protective Effects of Control Beliefs, Social Support, and Physical Exercise. *PlosONE*. 2010;5(10):1-9. doi: 10.1371/journal.pone.0013297
- ¹⁷ Yildirim Y, Kocabişik S. The relationship between social support and loneliness in Turkish patients with cancer. *Journal of clinical nursing*. 2010 Mar;19(5-6):832-9. PubMed PMID: 20500326. Epub 2010/05/27. eng. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03066.x
- ¹⁸ Coyle CE, Dugan E. Social isolation, loneliness and health among older adults. *Journal of aging and health*. 2012 Dec;24(8):1346-63. PubMed PMID: 23006425. Epub 2012/09/26. eng. doi: 10.1177/0898264312460275
- ¹⁹ Perissinotto CM, Stijacic Cenzer I, Covinsky KE. Loneliness in older persons: a predictor of functional decline and death. *Arch Intern Med*. 2012 Jul 23;172(14):1078-83. PubMed PMID: 22710744. Pubmed Central PMCID: PMC4383762. Epub 2012/06/20. eng. doi: 10.1001/archinternmed.2012.1993
- ²⁰ Golden J, Conroy RM, Bruce I, Denihan A, Greene E, Kirby M, et al. Loneliness, social support networks, mood and wellbeing in community-dwelling elderly. *International journal of geriatric psychiatry*. 2009 Jul;24(7):694-700. PubMed PMID: 19274642. Epub 2009/03/11. eng. doi: 10.1002/gps.2181
- ²¹ Cacioppo S, Grippo AJ, London S, Goossens L, Cacioppo JT. Loneliness: clinical import and interventions. *Perspectives on psychological science : a journal of the Association for Psychological Science*. 2015 Mar;10(2):238-49. PubMed PMID: 25866548. Pubmed Central PMCID: PMC4391342. Epub 2015/04/14. eng. doi: 10.1177/1745691615570616
- ²² Russell D, Peplau LA, Cutrona CE. The revised UCLA Loneliness Scale: concurrent and discriminant validity evidence. *J Pers Soc Psychol*. 1980 Sep;39(3):472-80. PubMed PMID: 7431205. Epub 1980/09/01. eng. doi: 10.1037//0022-3514.39.3.472
- ²³ Russell DW. UCLA Loneliness Scale (Version 3): reliability, validity, and factor structure. *J Pers Assess*. 1996 Feb;66(1):20-40. PubMed PMID: 8576833. Epub 1996/02/01. eng. doi: 10.1207/s15327752jpa6601_2
- ²⁴ Csóka S, Szabó G, Sáfrány E, Rochlitz R, Bódizs R. Kísérlet a felnőttkori kötődés mérésére – a kapcsolati kérdőív (Relationship Scale Questionnaire) magyar változata. *Pszichológia*. 2007:333-55.
- ²⁵ Pikó B, Barabás K, Boda K. Pszichoszomatikus tünetek epidemiológiája és hatása az egészségi állapot önértékelésére egyetemi hallgatók körében. *Orvosi Hetilap* 1995;136(31):1667-71.
- ²⁶ Pikó B. A nővéri munka magatartás-tudományi vizsgálata. *Pszichoszomatikus tünetek, munkahelyi stressz, társas támogatás*. *Lege Artis Medicinae*. 2011;11(4):318-25.
- ²⁷ Pikó B. *Fiatalok pszichoszociális egészsége és rizikómagatartása a társas támogatás tükrében*. Budapest: Osiris Kiadó; 2002.
- ²⁸ Brassai L, Pikó B. Egyéni és családi pszichológiai tényezők szerepe a serdülők testmozgásának rendszerességében. *Alkalmazott Pszichológia*. 2008;10(3-4):5-20.

-
- ²⁹ Lara R, Vázquez ML, Ogallar A, Godoy-Izquierdo D. Psychosocial Resources for Hedonic Balance, Life Satisfaction and Happiness in the Elderly: A Path Analysis. *International journal of environmental research and public health*. 2020;17(16):5684. PubMed PMID: 32781590. eng. doi: 10.3390/ijerph17165684
- ³⁰ Cordeiro RC, Santos RCd, Araújo GKNd, Nascimento NdM, Souto RQ, Ceballos AGdCd, et al. Mental health profile of the elderly community: a cross-sectional study. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2020;73.
- ³¹ Wang S, Mak HW, Fancourt D. Arts, mental distress, mental health functioning & life satisfaction: fixed-effects analyses of a nationally-representative panel study. *BMC Public Health*. 2020 Feb 11;20(1):208. PubMed PMID: 32046670. Pubmed Central PMCID: PMC7014626. Epub 2020/02/13. eng. doi: 10.1186/s12889-019-8109-y
- ³² Sasaki N, Watanabe K, Imamura K, Nishi D, Karasawa M, Kan C, et al. Japanese version of the 42-item psychological well-being scale (PWBS-42): a validation study. *BMC Psychology*. 2020 2020/07/20;8(1):75. doi: 10.1186/s40359-020-00441-1
- ³³ Hupkens S, Machielse A, Goumans M, Derkx P. Meaning in life of older persons: An integrative literature review. *Nursing Ethics*. 2018;25(8):973-91. PubMed PMID: 30871429. doi: 10.1177/0969733016680122
- ³⁴ Kalkan Oğuzhanoğlu N, Osman O. [The elderly, nursing homes and life voyages: a psychodrama group study]. *Türk psikiyatri dergisi = Turkish journal of psychiatry*. 2005 Summer;16(2):124-32. PubMed PMID: 15981149. Epub 2005/06/28. Yaşlılık, Huzurevi ve Yaşam Yolculukları Bir Psikodrama Grup Çalışması. tur.
- ³⁵ Trybusińska D, Saracen A. Loneliness in the Context of Quality of Life of Nursing Home Residents. *Open medicine (Warsaw, Poland)*. 2019;14:354-61. PubMed PMID: 31157300. eng. doi: 10.1515/med-2019-0035
- ³⁶ Philip KEJ, Polkey MI, Hopkinson NS, Steptoe A, Fancourt D. Social isolation, loneliness and physical performance in older-adults: fixed effects analyses of a cohort study. *Scientific Reports*. 2020 2020/08/17;10(1):13908. doi: 10.1038/s41598-020-70483-3
- ³⁷ Yu J, Choe K, Kang Y. Anxiety of Older Persons Living Alone in the Community. *Healthcare (Basel, Switzerland)*. 2020 Aug 22;8(3). PubMed PMID: 32842602. Epub 2020/08/28. eng. doi: 10.3390/healthcare8030287
- ³⁸ Ward E, Barnes M, Gahagan B, editors. *Well-being in old age: findings from participatory research*2012.

A roma női populáció életkörülményeinek összehasonlító vizsgálata Magyarországon

A comparative study of the living conditions of Roma female population in Hungary

Szerzők: Mózes Noémi¹ ✉, Kocsis Éva,¹ Feith Helga Judit¹

Beküldve: 2021. 01. 05.

Doi: 10.24365/ef.v62i2.5910

Kulcsszavak: roma; lakáskörülmények; higiéné

Keywords: Roma; housing conditions; hygiene

Összefoglaló

Bevezetés: Európa legnagyobb kisebbségének, a romák lakáskörülményeire még mindig alacsony komfortfokozat és túlzsúfoltság jellemző. Mivel az egészségi állapot szoros összefüggést mutat az életkörülményekkel, a roma lakosok nagy része már megszületésük idején jelentős hátránnyal indul. Az épületekben lévő közszolgáltatások részben vagy teljesen hiányosak. Az otthonukban nincs elég rendelkezésre álló tér, ennek okán a roma lakosság nagy része szűkösen, kis helyen él.

Módszertan: Keresztmetszeti kutatásunkat 2017. január és 2018. február között végeztük el a magukat roma származásúnak valló roma kisebbséghez tartozó női lakosok között Magyarországon. A vizsgálat során 299 roma és 390 nem roma nőt sikerült saját készítésű kérdőívünkkel felmérni. A statisztikai elemzéseket az SPSS program segítségével végeztük el. A leíró statisztika mellett az összefüggés-elemzéshez a chí-négyzet próbát használtuk. Szignifikánsnak tekintettük az eredményt, ha $p < 0,05$.

Eredmények: A roma lakások felszereltségét vizsgálva megfigyelhető, hogy a falvakban még mindig szignifikánsan alacsonyabb a csatornahálózathoz ($p < 0,001$), az ivóvízhez ($p < 0,013$), a melegvízhez ($p < 0,001$), a gázhoz ($p < 0,001$) való hozzáférés, valamint a fürdőszoba ($p < 0,001$), a mellékhelyiség ($p < 0,001$) megléte. Eredményeinket összevetettük az Európai Unió 2016-ban kiadott roma kisebbségekről és a hátrányos megkülönböztetésről szóló második felméréseivel. Vizesblokk a vizsgált magyar háztartások 15%-ából hiányzott. Ez az arány Romániában a legmagasabb (79%), míg Spanyolországban a legalacsonyabb (1%). A 2014-es Európai lakossági egészségfelmérés adatai szerint, amíg a nem roma lakosokra átlagosan 1,3 szoba jut személyenként, addig a romákra csak 0,7. Ehhez viszonyítva a kutatásunkban az átlagosan egy főre jutó szobaszám ennél is alacsonyabb volt (0,57).

Következtetések: Vizsgálatunk során enyhe javulást láttunk az eddigi felmérésekhez képest, viszont a roma nők rossz lakhatási körülményei még mindig elkészerítőek. A szegénységből, túlzsúfoltságból, közmű hiányosságból eredő szociális problémák megléte nagy szakadékot képez a roma és a nem roma társadalom között. Ennek legfőbb oka feltehetően az alacsony iskolázottságuk miatt kialakult gyenge munkaerő piaci helyzetükben, ezáltal alacsony jövedelmükben rejlik.

Summary

Introduction: The purpose of this study was to investigate the living conditions of female Roma living in Hungary compared to those living in other countries throughout Europe. While they are Europe's largest minority, the Roma are characterized by uncomfortable and overcrowded living conditions. According to the 2014 European Population Health Survey, while the majority population in Europe has an average of 1.3 rooms per person, the Roma have only 0.7.

¹ Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar Társadalomtudományi Tanszék, Budapest

Methods: We conducted research in Hungary among self-identified female residents of the Roma minority between January 2017 and February 2018 compared the findings to The Second European Union Minorities and Discrimination Survey of Roma published in 2016.

Questionnaire regarding current living conditions was administered to 299 Roma and 390 non-Roma women. Statistical analyses were performed using SPSS. In addition to descriptive statistics, the chi-square test was used for correlation analysis. The result was considered significant at $p < 0.05$.

Results: Data analysis identified variables such as the average number of rooms per capita in Roma households (0.57) in our study. Examining the conditions of Roma dwellings, it can be observed that, in the villages, access to the sewerage system ($p < 0.001$), pipe water ($p < 0.013$), hot water ($p < 0.001$), gas ($p < 0.001$), bathroom ($p < 0.001$), the presence of a toilet ($p < 0.001$) are still significantly lower. Access to basic utilities remained lower in Hungary than most other countries. The water block was missing from 15% of the surveyed Hungarian households. This proportion is the highest in Romania (79%) and the lowest in Spain (1%).

Conclusions: The health status is closely related to living conditions. Most Roma residents are at a significant disadvantage from the time of birth. While a slight improvement in Hungary was observed compared to previous surveys, the poor housing conditions of Roma women persist.

BEVEZETÉS

A romák helyzete Európában

Európában a roma² lakosok száma 10-12 millióra tehető, ebből 6 millió az Európai Unió állampolgára (Roma equality, inclusion and participation in the EU, 2020). Az Európai Unió legnagyobb nemzeti kisebbsége továbbra is diszkriminált és egyenlőtlen hozzáféréssel rendelkezik a létfontosságú szolgáltatások terén. A romák mintegy 80%-a országa szegénységi küszöbe alatt él. Minden harmadik roma lakása nincs csatlakoztatva a vezetékes ivóvízhálózatra. Minden harmadik roma gyermek olyan háztartásban él, ahol az előző hónapban legalább egyszer éhesen kellett elaludni. Európában 4 éves kortól a tankötelezettség alsó korhatáráig még mindig csak a roma gyermek fele (53%) vesz részt a gyermekkori nevelésben intézményi keretek között (European Union Agency for Fundamental Rights „Second European Union Minorities and Discrimination Survey Roma – Selected findings”, 2016). Egy átfogó, 11 európai országban végzett kutatásban a megkérdezett romák 42%-a arról számolt be, hogy nincs otthonában vezetékes víz, szennyvízcsatlakozás vagy áram. Összehasonlításképpen, ugyanezen helyről vett nem roma mintában a lakosok 12%-a számol be ilyen nélkülözésről (European Union Agency for Fundamental Rights „EQUALITY Discrimination against and living conditions of Roma women in 11 EU

Member States Roma survey – Data in focus”, 2016). Törökországban az infrastruktúra biztosított ugyan, de a roma lakosság nagy része nem tudja fizetni a közüzemi díjakat, ezért a szolgáltatás kikapcsolásra kerül, emellett szeméttel teli környezetben élnek, és a gyermekeik ilyen körülmények között játszanak a szabadban. További probléma, hogy a csatornahálózat nincs kiépítve mindenhol, vagy ahol rendelkezésre áll, gyakran a szemét elzárja az elfolyás útját, ezért a csatorna tartalma az udvarokon felszínre kerül, ami súlyosan káros az emberi egészségre és a környezetre egyaránt. Ilyen életkörülmények között nagyon gyakori a gyermekeknél a fertőzés, hasmenéses megbetegedés, mely problémával elsődlegesen a nők szembesülnek. A fűtés megoldása is problémás, mert amikor nincs elegendő fa, akkor a kommunális szemetet égetik el tüzelőként, amelynek füstje megreked a lakásban és légzési nehézséget, légzőszervi megbetegedéseket okoz (Ekmekçi, 2016). Noha a férfiak és a nők együtt élnek a hátrányos körülmények között, ez mégis a nőkre nézve jár súlyosabb következményekkel, hiszen ők azok, akiknél az oktatásból és a foglalkoztatásból való kirekesztettség állandósul. Munkájuk a gyerekekre nevelésre és az otthoni tennivalók elvégzésére korlátozódik. Ez a fajta roma női szerep a pénztelenséggel karöltve deprivált környezetet teremt számukra, amelyből nehéz kijutni (European Monitoring Centre on Racism and Xenophobia, 2005). A roma nők a házak elsődleges használói és fenntartói, ezért a

² 1971-ben Londonban megtartott, első roma világtalálkozásra a roma elnevezés használatáról döntöttek a jelenlévők. A cikkben is következetesen a roma elnevezést használjuk.

szegregáció és a létesítmények rossz állapota különösen magas egészségügyi kockázatot jelentenek számukra. Mivel sok helyen nincs vezetékes víz vagy áramszolgáltatás, a nők nem tudnak olyan alapvető háztartási eszközöket használni, mint a mosógép vagy a tűzhely. Plusz teher nehezedik rájuk, hiszen vödörbe vizet kell hozniuk a közkifolyókból vagy éppen tűzifát kell gyűjteniük az erdőben. A nyílt tűzön főzés pedig növeli a beltéri levegő szennyeződését. Ez hosszú távon negatív hatást gyakorolhat a nők és a gyermekek egészségére (*European Union Agency for Fundamental Rights „EQUALITY Discrimination against and living conditions of Roma women in 11 EU Member States Roma survey – Data in focus”, 2016*).

A lakásban rendelkezésre álló tér az ott élők életminőségének egyik mutatója. A 2014-es Európai lakossági felmérés adatai szerint a nem roma lakosokra átlagosan 1,3 szoba jut személyenként (Központi Statisztikai Hivatal, 2014). Magyarországon az 1 főre jutó szobaszám romák estében 0,6, míg a nem romáknál átlagosan 1,2. A közüzemi és egyéb szolgáltatásokhoz való hozzáférést, illetve a lakások általános állapotát is vizsgálni szükséges, hogy képet kaphassunk a célcsoportról. Hazánkban a roma lakosság 97-98%-a rendelkezik elektromos árammal otthonában. Lakáson belüli vezetékes ivóvíz elérést tekintve a romák lakásainak 33%-a nem rendelkezik vezetékes ivóvízzel. Ez a szám Romániában rendkívül magas (68%). Zuhanyzó és mellékhelyiség a magyar roma lakások 38%-ából hiányzik (*European Union Agency for Fundamental Rights „EQUALITY Discrimination against and living conditions of Roma women in 11 EU Member States Roma survey – Data in focus”, 2016*).

A romák helyzete Magyarországon

Magyarország legnagyobb és egyben a legrosszabb társadalmi-gazdasági státuszú nemzeti-csoportját a romák képviselik. Hazánkban a becslések alapján számuk a teljes lakosság mintegy 6-7%-át teszi ki. Itthon és Európa-szerte foglalkoznak a roma kérdéssel, hiszen számuk folyamatosan növekszik, ezzel párhuzamosan sajnos jelentős javulás a lakhatásuk, az iskolázottságuk, valamint az egészségük terén nem tapasztalható (Bernát, 2014).

Magyarország Alaptörvénye kimondja, hogy minden, Magyarország területén élő lakosnak

joga van az emberhez méltó lakhatáshoz, valamint a közüzemi szolgáltatásokhoz való hozzáféréshez (Magyarország Alaptörvénye, 2011). Emellett az Európa Unió (EU) is kiemelten foglalkozik azzal, hogy lakosaikat ne érje faji eredetű, kisebbséghez való tartozásból eredő hátrányos megkülönböztetés. Ellenzi a lakhatási kirekesztettséget és a mindennapi élethez szükséges alapvető közmű hiányát. Ezen jogok biztosítása és fenntartása különösen fontos a roma származású egyének esetében (Az Európai Unió Tanácsa „A személyek közötti, faji vagy etnikai származásra való tekintet nélküli egyenlő bánásmód elvének alkalmazásáról”, 2000).

Magyarországon a 2007–2017 közötti időszakban a lakhatási szegénység aránya (15%) közel háromszor nagyobb volt, mint az EU átlag. A lakhatási szegénység esélyét növeli a lakosok életkora, jövedelmi helyzete, a háztartás mérete és összetétele. Számottevően nőtt azon háztartások aránya, ahol a kedvezőtlen lakáskörülmények mellett a hitelfelvétel is jelentős probléma (Periféria Közpolitikai Kutatóközpont, 2019). Hazánkban Kemény István kutatásaiból kiderül, hogy a romák közel kétharmad része a 70-es években még mindig cigánytelepeken élt, elkülönülve a nem roma lakosoktól. (Human Contact, 2001) A jogszabályi változásoknak köszönhetően kezdték felszámolni a telepeket, viszont a romáknak szánt új épületeket a város peremén alakították ki, így a helyzet mit sem változott. Azok, akik önszántukból próbálták elhagyni a telepet is csak kevésbé frekvenciát, rosszabb településeket tudtak megcélozni az alacsony jövedelem miatt. Ahol sok roma család telepedett meg, onnan a nem roma lakosok elköltöztek, csökkentek az ingatlan árak, nőtt a roma lakosság száma, és az elgettósodás folyamata megkezdődött (Human Contact, 2001). 1971 és 1993 között a roma populáció kétharmad része kunyhóban vagy putriban élt. Ez az arány 1993 és 2003 között 5-6%-ra csökkent. 1993-as felmérésük során megállapításra került, hogy a cigány lakások harmad része volt egyszobás, 43%-a kétszobás és 24%-a több, mint három szobás. Ez az arányszám 2003-ban pozitív irányba változott, hiszen a családok lakásainak már 30%-a rendelkezett három vagy több szobával, 42%-a kétfő szobával, és az egyszobás otthonok aránya 28%-ra csökkent. Az 1993-as évi vizsgálatban az otthonok 20%-a vályog- vagy vert föld falú épület volt. 2003-ban a téglas és a vályogfalú lakások aránya alig változott

(77%-19%). 1971-es felmérés során a családokban a vízvezeték 8,1%-nál, vízöblítéses WC 3%-nál volt megtalálható. 1993-ban vízvezeték az otthonok 65%-ában volt, míg 2003-ban ez az arány 72%-ra emelkedett. Elektromos áram 98%-ban volt bekötve az ingatlanokhoz 2003-ban. 2003-ra az ingatlanok 51%-a rendelkezett mellékhelyiséggel a lakáson belül, fürdőszoba a lakások 57,6%-ában volt. Az egy szobára jutó személyek száma lassú ütemben, de csökkenést mutatott (Kemény, Jánky & Lengyel, 2004).

Keresztes-Takács Orsolya 2014-ben Hajdúböszörményben 479 háztartásban mérte fel a roma lakosok életkörülményeit (Keresztes-Takács, 2014). Arra a megállapításra jutott, hogy az esetek 40,7%-ban igen nagy, vagyis 6 fő feletti családok alkották a vizsgált mintát. A családok átlagos háztartásnagysága 5,61 fő volt. Sok esetben még jelenleg is a romák többsége kisméretű lakásokban kénytelen zsúfoltan, nem megfelelő higiénés körülmények között élni (Pik, 2001). Megfigyelhető a nukleáris családok jelenléte is, ahol a szülők és a gyermekek alkotják a háztartást. Ez a tendencia azért is jelent meg, mivel hiába él több generáció, illetve rokonság egy helyen, ha a közösségben kevesen dolgoznak, nem tudják elosztani a pénzt a háztartásban, így elszegényedik a család. Emiatt sokan úgy döntenek, főleg, aki nagyvárosban tervezi a jövőjét, hogy lazít a családi köteleken. Az anyagi gyarapodás reményében nukleáris család formájában kívánnak a közösségből (Messing & Molnár, 2011).

Az idősebb roma nők sok esetben saját nemzetiségük tradíciójának foglyai, hiszen a korai gyermekvállalás, iskolázottság hiánya miatt életterük eléggé beszűkül. Viszont nem elégséges csupán saját kultúrájuknak megfelelniük, a többségi társadalomba is be kell illeszkedniük (Demsá, 2015). A közösségi normájuk szerint a „jó”, „tisztá” nő otthon van a családdal. Mos, főz, takarít, ellátja a gyermekeket. A családfenntartó szerep így kizárólag az édesapára hárul. Viszont ahol sokan élnek egy háztartásban, ez túl nagy feladat. Sok esetben a nők is dolgozni kezdenek, ami a férfiak szemében nem mindig pozitív, hisz ez egyfajta presztízsvesztés számukra (Makrai, 2020). Ezzel együtt kezd megjelenni a házimunka megosztása is, hiszen ők is részét képezik a munkaerő piacnak. Különösen a nem tradicionális közösségekben élő fiatalabb korosztály keresi a kitérés, továbbtanulási lehetőségeket. Tudják, hogy szüleikkel szemben nekik már jóval több opció áll

a rendelkezésükre. Próbálnak jó példává válni a gyermekeik szemében, és az idősebbekkel ellentétben már nem szűk látókörűek. Tudják, hogy egy jó munkahellyel már van esélyük kilépni a mélyszegénységből. Tehát a roma nők emancipációja elkezdődött a magyar társadalomban is (Géczy & Gergelics, 2019).

A deprivált környezet, a szülők társadalmi pozíciója, kulturális státusza és anyagi helyzete meghatározza a gyermekek iskolai teljesítményét is. A roma fiatalok ennek következtében már az iskolai élet megkezdésekor olyan hátránnyal indulnak, mint a nyelvi kifejező készség hiánya (K. Nagy, 2019). Óvodáskorú gyermekek körében végzett felmérés alkalmával megállapították, hogy a roma gyermekek az összefüggő beszéd, a relációs szavak használata, valamint a szókincs gazdagságának tekintetében alulmaradnak a többségi társadalomhoz képest (Gadó, 2018).

Ugyanakkor megfigyelhető a roma lakosság középosztályosodása, ami egy lassú folyamat. Ez abban mutatkozott meg, hogy a nehézségek ellenére egyre kevesebb roma gyermek kallódik el, esik ki az oktatásból. A középfokú intézményekbe járók és azt sikeresen elvégzők aránya növekedett, ez köszönhető a monetáris támogatásoknak és a helyi kezdeményezéseknek, valamint az oktatáspolitikának (Forray, 2017). Az iskolai felzárkózás hosszú távon az egyének egészségi állapotára is jó hatással lenne, hiszen a romák körében kialakult betegségek leginkább az iskolázatlanság okán kialakult rossz szociális helyzetnek köszönhetőek (Forray, 2013). Az edukációban elérendő előrelépés pedig szükséges lenne, hiszen a magyarországi lakossághoz viszonyítva a roma népesség körében szignifikánsan magasabb az éhomi vércukorszint, alacsonyabb a magas denzitású lipoprotein (HDL) szint és gyakoribb a 2-es típusú diabetes mellitusban szenvedők aránya. Körükben a metabolikus szindróma előfordulása is szignifikánsan gyakoribb a magyar lakossághoz képest (Kósa et al., 2014).

A roma népesség életkörülményeinek vizsgálata elengedhetetlen, mivel ez egy eszköz arra, hogy az oktatás és a foglalkoztatás terén végrehajtott, akár kormányzati szintű intézkedéseket visszakontrolláljuk. Hiszen, ha ezek az erőfeszítések sikerrel járnak, akkor az egyének életminőségében és lakókörnyezetében is mérhető, jelentős pozitív változások következnek be.

CÉLKITŰZÉS

Kutatásaink alapvető célja, hogy felmérjük a magyarországi roma nők életkörülményeit, lakóhelyük állapotát, közüzemi szolgáltatásokkal való ellátottságát, a szobák zsúfoltságának szintjét, összefüggésben higiénés magatartásukkal, illetve azzal, hogy mindezek milyen hatással vannak az egészségükre. Jelen közleményben a kapott eredményeinket a nem roma lakosok alkotta kontrollcsoportunkkal kívánjuk összehasonlítani, illetve a magyarországi és Európai Unióban készített felmérések eredményeivel, hogy ezáltal is pontosabb képet kapjunk a roma nők helyzetéről.

MÓDSZERTAN

Keresztmetszeti felmérésünket roma nők körében, Magyarország területén végeztük 2017-2018-ban. Célcsoportunkat a magukat roma származásúnak valló³, roma kisebbséghez tartozó lakosok képezték, a kontrollcsoportot szintén önbevallás alapján a nem roma lakosság jelentette, mely almintákat az „Ön roma származásúnak vallja-e magát?” kérdéssel azonosítottuk. A felmérésben az a nagykorú személy vehetett részt, aki a 18. életévét betöltötte.

Jelen közleményben ismertetett pilot kutatásunk többek között azt a célt szolgálta, hogy egy későbbi, Kárpát-medencére kiterjedő átfogó kutatásunk előtt felmérjük, hogy a roma lakosságot hogyan, milyen módszerekkel lehet elérni és felmérni. Mivel ez a kisebbség egy olyan társadalmi réteget képvisel, akiket nehéz elérni, fontosnak tartottuk megvizsgálni, mekkora a hajlandóság a célpopuláció részéről a kérdőív kitöltésére, illetve az általunk összeállított kérdőívet is tudtuk tesztelni. Ennek érdekében ország-szerte felkerestük a települési és roma önkormányzatokat e-mailben és telefonon keresztül, illetve a védőnői hálózat és a családsegítő szolgálat elérésére is tettünk kísérletet. A kérdőívet online felületen, több platformon is népszerűsítettük, így több módszer (online és papír alapú kérdőív) ötvözésével sikerült az összes megyéből adatokat szereznünk, azonban egy válaszadó csak egy formában (online vagy papír alapon) tölthette ki a kérdőívet. A magukat roma

származásúnak valló kitöltők több kérdésre válaszoltak, szemben a magukat nem romának valló válaszadókkal, online kitöltés esetén ezt úgy oldottuk meg, hogy a kérdőív elágazó volt. A rendelkezésre álló idő, az erőforrások és sokszor a válaszkészség hiánya miatt azonban sajnálatos módon lehetetlen volt elérni a reprezentativitást. A célpopuláció beválasztásakor nem volt célunk összehasonlítani a szegregáltan, vagy integráltan élő csoportokat, ugyanakkor fontos szempont volt, hogy a kontroll csoport beválasztása a roma válaszadók régiójából történjen.

A statisztikai elemzéseket az SPSS 25 program segítségével végeztük el. A leíró statisztika mellett az összefüggés-elemzéshez a chí-négyzet próbát használtuk. Szignifikánsnak tekintettük az eredményt, ha a $p < 0,05$ volt.

Saját szerkesztésű kérdőívünk tartalmazott szocio-demográfiai, valamint önbevalláson alapuló, egészségi állapotra vonatkozó adatokat, amelyet a romák esetében lakóhelyükről, higiénés szokásaikról, tisztálkodással kapcsolatos kérdésekkel egészítettünk ki.

A jelen kutatásban vizsgált kérdéseink:

1. szocio-demográfiai változók: lakóhely településének típusa, iskolai végzettség, munkavállalás, háztartás nagysága, háztartás összetétele, háztartásban élők száma
2. lakóhely jellemzői: nagysága, típusa, köz-műellátottsága
3. higiénés szokások: tisztálkodás gyakorisága
4. morbiditási adatok: panaszok, tünetek előfordulása

EREDMÉNYEK

A vizsgálat során összesen 689 nőt sikerült felmérni, ebből 299 roma és 390 kontroll csoporthoz tartozott. A roma korcsoport életkorának eloszlása az alábbiak szerint alakult: 18-34 év közötti 155 fő (51,8%), 35-64 év közötti 139 fő (46,5%), 65 feletti 5 fő (1,7%). A kontroll csoport tagjai esetében a 18-34 év közöttieket 198 fő (50,8%), a 35-64 év közöttieket 182 fő (46,7%), a 65 feletti 10 fő (2,6%) alkotta. Magyarország mind a 7 régiójából (Nyugat-Dunántúl, Közép-Dunántúl, Dél-Dunán-

³ A nemzetiségek jogairól szóló 2011. évi CLXXIX. törvény szerint

túl, Közép-Magyarország, Észak-Magyarország, Észak-Alföld és Dél-Alföld) kerültek be válaszadók a mintába, ugyanakkor a minta eloszlása egyenletlen volt.

A vizsgált minta szocio-demográfiai jellemzése az 1. táblázatban látható. A romák esetében a nem roma mintához képest nagyobb arányban voltak a 150.000 Ft alatti jövedelműek, illetve meglepő módon azoknak az aránya is magasabb volt, akik 300.000 Ft felett kerestek. Eredményeink szerint a magas jövedelemmel rendelkezők legnagyobb hányada (39,1%) a fővárosban élt.

Elmondható, hogy a mintában a roma nők még mindig aluliskolázottabbak voltak ($p < 0,001$) a nem romákhoz képest.

Az 2. táblázat bemutatja, hogy a válaszadók kikkel éltek egy háztartásban a felmérés időpontjában. A kontroll csoporthoz tartozó nők válaszát vizsgálva azt az eltérést látjuk a roma családokhoz képest, hogy az egyedül élő nők (106 fő, 27,2%), valamint a gyermek nélkül, de élettársal/házastárssal együtt élők (119 fő, 30,5%) aránya jóval magasabb volt.

1. táblázat: A roma (N=299) és a nem roma (N=390) nők szocio-demográfiai jellemzése

	roma	nem roma
iskolai végzettség		
maximum 8 osztály	177 fő (59,2%)	9 fő (2,3%)
szakmunkás	70 fő (23,4%)	18 fő (4,6%)
érettségi	31 fő (10,4%)	171 fő (43,8%)
főiskola/egyetem	21 fő (7,0%)	171 fő (43,8%)
lakóhely		
főváros	171 fő (43,8%)	77 fő (19,7%)
város	124 fő (41,5%)	208 fő (53,4%)
falu	106 fő (35,4%)	105 fő (26,9%)
jövedelem		
150.000 Ft alatt	73 fő (24,4%)	61 fő (15,6%)
150.000-200.000 Ft között	10 fő (3,3%)	26 fő (6,7%)
200.000-250.000 Ft között	20 fő (6,7%)	30 fő (7,7%)
250.000-300.000 Ft között	102 fő (34,1%)	161 fő (41,3%)
300.000 Ft felett	94 fő (31,4%)	112 fő (28,7%)

Forrás: saját szerkesztés

2. táblázat: A roma (N=299) és a nem roma (N=390) családok összetétele

	roma	nem roma
párkapcsolatban és gyermek(ek)kel él	121 fő (40,5%)	126 fő (32,3%)
az egyik szülő és a gyermek(ek) élnek együtt	57 fő (19,0%)	17 fő (4,4%)
szüleivel él	43 fő (14,5%)	2 fő (0,5%)
csak házastárssal él	33 fő (11,0%)	119 fő (30,5%)
egyedül él	27 fő (9,0%)	106 fő (27,2%)
házastársával, gyermekeivel, nagyszülőkkel él	18 fő (6,0%)	20 fő (5,1%)

Forrás: saját szerkesztés

A kontroll csoport tagjai között szignifikánsan több nő válaszolta azt, hogy egyedül vagy élettársával él együtt ($p < 0,001$). Megállapítottuk, hogy a roma háztartások szignifikánsan nagyobbak a nem romákénál ($p < 0,001$), mivel a roma háztartások nagysága átlagosan 3,87 fő volt,

míg a kontroll csoporthoz tartozók esetében 2,84 fő.

A kapott válaszok alapján a család nagyságot négy csoportra soroltuk Keresztes-Takács Orsolya kutatása alapján (Keresztes-Takács, 2015): 2-3 főből állókra, 4 és 5 fős, valamint a 6 főt

meghaladó családokra. A roma válaszok alapján a 2-3 főből álló családok aránya 46,2%, a 4 fős családoké 19,4%, az 5 fős családoké 16,0% volt, valamint azoknak a családoknak az aránya, akik 6 főt meghaladó otthonokban éltek 18,4% volt. A kontrollcsoportban a 2-3 főből álló családok aránya 68,2% volt, 4 fős családoké 20,4%, az 5 fős családoké 7,8%, míg a 6 főt meghaladóké csak 3,6 % volt. Ha a roma nők esetében az iskolai végzettség tükrében vizsgáljuk a család nagyságát, arra a következtetésre jutunk, hogy minél magasabb az édesanya képzettsége, annál alacsonyabb a családtagok száma ($p < 0,001$). A gyermekek számát is kategorizáltuk a további vizsgálatokhoz. Így létrehoztunk olyan csoportokat, ahol 1-2 gyermek, 3-4 gyermek, 5 illetve 6 vagy annál több gyermek élt a családdal. A vizsgált roma populációban a családokban nevelt 1-2 gyermek aránya 52,7%, a 3-4 gyereket nevelő édesanyák aránya 33,7% volt. Ezzel szemben a kontroll csoport tagjainál lényegesen alacsonyabb volt a gyerekszám. 88,7%-uk nevelt 1-2 gyereket, 10,8%-uk pedig 3-4 gyermeket. Összesen 28 roma nő (13,6%) vallotta azt, hogy több mint 5 gyermeket nevel, míg ez a szám a kontroll csoportnál csak 2 fő (0,5%) volt. A roma édesanyák esetében azt az összefüggést találtuk, hogy az iskolai végzettség növekedésével fordított arányosságot mutat, tehát csökken a gyermekek száma ($p < 0,001$).

A vizsgálatunk során kíváncsiak voltunk arra is, hogy a roma lakosok esetében a megfelelő személyes tér rendelkezésre áll-e, hiszen ez a szám jól mutatja az otthonok zsúfoltságát, mely összefüggésben állhat más tényezőkkel is (pl. megbetegedések aránya). A felmért populációban azt az eredményt kaptuk, hogy a roma nők átlagosan 2,25 szobás otthonokban éltek a felmérés-kor. Ezt összevetettük azzal a kérdésünkkel, hogy hányan éltek egy háztartásban, így az átlagosan egy főre jutó szobaszám 0,57 volt. A nem romáknál ez a szám magasabb volt (1,2). A romák esetében ez meglehetősen alacsony érték, ami annak is köszönhető, hogy a lakásokban gyakran három generáció él együtt, illetve a vizsgált populációnál az egy lakásban élő három vagy annál több gyereket nevelő családok aránya is 43,7% volt.

A roma nők 42,5%-a dolgozott a kérdőív felvételekor, míg 19,7%-uk munkanélküli státuszban

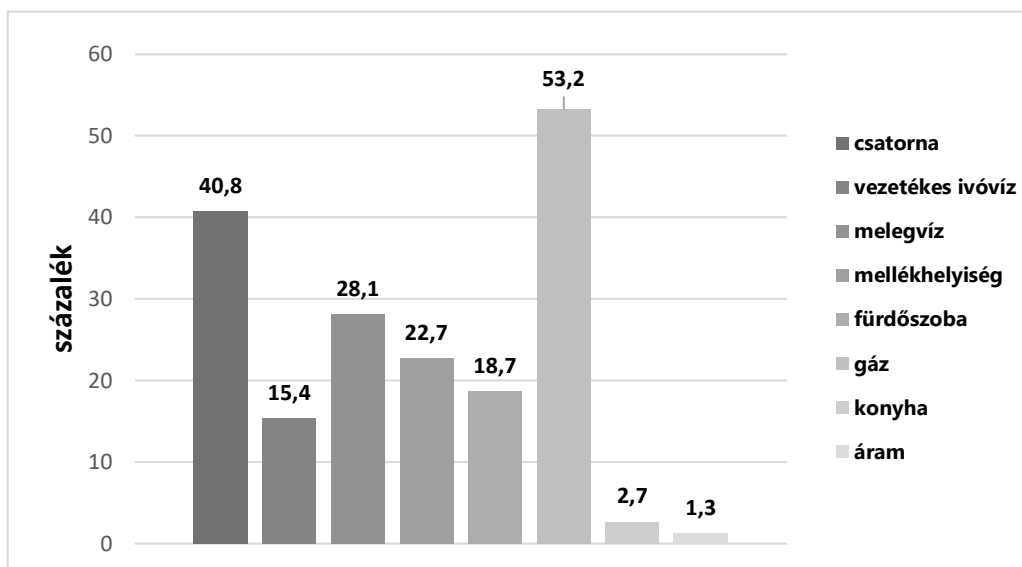
volt, 17,1%-uk valamilyen szociális ellátásban részesült, 13,4%-uk tanult és 7,3 %-uk pedig nyugdíjas volt. Kiemelve az aktív korúakat, arra a megállapításra jutottunk, hogy a szociális juttatásból élő roma nők 6-10 személyes családokban, míg azok, akik dolgoztak, jellemzően 2-4 fős háztartásban éltek ($p < 0,001$). Összehasonlításképpen, a kontroll csoportban a dolgozó nők aránya (72,8%) sokkal magasabb volt ($p < 0,001$). A kutatásunkban a roma válaszadók esetében azt is megfigyeltük, hogy a nukleáris családok (vagyis maximum két generáció együttélése) inkább városi környezetben volt jellemző ($p < 0,001$).

A roma populációban a további kérdéseink az ingatlanokra és a közműellátottságra vonatkoztak. A kisebbségi csoport tagjainak otthonai legnagyobb arányban 2 szobásak (46,8%) voltak. 20,4%-uk 1 szobás, 32,8%-uk 3 vagy annál több szobás lakásban élt. A lakások 38,1%-ában nem volt külön szoba a gyermekek részére.

A lakás típusát figyelembe véve 41,5%-uk családi házban, 16,7%-uk lakótelepi lakásban, 15,1%-uk többlakásos sorházban, 10,4%-uk hagyományos parasztházban és 9,0%-uk szükséglakásban élt, míg 7,4%-uk egyéb kategóriát jelölt meg. A közüzemi szolgáltatásokhoz való hozzáférést vizsgálva a lakások 40,8%-ához nem volt bekötve szennyvíz elvezető csatorna. Ivóvíz a lakások 15,4%-nál, gáz 53,2 %-nál, elektromos áram 1,3%-nál, konyha 2,7 %-nál hiányzott. A higiénés viszonyokat is megvizsgáltuk, ezért rákérdeztünk arra, hogy a tisztálkodáshoz szükséges környezet megfelelő-e. Az 1. ábrán olvasható, hogy fürdőszoba 18,7%-nál, mellékhelyiség 22,7%-nál, melegvíz 28,1%-nál, s ahogyan fentebb említettük, a vezetékes ivóvíz bekötése 15,4%-nál hiányzott. Ha a település jellege szerint vizsgáljuk a roma lakások felszereltségét, akkor megfigyelhető, hogy a falvakban még mindig szignifikánsan alacsonyabb a csatornahálózathoz ($p < 0,001$), az ivóvízhez ($p < 0,013$), a melegvízhez ($p < 0,001$), a gázhoz ($p < 0,001$) való hozzáférés, valamint a fürdőszoba ($p < 0,001$), a mellékhelyiség ($p < 0,001$) megléte.

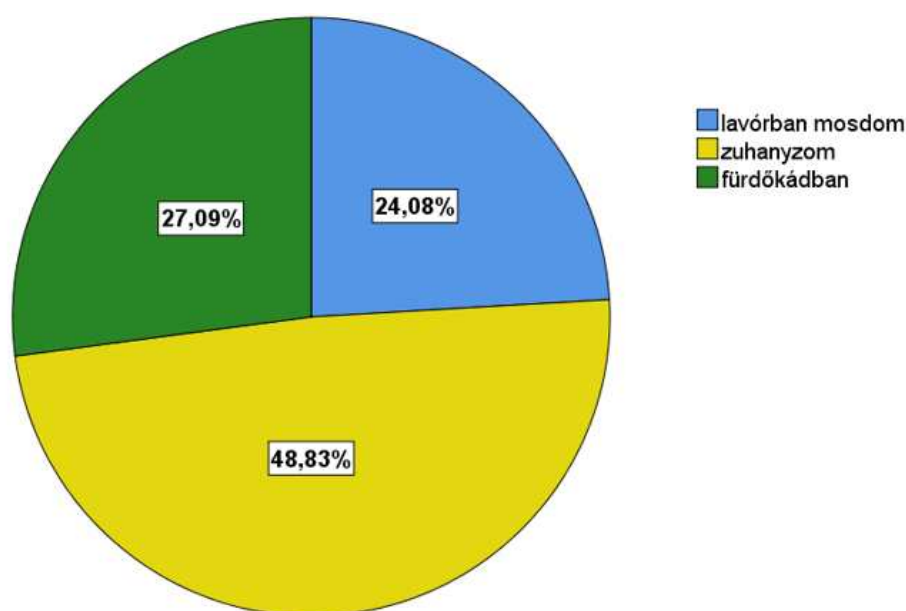
A 2. ábrán szereplő „*Ön hogyan tisztálkodik leggyakrabban?*” kérdésre a roma nők 24,1%-a válaszolta, hogy még mindig lavórban kénytelen mosakodni.

1. ábra: Roma nők lakásainak hiányosságai (%) (N=299)



Forrás: saját szerkesztés

2. ábra: Roma nők tisztálkodási szokásai (N=299)



Forrás: saját szerkesztés

Meglepő módon azok, akik a mindennapi tisztálkodásukat lavórban végzik, szignifikánsan többen élnek nagyobb városokban ($p < 0,001$), mint falvakban vagy akár a fővárosban; és jellemzően alacsony jövedelemmel rendelkeznek ($p < 0,001$). A vizsgált roma nők lakáskörülményei nem mondhatók jónak, magas a szükséglakásban és az alacsony komfortfokozatú házban élők aránya. Egyes megbetegedések gyakoriságára is rákérdeztünk. Kiderült, hogy körükben a

megfázással járó betegségek és a hasmenéses megbetegedések fordulnak elő gyakrabban. A roma nők körében bizonyos gyomor- és bélrendszeri panaszok, mint pl. a hányás vagy hasmenés, a válaszok alapján nem volt túl gyakori. A hasmenés a többségnél évenként vagy annál ritkábban fordult elő (72,2%). 20,1%-uk fél-évente, míg 7,7%-uk hetente vagy havonta szenvedett ettől a tünettől. A hányás sem gyakori körükben. Csupán 8%-uk válaszolta, hogy

havonta vagy hetente alakul ki náluk ilyen jellegű rosszullét. A nátha vagy megfázás szezonálitást mutatott náluk, hiszen a roma nők 46,5%-ánál legalább félévente jelentkezett tünetként. Viszont vannak olyan esetek, amikor a betegség heti/havi szinten jelen volt (11,7%). Lázas állapot a megkérdezettek 4,3%-ánál hetente, 29,1%-ánál havonta, 64,9%-án félévente vagy ritkábban fordult elő.

A roma otthonok hiányosságait tovább vizsgálva önkényesen definiáltunk alacsony és magas komfortfokozattal rendelkező ingatlanokat. A komfortfokozatokat vezetékes ivóvíz, melegvíz, konyha, szennyvízelvezetés, fürdőszoba és mellékhelyiség megléte alapján osztályoztuk. Az elektromos áramhoz való hozzáférést kivettük a csoportosításból, hiszen az majdnem minden lakásnál rendelkezésre állt. Az alacsony komfortfokozatú ingatlanok esetében lázas állapot ($p < 0,001$), hányás ($p < 0,003$), megfázás ($p < 0,023$) és hasmenés ($p < 0,001$) gyakrabban fordult elő. Ha egy közmű hiányzik a lakásból, az nem jelent számottevő változást, viszont ha már halmozódnak a hiányosságok, az kedvez különféle betegségek kialakulásának.

MEGBESZÉLÉS

Vizsgálatunk eredményeit összevetettük az Európai Unió Alapjogi Ügynöksége (FRA) által végzett, az Európai Unió roma kisebbségekről és a hátrányos megkülönböztetéséről szóló második felméréssel, amelyben 9 országban - köztünk hazánkban is - a roma lakosságot mérték fel társadalmi-gazdasági, foglalkoztatás, oktatás, és a lakhatási körülmények szempontjából (*European Union Agency for Fundamental Rights "Second European Union Minorities and Discrimination Survey Roma – Selected findings", 2016*). A felmérésben Bulgáriában, Cseh Köztársaságban, Görögországban, Horvátországban, Magyarországon, Portugáliában, Romániában, Spanyolországban és Szlovákiában élő romák vettek részt (N=33.648). A vizsgálatban azt mérték fel, hogy milyen hatással voltak a roma integrációra az uniós szakpolitikai kezdeményezések és a pénzügyi támogatások.

A 3. ábrán látszik, hogy az egy főre jutó átlagos szobaszám közel megegyezik a magyar uniós eredménnyel, viszont a többi tagállamot nézve ez az érték alacsonynak bizonyul.

3. ábra: Egy főre jutó szobák száma az Európai Unió 2016-ban kiadott roma kisebbségekről és a hátrányos megkülönböztetéséről szóló második felméréseinek (FRA, EU-MIDIS II.) tükrében (FRA, EU-MIDIS II. N=33.648) (saját kutatás N=299)



Forrás: saját szerkesztés

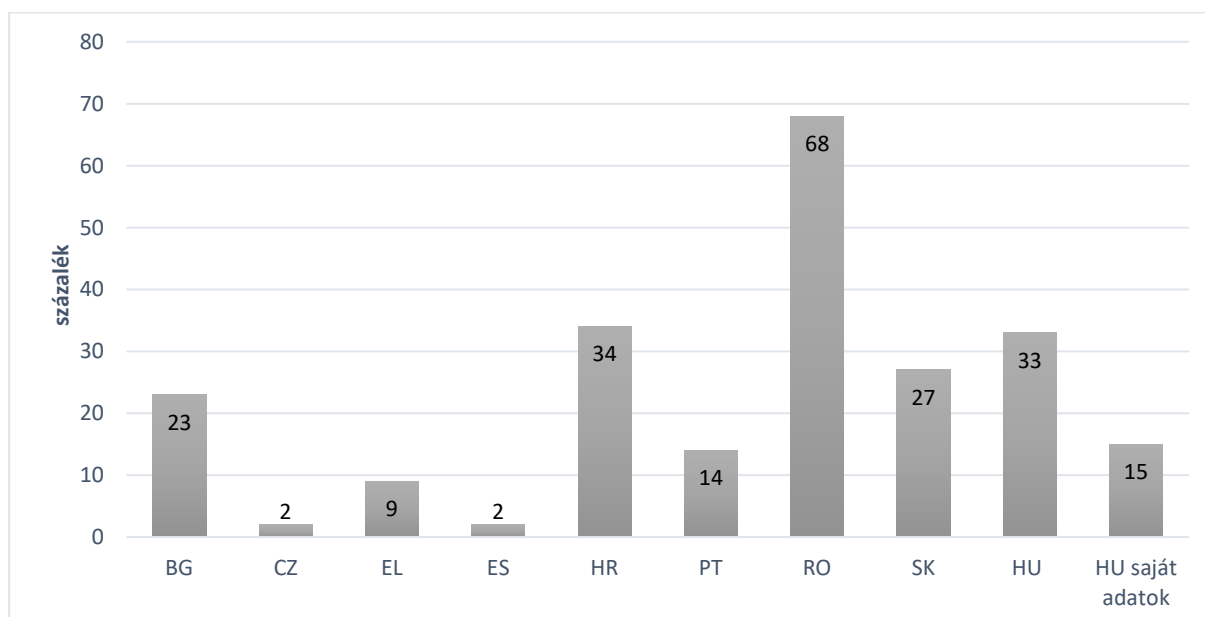
Az elektromos áram egyik alapfeltétel a mindennapi tevékenységeinkhez, mivel hozzásegít az otthonok rendben tartásához, a tanuláshoz, az élelmiszerek tárolásához, valamint az elkészítésükhöz. Egyszóval nehéz lenne olyan tevékenységet találni, ami során nélkülözni lehetne. Az áramellátottság a Cseh Köztársaságban, Spanyolországban, Bulgáriában, Magyarországon elérte a 97–98%-ot (*European Union Agency for Fundamental Rights "Second European Union Minorities and Discrimination Survey Roma – Selected findings", 2016*). Ez az arány Portugáliában (88%) és Görögországban (89%) alacsonyabb volt. A mi kutatásunkban áramszolgáltatással a háztartások 89,3%-a rendelkezett.

A közüzemi vízellátó rendszerhez való hozzáférés szempontjából azonban általában és Magyarországon is rosszabb a helyzet. Az EU-MIDIS II felmérése alapján nagyobb arányban élnek a romák olyan ingatlanokban, ahol ez a szolgáltatás hiányzik. Ez alól kivételt képez a Cseh Köztársaság és Spanyolország, ahol a vízellátás hiányának aránya közelít a roma és a nem

roma lakosok viszonylatában. Romániában azonban kifejezetten rossz a helyzet (*European Union Agency for Fundamental Rights "Second European Union Minorities and Discrimination Survey Roma – Selected findings" 2016*). A 4. ábrán olvasható, hogy az általunk készített felmérés alapján az Unió magyar adatokhoz képest az ingatlanok közel fele volt az, ami nem rendelkezett vezetékes ivóvíz eléréssel. [4. ábra]

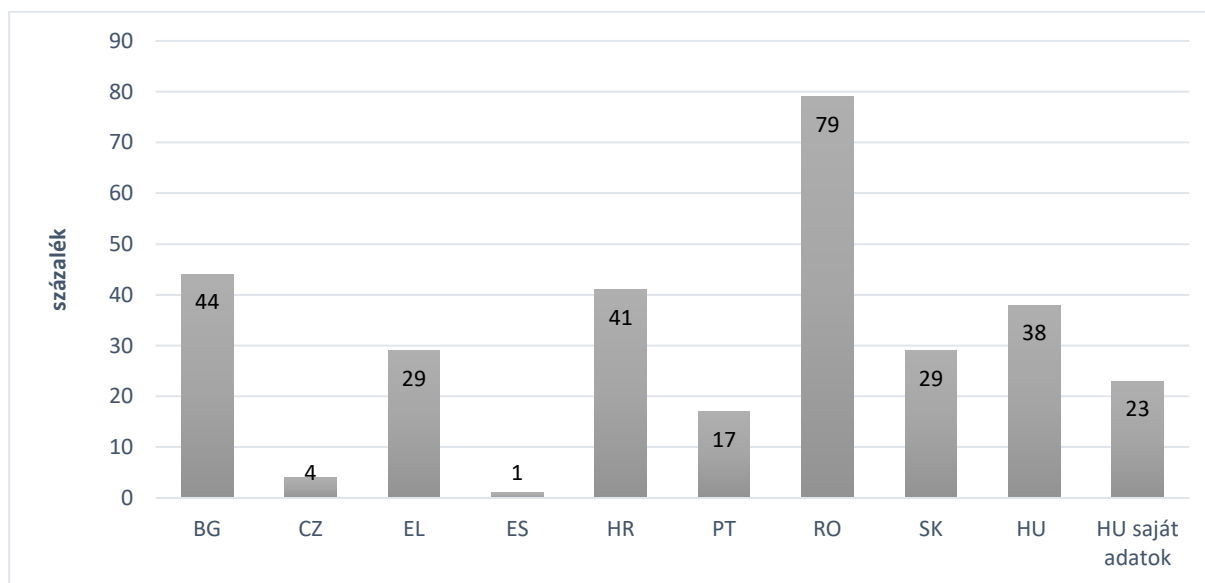
A vezetékes vízzel nem rendelkező lakások mellett sok esetben tapasztalható volt a toalett és a fürdőszoba hiánya is. Ezáltal egy halmozottan deprivált környezet alakul ki, ami számos egészségügyi veszélyt hordoz magában. A vizesblokk hiánya Romániában a legmagasabb (79%), míg Spanyolországban a legalacsonyabb (1%) (*European Union Agency for Fundamental Rights "Second European Union Minorities and Discrimination Survey Roma – Selected findings" 2016*). Az 5. ábrán látható, hogy az általunk vizsgált roma nők körében, több ország ilyen irányú eredményeivel összehasonlítva, kedvezőbbek az adataink.

4. ábra: A lakáson belül vezetékes ivóvízzel nem rendelkező roma háztartások aránya (%) az Európai Unió 2016-ban kiadott roma kisebbségekről és a hátrányos megkülönböztetésről szóló második felmérésének (FRA, EU-MIDIS II.) tükrében. (FRA, EU-MIDIS II. N=33.)



Forrás: saját szerkesztés

5. ábra: Beltéri vizesblokkal nem rendelkező roma háztartások aránya (%) az Európai Unió 2016-ban kiadott roma kisebbségekről és a hátrányos megkülönböztetésről szóló második felméréseinek (FRA, EU-MIDIS II.) tükrében. (FRA, EU-MIDIS II. N=33.648; kutatás N=299)



Forrás: saját szerkesztés

A 2014-es Európai lakossági felmérés adatai szerint, amíg a nem roma lakosokra átlagosan 1,3 szoba jut személyenként, addig a romákra csak 0,7. Ehhez viszonyítva, a kutatásunkban az átlagosan egy főre jutó szobaszám alacsonyabb volt (0,57) (Kemény et al., 2004). Bár nem vizsgáltuk, a különbségre magyarázatot adhat, hogy hazánkban a roma lakosok többsége kisméretű, kevés szobával rendelkező ingatlanokban zsúfolódik össze.

Keresztes-Takács Orsolya 2014-es, 479 háztartásban felvett kérdőíves vizsgálatában a 6 főt meghaladó családok aránya rendkívül magas volt (40,7%). Ehhez képest a mi felmérésünkben már 18,4% -ra csökkent ez az arány. A családok átlagos háztartásnagysága 5,61 fő, míg nálunk 4 évvel később már csak 3,9 fő volt (Keresztes-Takács, 2015).

Kutatásunk korlátai közé soroljuk, hogy a roma és a nem roma lakosok által kitöltött kérdőív nem volt teljesen megegyező. A minta nem volt reprezentatív, emiatt a következtetések csupán a felmérték mintájára és nem országosan érvényesek. A saját és az összehasonlításunk alapjául szolgáló Európai Unió roma kisebbségekről és a hátrányos megkülönböztetésről szóló második felmérésben szereplő kérdőív adatai sem voltak teljes egészében ugyanazok.

KÖVETKEZTETÉSEK

Jelen pilot vizsgálatunk segítséget nyújt abban, hogy a nehezen elérhető roma kisebbséget milyen módszerekkel tudjuk bevonni egy ilyen jellegű kutatásba, illetve tanulságul szolgált a mérőeszköz véglegesítésében is. Egyik fontos és érdekes eredményünk, hogy az iskolázottság mértéke önmagában nem biztos, hogy befolyásolja a kérdések megértését. Az általunk vizsgált Magyarországon élő roma nők még mindig igen rossz lakáskörülmények között élnek, melynek legfőbb oka feltehetően alacsony iskolázottságukban, gyenge munkaerő piaci helyzetükben és ez által alacsony jövedelmükben rejlik (K. Nagy, 2019; Gadó, 2018). Ehhez még hozzájárul a többségi társadalom kirekesztő magatartása, hiszen ha tehetik, nem szívesen élnek az ő környezetükben (European Union Agency for Fundamental Rights „EQUALITY Discrimination against and living conditions of Roma women in 11 EU Member States Roma survey – Data in focus”, 2016; European Monitoring Centre on Racism and Xenophobia, Europe, 2005). Tanulmányunk egy komplex képet igyekezett összeállítani a roma nők lakhatásáról, hogy rávilágítson arra, hogy a mai modern világunkban, ahol a vezetékes ivóvíz és az angol WC megléte teljesen alapvető kellene

hogyan legyen, még élnek szegregátumokban olyan emberek, akiknek mindez csak álom, hiszen az alacsony iskolázottság- munkanélküliség- szegénység ördögi köréből képtelenek elszakadni (Központi Statisztikai Hivatal, 2014; Keresztes-Takács, 2015; Messing, et al., 2011).

A korábbi kutatásokkal összehasonlítva a kérdést látható azért némi javulás, viszont ez még mindig nagyon elenyésző (European Union Agency for Fundamental Rights „EQUALITY Discrimination against and living conditions of Roma women in 11 EU Member States Roma survey – Data in focus”, 2016; European Union Agency for Fundamental Rights “Second European Union Minorities and Discrimination Survey Roma – Selected findings”, 2016; Kemény et al., 2004; Keresztes-Takács, 2015). A probléma már gyermekkorban elkezdődik, hiszen az egy főre jutó szobák alacsony száma, valamint az alacsony komfortfokozat azt eredményezi, hogy többen kénytelenek egy kis területre összezúfolódni. Ez megnehezíti a gyermekek tanulását, pl. a nem megfelelő tanulási környezet, a megbetegedések okozta iskolai hiányzások miatt. Az alacsony iskolai végzettségükön kívül, nagyban befolyásolja elhelyezkedésüket a lakóhelyük is

(Keresztes-Takács, 2015). Hiszen a szegregátumok esetében nehéz és költséges eljutni olyan településekre, ahol van munkalehetőség. A lakások nem elégítik ki az alapvető higiénés szükségleteket sem, ezért a munkavállalók sem szívesen foglalkoztatják őket (Ekmekçi, 2016).

Véleményünk szerint a jelenlegi állapot javításának egyik kulcsa lehetne a roma nők körében az iskolai végzettségi szintnek a növelése, hiszen ez jobb munkaerő-piaci helyzetet teremthetne, ami hozzásegítené a roma nőket, s rajtuk keresztül a felnövekvő nemzedéket a jobb életkörülményekhez. A lakókörnyezet pozitív változása pedig kedvező folyamatokat indítana el az egyének egészségmagatartása és egészségi állapota terén is. Hiszen a megbetegedések kialakuláshoz nagyban hozzájárul az alacsony komfortfokozat, melyből következnek a nem megfelelő higiénés körülmények, télen esetlegesen a fűtés hiánya. Eredményeink alapján a nem megfelelő lakókörnyelmények és az alacsony képzettségi szint további nehézséggel jár együtt, hiszen mindezek fordított arányban állnak a család nagyságával, a gyermekszámmal, ami konzerválja a roma populációban egyébként is meglévő hátrányokat.

HIVATKOZÁSOK

- Az Európai Unió Tanácsa 2000/43/EK irányelv (2000. június 29.) a személyek közötti, faji vagy etnikai származásra való tekintet nélküli egyenlő bánásmód elvének alkalmazásáról.
- Ámon, K., Balogi A., Czizfusz, M., „et al” (2019): Éves jelentés a lakhatási szegénységről. Habitat for Humanity Magyarország, Budapest, 1-99.
- Bernát, A. (2014): Leszakadóban: a romák társadalmi helyzete a mai Magyarországon. Társadalmi riport, 13(1). 246-264.
- Demsa, A. (2015): *Cigány nők kettős elnyomása Magyarországon a hétköznapiakban*. Acta Sana. 10(2). 21-29.
- Ekmekçi, P. E. (2016): Health and Roma People in Turkey. *Balkan Med J.* 33. 377-382. doi: [10.5152/balkan-medj.2016.151385](https://doi.org/10.5152/balkan-medj.2016.151385)
- European Union Agency for Fundamental Rights (2016): EQUALITY Discrimination against and living conditions of Roma women in 11 EU Member States Roma survey – Data in focus. Publications Office of the European Union. 1-56.
- European Communities (2005): European Monitoring Centre on Racism and Xenophobia. 1-50.
- Forray, R. K. (2013): Cigány egészség, cigány betegség. *Educatio.* 22(2). 177-186.
- Forray, R. K. (2017): A cigányság középosztályosodása. *Educatio.* 26(4). 581-590. DOI: 10.1556/2063.26.2017.4.
- Gadó, I. (2018): A roma és nem roma óvodáskorú gyermekek beszédfejlődésének összehasonlító vizsgálata Romológia. 15. 78 -96.
- Géczy, D., Gergelics, N. (2019): Két szék között. Roma fiatalok identitásválságai. A többségi előítélet és a saját csoportnormákból való kiszakadás ERDÉLYI TÁRSADALOM. 17(2). 63-81.
- Human Contact (2001): A magyarországi romák XXI. század eleji társadalmi helyzete. Összefoglaló tanulmány.
- K. Nagy, E. (2019): A roma tanulók iskolai sikertelenségének kérdései. *Magyar Tudomány.* 180(11). 1638-1648. DOI: 10.1556/2065.180.2019.11.5

- Kemény, I., Jánky, B., Lengyel, G. (2004): A magyarországi cigányság 1971–2003 Gondolat – MTA Etnikai-nemzeti Kisebbségkutató Intézet Budapest. 1-155.
- Keresztes-Takács, O. (2015): Lakhatási viszonyok és az oktatási intézményekhez való hozzáférés a hajdúböszörményi szegregátumokban. REGIO. 23(4). 58-79. DOI: <http://dx.doi.org/10.17355/rkkpt.v23i4.86>
- Kosa, Zs., Moravcsik-Kornyicki, Á., Diószegi, J., Bayard, R., Szabó, Z., Sándor, J., Ádány, R. (2014): Prevalence of metabolic syndrome among Roma: a comparative health examination survey in Hungary. Eur J Public Health. 25. 299-304.
- Központi Statisztikai Hivatal. (2015): Statisztikai tükör Európai lakossági egészségfelmérés 2014. 29. 1-9.
- Magyarország Alaptörvénye. (2011. április 25.)
- Makrai, K. (2020): "Ki mit szakít szagolja" Nők a "kettősházi" cigány közösségekben. Egy életút intejúból lett kiscsoportos interjú tanulságai alapján. Miskolci Egyetem BTK – Kutatói Almanach. 11. 441-449.
- Messing, V., Molnár, E. (2011): Bezáródó kapcsolati hálók: szegény roma háztartások kapcsolati jellemzői. Esély. 547. 47-74.
- PIK, K. (2001): A cigány gyerekek és az óvoda esete – II. Esély. 1. 47-69.
- European Union Agency for Fundamental Rights. (2016): Second European Union Minorities and Discrimination Survey Roma – Selected findings. 1-52.
https://ec.europa.eu/info/policies/justice-and-fundamental-rights/combating-discrimination/roma-eu/roma-equality-inclusion-and-participation-eu_en

Egészségnevelési attitűd és egészségmagatartás középiskolai pedagógusok körében

Health education attitudes and health behaviors among high school teachers

Szerzők: Masa Andreaⁱ ✉, Tobak Orsolyaⁱⁱ, Deutsch Krisztinaⁱⁱⁱ

Beküldve: 2021. 01. 04.

Doi: 10.24365/ef.v62i2.5907

Kulcsszavak: egészség; egészségnevelés; mentális egészség

Keywords: health; health education; mental health

Összefoglaló

Bevezetés: Az egészséggel kapcsolatos értékek formálásához a társadalom minden tagja hozzájárul: az egyének, a közösségek, a munkahelyek, továbbá az oktatási szintek is. A gyermekkorban formálódó egészségmagatartás jelentős hatással van az egyén későbbi életére, valamint kulcsszerepet játszik a lakosság egészségi állapotának javításában. A közösségbe kerüléssel a család, mint elsődleges szocializációs színtér mellett a pedagógusok saját magatartási mintájukkal döntő befolyással bírnak a gyermekek egészségkultúrájára. Direkt oktató és nevelő tevékenységük mellett viselkedésük is meghatározó a tanulók egészségmagatartásának alakításában.

Módszertan: 2019. márciusa és novembere között végeztünk kvantitatív, leíró jellegű keresztmetszeti felmérést 14 szegedi középiskola pedagógusai körében, célzott mintavétellel (N = 200). Az adatgyűjtés online módon zajlott, a kitöltés önkéntes és anonim volt. Az adatgyűjtés eszköze saját szerkesztésű kérdésekből összeállított kérdőív volt. IBM SPSS Statistics Version 25.00 szoftver segítségével leíró statisztikai elemzés mellett chí-négyzet-, Mann-Whitney U- és Kruskal-Wallis-próbát végeztünk 95%-os valószínűségi szinten ($p < 0,05$).

Eredmények: Az egészségnevelési attitűd vonatkozásában több szociodemográfiai kapcsolat is igazolódott: a nők pontosabban írják le az egészség fogalmát ($p = 0,02$) és tudatosabbak az egészségnevelés területén ($p = 0,023$), az egyedülálló magasabb pontszámra értékelik iskolai egészségnevelési aktivitásukat ($p < 0,001$). Az iskolatípus meghatározónak bizonyult az egészség megfogalmazásában ($p = 0,011$), a személyes egészséggel kapcsolatos példaadásban ($p = 0,001$) és a tervszerű egészségnevelési aktivitás vonatkozásában ($p < 0,001$) egyaránt, a szakgimnáziumi pedagógusok körében tapasztalt jobb eredményekkel. Az egészségnevelési aktivitása azoknak jobb, akiknél nem fordul elő rohamivás ($p = 0,025$). A válaszadók 11%-a nem fogalmazta meg saját egészségnevelési tevékenységét, miközben több, mint egyharmaduk azt jóra vagy nagyon jóra értékelte. Az egészség lelki/társas dimenzióját a résztvevők 25%-a nem említi válaszaiban.

Következtetések: A kutatás eredményei rávilágítottak arra, hogy a válaszadó pedagógusok többségének egészségfogalma nem komplex, többen nem érzik kompetenciájuknak a diákok egészségnevelését. Azonban fontos lenne ezen a területen segítséget nyújtani tanároknak a jogszabályi elvárásoknak való megfelelésen túl az indirekt nevelő hatás és a saját jóllétük érdekében egyaránt.

Summary

Introduction: All members of society contribute to shaping health-related values. Individuals, communities, workplaces, and educational platforms as well. Childhood health behaviors have a

ⁱ Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Egészségtudományi Doktori Iskola, Pécs

ⁱⁱ Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Szeged

ⁱⁱⁱ Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Sürgősségi Ellátási és Egészségpedagógiai Intézet, Pécs

significant impact an individual's later life and play a key role in improving the health of the population. By joining the community, in addition to the family as the primary socialisation stage, teachers have a decisive influence on the health culture of children with their own pattern of behavior. In addition to their direct teaching activities, their behaviors have a great influence on shaping students' health behaviors.

Methods: A quantitative, cross-sectional survey was conducted among teachers in 14 high schools in Szeged, between March and November 2019, with convenience sampling (N = 200). The data collection took place using web-based, anonym, self-administered questionnaire. We used self-edited questions about health education attitudes among others. SPSS 25.0 statistics software was used for data analysis. In addition to descriptive statistical analysis, we used chi square, Mann–Whitney U, and Kruskal–Wallis test with 95% probability level ($p < 0.05$).

Results: Regarding the attitude of health education, several sociodemographic differences were: women formulate the definition of health more accurately ($p=0.02$) and are more health-conscious in the field of health education ($p = 0.023$), and the single has a higher level of health education activity ($p < 0.001$). The type of school proved to be decisive in the formulation of health ($p = 0.011$), in the example of personal health ($p = 0.001$), and in the planned health education activity ($p < 0.001$), with better results among secondary vocational school teachers. Health education activity is better for those who are not binge drinkers ($p = 0.025$). 11% of respondents did not articulate their own health education activity, while more than a third rated it as good or very good. The mental/social health dimension is not mentioned by 25% of the participants in their answers.

Conclusions: The results of the research have highlighted that the majority of the teachers currently do not have a complex concept of health, many of them do not feel competent in educating students about health. However, it would be important to help teachers in this area, in addition to meeting legal requirements, for both indirect educational impact and their own well-being.

BEVEZETÉS

A különböző korok szakemberei évezredek óta keresik a választ arra, vajon mit jelent az egészség? A történelem egyes szakaszaiban az ipar és a tudomány fejlődése, ezáltal a változó életkörülmények jelentősen befolyásolják az egészség-felfogást. A XIX–XX. századra az orvostudomány fejlődésével teret hódított az egészség biomedicinális megközelítése, ahol a legfőbb szempont a betegségek felfedezése, felismerése és azok kezelése volt. A XX. század közepére lezajlott paradigmaváltás eredményeképpen az Egészségügyi Világszervezet (*World Health Organization, WHO*) máig legelterjedtebb, laikusok által is ismert definíciója szerint az egészség a teljes testi, lelki és szociális jóllét állapota, nem csupán a betegség vagy fogyatékoság hiánya.¹ Ezzel párhuzamosan a pszichológiában megjelent a szalutogenetikus modell, mely a patogenetikus szemléletet követően a betegség helyett az egészség feltételeire és fenntartásának lehetőségeire fókuszál.² Ebből a megközelítéséből kiindulva napjainkra számos szakterület különböző módon értelmezi az egészség fogalmát, az egészségtudományi mellett a társadalomtudományi és a gazdasági szemlélet is megjelent.

Ezek jellemzően folyamatként tekintenek az egészségre és abban is megegyeznek, hogy az egészséges egyén harmóniában él környezetével. A teljes testi, lelki és szociális jóllét állapota azonban mára átkereteződött. Kutatások igazolják, hogy a szubjektív egészségi állapot megítélése és a diagnosztizált betegség jelenléte nem feltétlenül mutat egyezőséget. A Központi Statisztikai Hivatal „Egészségi állapot és egészségmagatartás, 2016–2017” kiadványában közölt eredményei alapján a felmérésben résztvevő magyar állampolgárok 13%-a ítélte rossznak vagy nagyon rossznak az egészségi állapotát, miközben 38–39%-uk küzd krónikus betegséggel. Ebből az egy statisztikai adatból is kitűnik, hogy a fizikai státusz önmagában nem mérvadó, az esetleges egészségügyi problémákkal való megküzdésben más erőforrások ugyanúgy döntő szerepet játszhatnak.³ Vagyis az egészség nem feltétlenül egyenlő a tökéletesen működő fizikummal vagy az ép elmével, sokkal inkább meghatározó, hogy meg tudjuk-e tenni adott esetben, amit szeretnénk, meg vannak-e hozzá a szükséges képességeink, feltételeink.⁴ Napjaink közszereplői közül többen példázák azt, hogy adott esetben mozgáskorlátozottsággal, vagy más fogyatékosággal együtt élve is megvaló-

sulhat a harmónia mind önmagukkal, mind a környezetükkel, az objektív szükségleteik és szubjektív igényeik egyaránt kielégíthetőek, így megítélésük szerint egészséges életet tudnak magukénak.

Annak ellenére, hogy már az 1880-as években megjelent a hazai közegészségügyi tevékenységek között az egészségtan oktatása, az egészségnevelés jelentősége a XX. század közepétől került fókuszba. A brit Thomas McKeown írta le először azt az összefüggést, miszerint a XVII. század végétől a halálozásban megfigyelhető jelentős csökkenés hátterében elsősorban nem az orvosi beavatkozások állnak, hanem a népesség nagy részét érintő populációs intézkedéseknek (elsősorban higiénés), a táplálkozás megváltozásának köszönhetőek az eredmények.^{5,6} A WHO 1986-ban kiadott Ottawai Chartája több ponton is hangsúlyozza, hogy az egészséghez való „hozzáférést” és az egészségfejlesztést önmagában az egészségügyi ágazat nem tudja biztosítani, összehangolt politikai, társadalmi és gazdasági együttműködésre van szükség.⁷ Azt, hogy az egészség gazdasági szempontból is érték, alátámasztja az is, hogy a Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet (*Organisation for Economic Cooperation and Development, OECD*) a fejlett ipari országok egészségi állapotát rendszeresen monitorozza, hiszen a munkaerő épisége a gazdaság egyik fő pillére.⁸ Több kutatás igazolja, hogy az egészségveszteségek döntően az egyének egészség- és rizikómagatartásával vannak összefüggésben. Hazánkban megfelelő életmóddal a korai, 65 éves kor alatti halálozás több mint fele, és az összes halálozás több mint egynegyede megelőzhető lenne.⁹ A járványszerűen terjedő nem fertőző betegségek (*noncommunicable diseases, NCD*) a 2019-es adatok alapján globálisan a halálozás 68%-áért felelősek, elsősorban a 60 év alatti férfiakat érintve. Az NCD-k legfőbb okai a helytelen táplálkozás, a dohányzás, a rendszeres alkoholfogyasztás és a kevés mozgás.¹⁰ A 2014-es Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF) adatai szerint a magyar felnőtt lakosság 26%-a rendszeresen dohányzik, ami a harmadik legmagasabb arány az Európai Unión belül, és az összhálaózás 21%-ért felelős. A hazai alkohol-fogyasztás intenzitásának csökkenése is elmarad az európai uniós tendenciáktól, jelenleg a teljes lakosság éves alkoholfogyasztása 11,1 liter fejenként, míg az európai átlag 10 liter. Az OECD becslése szerint a túlzott mértékű alkoholfogyasztás hazánkban a halálo-

zások 10%-áért felelős, amely uniós szinten a legmagasabb arány.^{11,12} Az egészségveszteségeket okozó NCD-k hátterében újabb kutatások szerint gyakran állnak lelki tényezők is. Alapvetően a stressz különböző szomatikus elváltozások rizikótényezője. Konkrétan a szív- és érrendszeri megbetegedések és a daganatos kórképek gyakoriságát befolyásolja például már akár a depressziós tünetek megléte is, annak klinikai stádiuma pedig egyértelműen fokozza a morbiditást és a mortalitást.^{13,14,15}

A megfelelő életmód (beleértve a testi, a lelki és a szociális egészség dimenziókat is) jelentősen hozzájárul az élethossz, az egészségben eltöltött életevek számának növekedéséhez és az életminőség javulásához, gazdasági potenciált eredményezve. A kérdés az, hogy hogyan érhető el leghatékonyabban, hogy a lakosság egészségmagatartása támogassa ezt.

A WHO 2004-ben megfogalmazta, hogy sérülékeny csoportként kiemelten fontos a gyermekek és fiatalok körében az iskolai, illetve az azon kívüli egészséges életmód kialakítása.¹⁶ A 2016-ban megjelent „Egészség 2020” program célja többek között, hogy jelentősen javítsa az európai népesség egészségét és jóllétét, egyik legfontosabb színtérként megjelölve az iskolai környezetet, kiemelve azt, hogy egészséggel kapcsolatos attitűd döntően gyermek és serdülő korban adaptálódik. Az oktatási intézményekben történő tervszerű beavatkozások hosszú távon egészségügyi szempontból is rentábilisnek bizonyulhatnak.^{17,18}

A nemzetközi ajánlásokra reagálva egyre inkább beépülnek az egészségfejlesztéshez kapcsolódó feladatkörök a hazai szabályozásba. Az egészségre és egészséges életmódra nevelés a köznevelésről szóló 2011. évi CXCV. törvényben a célok között szerepel. A törvény 62. § (1) g) pontja szerint a pedagógus a „gyermek testi-lelki egészségének fejlesztése és megóvása érdekében tegyen meg minden lehetséges erőfeszítést ...”¹⁹ A nevelési-oktatási intézmények működéséről szóló 20/2012 (VIII. 31.) számú EMMI rendelet X. fejezetének 41. pontja pedig részletezi a nevelési-oktatási intézmény feladatait a gyermek, a tanuló egészségfejlesztésével összefüggésben. A 128 § (1) pontja alapján „minden gyermek részesüljön a teljes testi-lelki-szellemi jóllétét, egészségét, egészségi állapotát hatékonyan fejlesztő, a nevelési-oktatási intézmény mindennapjaiban rendszeresen működő egészségfejlesztő tevékenységekben.”²⁰

Bár a teljeskörű iskolai egészségfejlesztés koncepciója (TIE) csak 2016-ban írta le az iskolák számára az egészségneveléssel kapcsolatos ajánlásokat és adott szakmai támogatást, a Nemzeti Alaptanterv szemléletében ezt megelőzően is magában hordozta ezeket az elemeket. Ez azonban korántsem volt elegendő a tudatos, komplex egészségnevelési programok kialakításához. 2017-től kezdődően a hazánkban már működő, illetve az akkor induló járási szintű egészségfejlesztési irodák (EFI) szakmai bázist nyújtanak többek között az oktatási-nevelési intézményeknek a különböző életmódbeli rizikófaktorok felismeréséhez és az azokkal való megküzdéshez, beleértve a mozgás, táplálkozás és a mentális egészség témakörét is.²¹

Korábbi pszichológiai kutatásokból ismert, és a pedagógusképzésben hangsúlyt is kap, hogy a gyermek fejlődésének ugyanolyan fontos színtere az iskola, mint a család. Nem csak a célzott, tervezett tevékenységek hatnak a tanulókra, hanem az úgynevezett rejtett tanterv is befolyásolja személyiségfejlődésüket. Egészségnevelési szempontból a pedagógus egészséggel kapcsolatos szemlélete, viselkedése, attitűdje, egészségmagatartása ugyancsak példaként jelenik meg a diákok számára abban az esetben is, ha a tanár oktatott tárgyában szándéka szerint célzottan ilyen irányú tevékenységet nem végez. A rejtett kurikulum hatása adott esetben erősebb és ellentétes következményekkel járhat, mint a valós tanítási folyamat eredeti szándéka.^{22,23,24} Míg kisiskoláskorban a tanár viselkedése olyan módon mintaértékű, hogy a diákok megkérdőjelezés nélkül követendő példának tekintik azt, addig kamaszkorban a tanulói kritika középpontjába kerülnek a pedagógusok.

Középiskolai pedagógusok mentális egészségére irányuló komplex kutatásunk részeként jelen vizsgálatunkban arra keressük a választ, hogy a tanárok mennyire érzik kompetenciájuknak a serdülők egészségnevelését, mindez milyen saját egészségfelfogáson alapul és ez összefüggésben van-e szociodemográfiai, illetve káros szenvedélyekre vonatkozó mutatókkal.

MÓDSZERTAN

Minta

Kvantitatív, leíró jellegű keresztmetszeti kutatásunkban célirányos, nem véletlenszerű minta-

vételt alkalmaztunk. Szegedi középiskolák pedagógusaihoz az intézményvezetők segítségével juttattuk el az elektronikusan vagy papíralapon kitölthető kérdőívünket 2019. márciusa és novembera között. A kérdéssor körülbelül 1000 tanár számára volt elérhető, a 202 visszaérkezett válaszból 200 volt elemezhető.

Kérdőív

Kérdőívünkben szociodemográfiai faktorokra (4 elem), munkavégzésre (3 elem), dohányzásra (11 elem) és alkoholfogyasztásra (3 elem) vonatkozó kérdéseket tettünk fel. Az egészségnevelési attitűd vizsgálatához saját szerkesztésű kérdéseket (4 elem) fogalmaztunk meg. Nyitott kérdés formájában vizsgáltuk, hogy mit jelent a pedagógus számára az egészség, miben igyekszik példát mutatni a tanulóknak az egészségük fejlesztéséhez, miben nyilvánul meg a saját egészségnevelési aktivitása, amit ötfokú Likert-skálán is értékelték a válaszadók.

A kérdőívet az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága a 60144-1/2018/EKU ügyiratszámú határozattal engedélyezte, a kutatásban való részvétel önkéntes és anonim volt.

ELEMZÉS

IBM SPSS Statistics Version 25.00 szoftver segítségével leíró statisztikai elemzés (abszolút és relatív gyakoriság, átlag, szórás) mellett khinégyszet-próbát, továbbá Mann-Whitney U- és Kruskal-Wallis-tesztet végeztünk 95%-os valószínűségi szinten ($p < 0,05$).

Az egészségnevelési attitűd kérdéskörébe tartozó válaszokat mind az egészségfogalom, mind a példamutatás, mind pedig az aktivitást tekintve egyik megközelítésben úgy kategorizáltuk, hogy azt vettük figyelembe, megjelenik-e a szöveges megfogalmazásban a WHO definícióból ismert testi és lelki/szociális jóllétre utalás, vagy csak egyikre, esetleg egyikre sem. A lelki és szociális dimenziót azért kezeltük egyben, mert azok a hétköznapi gondolkodásban jellemzően nem különülnek el.²⁵ Megvizsgáltuk az egészségfelfogásra adott válaszokat az alapján is, hogy mennyire olvasható ki a megfogalmazásokból a kihívásokra, nehézségekre való reagálás képessége, mennyire tükröződik, hogy az egészség nem a teljességgel egyenlő, hanem sokkal inkább egy

harmonikus lét, amely az adott élethelyzetben az egyén saját megítélése szerint jól funkcionál. Azt is felmértük, hogy az egészségi állapotot nagy mértékben meghatározó életmódbeli tényezők milyen arányban jelennek meg akár a példaadás, akár az egészségnevelési aktivitás terén. Rögzítettük a dohányzásra, alkoholfogyasztásra, kábítószer-használatra, táplálkozásra és mozgásra, valamint a lelki egészségvédelemre utaló kifejezések előfordulását is.

Az egészségnevelési attitűdhöz kapcsolódó nyitott kérdések kódolásánál az üresen hagyott, vagy esetleg egyértelműen irreleváns módon megválaszoltakat is figyelembe vettük. Megítélésünk szerint annak is jelentősége van, ha az egyén nem kívánta, vagy nem tudta megfogalmazni az egészségre, egészségnevelésre vonatkozó gondolatait.

EREDMÉNYEK

A válaszadók 68,5%-a nő, 73,5%-a él párkapcsolatban, 86%-a nagyvárosban lakik. A minta átlagéletkora 46,96 év (szórás 9,1 év), a legfiatalabb válaszadó pedagógus 25, a legidősebb 64 éves. A megkérdezettek 66,5%-a (129 fő) szakgimnázium és szakképző iskolában (továbbiakban szakgimnázium), 33,5%-a (71 fő) általános gimnáziumban (továbbiakban gimnázium) tanít.

A kérdőívet kitöltő pedagógusok 9,5%-a (19 fő) cigarettázik, közülük 16 fő rendszeresen dohányzik, átlagosan napi 12,5 szál cigarettát szívnak el. Az alkoholfogyasztást vizsgálva nagyívónak minősült a minta 2,5%-a (5 fő), rendszeres rohamivás pedig a válaszadók 8%-ánál (16 fő) fordul elő.

A szociodemográfiai adatok alapján nincs szignifikáns különbség a dohányzási szokásokban a nemek, a családi állapot, a lakóhely és az iskolatípus szerint. Szignifikánsan ($\chi^2 = 20,246$, $p < 0,001$) többen dohányoznak azonban a 41 évnél idősebb korcsoportba tartozó válaszadók (10,9%), mint a fiatalabbak (5,6%).

A rohamivás tekintetében nincs szignifikáns különbség az életkor, a lakóhely, a családi állapot és az iskolatípus szerint a válaszadó pedagógusok között. Szignifikánsan gyakrabban ($\chi^2 = 6,486$, $p = 0,039$) fordul elő a férfiak körében mind a rendszeres rohamivás (11,1%), mint a nők körében (6,5%), mind az alkalmankénti rohamivás (35% ellentétben a 27,6%-kal).

Az egészségnevelési attitűd és a szociodemográfiai változók összefüggései

A WHO egészségdefiníciója három egészségdimenziót foglal magában: testi, lelki és szociális jóllét. Ennek alapján azt kérdeztük meg, hogy kinek mit jelent az egészség.

1. táblázat: "Mit jelent az Ön felfogásában az egészség" kérdésre adott válaszok megoszlása (N = 200)

Kód neve	N (%)
Egészség, mint fizikális és mentális/szociális dimenzió (WHO)	97 (48,5)
„Jól lenni” (egészség, mint érték)	48 (24)
Egészség mint, fizikális dimenzió	35 (17,5)
Nincs válasz, vagy nem releváns	15 (7,5)
Egészség, mint mentális/szociális dimenzió	5 (2,5)

Forrás: saját szerkesztés

Az 1. táblázat eredményeiből szembetűnik, hogy a megkérdezettek közel fele (48,5%) a WHO egészségfogalmát tükröző választ ad, igazolva annak elterjedtségét. A vizsgálatban résztvevők közel negyede (24%) fogalmazott egyszerűen úgy, hogy „Jól lenni”, azonban a többi kérdésre adott válaszaikkal összevetve úgy ítéltük meg, hogy az egészség témakörébe esetükben beletartozik mind a fizikai, mind a lelki/társas jóllét is.

Azt, hogy a mentális/szociális egészségdimenzió a fizikai jólléttel összehasonlítva mennyire háttérbe szorul, kutatásunk is igazolja. Az ideális az lenne, ha mindhárom terület megjelenne. Ha valaki csak egy területre gondol az egészség kapcsán, akkor többségében (17,5%) a fizikai dimenzió jelenik meg, szemben a mentális/szociálissal (2,5%).

A továbbiakban párhuzamosan vizsgáltuk a példamutatás („Ön tanárként miben igyekszik példát mutatni a tanulóknak az egészségük fejlesztéséhez kapcsolódóan?”) és az aktivitás („Milyen tevékenységeket ölel fel, miben nyilvánul meg az Ön egészségnevelési aktivitása?”) kérdéseket, mivel a válaszok sok esetben felcserélődtek, vagy egymást kiegészítették. A személyes példaadásra vonatkozó kérdés kódolásánál hasonlóképpen jártunk el, mint az egészség megfogalmazásánál. Az egészségnevelési aktivitást az alapján értékeltük, hogy tervezett cselekvésről van-e szó, vagy kizárólag a saját példák, az ad hoc előfordulások jelennek meg, illetve itt is külön kategória volt a nem válaszolóké.

Noha az egészség definíciójában a többségnél megjelenik valamiféle komplexitás, hiszen ezt sugallja a WHO definíció és a holisztikus szemlélet is (összesen 72,5%), a személyes példaadásban ez csak 10%-ban jelenik meg. Magas a nem válaszoló és a nem releváns választ adók aránya (35%), a többség csak a fizikai dimenziót jeleníti meg (52%). Az egészségnevelés kapcsán a

megkérdezettek közel felének (43%) a válaszaiból olvasható ki célirányos aktivitás és ennél a kérdésnél a legmagasabb a nem válaszolók aránya (11,5%).

Az egészségnevelési attitűdre vonatkozó kérdés-csoportba tartozik még az egészségnevelési aktivitás ötfokú Likert-skálán való önértékelése. Jónak vagy nagyon jónak 55,3% (109 fő), közepesnek 35% (69 fő) és rossznak, vagy nagyon rossznak 9,5% (19 fő) értékelte az aktivitását.

Szignifikánsan pontosabban határozzák meg az egészség fogalmát a szakgimnáziumban oktató válaszadók, a személyes példamutatásban is aktívabbak, valamint az egészségnevelési aktivitásuk is jobb, mint a megkérdezett gimnáziumi tanároké. [2. táblázat]

A szakgimnáziumi pedagógusok szívesebben válaszoltak a nyitott kérdésekre, többségük elgondolkodott rajtuk. Jellemzőbb rájuk, hogy nem csak a tankönyvekből ismert egészségfogalom jut eszükbe és aktívabbak az egészségnevelési tevékenységet illetően.

2. táblázat: Az egészségnevelési attitűd megoszlása a munkahely iskolatípusa szerint (N = 200)

Változó	Attribútum	Szakgimnázium N (%)	Gimnázium N (%)	Összesen N (%)	Khi-négyzet p-érték
Egészségdefiníció					
	egytényezős	25 (19,4)	15 (21,2)	40 (20)	$\chi^2 = 11,053$ $p = 0,011$
	WHO	61 (47,3)	36 (50,8)	97 (48,5)	
	holisztikus	38 (29,4)	10 (14)	48 (24)	
	nincs válasz	5 (3,9)	10 (14)	15 (7,5)	
	összesen	129 (100)	71 (100)	200 (100)	
Példamutatás					
	fizikai	73 (56,6)	31 (43,6)	104 (52)	$\chi^2 = 18,846$ $p = 0,001$
	mentális/szociális	3 (2,3)	3 (4,2)	6 (3)	
	fizikai és mentális/szociális	14 (10,9)	6 (8,5)	20 (10)	
	nem releváns	38 (29,5)	20 (28,1)	58 (29)	
	nincs válasz	1 (0,8)	11 (15,6)	12 (6)	
	összesen	129 (100)	71 (100)	200 (100)	
Aktivitás					
	tervszerű	67 (51,9)	20 (42,2)	87 (43,5)	$\chi^2 = 18,146$ $p < 0,001$
	nem tervszerű	56 (43,5)	24 (33,9)	80 (40)	
	nincs válasz	6 (4,6)	17 (23,9)	23 (11,5)	
	összesen	129 (100)	71 (100)	200 (100)	

Forrás: saját szerkesztés

A szociodemográfiai tényezők alapján nincs szignifikáns különbség az életkor és a lakóhely vonatkozásában az egészségnevelés attitűd tekintetében, azonban a vizsgálatban résztvevő

nők szignifikánsan pontosabban fogalmazzák meg az egészség definícióját és egészségnevelés szempontjából is aktívabbak, mint a férfiak. [3. táblázat]

Az egyedülálló egészségnevelési aktivitása ötfokú Likert-skálán történő önértékelése szignifikánsan jobb ($p < 0,001$), mint a kapcsolatban élőké. Az egyedülálló 79,2%-a válaszolta úgy,

hogyan jó, vagy nagyon jó az egészségnevelési aktivitása, a kapcsolatban élőknek azonban csak 46,5%-a.

3. táblázat: Az egészségnevelési attitűd megoszlása nemek szerint (N = 200)

Változó	Attribútum	Férfi N (%)	Nő N (%)	Összesen N (%)	Khí-négyzet p-érték
Egészségdefiníció					
	egytényezős	17 (27)	23 (16,8)	40 (20)	$\chi^2 = 15,387$ $p = 0,02$
	WHO	18 (28,6)	79 (57,7)	97 (48,5)	
	holisztikus	20 (31,7)	28 (20,4)	48 (24)	
	nincs válasz	8 (12,7)	7 (5,1)	15 (7,5)	
	összesen	63 (100)	137 (100)	200 (100)	
Példamutatás					
	fizikai	6 (9,5)	6 (4,4)	12 (6)	$\chi^2 = 5,887$ $p = 0,208$
	mentális/szociális	22 (34,9)	36 (26,3)	58 (29)	
	fizikai és mentális/szociális	30 (47,6)	74 (54)	104 (52)	
	nem releváns	2 (3,2)	4 (2,9)	6 (3)	
	nincs válasz	3 (4,8)	17 (12,4)	20 (10)	
	összesen	63 (100)	137 (100)	200 (100)	
Aktivitás					
	tervszerű	31 (49,2)	60 (47,8)	91 (45,5)	$\chi^2 = 7,542$ $p = 0,023$
	nem tervszerű	20 (31,8)	66 (48,2)	86 (43)	
	nincs válasz	12 (19)	11 (8)	23 (11,5)	
	összesen	63 (100)	137 (100)	200 (100)	

Forrás: saját szerkesztés

Az egészségnevelési attitűd és a káros szenvedélyek

Az egészségmagatartást a káros szenvedélyek megjelenésén keresztül vizsgáltuk. Az alkoholfogyasztás tekintetében nincs szignifikáns különbség az egészségdefiníció komplexitásában és a példamutatás vonatkozásában, azonban szignifikánsan aktívabbak ($\chi^2 = 11,172$; $p = 0,025$) az iskolai egészségnevelésben azok a válaszadók, akikre nem jellemző a rohamivás, mint azok, akinél rendszeresen előfordul lerészegedés.

A dohányzást illetően az egészségdefiníció komplexitásában és az egészségnevelési aktivitás kapcsán nincs szignifikáns különbség, viszont a nem dohányzók példamutatása válaszaik alapján szignifikánsan jobb ($\chi^2 = 17,422$; $p = 0,026$), mint a rendszeres dohányosoké.

Az egészségnevelési attitűd kérdéseinek önálló vizsgálata

Szignifikánsan nagyobb arányban ($\chi^2 = 33,404$; $p < 0,001$) írják le holisztikusan, vagy teljes-

körűen azok az egészség fogalmát, akik egészségnevelési szempontból aktívak és tudatosak, mint akik nem (81,4% ellentétben 34,8%-kal), és nagyobb arányban ($\chi^2=11,172$; $p<0,001$) fogalmaznak meg saját példaadásukban testi és lelki/szociális egészségdimenziót azok, akik tervezetten végzik az iskolai egészségnevelést, mint akik véletlenszerűen végzik azt (15,1% ellentétben 7,7%-kal).

Megvizsgáltuk, hogy az egészségnevelési aktivitás ötfokú skálán történő önértékelése és a témában feltett nyitott kérdésre adott válaszok hogyan viszonyulnak egymáshoz. Szignifikánsan ($p = 0,001$) többen értékelik jónak, vagy nagyon jónak a saját egészségnevelési tevékenységüket (66,3%) azok, aki a szöveges válaszukban tervszerű egészségnevelésről számoltak be, mint azok, akik egészségnevelési tevékenysége nem tervezett (48,8%), illetve akik válaszuk alapján nem végeznek ilyen irányú tevékenységet (38%).

Az életmódbeli tényezők közül a mozgás (54,5%) és a táplálkozás (39,5%) fordult elő legtöbbször a példaadás és a tervszerű vagy véletlenszerű

egészségnevelési tevékenység kifejtése során, továbbá feltűnt a „Nem dohányzom” vagy „Beszélék a dohányzás káros hatásairól” megfogalmazás gyakorisága úgy, hogy semmilyen más dimenzió nem jelent meg mellette. Ez a teljes minta 4,5%-ában jelent meg kizárólagosan, például egy olyan pedagógusnál is, aki saját bevallása szerint rendszeres dohányos. [4. táblázat] Jellemzően a példaadásra vonatkozó kérdésnél jelentek meg a pedagógusok részéről olyan válaszok, amelyek megkérdőjelezik annak indo-

koltságát, illetve kifejezik annak akadályozottságát. Ilyenek voltak például, hogy: „Semmiiben!”, „Ennyi munka mellett nem lehet”, „Tanórán ez nehéz”, „Jó kérdés”. Többen megfogalmazták, hogy ez nem feladatuk, nem foglalkoznak tudatosan a diákok egészségi állapotával, közben pedig paradox módon, bár kérdésként nem szerepelt, voltak, akik a példaadáshoz és az egészségnevelési aktivitáshoz annyit írtak: „biológia tanár vagyok”. Részletesebb kifejtésre nem került sor.

4. táblázat: Az életmódbeli tényezők előfordulása az egészségnevelési attitűd nyitott kérdéseiben (n=200)

Életmódtényezők	Megjelenési arány
Mozgás	54,5%
Táplálkozás	39,5%
Dohányzás	30,5%
Lelki egészség	18%
Alkoholfogyasztás	14%
Kábítószer-fogyasztás	10%

Forrás: saját szerkesztés

MEGBESZÉLÉS ÉS KÖVETKEZTETÉSEK

A vizsgálat kiindulópontja az volt, hogy a középiskolás diákokra a kortárs kapcsolatok és a családjuk mellett jelentős hatással vannak tanáraik is. A pedagógusok befolyásolják személyiségük alakulását, annak szerves részeként akár az egészségmagatartást is. Emellett az iskolai egészségnevelés jogszabályban rögzített feladatként része — illetve az kellene, hogy legyen — a pedagógusok tevékenységének. E két megközelítésből adódik a kérdés, hogy a tanárok mennyire vannak tisztában az egészség fogalmával, hogy a mentális egészségre annak szerves részeként tekintenek-e, valamint tudják-e, hogy ezzel kapcsolatban a tanórán és azon kívül is tennivalójuk van. Továbbá fontos tényező, hogy kimondva, vagy kimondatlanul, tudatosan, vagy sem, de milyen egészségmagatartással (akár káros szenvedélyekkel) élik mindennapjaikat a gyerekek között — ezzel indirekt módon mintaként szolgálva. Véleményünk szerint a személyes példaadás tartalmazza a pedagógusok saját egészségfelfogásával koherens olyan tevékenységeit, melyeket a saját egészsége érdekében tesz, illetve tudatosan közvetít a tanulók körében. Az egészségnevelési aktivitás pedig magában foglalja azokat az iskolához kapcsolódó

színtereket és tevékenységeket, melyeket a pedagógus aktívan bevon és végez az iskolai közösség egészségmegőrzésének és fejlesztésének érdekében.

A káros szenvedélyekkel kapcsolatos eredmények többségében kedvezőbb képet mutatnak, mint ahogyan azt az előzetes irodalmi adatok alapján vártuk volna, hiszen nem jelent meg sem a felsőfokú iskolai végzettségűekre jellemző 13%-os dohányzási arány, sem pedig a nagyivók 5,4%-os aránya. A rohamivás jellemzőit tekintve a hazai adatokhoz képest ellentétes eredményt kaptunk a nemeket illetően és az előfordulás mértéke az országos reprezentatív felmérésekhez képest alacsonyabb mértékű volt.¹¹ Mindezek oka feltételezhetően az, hogy a vizsgálatban való részvétel önkéntes volt, a kitöltés nem volt teljeskörű a középiskolai tanári populációra nézve. A válaszadási hajlandósága valószínűleg azoknak volt nagyobb, akik kevésbé szenvednek a függőségek valamelyik formájától.

Az egészségről azt gondoljuk, hogy minden ember számára az egyik legnagyobb érték. A kérdőívben a nyitott kérdések megválaszolására még az elején, közvetlenül a szociodemográfiai és munkahelyi pontok után volt lehetőség, mivel ügyeltünk arra, hogy ezek kitöltésénél még ne legyen fáradt a válaszadó. Hozzáteve azt is, hogy

a részvétel önkéntes és időkorlát nélküli volt, vagyis az tölthette ki kérdéssorunkat, aki akarta, akkor és annyi idő alatt, ami számára megfelelő volt. Az iskolákban 15 fő mégsem érezte úgy, hogy érdemes ezeken elgondolkodni. A személyes példaadásra (35%), majd az egészségnevelési aktivitásra (57%) adott egyre kevesebb, vagy konkrétan azt nem az önmagára vonatkozóan definiáló válasz jelzi, hogy a jogszabályban és a TIE koncepciójában megfogalmazott elveket és feladatokat a hétköznapiakban a megkérdezett pedagógusok többsége jelenleg nem érzi kompetenciájának.^{17,19,20}

A fentiek tükrében érdemes lenne tovább vizsgálni, hogy mire alapozva értékelték mégis többségében jóra és nagyon jóra saját egészségnevelésüket a pedagógusok.

Nem csak a válaszadási hajlandóság, hanem az egészségnevelési attitűdre vonatkozó eredmények is szignifikánsan jobbak a szakgimnáziumokban az általános gimnáziumokéval szemben. Kérdés, hogy az egészségnevelés a gyakorlatban is ilyen különbséggel valósul-e meg e két iskola-típus között.

Statisztikai különbség igazolódott a káros szenvedélyek és a példaadás lelki komponensének megjelenése, illetve a rohamivás és a tudatos egészségnevelés között, így ezekben az esetekben a pedagógus direkt és indirekt nevelő hatása is érvényesül. Más kutatásokhoz hasonlóan a mintában résztvevő tanárok is az életmódbeli tényezők közül elsősorban a mozgást, a táplálkozást és a dohányzást említik, a mentális egészség csupán 18%-nál jelenik meg. Az aktuális hazai egészségfejlesztési koncepciók között is újabb szegmens a lelki egészség célzott védelme, hiszen az első időszakban létrejött EFI-k még nem foglalkoztak ezzel. 2017 óta minden bizonnyal még nem telt el elegendő idő ahhoz, hogy a köztudatban elterjedjen a mentális jóllét, mint az egészség egyik dimenziójának alapvető

fontossága, még kevésbé az, hogy ezért adott esetben tudatosan kell tenni, pedagógusként pedig a tanulók érdekében tevékenykedni is.^{26,27} A saját jólléthez, illetve az indirekt nevelő hatás javításához is fontos lenne ezeken a területeken a lehetőségekhez mérten segítséget nyújtani. Természetesen ez egy rendkívül komplex, összetársadalmi probléma, amely megoldása messze túlmutat jelen vizsgálat keretein. Talán érdemes lenne a fizikai mellett mentálhigiénés szemlélettel is megközelíteni a TIE programját, amelyet az iskolák a pedagógiai programjukban is hangsúlyozhatnának. A mentálhigiénés dimenzió kidolgozása során megmutatkozna, hol tud a tanár beavatkozni és mely területeken van szüksége ehhez neki is segítségre. Ebben az iskolaegészségügyi szolgálat szereplőin kívül további szakemberek is a pedagógusok partnerei lehetnek. A gyógytornászokon és a dietetikusokon túl pszichológusok és mentáltrénernek is nyújthatnának támogatást a pedagógusoknak, hogy a szakmai körökben jól ismert „ki segít a segítőnek” felvetés ne pusztán költői kérdés legyen.

A vizsgálat korlátjának tekinthető, hogy az eredmények nem reprezentatív mintavételből származnak, illetve a mindössze 20%-os válaszadási arány. Ezek tükrében adataink tájékoztató jellegűek, azokat a mintára vonatkozóan elfogadhatónak tekintjük, továbbá megítélésünk szerint megalapozhatnak egy későbbi, hasonló célú reprezentatív vizsgálatot.

Köszönetnyilvánítás: a szerzők ezúton szeretnének köszönetet mondani a szegedi középiskolák intézményvezetőinek, hogy lehetővé tették a kérdőív kitöltését, valamint a résztvevő pedagógusoknak, hogy válaszaikkal hozzájárultak a kutatáshoz.

HIVATKOZÁSOK

¹ World Health Organization: Preamble to the Constitution of the WHO, as adopted by the International Health Conference, New York 19–22 June, 1946, Basic Documents, Forty-eight edition 2014:1 <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf> (Elérve: 2020. 11. 30.)

² Dávid T. Az egészségmegőrzés pszichológiája In: Darvai S. (szerk.): Tanulmányok a gyermekkori egészségfejlesztés témaköréből. Eötvös Loránd Tudományegyetem, Budapest, 2012. pp 106–124.

- ³ Központi Statisztikai Hivatal: Egészségi állapot és egészségmagatartás, 2016–2017. Statisztikai Tükör, 2018. július 23. <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/egeszsegallapot1617.pdf> (Elérve: 2020. 11. 29.)
- ⁴ Vitrai J. Mi minden befolyásolja az egészséget. In.: Feith Helga Judit, Falus András (szerk.): Egészségfejlesztés és nevelés. Akadémiai Kiadó, Budapest, 2019. doi: [10.1556/9789634544456](https://doi.org/10.1556/9789634544456).
- ⁵ Tigyiné PH. Az egészségnevelés intézményesülésének története. *Educatio*. 2013;2:224–234. <https://folyoira-tok.oh.gov.hu/educatio/az-egeszsegnevel-es-intezmenyesulesenek-tortenete> (Elérve: 2020. 11. 28.)
- ⁶ McKeown T. *The Modern Rise of Population*. Academic Press, New York/San Francisco. 1976.
- ⁷ <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference> (Elérve: 2020. 11. 29.)
- ⁸ Tompa A. Népegészségügyi láttelet. In: Feith Helga Judit, Falus András (szerk.): Egészségfejlesztés és nevelés. Akadémiai Kiadó, Budapest, 2019. doi: [10.1556/9789634544456](https://doi.org/10.1556/9789634544456)
- ⁹ Egészségjelentés 2016. Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet Budapest, 2017. január
- ¹⁰ World health statistics 2019: monitoring health for SDGs, sustainable development goals. World Health Organization, Geneva, 2019. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324835/9789241565707-eng.pdf?sequence=9&isAllowed=y> (Elérve: 2020. 11. 29.)
- ¹¹ A 2014-ben végrehajtott Európai Lakossági Egészségfelmérés eredményei, összefoglaló adatok. Központi Statisztikai Hivatal, 2018. http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/elef2014_osszefoglalo.pdf (Elérve: 2020. 11. 29.)
- ¹² State of Health in the EU Magyarország egészségügyi országprofil 2019. doi: [10.1787/2247f4e0-hu](https://doi.org/10.1787/2247f4e0-hu)
- ¹³ Balog P. A negatív érzelmek és a szív- és érrendszeri betegségek összefüggései. *Orv Hetil.* 2018;159(48):2005–2010. doi: <https://doi.org/10.1556/650.2018.31221>
- ¹⁴ Szelei A, Döme P. Daganatos megbetegedések és a depresszió: rövid irodalmi áttekintés. *Orv Hetil.* 2020;161(22):908–916. doi: [10.1556/650.2020.31759](https://doi.org/10.1556/650.2020.31759)
- ¹⁵ Mató-Juhász A. Az egyéni felelősség szerepe az egészség kialakításában és megtartásában. MultiScience – XXXI. microCAD International Multidisciplinary Scientific Conference University of Miskolc, Hungary, 20–21 April 2017. doi: [10-26649/musci.2017.136](https://doi.org/10.26649/musci.2017.136)
- ¹⁶ 57. WHO közgyűlés Egészségfejlesztés és egészséges életmód 2004. május 22. <http://www.pro-qaly.hu/files/userfiles/File/letoltes/Dokumentumok/egeszsegfejleszt-es-alapelvek.pdf> (Elérve: 2020. 11. 29.)
- ¹⁷ Somhegyi A. A népegészségügyi szakemberek és intézmények feladatai a teljeskörű iskolai egészségfejlesztés szakmai segítségével. *Népegészségügy*, 2018;96(1):69–76. <https://ogk.hu/~media/Files/ogk/prevencao-tie-nepeu-segitese-nepegeszsegugy-2018-1.ashx> (Elérve: 2020. 11. 30.)
- ¹⁸ Nagy L. A neveléstudomány és az egészségfejlesztés kapcsolata. In: Feith Helga Judit, Falus András (szerk.): Egészségfejlesztés és nevelés. Akadémiai Kiadó, Budapest, 2019. doi: [10.1556/9789634544456](https://doi.org/10.1556/9789634544456)
- ¹⁹ 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1100190.tv> (Elérve: 2020. 12. 26.)
- ²⁰ 20/2012 (VIII. 31.) EMMI rendelet a nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1200020.emm> (Elérve: 2020. 11. 29.)
- ²¹ Fókuszban az egészség: Nincs egészség lelki egészség nélkül <https://efop180.antsz.hu/minden/27-foprojekt/foprojekt-cikkei/hirek/274-nincs-egeszseg-lelki-egeszseg-nelkul.html> (Elérve: 2020. 11. 29.)
- ²² Dávid B, Ember Zs. A társas kapcsolatok jelentősége az egészségtudatosságban In: Feith Helga Judit, Falus András (szerk.): Egészségfejlesztés és nevelés. Akadémiai Kiadó, Budapest, 2019. doi: [10.1556/9789634544456](https://doi.org/10.1556/9789634544456)
- ²³ Veres BI, Bíró É, Ádány R, et al. Tanárjelöltek egészségi állapota és egészségszemlélete. *Educatio*, 2013;2:201–212. <https://folyoiratok.oh.gov.hu/educatio/tanarjeloltek-egeszsegi-allapota-es-egeszsegszemlelete> (Elérve: 2020. 12. 26.)
- ²⁴ Nahalka I. Az oktatás társadalmi meghatározottsága. In: Falus I. (szerk.) *Didaktika – Elméleti alapok a tanulás tanításához*. Nemzeti Tankönyvkiadó Rt., Budapest, 2003. pp 37–56.
- ²⁵ Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129–136. doi: [10.1126/science.847460](https://doi.org/10.1126/science.847460)
- ²⁶ Végh V, Pusztafalvi H. Leendő és gyakorló biológiateanárok egészségdefinícióinak összehasonlító elemzése. *Egészségfejlesztés*, 2020;61(1):6–18. doi: [10.24365/ef.v61i1.528](https://doi.org/10.24365/ef.v61i1.528)
- ²⁷ Lipták MZ, Tarkó K. Az egészséggel kapcsolatos naiv elméletek, tévképzetek egy próbamérés tapasztalatai alapján. *Egészségfejlesztés*, 2020;61(2):74–81. doi: [10.24365/ef.v61i2.590](https://doi.org/10.24365/ef.v61i2.590)

A dohányzási szokások változása és új alternatív termékek használata elsőéves orvostanhallgatók körében 2016 és 2020 között

Changes in smoking habits and new alternative product use among first year medical students between 2016 and 2020

Szerzők:	Balogh Erika ¹ ✉, Wagner Zoltán, ² Faubl Nóra ³ , Birkás Béla, ³ Füzesi Zsuzsanna, ³ Kiss István ¹
Beküldve:	2021. 04. 03.
Doi:	10.24365/ef.v62i2.6000
Kulcsszavak:	orvostanhallgatók; dohányzás; cigaretta; elektronikus cigaretta; hevített dohánytermékek
Keywords:	medical students; smoking; cigarette; electronic cigarette; heated tobacco product

Összefoglaló

Bevezetés: A dohányzás elleni küzdelemben az orvostanhallgatókra jelentős szerep vár, ezért körükben a cigaretta, illetve az új alternatív termékek (e-cigaretta, hevített dohánytermékek) használatának nyomon követése különösen fontos. Kutatásunk célja a cigaretta és az új alternatív termékek használatának vizsgálata a Pécsi Tudományegyetem elsőéves magyar orvostanhallgatóinak körében.

Módszertan: Keresztmetszeti, anonim, önkitöltős kérdőíves vizsgálatot végeztünk 2016-ban, 2018-ban és 2020-ban. Vizsgáltuk az egyes termékek kipróbálását és aktuális használatát (az elmúlt 30 napban).

Eredmények: A cigarettát kipróbálók aránya a teljes mintában 2016 és 2018 között csökkent, azt követően stagnált (2016-ban 79%, 2018-ban 67%, 2020-ban 69%; Cochran–Armitage-trendteszt, $p = 0,039$). 2020-ban az e-cigarettát kipróbálók aránya a teljes mintában 53% volt (a férfiaknál 58%, a nőknél 51%), a hevített dohányterméket kipróbálók aránya a teljes mintában 16%-nak adódott (a férfiaknál 27%, a nőknél 11%). A 2016–2018 közötti időszakban az aktuális cigarettázás prevalenciája csökkent, azt követően további csökkenés nem mutatkozott (2016-ban 36%, 2018-ban és 2020-ban 25%; Cochran–Armitage-trendteszt, $p = 0,040$). Az új alternatív terméket használó férfi orvostanhallgatók aránya a vizsgált időszakban jelentősen nőtt (2016-ban 5%, 2020-ban 21%, Z-teszt, $p < 0,05$). 2020-ban a férfiak 11,5%-a, a nők 4,3%-a (a teljes minta 6,8%-a) használt e-cigarettát, a hevített dohányterméket használók aránya a férfiak esetében 11,5%-nak, a nők körében 3,2%-nak adódott (a teljes mintában 6,2%).

Következtetések: A pécsi elsőéves orvostanhallgatók körében a cigaretta népszerűsége csökkent, ugyanakkor jelentős érdeklődést tapasztaltunk az új alternatív termékek iránt. Fontosnak tartjuk az e-cigarettával és a hevített dohánytermékekkel kapcsolatos felvilágosítást és prevenciót, valamint ezen termékek használatának további monitorozását.

Summary

Introduction: Medical students will have an important role in the fight against smoking. Therefore, it is particularly important to monitor cigarette use and the use of new alternative products (electronic cigarettes, heated tobacco products) among them. The aim of this study is to examine cigarette smoking and the use of new alternative products among first-year Hungarian medical students studying at the University of Pécs.

¹ Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar, Orvosi Népegészségtani Intézet, Pécs

² Pécs Megyei Jogú Város Egyesített Egészségügyi Intézmények, Diabetológia Szakrendelés, Pécs

³ Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Pécs

Methodology: Repeated cross-sectional, anonymous, self-administered questionnaire surveys were carried out in 2016, 2018 and 2020. Rate of trial and current use (past 30-day use) of products were examined.

Results: The proportion of those who tried smoking decreased between 2016 and 2018 but did not change significantly thereafter (79% in 2016, 67% in 2018, 69% in 2020; Cochran–Armitage trend test, $p = 0.039$). In 2020, the proportion of those who tried e-cigarettes was 58% among men, 51% among women, and 53% in the total sample, while the proportion of those who tried a heated tobacco product was 27% among men, 11% among women, and 16% in the total sample. Between 2016 and 2018, the prevalence of current cigarette smoking decreased significantly, but no further change was observed between 2018 and 2020 (36% in 2016, 25% in 2018 and 2020; Cochran–Armitage trend test, $p = 0.040$). The proportion of male medical students using new alternative products increased significantly during the study period (5% in 2016, 21% in 2020, Z-test, $p < 0.05$). In 2020, 11.5% of men and 4.3% of women (6.8% of the total sample) used e-cigarettes, whereas 11.5% of men and 3.2% of women (6.2% of the total sample) used heated tobacco products.

Conclusions: Among first year medical students in Pécs, the popularity of cigarettes declined, however, we have found significant interest in new alternative products. We consider it important to provide information and prevention about e-cigarettes and heated tobacco products, as well as to further monitor the use of these products.

BEVEZETÉS

A dohányzás visszaszorítására tett erőfeszítések ellenére ez a káros szenvedély továbbra is igen komoly népegészségügyi problémát jelent világszerte: számos megbetegedés kialakulásának kockázatát fokozza, a korai halálozás egyik vezető oka, évente már több mint nyolcmillió ember haláláért tehető felelőssé (World Health Organization [WHO], 2020a). A dohányzás okozta morbiditás és mortalitás különösen nagy terhet jelent hazánkban, a Global Burden of Disease 2019 adatai alapján Magyarországon a dohányzás évente körülbelül 25 000 ember halálát okozza, ami az összhálalozás csaknem 20%-a (GBD 2019 Risk Factors Collaborators, 2020). Bár 2009 és 2019 között csökkent a napi rendszerességgel vagy alkalmanként dohányzók aránya hazánkban, a legutóbbi, 2019 őszi Európai lakossági egészségfelmérés (ELEF 2019) szerint a 15 évesek és annál idősebbek körében még mindig sokan (27%) dohányoznak (Központi Statisztikai Hivatal [KSH], n.d.-a, n.d.-b). A cigaretta mellett — mely Európában és hazánkban is a legnépszerűbb dohányterméknek számít — napjainkban már az új alternatív termékek, mint az elektronikus cigaretta (e-cigaretta) és a hevített dohánytermékek terjedésével is számolnunk kell (European Commission [EC], 2017; EC 2021; Hair és mtsai, 2018; Gallus és mtsai, 2021).

Az e-cigaretta 2006-ban jelent meg az európai piacon (German Cancer Research Center, 2013), azóta számos különböző típust és töltőfolyadékot (e-liquidet) fejlesztettek ki a gyártók, s néhány éve már a negyedik generációs termékek hódítanak (Pénzes és Urbán, 2019; Schaller, Kahnert és Mons, 2020). Az e-cigaretta használata során különféle töménységű nikotinoldatból vagy egyes termékek esetében nikotinmentes oldatból aeroszol képződik, melyet a felhasználó belélegez. Annak ellenére, hogy ezen új termékek hosszú távú kockázataival és biztonságosságával kapcsolatban még nem áll rendelkezésre elegendő ismeret, használatuk úgy világszerte, mint Magyarországon egyre népszerűbb, különösen a fiatalok körében (McMillen, Gottlieb, Shaefer, Winickoff és Klein, 2015; Pénzes, Foley, Balázs és Urbán, 2016; Pénzes, Pongor, Kimmel és Balázs, 2016; Torma, Fazekas-Pongor, Terebessy és Pénzes, 2019; Schaller és mtsai, 2020; Orth és Merkel, 2020; Kapan és mtsai, 2020; WHO, 2020b). Ugyan az e-cigaretta használata során keletkező aeroszolban kevesebb káros vegyületet lehet kimutatni, mint a cigarettafüstben, még így is számos, potenciálisan toxikus anyagnak teszik ki magukat ezen termékek használói (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2018; WHO, 2020b; Schaller és mtsai, 2020; Bozier és mtsai, 2020).

A dohánytermékek újabb csoportját képezik a hevített dohánytermékek, melyek Magyarországon (elsőként az IQOS dohányhevítő eszköz és a hozzá tartozó dohánytöltet — *Heets*) 2019 második negyedévéől hozzáférhetők (Philip Morris International, n.d.; Euromonitor International, 2020). A dohányhevítő eszközökbe az e-cigarettáktól eltérően valódi dohányból készült töltet kerül. A dohánytöltet nem ég el, mint a hagyományos cigaretták esetében, hanem a cigaretta égési zónájában mért, közel 900°C-hoz képest alacsonyabb hőmérsékletre (pl. az IQOS esetében kb. 350°C-ra) történő hevítés hatására nikotint és egyéb kémiai anyagokat tartalmazó aeroszol képződik, amit a készülék használói belélegeznek (Caputi, 2016; WHO, 2020c). A hevítés során keletkező aeroszol összetételére vonatkozóan egy áttekintő közleményben 31 vizsgálat adatait elemezve azt találták, hogy az aeroszol nikotintartalma a cigarettafüst nikotintartalmának akár 83%-át is elérheti, ugyanakkor a vizsgált toxikus vegyületek mennyisége legalább 62%-kal alacsonyabb volt, és 75%-kal kisebb mennyiségben tartalmazott részecskeszennyezést a cigarettafüsthöz képest (Simonavicius, McNeill, Shahab és Brose, 2019). Fontos azonban megjegyezni, hogy a beválasztott 31 vizsgálat közül húsz volt kapcsolatba hozható a dohányiparral. Más vizsgálatok ugyanakkor arra hívják fel a figyelmet, hogy a hevített dohánytermékek aeroszoljában olyan komponensek is kimutathatók, amelyek a hagyományos cigaretta füstjében nem, vagy csak jelentősen kisebb mennyiségben fordulnak elő (St Helen, Jacob, Nardone és Benowitz, 2018; WHO, 2020c; Schaller és mtsai, 2020). Bár az Egyesült Államok Élelmiszerbiztonsági és Gyógyszerészeti Hivatala (*U. S. Food and Drug Administration, FDA*) a közelmúltban engedélyezte az IQOS kapcsán annak „módosított expozíciójú” terméként történő forgalmazását. Ez azonban korántsem jelenti azt, hogy ártalmatlan dohánytermékről lenne szó (FDA, 2020; Egészségügyi Szakmai Kollégium, 2019). Tekintettel arra, hogy ezek a termékek csak nemrég kerültek a piacra, egészségre gyakorolt hatásukkal kapcsolatban még kevesebb információ áll rendelkezésre, mint az e-cigaretta esetén, használatuk hosszú távú hatásai jelenleg még nem ismertek.

Az egészségügyi szakemberek, különösen az orvosok kiemelt szerepet játszanak a dohányzás elleni küzdelemben. Amellett, hogy segíteni tud-

nak betegeknek a dohányzásról való leszokásban, valamint felvilágosítást nyújtanak a különféle dohánytermékek és nikotinköztetítő termékek lehetséges veszélyeivel kapcsolatban, példaképpként is szolgálnak a társadalom egésze számára. Mivel a dohányzó orvosok kisebb valószínűséggel javasolják a betegeknek, hogy hagyják el a dohányzást (Meshefedjian, Gervais, Tremblay, Villeneuve és O'Loughlin, 2010; Duaso, McDermott, Mujika, Purssell és While, 2014), a leendő orvosok dohányzási szokásai nemcsak saját, hanem jövőbeli betegek egészségét is befolyásolhatják, emiatt az orvostanhallgatók dohányzási szokásainak rendszeres felmérése és a dohányzási szokásokban bekövetkező változások regisztrálása kiemelt jelentőséggel bír.

Tanulmányunkban azt vizsgáltuk, hogy a Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karán 2016 és 2020 között két évente végzett kérdőíves felmérés adatai alapján hogyan alakult a dohányzók és az új alternatív termékeket használók aránya az elsőéves magyar orvostanhallgatók körében.

MÓDSZERTAN

Orvostanhallgatók egészségmagatartásának felmérése céljából 2016 és 2020 között két évente végeztünk keresztmetszeti kérdőíves vizsgálatot nemzetközi együttműködés keretében, több egyetem orvostudományi karán. Jelen tanulmányunkban a Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karán tanuló, elsőéves magyar orvostanhallgatók dohányzási szokásait elemeztük. A vizsgálat mindhárom hullámában kötelező szemináriumok során kérdeztük meg a hallgatókat a tavaszi szemeszter 4–8. hetében: 2016-ban és 2018-ban a kérdőíveket kinyomtattuk, és a hallgatók a nyomtatványokat töltötték ki, 2020-ban viszont már elektronikus formában került sor a kérdőívek felvételére a hallgatók saját mobilkészletein, de szintén az egyetemi oktatás keretein belül. A kérdőív előlapján ismertettük a tanulmány célját, valamint itt szerepelt az anonimitásra és a vizsgálatban való részvétel önkéntességére vonatkozó tájékoztatás, továbbá annak a deklarációja, hogy a kérdőív kitöltésével a résztvevő beleegyezését adja a vizsgálathoz. A vizsgálati protokollt a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Regionális Kutatásaitikai Bizottsága (5251-PTE 2014, 7958-PTE 2019) és az

Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága (IV/1450-2/2020/EKU) elbírálta és jóváhagyta. Az etikai engedélyeknek megfelelően az adatrögzítés anonim módon történt, az egyes résztvevők személyazonosságának megállapítása a kitöltött kérdőívek alapján nem lehetséges.

A dohányzással kapcsolatban az egyes termékek kipróbálására és aktuális használatára vonatkozó kérdéseket tettünk fel. Az e-cigaretta és a hevített dohánytermékek kipróbálására és a hevített dohánytermékek aktuális fogyasztására vonatkozó kérdést 2020-ban vettük be először a kérdőívbe. Az egyes termékeket aktuálisan használók arányának meghatározásakor azokat tekintettük fogyasztónak, akik a vizsgálatot megelőző 30 napban akár csak egy alkalommal is használták az adott terméket, függetlenül attól, hogy csak az adott terméket használták-e (kizárólagos használók), vagy más terméket, termékeket is használtak. Ez a definíció vonatkozott egységesen mind a cigarettára, mind pedig az e-cigaretta, illetve a hevített dohánytermékek fogyasztására. A Kuwabara és mtsai (2020) által javasolt „új alternatív termék” megnevezést átvéve, összevonva is megvizsgáltuk az e-cigarettára és a hevített dohánytermékekre vonatkozó eredményeket. Azt tekintettük új alternatív termék kipróbálójának, aki vagy az e-cigarettát vagy a hevített dohányterméket vagy mind a kettőt kipróbálta, továbbá azokat számítottuk az új alternatív terméket használók közé, akik a vizsgálatot megelőző 30 napban legalább egy alkalommal használtak e-cigarettát vagy hevített dohányterméket vagy mindkettőt (Kuwabara és mtsai, 2020). A cigarettahasználattal kapcsolatban arra is kíváncsiak voltunk, hogy hány hallgató számol be arról, hogy eddigi élete során elszívott már legalább 100 szál cigarettát. Ilyen módon adatainkat az egyetemünkön Rinfel és mtsai (2011) által a 2008/2009-es tanévben elvégzett felmérés eredményeivel is lehetőségünk nyílt összehasonlítani, ugyanis abban a vizsgálatban ezen feltétel teljesülése esetén sorolták a válaszadókat a dohányzók közé. Megvizsgáltuk továbbá azt is, hogy hogyan alakult a kizárólag új alternatív terméket használók, a kizárólag cigarettát használók, a többes termékhasználók és a dohányterméket nem használók aránya a felmérés során. A kizárólag új alternatív terméket használók csoportjába azokat soroltuk, akik a vizsgálatot megelőző 30 napban alternatív

terméket használtak, de nem cigarettáztak. Az új alternatív termék használata 2016-ban és 2018-ban e-cigaretta, 2020-ban e-cigaretta és/vagy hevített dohánytermék-használatot jelentett. Kizárólag cigarettahasználónak tekintettük azokat, akik a vizsgálatot megelőző 30 napban használtak cigarettát, de nem éltek alternatív termékkel. A többes termékhasználók közé azokat számítottuk, akik cigarettát is és új alternatív terméket is használtak a vizsgálatot megelőző 30 napban. Nem használt dohányterméket a vizsgálatunkban alkalmazott definíció szerint az, aki sem cigarettát, sem e-cigarettát, sem hevített dohányterméket nem fogyasztott a vizsgálatot megelőző 30 napban.

Statisztikai módszerek

A statisztikai számításokhoz az IBM-SPSS v.20 szoftvert vettük igénybe. Szignifikáns eredménynek a $p < 0,05$ értéket tekintettük. Mivel a résztvevők életkora a Kolmogorov–Szmirnov-próba alapján nem volt normál eloszlású, a vizsgálat három hullámában részt vevő hallgatók életkorának összehasonlításához Kruskal–Wallis-tesztet alkalmaztunk, majd ezt követően Mann–Whitney U-teszt segítségével az egyes vizsgálati évek eredményeit páronként (2016-ot 2018-hoz, 2018-at 2020-hoz, illetve 2016-ot 2020-hoz viszonyítva) is összevetettük. A nominális változók összehasonlításához Pearson-féle khí-négyzet-próbát végeztünk. Ha valamely változó vonatkozásában a khí-négyzet-próba szignifikáns különbséget igazolt a vizsgálat három éve között, az egyes vizsgálati évek eredményeit páronként (2016-ot 2018-hoz, 2018-at 2020-hoz, illetve 2016-ot 2020-hoz viszonyítva) is összehasonlítottuk, amihez Z-tesztet alkalmaztunk Bonferroni-féle korrekcióval. A dohányzási szokásokat, illetve az alternatív termékek használatát nemek szerinti bontásban, illetve összesítve is elemeztük. A kétévente elvégzett, egymást követő vizsgálatok eredményeiben észlelhető trendek analíziséhez Cochran–Armitage-trend-tesztet végeztünk. A felmérés három hullámában nyert adatokat összesített adatbázisban elemeztük, és többváltozós bináris logisztikus regressziós modellek segítségével megvizsgáltuk a cigaretta, illetve az új alternatív termékek használatának összefüggését a vizsgálat évével, az életkorral és a válaszadók nemével. A regressziós elemzések során nyert béta együtthatókból származtattuk a korrigált esélyhányadosokat.

EREDMÉNYEK

A regisztrált, elsőéves pécsi magyar orvostanhallgatók közül 2016-ban 203 főből 171 fő (válaszadási arány: 84%), 2018-ban 179 főből 168 fő (94%), 2020-ban pedig 189 főből 147 fő (78%) vett részt a kérdőíves felmérésünkben.

Az elsőéves hallgatók átlagéletkorában ugyan statisztikailag szignifikáns különbségeket találtunk az egyes vizsgálati évek között, azonban a különbség mértéke csekély volt (fél év). A vizsgálatban részt vevő orvostanhallgatók csaknem kétharmada nő volt a vizsgálat mind a három évében. [1. táblázat]

1. táblázat: A vizsgálatban részt vevő orvostanhallgatók életkora és nemi megoszlása

	2016	2018	2020	p-érték
N	171	168	147	
Életkor (év, átlag ± SD)	19,8 ± 1,3	20,3 ± 1,7*	20,1 ± 1,5	0,016
Nem (nő, %)	64,1	62,9	64,4	0,956

Forrás: saját szerkesztés

p-érték: életkor esetében Kruskal–Wallis-teszt, nemek aránya esetében Pearson-féle chí-négyzet-próba; *Mann–Whitney U-teszt, p = 0,005 (2016-hoz viszonyítva)

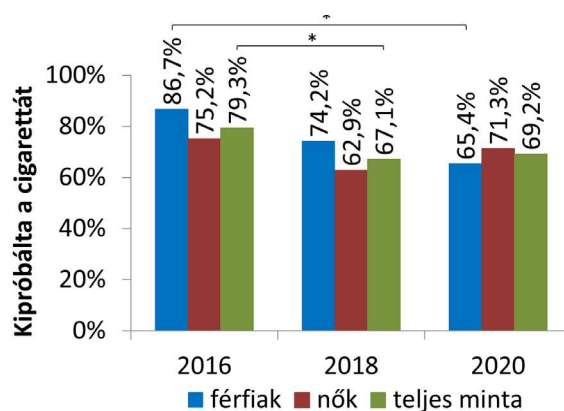
A férfi orvostanhallgatók körében a cigarettát kipróbálók aránya 2016 és 2020 között szignifikánsan csökkent, és a teljes mintában is csökkenő tendenciát lehetett megfigyelni. A teljes populációban a cigarettát kipróbálók aránya szignifikánsan alacsonyabb volt 2018-ban, mint 2016-ban, ugyanakkor 2018 és 2020 között nem volt szignifikáns különbség. [1. ábra] A cigarettát kipróbálók aránya a nők körében 2016 és 2018 között csökkent, majd 2018 és 2020 között növekedett, de ezek a változások a chí-négyzet-próba és a Cochran–Armitage-trendteszt alapján nem bizonyultak statisztikailag szignifikánsnak. Az e-cigarettát vagy hevített dohányterméket kipróbálók arányára vonatkozó adat csak 2020-ból áll rendelkezésünkre. A férfiak 62%-a, a nők 51%-a próbált már e-cigarettát vagy hevített dohányterméket (a teljes minta 55%-a). A két új alternatív terméket külön elemezve azt találtuk, hogy az e-cigarettát a férfiak 58%-a, a nők 51%-a (a teljes minta 53%-a) már kipróbálta, míg ezek az arányok a hevített dohánytermékek esetén a férfiak között 27%-nak, a nők körében 11%-nak (a teljes mintában 16%-nak) adódtak.

A teljes vizsgált populációra vonatkozóan szignifikáns csökkenő tendenciát lehetett kimutatni azon orvostanhallgatók arányában, akik eddigi

életük során elszívtak már legalább 100 szál cigarettát. [2. ábra] A férfiak és a nők csoportját külön megvizsgálva statisztikailag szignifikáns változást vagy trendet ebben a paraméterben nem találtunk, és a nemeket egymással összevetve sem adódott szignifikáns különbség azon hallgatók arányában, akik elszívtak már legalább 100 szál cigarettát.

A teljes mintát tekintve a cigarettázás 30 napos prevalenciájában statisztikailag szignifikáns csökkenő trendet észleltünk (Cochran–Armitage-trendteszt, p = 0,040), azonban a csökkenés valójában 2016-ról 2018-ra következett be, és azt követően már további érdemi csökkenés nem volt megfigyelhető 2020-ra. A cigarettázás prevalenciájában a nemek között egyik évben sem volt szignifikáns különbség. [3. ábra] A logisztikus regressziós vizsgálattal a 2018-as és a 2020-as évre vonatkozóan megállapított 0,6 körüli, életkorra és nemre korrigált esélyhányados-értékek is megerősítették a cigarettázás csökkenésére utaló eredményeinket. [2. táblázat] A naponta cigarettázók aránya a teljes mintában 2016-ban 7,1%, 2018-ban 6,6%, 2020-ban pedig 4,8% volt (chí-négyzet-próba: p = 0,608; Cochran–Armitage-trendteszt: p = 0,404).

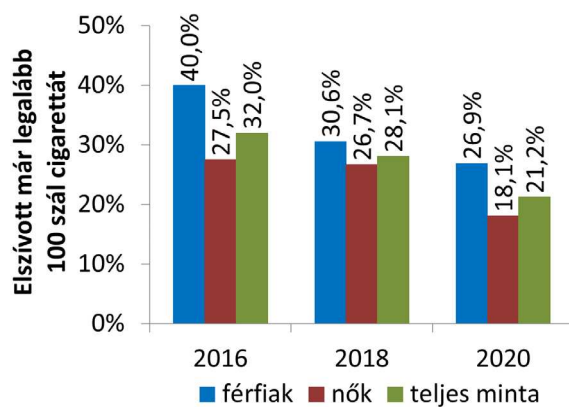
1. ábra: A cigarettát kipróbáló orvostanhallgatók arányának alakulása



Forrás: saját szerkesztés

*Bonferroni szerint korrigált Z-teszt, $p < 0,05$; Cochran–Armitage-trendteszt: férfiak: $p = 0,008$; nők: $p = 0,488$; teljes minta: $p = 0,039$

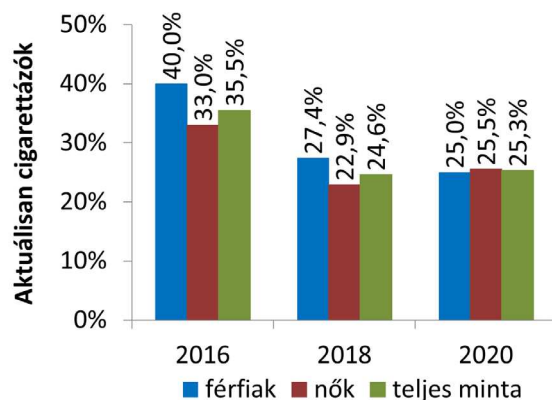
2. ábra: Azon hallgatók arányának alakulása, akik eddigi életük során elszívtek már legalább 100 szál cigarettát



Forrás: saját szerkesztés

Cochran–Armitage-trendteszt: férfiak: $p = 0,137$; nők: $p = 0,126$; teljes minta: $p = 0,035$

3. ábra: Az aktuálisan (a vizsgálatot megelőző 30 napban) cigarettázó hallgatók arányának alakulása



Forrás: saját szerkesztés

Cochran–Armitage-trendteszt: férfiak: $p = 0,081$; nők: $p = 0,212$; teljes minta: $p = 0,040$

2. táblázat: Az aktuális cigarettahasználat (a vizsgálatot megelőző 30 napban) összefüggése a vizsgálat évével, az életkorral és a válaszadók nemével többváltozós bináris logisztikus regressziós modell alapján

	p-érték	korrigált esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány	
			felső határ	alsó határ
Vizsgálat éve (referencia: 2016)	0,036			
2018	0,019	0,563	0,348	0,911
2020	0,047	0,609	0,373	0,994
Életkor*	0,542	1,042	0,913	1,190
Nem (referencia: nő)	0,434	1,179	0,780	1,781

Forrás: saját szerkesztés

*Folyamatos változó, a korrigált esélyhányados az egységnyi (per év) változáshoz tartozó esélyhányados növekedést adja meg.

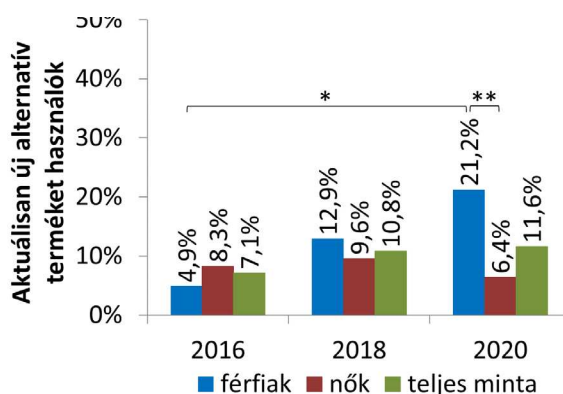
Az aktuálisan (a vizsgálatot megelőző 30 napban) új alternatív terméket (2016-ban és 2018-ban e-cigarettát, 2020-ban e-cigarettát és/vagy hevített dohányterméket) használók aránya a férfi orvostanhallgatók körében szignifikáns emelkedő tendenciát mutatott [4. ábra], és 2020-ra csupán 4%-kal maradt el a cigarettázók arányától. Ugyanakkor a nők körében nem találtunk szignifikáns változást az új alternatív termékek használatának prevalenciájában, és a többváltozós logisztikus regressziós vizsgálat sem mutatott statisztikailag szignifikáns összefüggést a kutatás éve és az új alternatív termékek használata között (táblázatban nem mutatott eredmények). Új alternatív terméket a megkérdezettek közül a 2016-os évben senki sem használt

napi rendszerességgel, míg 2018-ban egy fő (0,6%), 2020-ban pedig két hallgató (1,4%) számolt be arról, hogy napi rendszerességgel fogyaszt új alternatív terméket.

A kizárólag új alternatív terméket használók, a kizárólag cigarettát használók, illetve a többes termékhasználók arányának alakulását elemezve azt találtuk, hogy a kizárólag cigarettát fogyasztók aránya a férfiak körében és a teljes mintában 2016-hoz képest 2018-ban és 2020-ban szignifikánsan alacsonyabb volt. A dohányterméket (sem cigarettát, sem e-cigarettát, sem hevített dohányterméket) nem használók aránya pedig a teljes mintában 2016 és 2018 között szignifikánsan növekedett. [3. táblázat]

Forrás: saját szerkesztés

4. ábra: Az aktuálisan (a vizsgálatot megelőző 30 napban) új alternatív terméket használók arányának alakulása



2016-ban és 2018-ban e-cigarettát, 2020-ban e-cigarettát és/vagy hevített dohányterméket használók aránya; *Bonferroni szerint korrigált Z-teszt, $p < 0,05$; **khi-négyzet-próba, $p = 0,008$; Cochran–Armitage-trendteszt: férfiak: $p = 0,009$; nők: $p = 0,648$; teljes minta: $p = 0,163$

3. táblázat: A kizárólagos és többes dohánytermék-használat (a vizsgálatot megelőző 30 napban) megoszlásának változása 2016 és 2020 között

	2016	2018	2020	khí-négyzet-próba
Férfiak				p = 0,002
nem használ dohányterméket	58,3%	72,6%	69,2%	
kizárólag új alternatív terméket használ	1,7%	0,0%	5,8%	
új alternatív terméket és cigarettát is használ	3,3%	12,9%	15,4%	
kizárólag cigarettát használ	36,7%	14,5%*	9,6%*	
Nők				p = 0,180
nem használ dohányterméket	65,1%	76,9%	73,4%	
kizárólag új alternatív terméket használ	1,8%	0,0%	1,1%	
új alternatív terméket és cigarettát is használ	6,4%	9,6%	5,3%	
kizárólag cigarettát használ	26,6%	13,5%	20,2%	
Teljes minta				p = 0,001
nem használ dohányterméket	62,7%	75,3%*	71,9%	
kizárólag új alternatív terméket használ	1,8%	0,0%	2,7%	
új alternatív terméket és cigarettát is használ	5,3%	10,8%	8,9%	
kizárólag cigarettát használ	30,2%	13,9%*	16,4%*	

Forrás: saját szerkesztés

*Bonferroni szerint korrigált Z-teszt, $p < 0,05$ (2016-hoz viszonyítva)

Nem használt dohányterméket a vizsgálatunkban alkalmazott definíció szerint az, aki sem cigarettát, sem e-cigarettát, sem hevített dohányterméket nem fogyasztott.

Új alternatív termék használata 2016-ban és 2018-ban e-cigaretta, 2020-ban e-cigaretta és/vagy hevített dohánytermék használatát jelenti.

A 2020-as évre vonatkozóan elmondható, hogy az új alternatív termékeket kipróbálók 90%-a kipróbálta a cigarettát is. 2020-ban az aktuálisan új alternatív terméket használók több mint kétharmada (70,6%) nyilatkozott úgy, hogy eddigi élete során elszívott már legalább 100 szál cigarettát, illetve több mint háromnegyedük (76,5%) aktuálisan is cigarettázott.

A vizsgálat utolsó évében az e-cigarettát, illetve a hevített dohányterméket használók arányát külön is megvizsgálva azt találtuk, hogy a férfiak esetében mindkét új alternatív termék fogyasztásának prevalenciája 11,5%-nak adódott, a nők körében az e-cigarettát használók aránya 4,3%, a hevített dohányterméket használóké pedig 3,2% volt (a teljes mintában e-cigarettát 6,8%, hevített dohányterméket 6,2% használt). A nemek közötti különbség a hevített dohányterméket használók arányának tekintetében statisztikailag szignifikánsnak bizonyult (khí-négyzet-próba, $p = 0,045$).

titikailag szignifikánsnak bizonyult (khí-négyzet-próba, $p = 0,045$).

MEGBESZÉLÉS

Vizsgálatunkban a pécsi orvostanhallgatók körében összességében csökkenő tendenciát detektáltunk a cigaretta kipróbálása tekintetében, ami elsősorban a férfi orvostanhallgatóknál volt kifejezett. A nők esetében a kezdeti (2016 és 2018 közötti) csökkenést nem szignifikáns mértékű emelkedés követte. Bár természetesen nem minden kipróbálás vezet rendszeres dohányzáshoz, a konverziós arány meglehetősen magas: a cigarettát kipróbálók akár kétharmada, még ha csak ideiglenesen is, de napi dohányossá válhat (Birge, Duffy, Miler és Hajek, 2018). A legalább 100 szál cigaretta elfogyasztásáról beszámoló és az aktuálisan cigarettázó hallgatók

arányában is kedvező változást észleltünk mind az egyetemünkön a 2008/2009-es tanévben Rinfel és mtsai (2011) által végzett felmérés eredményeivel összehasonlítva, mind pedig a jelen vizsgálat által felölelt időszakon belül. Míg az említett korábbi tanulmányban a dohányosok aránya az elsőévesek körében 35% volt (Rinfel és mtsai, 2011), addig jelen vizsgálatunk utolsó évében, 2020-ban 25%-nak találtuk a cigarettázás prevalenciáját. Azon hallgatók aránya, akik életükben elszívtak már 100 szál cigarettát, Rinfel és mtsai (2011) kutatásában 31% volt, jelen vizsgálatunk végén 21%-nak adódott.

E kedvező jelenségek hátterében feltételezhető, hogy az elmúlt évtizedben Magyarországon bevezetett dohányzásellenes intézkedések (pl. a széleskörű dohányzási tilalom bevezetése; a dohánytermékeket terhelő adó többszöri és jelentős emelése; a kombinált egészségvédő figyelmeztetések megjelenése; a dohánytermékeket árusító üzletek számának drasztikus csökkentése) nagy szerepet játszhatnak (WHO, 2012; Demjén, 2016). Ezen erőfeszítéseknek köszönhetően a Tobacco Control Scale (n.d.) eredményei szerint, amelyben időről-időre számos európai országot hasonlítanak össze a dohányzás megelőzése és visszaszorítása érdekében tett intézkedéseik hatékonyságának szempontjából, Magyarország 2013-ban a 11. helyen, 2016-ban a 9. helyen, 2019-ben pedig a még előkelőbb 8. helyen foglalt helyet.

Ugyanakkor azt is meg kell jegyezni, hogy vizsgálatunk alatt az új alternatív termékek fogyasztása jelentősen emelkedett a férfi orvostanhallgatók körében, és közülük 2020-ban már minden ötödik használt aktuálisan e-cigarettát vagy hevített dohányterméket. Ugyanebben az évben a teljes mintában majdnem minden hatodik hallgató próbált már hevített dohányterméket, és a hallgatók több mint fele kipróbálta az e-cigarettát. Korábbi irodalmi adatok szerint az e-cigarettát kipróbálók aránya egy 2013-ban egyetemi hallgatók körében végzett vizsgálatban 24,9% volt (Pénzes, Foley és mtsai, 2016), 2014-ben fesztiválon részt vevő, felsőoktatásban tanuló fiatal felnőttek körében pedig 32,6%-nak adódott (Pénzes, Pongor és mtsai, 2016). A Magyarországi Ifjúsági Dohányzás Felmérés alapján az e-cigarettát kipróbálók arányának növekedése már a fiatalabb korosztályokban (13–15 évesek körében) is megfigyelhető, hiszen míg

2016-ban a megkérdezettek 23%-a, addig 2020-ban 32%-uk próbálta ki ezen termékeket (Magyarországi Ifjúsági Dohányzás Felmérés [MIDF], 2020).

Az e-cigarettahasználat prevalenciájára vonatkozó irodalmi adatok szintén ezen új termék terjedésére utalnak. Az aktuálisan e-cigarettát használók aránya a felsőoktatásban tanuló fiatalok körében korábbi magyar vizsgálatokban viszonylag alacsony volt, 2013-ban 0,6%-nak (Pénzes, Foley és mtsai, 2016), 2014-ben 1,2%-nak (Pénzes, Pongor és mtsai, 2016), 2015-ben pedig 2,2%-nak adódott (Torma és mtsai, 2019). Orvostanhallgatók nagyobb, nemzetközi mintájában ez az arány 2016-ban már 4,5%, 2018-ban pedig 8% volt (Balogh és mtsai, 2020). Jelen tanulmányunkban az aktuális e-cigarettahasználat 7–11% között mozgott, ám további terjedése a hevített dohánytermékek megjelenésével vizsgálatunk utolsó évében megtorpanni látszott. 2020-ban a két új alternatív termék együttesen ugyanakkor igen jelentős táborot tudhatott magáénak, különösen a férfiak körében.

A hevített dohánytermékek hazai használatával kapcsolatban egyelőre nagyon kevés információ áll rendelkezésre. Egy nemzetközi vizsgálatban, felnőtt dohányosok (cigarettát használók) körében 2018-ban (az IQOS magyarországi bevezetése előtt) a magyar válaszadók közül senki nem használt aktuálisan hevített dohányterméket (Maria Lotrean és mtsai, 2020). A 2019–20 évi Felnőtt Dohányzás Felmérés szerint Magyarországon a dohányzó felnőtt lakosság 1,7%-a használt hevített dohányterméket (Cselkó és Kovács, 2020). A 2020-as Magyarországi Ifjúsági Dohányzás Felmérés szerint a 13–15 éveseknek körülbelül 1%-a használt hevítéssel fogyasztható dohányterméket a felmérést megelőző 30 napban (MIDF, 2020). Jelen vizsgálatunkban, a hevített dohánytermékek piacra kerülésétől számított egy éven belül, 2020 februárjában azt tapasztaltuk, hogy a férfi orvostanhallgatók több mint 11%-a, és a nők több mint 3%-a használt aktuálisan hevített dohányterméket. Eredményeink ezen termékek sokkal erőteljesebb hazai térnyerésére utalnak, mint amit egy korábbi vizsgálatban az európai átlagnépességben tapasztaltak (Gallus és mtsai, 2021). A 2017 és 2018 között 11 európai ország több mint tízezer lakosának bevonásával Gallus és mtsai által végzett reprezentatív felmérésben a megker-

dezetek csupán 0,1%-a használt hevített dohányterméket a vizsgálatot megelőző 30 napban. Egy frissebb, 2019-ben végzett kutatásban Németországban (ahol a hevített dohánytermékek 2017 óta kaphatók) a 18–25 évesek körében a hevített dohánytermék használatának 30 napos prevalenciája 1,3% volt (Orth és Merkel, 2020). Érdekes a hevített dohánytermékek terjedésével összefüggésben az e téren már több tapasztalattal rendelkező Japánban végzett felmérések eredményeit is áttekinteni, ahol ezek a termékek már 2014-ben piacra kerültek. Egy 2015 és 2019 között, több mint 8 000 személy évenkénti megkérdezésével végzett vizsgálatban Japánban a hevített dohánytermékek használata (az adatfelvételt megelőző 30 napban) a teljes mintán a kezdeti 0,2%-ról 11,3%-ra nőtt, és ennél még erőteljesebb növekedést (0,2%-ról 17%-ra) tapasztaltak a 20–29 évesek korcsoportjában (Hori, Tabuchi és Kunugita, 2020).

KÖVETKEZTETÉSEK

A pécsi elsőéves orvostanhallgatók körében a 2016 és 2020 közötti időszakban a cigaretta kipróbálására és használatára vonatkozó eredményeink összességében kedvező irányú változásokra engednek következtetni. Ugyanakkor fokozott figyelmet érdemel az új alternatív termékek, az e-cigaretta és a hevített dohánytermékek előretörése, különösen a férfi orvostan-

hallgatók körében. Bár nem elhanyagolható a kizárólag új alternatív terméket használók aránya, többségük egyúttal cigarettázott is. További vizsgálatok szükségesek annak megállapításához, hogy a többes termékhasználat hosszabb távon is megmarad-e, vagy csak az egyik termék fogyasztása válik tartóssá a jelenleg cigarettát és új alternatív terméket is használó hallgatók körében.

A fiatalok — köztük nem dohányzó fiatalok — érdeklődése az új alternatívtermékek iránt több szempontból is aggodalomra adhat okot. Ezen termékek használói potenciálisan toxikus vegyületekből álló aeroszol belégzésével kockáztatják egészségüket. Emellett a nikotintartalmú termékek használata — akár hagyományos cigaretta, akár új alternatív termék formájában — függőséghez vezethet, melynek kialakulása az esetek döntő többségében serdülő- és fiatal felnőttkorra tehető (Office of the Surgeon General, 2014; U.S. Department of Health and Human Services, 2016; Ali, Agaku, Sharapova, Reimels és Homa, 2020). Érthető, hogy a fiatalok emiatt kiemelt célcsoportot jelentenek mind a dohányipar számára, mind a dohányzás visszaszorítása és a prevenció szempontjából. Ebben a kritikus életkorban kell mindent megtenni azért, hogy ne váljanak újabb generációk függővé, dohánytermékek használóivá. Alapvető fontosságú, hogy az új alternatív termékek ne ássák alá az elmúlt évtizedek dohányzás-megelőzésének eredményeit.

HIVATKOZÁSOK

- Ali, F., Agaku, I. T., Sharapova, S. R., Reimels, E. A., & Homa, D. M. (2020). Onset of regular smoking before age 21 and subsequent nicotine dependence and cessation behavior among US adult smokers. *Preventing Chronic Disease*, 17, E06. <https://doi.org/10.5888/pcd17.190176>.
- Balogh, E., Wagner, Z., Faubl, N., Riemenschneider, H., Voigt, K., Terebessy, A., Horváth, F., Füzesi, Z., & Kiss, I. (2020). Increasing prevalence of electronic cigarette use among medical students. Repeated cross-sectional multicenter surveys in Germany and Hungary, 2016–2018. *Substance Use & Misuse*, 55(13), 2109–2115. <https://doi.org/10.1080/10826084.2020.1790011>
- Birge, M., Duffy, S., Miler, J. A., & Hajek, P. (2018). What proportion of people who try one cigarette become daily smokers? A meta-analysis of representative surveys. *Nicotine & Tobacco Research*, 20(12), 1427–1433. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntx243>
- Bozier, J., Chivers, E. K., Chapman, D. G., Larcombe, A. N., Bastian, N. A., Masso-Silva, J. A., Byun, M. K., McDonald, C. F., Crotty Alexander, L. E., & Ween, M. P. (2020). The evolving landscape of e-cigarettes: A systematic review of recent evidence. *Chest*, 157(5), 1362–1390. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2019.12.042>

- Caputi T. L. (2016). Industry watch: heat-not-burn tobacco products are about to reach their boiling point. *Tobacco Control*, 26(5), 609–610. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2016-053264>
- Cselkó, Zs. & Kovács, G. (2020). Az új típusú nikotintartalmú és dohánytermékek elterjedése és káros hatásai. *Orvosképzés*, 4, 585–676.
- Demjén, T. (E.d.). (2016). Dohányzás visszaszorítása. Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, Budapest https://fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/dohanyzas_visszaszoritasa_2016_dohanyzas_fokuszpont.pdf
- Duaso, M. J., McDermott, M. S., Mujika, A., Purssell, E., & While, A. (2014). Do doctors' smoking habits influence their smoking cessation practices? A systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 109(11), 1811–1823. <https://doi.org/10.1111/add.12680>
- Egészségügyi Szakmai Kollégium. (2019). Tüdőgyógyászat Tagozat hevített dohánytermékekkel kapcsolatos állásfoglalása. <https://kollegium.aEEK.hu/Hirek/Details/40>
- Euromonitor International. (2020). Smokeless Tobacco, E-Vapour and Heated Tobacco in Hungary. Country Report. <https://www.euromonitor.com/smokeless-tobacco-e-vapour-products-and-heated-tobacco-in-hungary/report>
- European Commission. (2017). Special Eurobarometer 458. Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. <https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/Result-Doc/download/DocumentKy/79003>
- European Commission. (2021). Special Eurobarometer 506. Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. <https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/survey/getsurveydetail/instruments/special/surveyky/2240>
- Gallus, S., Lugo, A., Liu, X., Borroni, E., Clancy, L., Gorini, G., Lopez, M. J., Odone, A., Przewozniak, K., Tigova, O., Van Den Brandt, P., Vardavas, C., Fernandez, E., & TackSHS Project Investigators. (2021). Use and awareness of heated tobacco products in Europe. *Journal of Epidemiology*, 10.2188/jea.JE20200248. Advance online publication. <https://doi.org/10.2188/jea.JE20200248>
- GBD 2019 Risk Factors Collaborators (2020). Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*, 396(10258), 1223–1249. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30752-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30752-2).
- German Cancer Research Center (E.d.). (2013). Electronic cigarettes – an overview. Heidelberg <https://www.dkfz.de/en/presse/download/RS-Vol19-E-Cigarettes-EN.pdf>
- Hair, E. C., Bennett, M., Sheen, E., Cantrell, J., Briggs, J., Fenn, Z., Willett, J. G., & Vallone, D. (2018). Examining perceptions about IQOS heated tobacco product: consumer studies in Japan and Switzerland. *Tobacco Control*, 27(Suppl 1), s70–s73. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2018-054322>
- Hori, A., Tabuchi, T., & Kunugita, N. (2020). Rapid increase in heated tobacco product (HTP) use from 2015 to 2019: from the Japan 'Society and New Tobacco' Internet Survey (JASTIS). *Tobacco Control*, tobaccocontrol-2020-055652. Advance online publication. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2020-055652>
- Kapan, A., Stefanac, S., Sandner, I., Haider, S., Grabovac, I., & Dorner, T. E. (2020). Use of electronic cigarettes in European populations: A narrative review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6), 1971. <https://doi.org/10.3390/ijerph17061971>
- Központi Statisztikai Hivatal. (n.d.-a) A népesség megoszlása dohányzási szokások szerint (2009–). http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_fek009.html?lang=hu
- Központi Statisztikai Hivatal. (n.d.-b) A 2019. évi Európai lakossági egészségfelmérés. https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/te_2019/index.html#dohanyzssalkoholfogyaszts
- Kuwabara, Y., Kinjo, A., Fujii, M., Imamoto, A., Osaki, Y., McNeill, A., & Beckley-Hoelscher, N. (2020). Comparing factors related to any conventional cigarette smokers, exclusive new alternative product users, and non-users among Japanese youth: a nationwide survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 3128. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093128>
- Magyarországi Ifjúsági Dohányzás Felmérés. (2020). https://fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/2020-08/01_MIDF_2020_Tanulmany_20200706.pdf

- Maria Lotrean, L., Trofor, A., Radu-Loghin, C., Eremia, M., Mihaltan, F., Driezen, P., Kyriakos, C. N., Mons, U., Demjén, T., Fernández, E., Katsaounou, P. A., Przewoźniak, K., Filippidis, F. T., Gravely, S., Fong, G. T., Vardavas, C. I., & EUREST-PLUS Consortium (2020). Awareness and use of heated tobacco products among adult smokers in six European countries: findings from the EUREST-PLUS ITC Europe Surveys. *European Journal of Public Health*, 30(Suppl_3), iii78–iii83. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz228>
- McMillen, R. C., Gottlieb, M. A., Shaefer, R. M., Winickoff, J. P., & Klein, J. D. (2015). Trends in Electronic Cigarette Use Among U.S. Adults: Use is Increasing in Both Smokers and Nonsmokers. *Nicotine & Tobacco Research*, 17(10), 1195–1202. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntu213>
- Meshefedjian, G. A., Gervais, A., Tremblay, M., Villeneuve, D., & O'Loughlin, J. (2010). Physician smoking status may influence cessation counseling practices. *Canadian Journal of Public Health*, 101(4), 290–293. <https://doi.org/10.1007/BF03405288>
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2018). Health and Medicine Division, Board on Population Health and Public Health Practice, Committee on the Review of the Health Effects of Electronic Nicotine Delivery Systems, Eaton, D. L., Kwan, L. Y. & Stratton, K. (Eds.). *Public Health Consequences of E-Cigarettes*. National Academies Press (US).
- Office of the Surgeon General. (2014). The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention (US), National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. <https://www.surgeongeneral.gov/library/reports/50-years-of-progress/full-report.pdf>
- Orth, B. & Merkel, C. (2020). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2019. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Pénczes, M. & Urbán, R. (2019). E-Cigaretta - Információk gyakorló orvosok számára. *Orvostovábbképző Szemle*, 26:58–64.
- Pénczes, M., Foley, K. L., Balázs, P., & Urbán, R. (2016). Intention to experiment with e-cigarettes in a cross-sectional survey of undergraduate university students in Hungary. *Substance Use & Misuse*, 51(9), 1083–1092. <https://doi.org/10.3109/10826084.2016.1160116>
- Pénczes, M., Pongor, V., Kimmel, Zs., & Balázs, P. (2016). Elektronikus cigaretta használat felsőoktatásban tanuló hallgatók körében. *Lege Artis Medicinae*, 26: 107–114.
- Philip Morris International. (n.d.) Reports and filings, 2019 Second-Quarter Results. <https://philipmorrisinternational.gcs-web.com/static-files/e8bcf906-8865-4e8a-8aaf-00fbba222aeb>
- Rinfel, J., Oberling, J., Tóth, I., Prugberger, L., & Nagy, L. (2011). Az I. és az V. évfolyamos orvostanhallgatók dohányzási szokásai és leszoktatással kapcsolatos attitűdjei [Medical students' smoking habits and attitudes about cessation]. *Orvosi Hetilap*, 152(12), 469–474. <https://doi.org/10.1556/OH.2011.29039>
- Schaller, K., Kahnert, S., & Mons, U. (2020). E-Zigaretten und Tabakerhitzer – ein Überblick. Heidelberg: Deutsches Krebsforschungszentrum. https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/Buecher_und_Berichte.html
- Simonavicius, E., McNeill, A., Shahab, L., & Brose, L. S. (2019). Heat-not-burn tobacco products: a systematic literature review. *Tobacco Control*, 28(5), 582–594. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2018-054419>
- St Helen, G., Jacob Iii, P., Nardone, N., & Benowitz, N. L. (2018). IQOS: examination of Philip Morris International's claim of reduced exposure. *Tobacco Control*, 27(Suppl 1), s30–s36. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2018-054321>
- Tobacco control scale. (n.d.) <https://www.tobaccocontrolscale.org>
- Torma, A., Fazekas-Pongor, V., Terebessy, A., & Pénczes, M. (2019). Alternatív dohánytermékek használata fesztiválon részt vevő fiatal felnőttek körében. *Egészségfejlesztés*. 60: 5–18.
- U. S. Food and Drug Administration. (2020). Center for Tobacco Products. Modified Risk Orders. <https://www.fda.gov/tobacco-products/advertising-and-promotion/modified-risk-orders>

- U.S. Department of Health and Human Services. (2016). E-Cigarette Use Among Youth and Young Adults. A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. https://e-cigarettes.surgeongeneral.gov/documents/2016_SGR_Full_Report_508.pdf
- World Health Organization. (2012). Tobacco control in practice - Article 8: Protection from exposure to tobacco smoke: the story of Hungary. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco/publications/2012/tobacco-control-in-practice/article-8-protection-from-exposure-to-tobacco-smoke-the-story-of-hungary>
- World Health Organization. (2020a). Newsroom. *Tobacco* <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- World Health Organization. (2020b). Electronic nicotine and non-nicotine delivery systems: a brief. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco/publications/2020/electronic-nicotine-and-non-nicotine-delivery-systems-a-brief-2020>
- World Health Organization. (2020c). Heated tobacco products: a brief. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco/publications/2020/heated-tobacco-products-a-brief-2020>

Sürgősségi osztályos megjelenés és az egészségértés kapcsolata

Relationship between emergency department appearance and health literacy

Szerzők: Bánfai-Csonka Henrietta^{1,2} ✉ Bánfai Bálint,² Musch János,² Derzsi-Horváth Martina,¹ Betlehem József²

Beküldve: 2020. 10. 10.

Doi: 10.24365/ef.v62i2.6003

Kulcsszavak: egészségértés; sürgősségi betegellátás; elégedettség; szociodemográfiai összehasonlítás

Keywords: health literacy; emergency department; satisfaction; sociodemographic comparison

Összefoglaló

Bevezetés: Napjainkban egyre több gondot jelent az egészségügyi rendszerekben való kiigazodás és az egészségünkkel kapcsolatos kérdésekben a megfelelő döntések meghozatala. Hogy mindezt megkönnyíthessük, fontos tényezőként vizsgálnunk kell a lakosság egészségértési szintjét, hiszen nagymértékben befolyásolja az egészségügyi ellátórendszerrel kapcsolatosan felmerülő kérdéseinket. Célunk volt felmérni: (1) a lakosok egészségértési szintjét, (2) a sürgősségi betegellátó rendszer igénybevételét, (3) a vele való elégedettséget és (4) a triázs rendszerre vonatkozó tudásszintet, valamint (5) az ezek közötti kapcsolatot.

Módszertan: Kutatásunk keresztmetszeti, kvantitatív kutatás, melyben 186 résztvevő vett részt, akiket a Sellyei Egészségfejlesztési Iroda munkatársai segítségével és háziorvosok bevonásával (toborzásban való segédkezés) értünk el 2019. áprilisában és májusában. A jelentkezők a kutatási tájékoztató elolvasása és a beleegyező nyilatkozat kitöltése után vehettek részt a kutatásban. Az adatokat egy saját szerkesztésű kérdőív segítségével vettük fel, mely tartalmazott szociodemográfiai, sürgősségi osztályos megjelenéssel, és az ellátással való elégedettséget mérő kérdéseket, valamint az egészségértés felmérésére alkalmas standardizált kérdőívet. Leíró statisztikai eljárásokat (átlag, szórás) használtunk a minta tulajdonságainak ismertetésére, és statisztikai számításokat (Pearson-féle korreláció, ANOVA és kétmintás t-próba) végeztünk az összefüggések vizsgálatára. Az adatokat SPSS 22.0 programmal rögzítettük és dolgoztuk fel. Az eredményeket $p < 0,05$ érték esetén tekintettük szignifikánsnak.

Eredmények: A kutatásban való részvételi hajlandóság 75,8% volt. A megvalósult minta: 141 fő. Az iskolai végzettség ($p = 0,018$), egészségügyi végzettség ($p < 0,001$), a lakóhely típusa ($p = 0,043$), az egyéni gazdasági helyzet ($p = 0,027$) és gyermek jelenléte a családban ($p = 0,015$) szignifikáns összefüggést mutatott az összesített egészségértési szinttel. A megkérdezettek közül 69-en (48,9%) vettek igénybe sürgősségi betegellátó osztályon ellátást. A triázs jelentését a megkérdezettek 65,2%-a vélte úgy, hogy ismeri. A sürgősségi osztályon való megjelenéskor a betegek 46,5%-a esetén a betegosztályozás megtörtént 10 percn belül, azonban 27,6% esetén ez több, mint 30 percet vett igénybe. Összességében elmondható, hogy szinte minden kategóriában (kivételem a megelőzés alindex) a válaszadók közel 50%-a korlátozott egészségértési szinttel rendelkezik (összesített egészségértési index: 46,1%; egészségügyi rendszer alindex: 48,2%; megelőzési alindex: 33,3%; egészségfejlesztési alindex: 49,6%). Vizsgálatunk során nem volt összefüggés a sürgősségi osztály igénybevétele és az egészségértés között. A kutatásban résztvevők átlagosan elfogadható egészségértési szinttel rendelkeztek.

¹ Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Egészségtudományi Doktori Iskola

² Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Sürgősségi Ellátási és Egészségpedagógiai Intézet Egészségpedagógiai és Alapozó Sürgősségi Tanszék

Következtetések: Vizsgálatunkban korábbi kutatásokhoz hasonló eredményeket kaptunk az egészségértés tekintetében, tehát a válaszadók közel fele problémás egészségértési szinttel rendelkezik és összefüggés volt kimutatható a szociodemográfiai adatok és az egészségértés között. Fontos kiemelni, hogy a betegek úgy gondolják, tisztában vannak a sürgősségi ellátás során használt triázs fogalmával, azonban a válaszokból nem ez derült ki. A rendszerrel kapcsolatos pontosabb információátadás igénye megjelenik. Az ellátás és információátadás szempontjából az elégedettség inkább pozitív értékeket mutatott.

Summary

Introduction: Nowadays, it is becoming more and more difficult to adjust our health systems and make the right decisions on our health issues. To facilitate all of this, we need to look at the level of health awareness of the population as an important factor, as it has a major impact on our decisions about health care systems. Our aim was to measure (1) the level of health literacy, (2) the use of the emergency patient care system, (3) the satisfaction with it and (4) the level of knowledge about the triage system (5) and the relationship between these variables.

Methodology: Our research was a cross-sectional, quantitative research with 186 participants, who were reached in April and May 2019 by means of the Sellye Health Development Office and the involvement of GPs (assistance in recruitment). The respondents were involved after reading the research information and filling in the consent form. Data were collected using a self-edited questionnaire that included sociodemographic questions, questions about emergency department appearance, satisfaction and triage, and also a standardized questionnaire for health literacy. Descriptive statistical procedures (mean, standard deviation) were used to describe the features of the sample and mathematical calculations (Pearson's correlation, ANOVA, two-sample t-test) were performed to examine the correlations. Data were recorded and processed with SPSS 22.0. The results were considered significant at a $p < 0.05$ level.

Results: The willingness to participate in the research was 75.8%. Examining the excursion criteria, we had 141 questionnaires to analyze. Education ($p = 0.018$), health education ($p < 0.001$), type of residence ($p = 0.043$), economic status ($p = 0.027$) and presence of children in the household ($p = 0.015$) showed a significant correlation between the level of health literacy. Of the respondents, 69 (48.9%) received care in the emergency department. 65.2% of the participants thought that he/she was familiar with the meaning of the triage. In the case of appearance in the emergency department, 46.5% of the patients were triaged within 10 minutes, but in the case of 27.6% it took more than 30 minutes. Overall, almost in all categories (except for the disease prevention sub-index), almost 50% of respondents have a limited level of health literacy (comprehensive health literacy): 46.1%; health care subindex: 48.2%; disease prevention subindex: 33.3%; health promotion subindex: 49.6%). There was no correlation between emergency department visits and health literacy level. Respondents had an average sufficient level of health literacy.

Conclusions: In our study, we obtained similar results in terms of health literacy as in previous studies, almost half of the respondents have a problematic level of health literacy and there was a correlation between sociodemographic data and health literacy level.

It is important to point out that although patients are thought to know the terms used during emergency care, this is not entirely true. Nevertheless, they were satisfied with the care in every scene. The need for a more accurate flow of information about the system is displayed. Satisfaction was more positive in terms of care and information transfer.

BEVEZETÉS

Az egészségügyi rendszerrel való elégedetlenség napjainkban egyre több szinten megjelenik. Ez összefüggésbe hozható, a magyar felnőtt lakosság felére jellemző korlátozott egészségértési szinttel, hiszen ennek hatása van az ellátó-

rendszerre, a megelőzésre és az egészségfejlesztésre egyaránt.¹

Mit is jelent az egészségértés? Az egészségértés az egyén azon képessége, melynek segítségével adatokat gyűjt, azokat rendszerezi, majd az így megszerzett információk alapján döntéseket hoz a saját illetve családtagjai egészségével és az

egészségügyi ellátórendszerrel kapcsolatosan.² Az elégtelen egészségértési szint sokkal gyakoribb, mint azt gondolnánk. Európában minden tízedik embernek elégtelen, míg minden második embernek korlátozott az egészségértési szintje.³ Magyarországot vizsgálva a 2016-os évben ennél nem sokkal rosszabb arányok voltak megfigyelhetők (19% elégtelen, 33% problémás, azaz 52%-nak korlátozott).¹ Az alacsony egészségértési szint összefüggést mutat a sürgősségi osztályokra felvett betegek számával és a gyakori újbóli megjelenésekkel, és magasabb (12,8%) mortalitással a szív- és érrendszeri megbetegedések terén.^{4,5} Megfelelő oktatással a korlátozott egészségértéssel rendelkezők száma csökkenthető.⁶ A multi morbid (többfajta megbetegedéssel rendelkező) és az idős betegek számára még nehezebb a megfelelő információkat megtalálni, majd a kapott információkat megérteni és azok szerint cselekedni az egészségük érdekében.^{7,8,9} Azonban található olyan tanulmány is, amely nem mutatott ki szignifikáns kapcsolatot az életkor, szocioökonómiai helyzet és az egészségértési szint között.⁸ Az egészségtelen, mozgásszegény életmód egészségtelen étkezés, dohányzás és elhízás szoros összefüggést mutat az alacsony egészségértési szinttel.^{10,11} A kardiovaszkuláris megbetegedésekben szenvedők esetén egyértelmű összefüggés mutatható ki az egészségértés és az egészségi állapot illetve egészségmagatartás között.¹²

Az egészségértés egy kulcspont lehet a népességügy terén.¹³ A döntéshozók fontos szerepet tölthetnek be ennek fejlesztésében, mint arra néhány országban már láthatunk példát.¹⁴ A korán elkezdett fejlesztések (már kisiskolás korban) hatására tudatosabban élő felnőttek nevelhetők, azonban a szülőket, felnőtteket sem hagyhatjuk ki a programokból, hiszen az ő egészségértésük is fejleszthető és fejlesztendő is.^{15,16}

Miért is okoz nehézséget döntéseket hozni az egészségünkkel kapcsolatosan? Elsősorban a túlzott információáradat — ami a médián keresztül zúdul a társadalomra — okoz nehézséget, illetve az, hogy ezek közül megtaláljuk a valós tartalmakat közlőket és elkerüljük a hamis, megtévesztő információkat.¹⁷ Amennyiben szeretnénk, hogy a társadalom a helyes információkat közlő, hiteles oldalakat használja, a fejlesztőknek modernizálniuk és felhasználóbaráttá kell tenniük azokat.¹⁸ Az egészségértés növelése szintén megoldást nyújthat a beteg-orvos közti kommu-

nikáció javítására, hiszen sokszor nagy szakadék van a kettő között, aminek az oka, hogy másként gondolkodnak a betegek és a szakemberek.¹⁹ A betegek tájékoztatására készült szórólapok is sokszor bonyolult nyelvezetet használnak, így nem érik el céljukat a betegoktatás, informálás terén.^{19,20}

A sürgősségi betegellátás a magyar egészségügyi ellátórendszer egyik gyenge pontja, mivel nem régi ágazatról beszélünk és a lakosság hiányos vagy rossz ismeretekkel rendelkezik róla.²¹ Kutatásunk célja volt felmérni (1) a lakosok egészségértési szintjét, (2) a sürgősségi betegellátó rendszer igénybevételét (önbevallás alapján az elmúlt egy évben történt megjelenések alapján), (3) a vele való elégedettséget, (4) a triázs rendszerre vonatkozó tudásszintet és (5) az ezek közötti kapcsolatot.

MÓDSZERTAN

Minta

Kutatásunk keresztmetszeti, kvantitatív kutatás. A célcsoportot a Baranya megyei 18 év feletti lakosság képezte, akiket a Sellyei Egészségfejlesztési Iroda munkatársainak segítségével és házi orvosok bevonásával (toborzásban való segédkezés) értünk el 2019. áprilisában és májusában, azonban nem csak az adatfelvételnek helyet adó települések lakosai vehettek részt a kutatásban, hanem a környező településekről a programokra érkezők is. Beválasztásra kerültek mindazon lakosok, akik a Sellyei Egészségfejlesztési Iroda által szervezett programokon részt vettek és önkéntesen jelentkeztek a kitöltésre. Kizárásra kerültek mindazok, akik hiányosan töltötték ki a kérdőívet. A minta nagysága 141 fő (N = 141). Minden résztvevő tájékoztatást kapott a felmérésről és beleegyező nyilatkozatot kellett aláírniuk a részvételhez.

Adatgyűjtés

Az adatokat egy saját szerkesztésű kérdőív segítségével vettük fel, mely tartalmazott kérdéseket szociodemográfiai státuszra, betegségekre, gyógyszeresedésre vonatkozóan. A sürgősségi osztályos megjelenések tekintetében a bekerülés módjára, okára, várakozási időre és az ellátással való elégedettségre utaló kérdéseket, illetve a triázs rendszerrel kapcsolatos, ismeretet felmérő

kérdéseket tettünk fel. A triázs tekintetében a következő definíciót alkalmaztuk rövidítve: „A triázs olyan kiválasztási és rendszerezési folyamat, amelynek során a kritikus gondolkodásmódot elsajátító, speciális képeket szerzett ápoló, mentőtiszt vagy orvos a sürgősségi osztályra érkezést követően a lehető leggyorsabban értékeli a beteg állapotát, különös tekintettel a vezető panaszok súlyosságára, a triázs kategória megállapítására, a beteg állapotának megfelelő ellátási szint és annak időbelisége meghatározására, az egészségügyi és emberi erőforrások hatékony és megfelelő elosztására.”²² Ennek vizsgálata azért fontos, hogy megismerhessük, hogy az osztályon megjelenő betegek képesek-e megérteni és ténylegesen felhasználni azokat az információkat (akár a kórházban kihelyezett tájékoztató anyagok, akár a médiában megjelenő információk alapján), melyek bemutatják, hogy a sürgősségi osztályon nem érkezési sorrendben történik az ellátás, valamint nem is „gyorsasági” ellátásról van szó.

Az ellátással való elégedettségi szintet egy 5 fokozatú Likert-skála segítségével mértük fel, ahol a kategóriák a következőképpen alakultak: 1 - egyáltalán nem volt elégedett, 2 - nem volt elégedett, 3 - nem volt sem elégedett, sem elégedetlen, 4 - elégedett volt, 5 - teljes mértékben elégedett volt. Az egészségértést egy standardizált, korábban hazánkban validált kérdőív segítségével mértük fel (Health Literacy Survey European Questionnaire 47 item (HLS-EU-Q47)).¹ A kérdőívet minden résztvevő egy kérdezőbiztos segítségével töltötte ki, akik rendelkeztek a kutatás menetével és a felmérés módjával kapcsolatos információkkal.

Kutatásunk rendelkezik az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottság (TUKEB) engedélyével, melynek száma: 20018-2-/2019/EKU.

A jelenlegi közlemény egy már korábban publikált kutatásunk kisebb szegmensét mutatja be, a sürgősségi betegellátó rendszerre vonatkozóan.²³

Adatelemzés

A HLS-EU-Q47 kérdőív egy fő és 3 alindex tekintetében vizsgálja az egészségértést: összesített egészségértési index (cHL), egészségügyi rend-

szet (HC), prevenció (DP) és egészségfejlesztés alindex (HP). Az egyes indexeken elért pontszámok alapján a résztvevők egészségműveltsége 4 kategóriába sorolható: elégtelen, problémás, elfogadható és kitűnő.¹ A kategóriák szerinti értékelés alapján 0-25 pontig elégtelen, 26-33 pontig problémás, 34-42 pontig elfogadható és 43-50 pontig kitűnő egészségértési szintről beszélhetünk. Az elégtelen és problémás csoport összevonásából a korlátozott egészségértési szinttel rendelkező csoportot alkottunk. A kiértékelés során használt pontszámítási módszereket egy korábbi magyar tanulmányban ismertették.¹ Leíró statisztikai eljárásokat (átlag, szórás) használtunk a minta tulajdonságainak ismertetésére és matematikai számításokat (Pearson-féle korreláció, ANOVA és kétmintás t-próba) végeztünk az összefüggések vizsgálatára.

Az adatokat SPSS 22.0 programmal rögzítettük és dolgoztuk fel. Az eredményeket $p < 0,05$ érték esetén tekintettük szignifikánsnak.

EREDMÉNYEK

Szociodemográfiai adatok

A kérdőívet 186 fő töltötte ki, akik közül 45 fő kizárásra került ($N = 141$), mert nem töltötték ki a teljes kérdőívet, vagy nem válaszoltak a szociodemográfiai kérdésekre. A szociodemográfiai adatokat az 1. táblázat mutatja be.

A szociodemográfiai adatok és az egészségértés közti összefüggéseket a 2. táblázat mutatja be. Az iskolai végzettség ($p = 0,018$), a lakóhely típusa ($p = 0,043$), a gazdasági helyzet ($p = 0,027$) csak 5%-os szignifikancia szint esetén mutatott összefüggést az összesített egészségértési szinttel. Az iskolai végzettség tekintetében a 8 általánost és a szakközépiskolát végzettek között volt kimutatható az összefüggés. Azon válaszadók akik nem rendelkeztek egészségügyi végzettséggel ($p < 0,001$), községben élnek és átlagon aluli gazdasági helyzetben vannak, és alacsonyabb egészségértési szinttel rendelkeznek, mint az egészségügyi végzettséggel nem rendelkezők, a többi településtípuson élők, és az átlagon felüli gazdasági helyzetben lévők. Az iskolai végzettség ($p = 0,002$) és a lakóhely ($p = 0,01$) szoros összefüggést mutatott a gazdasági helyzettel.

1. táblázat: Szociodemográfiai adatok

Tulajdonság	Férfi	Nő	Teljes minta
	41 (29,1%)	100 (70,9%)	141 (100%)
<i>Életkor (év)</i>	46,8 (SD16,52)	45,59(SD 12,75)	45,94(SD 13,9)
<i>Iskolai végzettség</i>			
Kevesebb, mint 8 általános	0	1 (1%)	1 (0,7%)
Általános iskola	10 (24,4%)	31 (31%)	41 (21,9%)
Szakközépiskola érettségi nélkül	10 (24,4%)	4 (4%)	14 (9,9%)
Szakközépiskola érettségivel	6 (14,6%)	24 (24%)	30 (21,3%)
Gimnázium	6 (14,6%)	12 (12%)	18 (12,8%)
Egyetem (BSc)	5 (12,2%)	20 (20%)	25 (17,7%)
Egyetem (MSc)	4 (9,8%)	8 (8%)	12 (8,5%)
<i>Egészségügyi végzettség</i>			
Igen	4 (9,8%)	26 (26%)	30 (21,3%)
Nem	37 (90,2%)	74 (74%)	111 (78,7%)
<i>Lakóhely</i>			
Falu	16 (39%)	53 (53%)	69 (49%)
Város	18 (43,9%)	29 (29%)	47 (33,3%)
Megyei jogú város	7 (17,1%)	18 (18%)	25 (17,7%)
<i>Gazdasági helyzet (nettó átlagkereset 219.400 Ft)</i>			
Átlag alatti	18 (43,9%)	47 (47%)	65 (46,1%)
Átlagos	17 (41,5%)	47 (47%)	64 (45,4%)
Átlag feletti	6 (14,6%)	6 (6%)	12 (8,5%)
<i>Családi állapot</i>			
Nőtlen/hajadon	10 (24,4%)	25 (25%)	35 (24,8%)
Házas	18 (43,9%)	38 (38%)	56 (39,7%)
Párkapcsolatban élő	11 (26,8%)	23 (23%)	34 (24,1%)
Elvált	1 (2,4%)	10 (10%)	11 (7,8%)
Özvegy	1 (2,4%)	4 (4%)	5 (3,5%)

Forrás: saját szerkesztés

2. táblázat: Szociodemográfiai adatok és az egészségértés indexei közötti összefüggések bemutatása

	cHL	HC	DP	HP
Életkor +				
p-érték*	0,549	0,978	0,049*	0,250
r-érték	0,051	0,002	0,058	0,080
Nem **				
p-érték*	0,393	0,031*	0,499	0,738
t-érték	-0,857	-1,974	-0,675	0,335
Iskolai végzettség ***				
p-érték*	0,018*	0,253	<0,001*	0,107
F-érték	2,074	0,992	3,620	1,808
Egészségügyi végzettség **				
p-érték*	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*
t-érték	3,59	3,11	3,77	3,32
Lakóhely ***				
p-érték*	0,043*	0,350	0,003*	0,111
F-érték	2,790	1,103	4,821	2,041
Gazdasági helyzet ***				

p-érték*	0,027*	0,025*	0,117	0,022*
F-érték	3,709	3,793	2,181	3,905
Családi állapot ***				
p-érték*	0,864	0,891	0,708	0,920
F-érték	0,321	0,280	0,538	0,232
Gyermek jelenléte a családban **				
p-érték**	0,015	0,391	0,009	0,001
t-érték	2,462	0,860	2,506	3,355

Forrás: saját szerkesztés

* szignifikancia szint ($p < 0,05$)

**szignifikancia szint ($p < 0,001$)

* Pearson-féle korreláció ** Kétmintás t-próba *** ANOVA

CHL: comprehensive health literacy index (összesített egészségértési index)

HC: health care subindex (egészségügyi rendszer alindex)

DP: disease prevention subindex (prevenció alindex)

HP: health promotion subindex (egészségfejlesztés alindex)

Sürgősségi osztályon való megjelenéssel és a triázs rendszerrel kapcsolatos ismeretekkel összefüggő eredmények bemutatása

A megkérdezettek közül 69-en (48,9%) vettek igénybe sürgősségi betegellátó osztályon ellátást a vizsgálatot megelőző évben. A betegek 21,7%-a az Országos Mentőszolgálat által került beszállításra háziorvosi beutaló nélkül (18,8%). Az ellátás végén a betegek 92,4%-a olvasta el az ambuláns lapot, azonban 27,3%-uk nem tájékoztatta a háziorvosát a sürgősségi osztályos megjelenéséről.

A triázs jelentését a megkérdezettek 65,2%-a vélte úgy, hogy ismeri, azonban amikor ki kellett választani a helyes fogalommagyarázatot, csak a megkérdezettek 46,8%-a tudta megtenni. A triázs ismerete és a sürgősségi osztályon való megjelenés között nem volt szignifikáns összefüggés ($p = 0,292$). A sürgősségi osztályon való megjelenés esetén a betegek 46,5%-a esetén a betegosztályozás megtörtént 10 percn belül, azonban 27,6% esetén ez több, mint 30 percet vett igénybe. A betegek 61,2%-a kellett 1-6 óra között várakozzon a vizsgálatok befejeztéig, azonban ezen betegek 59,7%-a nem tudta, hogy mi a várakozás oka.

A megkérdezettek 86,5%-a szeretne több információt kapni a magyarországi egészségügyi és sürgősségi ellátási rendszerről, azonban ennek módjáról már megoszlanak a vélemények. A legtöbben (52,1%) az internetről szeretnék információhoz jutni, azonban a megkérdezettek 41,3%-a szívesen hallana erről háziorvosától, illetve személyes beszélgetések kapcsán szakemberektől. A fiatal korban, már az iskolában elkezdett tájékoztatást mindössze 8,3% tartaná indokoltnak.

A betegek összességében elégedettek voltak az igénybe vett sürgősségi betegellátó hely dolgozóinak munkájával: adminisztratív munkatársak munkájával 65,2%; mentőtisztek és ápolók munkájával 73,5%; doktorok munkájával 68,1%; beteghordók munkájával 65,2%; radiológia munkatársainak munkájával 66,6% volt elégedett. Amikor a kapott információkról kérdeztük a válaszadókat, szintén pozitív visszajelzéseket kaptunk. Az eredményekről kapott információ adásával 63,8%-uk volt elégedett, az ellátási folyamat jelenlegi helyzetéről kapott információk adásával 49,2%-uk, míg az ellátási folyamatról kapott információval 56,6%-ban voltak elégedettek. A pontos értékeket a 3. táblázat mutatja.

3. táblázat: Elégedettség a sürgősségi osztály dolgozóinak munkájával és az ellátásról kapott információkkal, valamint ennek kapcsolata az összesített egészségértési indexszel (n=69)

	1 Egyáltalán nem volt elégedett (fő/%)	2 Nem volt elégedett (fő/%)	3 Se nem volt elégedett, se nem volt elégedetlen (fő/%)	4 Elégedett volt (fő/%)	5 Teljes mértékben elégedett volt (fő/%)	6 Nem válaszolt/nem talákozott az adott személlyel (fő/%)	Összefüggés vizsgálata az összesített egészségértési indexszel (p-érték)
Adminisztratív munka	13%	10,1%	11,6%	34,8%	30,4%	-	0,373
Mentőtisztek és ápolók munkája	2,9%	8,8%	14,7%	30,9%	42,6%	-	0,640
Orvosok munkája	4,3%	7,2%	20,3%	26,1%	42%	-	0,318
Beteghordók munkája	7,2%	4,3%	18,8%	31,9%	33,3%	4,3%	1,0
Képzővizsgálatot végzők munkája	2,9%	7,2%	7,2%	30,4%	36,2%	15,9%	0,018*
A vizsgálati eredményekről kapott információval	11,6%	4,3%	20,3%	29%	34,8%	-	0,195
Az állapotáról kapott információval	13%	5,8%	18,8%	34,8%	27,5%	-	0,497
Az ellátási folyamatról kapott információval	13%	13%	24,6%	24,6%	24,6%	-	0,253
Az ellátás menetéről kapott információval	20,3%	5,8%	17,4%	30,4%	26,1%	-	0,368
Tisztasággal való elégedettség	10,1%	8,7%	18,8%	29%	33%	-	0,215

Forrás: saját szerkesztés

Egészségértéssel összefüggő eredmények értékelése

Először a kérdések közti koherencia vizsgálatot végeztük el, melynek Cronbach-alfa értékei magasnak bizonyultak, mind a főindex (cHL: 0,976), mind pedig az alindexek között (HC: 0,933, DP: 0,937 and HP: 0,919).

Ezt követően a cHL és alindexek leíró statisztikáit vizsgáltuk meg. Az összesített egészségértési index pontértéke 34,8 (SD: 8,7) pont, az egészségügyi rendszer alindex esetén 34,6 (SD: 9,7) pont, a megelőzés alindex esetén 35,8 (SD: 9,9) pont, és az egészségfejlesztés alindex esetén 34,2 (SD: 9,4) pont. A különböző kategóriák megoszlását az indexek között a 4. táblázat mutatja be.

Összességében elmondható, hogy szinte minden kategóriában (kivételesen a megelőzés alindex) a válaszadók közel 50%-a korlátozott egészségértési szinttel rendelkezik (cHL: 46,1%; HC: 48,2%; DP: 33,3%; HP: 49,6%).

A sürgősségi ellátórendszerrel és az abban dolgozók munkájával való elégedettség vizsgálatánál az egészségértés és a képzővizsgálat munkájával való elégedettség között találtunk csak összefüggést ($p = 0,018$), a többi esetben ez nem volt kimutatható ($p > 0,05$; 3. táblázat). A triázs rendszer fogalmának helyes ismerete ($p = 0,305$) nem mutatott szignifikáns összefüggést az egészségértési szinttel, azonban, amikor a válaszadóknak szubjektíven kellett meghatározni, hogy szerintük ismerik-e a triázs fogalmát,

az eredmény szignifikáns összefüggést mutatott ($p=0,007$).

Mint az 5. táblázatból kiderül nem mutatható ki összefüggés ($p > 0,05$) az egészségértés és az elmúlt 12 hónapban történt sürgősségi osztályos megjelenés között. Mindemellett elmondható, hogy az ellátást igénybe vevő válaszadók közül mindenkinek az egészségértési szintje, minden

vizsgált dimenzió esetén az elfogadható kategóriába esik (34-42 pont közé), bár az is igaz, hogy ennek az alsó határa felé húz. Azon válaszadók esetén, akik nem vették igénybe a sürgősségi betegellátást a vizsgált időszakban, az egészségügyi rendszer alindex esetén súrolja a problémás és az elfogadható kategória határát, a többi esetben, azonban itt is eléri az elfogadható szintet.

4. táblázat: Egészségértés szintje a különböző indexek viszonylatában

	Elégtelen	Problémás	Elfogadható	Kitűnő
cHL	16,3%	29,8%	32,6%	21,3%
HC	15,6%	32,6%	27,7%	24,1%
DP	14,9%	18,4%	40,5%	26,2%
HP	19,9%	29,7%	29,1%	21,3%

Forrás: saját szerkesztés

cHL: comprehensive health literacy index (összesített egészségértési index)

HC: health care subindex (egészségügyi rendszer alindex)

DP: disease prevention subindex (prevenció alindex)

HP: health promotion subindex (egészségfejlesztés alindex)

5. táblázat: A sürgősségi osztályon való megjelenés és az egészségértési szint közti összefüggés vizsgálata

	Igénybe vett-e sürgősségi betegellátást az elmúlt 12 hónapban?		p-érték*
	igen ⁺	nem ⁺	
cHL	35,36 (SD 8,28)	34,66 (SD 9,09)	0,639
HC	35,72 (SD 8,44)	33,92 (SD 10,72)	0,282
DP	36,24 (SD 9,32)	35,42 (SD 10,37)	0,632
HP	34,20 (SD 9,37)	34,64 (SD 9,34)	0,784

Forrás: saját szerkesztés

cHL: comprehensive health literacy index (összesített egészségértési index)

HC: health care subindex (egészségügyi rendszer alindex)

DP: disease prevention subindex (prevenció alindex)

HP: health promotion subindex (egészségfejlesztés alindex)

+átlag és szórás (SD) feltüntetésével

*Kétmintás t-próba elvégzését követően

MEGBESZÉLÉS

Az adatok elemzése során megvizsgáltuk a kérdések belső konzisztenciáját, melyből kiderül, hogy az általunk vizsgált válaszadók esetében is magas belső konzisztenciával rendelkeznek a HLS-EU-Q47 kérdőív indexei, mely arra utal,

hogy a kérdések megfelelően járulnak hozzá az indexek kialakításához.

Hazánk nem sorolható azon országok közé, melyeknek lakossága jó egészségértéssel rendelkezik, sőt, egy korábbi kutatásból kiderült, hogy Magyarországon minden második ember egészségértési szintje korlátozott.¹ Ez nem nagyban tér

el az Európai eredményektől sem.³ Kutatásunkban az összesített egészségértési szint 46,1%-ban volt korlátozott és ez hasonló képet mutat szinte minden aldimenzióban is. A prevenció terén a korlátozott egészségértés aránya alacsonyabb (33%) a többi alindex esetében mértnél, ami azt jelenti, hogy a megkérdezettek önbevalláson alapuló egészségértési szintje itt magasabb. Ez növelheti annak esélyét, hogy fontosnak tartják a prevenciót és megtegyék a szükséges lépéseket annak érdekében, hogy eljussanak a megfelelő szűrővizsgálatokra.

Mindemellett fontos megemlítenünk, hogy az egészségértési szint nem csak az egyént magát érinti, hanem kihatással van a teljes egészségügyi rendszerre is. Itt kiemelnénk a sürgősségi osztályok leterheltségét és a gyakori újbóli felvételeket.^{4,21} A szakirodalmi adatok alapján az alacsony egészségértés következtében az emberek gyakran veszik igénybe ezen szolgáltatásokat.⁴ Kutatásunkban azonban nem találtunk összefüggést a sürgősségi osztályos megjelenések és az egészségértés között, azonban a tapasztalatok alapján elmondhatjuk, hogy a két véglet jelenik meg leginkább: vagy olyan problémákkal veszik igénybe az ellátást, ami nem ebbe az ellátási kategóriába tartozna, vagy túl későn jelentkeznek, és a betegségük már súlyos tüneteket produkál.

Kutatásunkban összefüggést találtunk az egészségértés és az iskolai végzettség, egészségügyi végzettség megszerzése, a lakóhely típusa, a gazdasági helyzet és gyermek jelenléte a családban változók között. Több olyan kutatás is történt, amely a szociodemográfiai mutatók többségével összefüggést mutat, bár megjegyzendő, hogy ezen tanulmányok az egészségértés felmérésére nem minden esetben használják ugyanazokat a mérőeszközöket. Duplaga cikkében, aki a lengyelek körében vizsgálta az egészségértést, összefüggés volt felfedezhető az egészségértés és az életkor (50-59 év), munkaviszony és családi állapot között.²⁴ Garcia-Codina és munkatársai szintén összefüggésbe hozták az alacsony szocioökonómiai státuszt és az alacsony iskolai végzettséget (általános iskola) ($p = 0,002$) az alacsony egészségértési szinttel.²⁵ Levin-Zamir és munkatársai kutatásában szintén összefüggésbe volt hozható az egészségértés az iskolai végzettséggel és gazdasági helyzettel.²⁶ A hazai vizsgálatok közül megemlítendő Varga és munkatársai kutatása, akik hipertóniával diagnosztizált betegek körében végezték vizsgálá-

tukat. Eredményeik rámutattak arra, hogy az egészségműveltség szintjére legerőteljesebben a legmagasabb iskolai végzettség hat.²⁷ Sántha és munkatársai a különböző nemzetiségű és etnikai hovatartozású édesanyák körében vizsgálták az egészségértés szintjét 3 országban. Kimutatták, hogy a krónikus betegségben szenvedő gyermeket nevelő, alacsony szocio-ökonómiai státusszal rendelkező édesanyák egészségértési szintje rosszabb, mint társaiké.²⁸ Találkozhatunk olyan tanulmánnyal is, amely nem mutat egyértelmű összefüggést az egészségértési szint és a szocioökonómiai adatok között.⁸

Az alacsony egészségértési szinttel rendelkezők esetén személyes programok, médiaanyagok kiadásával lehetne változást elérni. Minél korábbi életkorban elkezdődik a fejlesztés, akár már gyermekkorban óvodai és iskolai keretek között, annál hatékonyabb eredmények érhetőek el.²⁹ Számos médiában megjelenő információ félrevezető az őket érdeklődve olvasó egyének számára.¹⁷ Ahhoz, hogy a felhasználók a hiteles, korrekt információkkal ellátott forrásokat használják, szükséges volna ezen tartalmak frissítése és modernizálása.¹⁸ Mindez azért is fontos, mert a válaszadók 52,1%-a az internetről szeretne további információkat szerezni az ellátórendszerrel és egészségével kapcsolatosan, azonban mindemellett a személyes konzultációkat is fontosnak tartják (41,3%). Ebből is látszik, hogy sok esetben nem elég, ha csak elolvassák a felkínált adatokat, hanem meg is szeretnék beszélni egy szakemberrel az olvasottakat, hallottakat. A nem hiteles információk korrigálása többletterhet róhat az ellátókra.

A vizsgálat korlátai

Vizsgálatunkból nem következtethetünk az egész magyar populációra vonatkoztatva, sem a sürgősségi ellátórendszerrel való elégedettségére, sem pedig az egészségértésre, mivel a mintánk nem reprezentatív.

Bár előzetesen a kérdezőbiztosok közreműködését egy biztos pontnak tekintettük annak érdekében, hogy elkerülhető legyen a hiányos kitöltés, azonban ettől függetlenül viszonylag magas volt a részlegesen kitöltött és így értékelhetetlen kérdőívek aránya. Ugyanakkor figyelembe kell vennünk, hogy a kérdezőbiztos nem kötelezhetett senkit a teljes kitöltésre, hiszen a tájékoztatóban is leírásra került, hogy indoklás nélkül is abbahagyható a kitöltés.

A vizsgálatban résztvevők válaszainak pontosságát befolyásolhatta az az időintervallum, ami a sürgősségi osztályos megjelenésük óta eltelt. Bár igaz, hogy az elmúlt 12 hónap eseményeire kérdeztünk rá, az idő múlása hatással lehet a válaszokra.

A válaszadók elégedettségének felmérése kapcsán az „ellátók munkájával” való elégedettség ebben a formájában szubjektív, nem derül ki, hogy mi mindenre utalhat (szakmaiság, kommunikáció stb.), így ennek megfelelően értékelendő.

KÖVETKEZTETÉSEK

Kutatásunk rámutat arra, hogy — a korábbi vizsgálatokkal összhangban — az egészségértési szint alacsony hazánkban, így fontosnak tartjuk ennek fejlesztését. Az alacsony egészségértési szint összefüggésbe hozható bizonyos szocioökonómiai mutatókkal. A fejlesztést már kisgyermekkorban meg lehet kezdeni. Ez nem lehet

egyéni feladat, ahhoz, hogy javulást érhessünk el, össze kell fognunk döntéshozókkal, betegekkel, egészségügyi ellátókkal egyaránt. A sürgősségi osztályos megjelenés és az egészségértés szintje között nem találtunk kimutatható összefüggést, ami akár az alacsony mintaelemszámmal is magyarázható lehet. Az egészségértési szint növelésével csökkenthetjük az egészségügyi kiadásokat és leterheltséget is.

Köszönetnyilvánítás: A kézirat az Innovációs és Technológiai Minisztérium ÚNKP-20-3-II kód-számú Új Nemzeti Kiválóság Programjának a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Alapból finanszírozott szakmai támogatásával készült. Ezúton szeretnénk megköszönni minden kutatásban résztvevőnek a segítséget, továbbá Dr. Barta Ildikónak a Sellyei Egészségfejlesztő Iroda vezetőjének a közreműködését!

HIVATKOZÁSOK

- ¹ Koltai, J.A., Kun E. A magyarországi egészségértés nemzetközi összehasonlításban. *Egészségfejlesztés*. 2016;62:3-20. DOI: 10.24365/ef.v57i3.62
- ² Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12:80. DOI: 10.1186/1471-2458-12-80
- ³ Sorensen, K., Pelikan, J.M., Rothlin, F., et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. 2015;25:1053-8. DOI: 10.1093/eurpub/ckv043.
- ⁴ Paiva, D., Silva, S., Severo, M., et al. Limited Health Literacy in Portugal assessed with the Newest Vital Sign. *Acta Med Port*. 2017; 30:861-869. DOI: 10.20344/amp.9135.
- ⁵ Mayberry, L.S., Schildcrout, J.S., Wallston, K.A., Goggins, K., Mixon, A.S., Rothman, R.L., et al. Health literacy and 1-year mortality: mechanisms of association in adults hospitalized for cardiovascular disease. *Mayo Clin Proc*. 2018;93:1728-38.
- ⁶ Jessup, R.L., Osborne, R.H., Beauchamp, A., et al. Differences in health literacy profiles of patients admitted to a public and a private hospital in Melbourne, Australia. *BMC Health Serv Res*. 2018;18:134. DOI: 10.1186/s12913-018-2921-4
- ⁷ Mahdizadeh, M., Solhi, M. Relationship between self-care behaviors and health literacy among elderly women in Iran, 2015. *Electron Physician*. 2018;10:6462-9. DOI: 10.19082/6462
- ⁸ N'Goran, A., Pasquier, J., Deruaz-Luyet, A., et al. Factors associated with health literacy in multimorbid patients in primary care: a cross-sectional study in Switzerland. *BMJ Open*. 2018;8:e018281. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-018281
- ⁹ Todorovic, N., Jovic-Vranes, A., Djikanovic, B., et al. Health literacy: current status and challenges in the work of family doctors in Bosnia and Herzegovina. *Int J Environ Res Public Health*. 2019; 16(8): 1324. DOI: 10.3390/ijerph16081324
- ¹⁰ Paakkari, L., George, S. Ethical underpinnings for the development of health literacy in schools: ethical premises ('why'), orientations ('what') and tone ('how'). *BMC Public Health*. 2018;18:326. DOI: 10.1186/s12889-018-5224-0

- ¹¹ Paakkari L, George S. Ethical underpinnings for the development of health literacy in schools: ethical premises ('why'), orientations ('what') and tone ('how'). *BMC Public Health*. 2018;18:326. DOI: 10.1186/s12889-018-5224-0
- ¹² Seidel, G., Kaiser, B., Lander, J., et al. The hannover patient university: advanced mini-med school concept and evaluation results. *Health Educ J*. 2016;76:38-51. DOI:10.1177/0017896916647751
- ¹³ Pelican, M.J., Röthlin, F., Ganahl, K. Comparative report on health literacy in eight EU member states. The European health literacy survey HLS-EU. Maastricht, Netherlands: HLS-EU Consortium; 2012. DOI: [10.1093/eurpub/ckv043](https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043)
- ¹⁴ Friis, K., Lasgaard, M., Rowlands, G., et al. Health literacy mediates the relationship between educational attainment and health behavior: a Danish population-based study. *J Health Commun*. 2016;21:54-60. DOI: 10.1080/10810730.2016.1201175.
- ¹⁵ Aaby, A., Friis, K., Christensen B, et al. Health literacy is associated with health behaviour and self-reported health: a large population-based study in individuals with cardiovascular disease. *Eur J Prev Cardiol*. 2017;24:1880-8. DOI: 10.1177/2047487317729538.
- ¹⁶ Merchant, R.M., Asch, D.A. Protecting the value of medical science in the age of social media and "fake news". *JAMA*. 2018;320:2415-6. DOI:10.1001/jama.2018.18416
- ¹⁷ Mahdizadeh, J., Valinejadi, A., Pooyesh, B., et al. Students' attitudes towards impact of the health department website on their health literacy in Semnan university of medical sciences. *Electron Physician*. 2018;10:6164-71. DOI: [10.19082/6164](https://doi.org/10.19082/6164)
- ¹⁸ Yonemoto, N., Kada, A., Yokoyama, H., et al. Public awareness of the need to call emergency medical services following the onset of acute myocardial infarction and associated factors in Japan. *J Int Med Res*. 2018;46:1747-55. DOI: 10.1177/0300060518757639.
- ¹⁹ Griffey, R.T., Kennedy, S.K., McGowan, L., et al. Is low health literacy associated with increased emergency department utilization and recidivism? *Acad Emerg Med*. 2014;21:1109-15. DOI: [10.1111/acem.12476](https://doi.org/10.1111/acem.12476)
- ²⁰ Cubaka, V.K., Schriver, M., Kayitare, J.B., et al. 'He should feel your pain': patient insights on patient-provider communication in Rwanda. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2018;10:e1-11. DOI: 10.4102/phcfm.v10i1.1514
- ²¹ Radnai, B., Bánfai, B., Betlehem, J.A. mentőellátás és a kórházi sürgősségi ellátás értéklánc alapú elemzése Egészség-Akadémia. 2013;4(2):126-134.
- ²² Emberi Erőforrások Minisztériuma – Egészségügyért Felelős Államtitkárság EGÉSZSÉGÜGYI SZAKMAI KOLLÉGIUM Egészségügyi szakmai irányelv - A sürgősségi betegellátás során végzett triázs feladatok végrehajtásáról Azo- nosító: 002076 Megjelenés dátuma: 2019. február 6. [Elérhető: <https://kollegium.aeek.hu/Iranyelvek/Index> 2021. 03. 22. Pécs]
- ²³ Bánfai-Csonka, H., Bánfai, B., Jeges, S., Gyebnár, B., Betlehem, J. Health literacy among participants from neighbourhoods with different socio-economic statuses in the southern region of Hungary: a pilot study. *BMC Public Health* 20, 1060 (2020). DOI: 10.1186/s12889-020-08959-0
- ²⁴ Duplaga, M. Determinants and Consequences of Limited Health Literacy in Polish Society *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17, 642; DOI:10.3390/ijerph17020642
- ²⁵ Garcia-Codina, O., Juvinyà-Canal, D., Amil-Bujan, P., et al. Determinants of health literacy in the general population: results of the Catalan health survey. *BMC Public Health* (2019) 19:1122 DOI: 10.1186/s12889-019-7381-1
- ²⁶ Levin-Zamir, D., Baron-Epel, O.B., Cohen, V., et al. The Association of Health Literacy with Health Behavior, Socio-economic Indicators, and Self-Assessed Health From a National Adult Survey in Israel. *Journal of Health Communication*. 2016; (Suppl. 2.) 61-68 DOI: 10.1080/10810730.2016.1207115
- ²⁷ Varga, B., Stromájer-Rácz, T., Bornemisza, Á., Lukács-Horváth, M., Csima, M. Az egészségműveltség és a terápiahűség felmérése magasvérnyomás-betegséggel élők körében, *Egészségfejlesztés*. 2021;62(1): 17-26. DOI: <http://dx.doi.org/10.24365/ef.v62i1.618>
- ²⁸ Sántha, Á., Nagy, M., Erdei, R.J. The Health Literacy of Ethnic Hungarian Mothers in Eastern Europe, *Italian Journal of Sociology of Education*, 2020;12(3), 91-111. DOI: 10.14658/pupj-ijse-2020-3-5
- ²⁹ Csima, M., Fináncz, J., Nyitrai, Á., Podráczky, J. Research on the health literacy of professionals working in early childhood education, *Kontakt*. 2018;20(4):356-362. doi: 10.1016/j.kontakt.2018.10.002

Cikkismertetés: Mozgással a mentális egészségért!

Article review: Motion for your mental health!

Ismertető:	Horváth Balázs ¹ ✉
Ismertetett cikk:	World Health Organization Regional Office for Europe: Motion for your mind: Physical activity for mental health promotion, protection and care. 2019, Copenhagen. Elérés: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/403182/WHO-Motion-for-your-mind-ENG.pdf
Beküldve:	2020. 12. 01.
Doi:	10.24365/ef.v62i2.5909
Kulcsszavak:	fizikai aktivitás; egészség; WHO; mentális állapot
Keywords:	physical activity; health; WHO; mental state

HÁTTÉR

Az Egészségügyi Világszervezet (*World Health Organization, WHO*) jelenlegi globális akciótervében célként szerepel, hogy 2025-re 25%-kal csökkenjen a korai halálozás a nem fertőző betegségek esetében, beleértve a mentális zavarokat is. 2025-re a WHO Európai Régiójában 10%-ra, míg világviszonylatban 2030-ra 15%-ra szeretnék redukálni a fizikai inaktivitás mértékét. Ez felnőtteknél — beleértve az időseket is — heti 150 perc közepes aktivitású aerob tevékenységet jelent, bár a kisebb intenzitású vagy rövidebb idejű fizikai aktivitásnak is van némi pozitív hatása. Ugyanakkor gyermekeknél és fiataloknál napi minimum 60 perc közepes vagy intenzív mozgás a kívánatos. Ez az Európai Unió tagállamaiban életmódbeli, együttműködési és terápiás programokat jelent, egészen az alapellátás szintjéig. A mentális zavarban szenvedők fizikai aktivitása állapotuk miatt csökkent az átlagpopulációhoz viszonyítva, ami súlyos depresszióban akár 50%-os is lehet. Hasonló tendencia észlelhető a hangulati zavarok és demencia esetében is. A fizikai aktivitás jótékony hatását a mentális egészségre számos tanulmány alátámasztotta. A szerzők a depresszió, a skizofrénia és a

demencia, valamint a fizikai aktivitás kapcsolatát vizsgálták.

A FIZIKAI AKTIVITÁS ÉS A MENTÁLIS BETEGSÉGEK KAPCSOLATA

Ezen zavarok népegészségügyi jelentősége nagy gyakoriságuk miatt kiemelkedő a WHO Európai Régiójában, ráadásul ezek a kórképek számos egyéb nem fertőző megbetegedéssel társulnak. A depresszió az európai populáció 4,3%-át érinti, mely 5%-os rokkantsági gyakoriságot okoz. A depresszióban szenvedők között 37%-kal nagyobb a cukorbetegség előfordulása, a szív- és érrendszeri megbetegedés kialakulásának rizikója pedig, 6–1,8-szerosa az átlagpopulációhoz viszonyítva. A skizofrénia tipikusan késő kamaszkorban, illetve fiatal felnőttkorban kezdődő betegség, előfordulási gyakorisága 1% körül alakul világszerte. Az átlagpopulációhoz viszonyítva a skizofréniaiban szenvedők várható élettartama 15–20 évvel kevesebb, egészségi állapotuk rosszabb, különösen a szív- és érrendszeri állapotuk rosszabb, a kettes típusú cukorbetegség előfordulása esetükben kétszer gyakoribb és az elhízásé pedig 50%-kal magasabb, mint az

¹ Debreceni Egyetem Népegészségügyi Kar, Debrecen

átlagpopulációban. A demencia közel 10 millió embert érint Európában. Gyakori formája az Alzheimer-kór, mely az esetek 60–70%-át teszi ki.

A FIZIKAI AKTIVITÁS HATÁSA

Depresszió esetében a fizikai aktivitás minden életkorban védőfaktor, a testmozgás növelése 45%-kal csökkenti a kialakulás rizikóját. Mindössze heti 60 perces fizikai aktivitás 12%-kal csökkenti az új esetek kialakulásának számát. Gyógyszeres kezelés esetében a fizikai aktivitás a terápia jó kiegészítője lehet. Finn betegeknel a fizikai aktivitás fokozása a betegség tüneteit enyhítette és az életminőséget is javította. A gyógyszeresen nem támadott tünetekre is jó hatással van a fizikai aktivitás, mivel kontrolálhatóbbá teszi a gyógyszer és a betegséggel járó inaktivitás következtében kialakuló elhízást és kettes típusú cukorbetegséget. A demencia kialakulását a fizikai aktivitás 10%-kal csökkenti, valamint jó hatással van az izomzatra és a csontokra, így sokkal önállóbbá teszi a betegségben szenvedőket. A fizikai aktivitás demencia estén is csökkenti is a kognitív képességek további hanyatlását, javítja a mobilitást, az egyensúlyt és a járás képességét. A fizikai inaktivitás 25%-os csökkentése globálisan egymillióval csökkenti az Alzheimer-kórban szenvedő betegek számát.

A FIZIKAI AKTIVITÁS NÖVELÉSÉNEK NEHÉZSÉGEI

A WHO Európai Régiójának itt bemutatott ajánlása útmutatást tartalmaz a 2016–2025 közötti

időszakra a politikai szereplők, az egészségügyi szakdolgozók és egyéb segítők részére. Több tényező akadályozza azt, hogy az egyének fizikai aktivitása pozitív hatással bírjon mentális állapotokra. Ilyen az alacsony motiváció, a korlátozott ágazatközi együttműködés, a társadalom, a nem megfelelő tudatosság a kialakított környezeti tényezőket illetően, a jövedelem, az oktatás és a hozzáférés lehetősége. Mindezek közül az alacsony motiváltság a fő tényező. Ezt a problémát legfőképp megfelelő társadalmi segítséggel lehet leküzdeni, azonban lényeges faktor a rokonok és a barátok támogatása is. A motiváció és tudatosság növelése az alapellátásban is kialakítandó feladat. Ez a pozitív irányba mutató kezdeményezőképeség függ az egészségügyi szakdolgozók tudatosságától, ismereteitől, kommunikációs képességeitől, valamint pozitív hozzáállásától. Szükséges a képzés, mely számos elemet foglal magába: ezek a preventív konzultáció beillesztése az alapellátásba, a résztvevők célirányos oktatása, az egészségműveltség javítása a nemzeti fizikai aktivitási útmutató segítségével, mely egy bizonyítékon alapuló programra támaszkodik. A változás akkor valószínűsíthető meg, ha az egészségügyi szakdolgozókon kívül további szakembereket is bevonnak a megvalósításba. Így az ő jelenlétükkel, tanácsaikkal, ellenőrzésükkel elősegíthetik a fizikai aktivitás mértékének a WHO ajánlásának megfelelő társadalmi növelését, szükségszerűségének megismertetését. Bár a megfelelő létesítményekhez való hozzáférés lehetősége gyakran korlátozott, a probléma áthidalása segíthető a földrajzi közelség növelésével, a hozzáférés anyagi segítségével és a preventív viselkedésformálás nemzeti programokba való beépítésével.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A mentális egészség és jóllét megőrzésében és javításában a fizikai aktivitás jelentős szereppel bír és már önmagában költséghatékony. A célok eléréséhez a WHO fizikai aktivitást növelni kívánó európai mentálhigiéniai cselekvési terve útmutatást nyújt a kihívások megvalósításához, valamint az egészségügyi rendszerek megfelelő átalakításához. A cselekvési terv hangsúlyozza, hogy fontos a politikai akarat és az egyes ágazatok, mint az oktatás és egészségügy szerepvállalása, valamint szükséges a sportágak és az egyéb résztvevők tevékenységének összehangolása is. A társadalmi tudatosság és a fizikai aktivitás fokozásával elérhető, hogy a számottevő népegészségügyi terhet jelentő depresszió, skizofrénia és demencia költséghatékonyabban és jobban kezelhetővé váljék.

Cikkismertetés: A fizikai aktivitás jótékony hatásai az időskori mentális egészségre a Covid-19-járvány idején

Article review: Beneficial effects of physical activity on mental health in older adults during the COVID-19 pandemic

Ismertető:	Nagy Erika Mónika ¹ ✉
Ismertetett cikk:	Callow DC, Arnold-Nedimala NA, Jordan LS, et al. The Mental Health Benefits of Physical Activity in Older Adults Survive the COVID-19 Pandemic. <i>Am J of Geriatr Psychiatry</i> . 2020 Oct;28(10): 1046–1057. doi: 10.1016/j.jagp.2020.06.024
Beküldve:	2020. 12. 13.
Doi:	10.24365/ef.v62i2.5912
Kulcsszavak: Keywords:	világjárvány; mentális egészség; idősek; fizikai aktivitás pandemic; mental health; elderly; physical activity

HÁTTÉR

Közel egy esztendővel ezelőtt az Egészségügyi Világszervezet (*World Health Organization, WHO*) világjárvánnyá nyilvánította a SARS-CoV-2 vírus által okozott Covid-19-betegséget, mely különösen veszélyezteti az idősebb korosztály tagjait, illetve az egyes krónikus betegségekben szenvedőket. Az Amerikai Egyesült Államokban és Kanadában azért, hogy csökkentsék az idősek körében a magasabb halálozási aránnyal járó betegség terjedését, szociális távolságtartásra vonatkozó előírásokat (*social distancing guidelines, SDG*) hoztak, valamint otthonmaradásra kérték a lakosságot, hogy ezzel is megelőzzék az egészségügyi ellátórendszer túlterhelődését.

MÓDSZER

A szerzők azt vizsgálták önkitöltős kérdőív segítségével leíró jellegű keresztmetszeti kutatásukban, hogy milyen hatással bírhat a fizikai aktivitás mértéke azon depressziós és szorongásos tünetek csökkentésében, amelyek az SDG betartása

miatt fokozottan jelentkezhetnek az időskorúak körében. A kutatás lefolytatásához közösségi médiafelületeken (mint például Facebook) keresztül toboroztak 50 év feletti észak-amerikai lakosokat. A felhívás mintegy 50 ezer főt ért el, akik közül 1 700-an kezdtek neki a kérdőív kitöltésének. A kutatók végül 1 046 személyt vontak be a felmérésbe. A kitöltők 86%-a fehér, 80%-a pedig nő volt. Az iskolai végzettséget tekintve a résztvevők 88%-a legfeljebb középiskolai oktatásban részesült. Covid-19-megbetegedésen a kitöltők 0,2%-a esett át. Krónikus betegségek közül leginkább a légzőszervi (18%), a cukorbetegség (16%), valamint a szív- és érrendszeri megbetegedések (14%) megléte jellemezte a vizsgálati populációt.

A kérdőív 136 kérdést tartalmazott, mely többek között a résztvevők demográfiai adatait, általános egészségi állapotát, illetve az SDG mentális állapotokra gyakorolt szubjektív hatását mérte fel. Emellett kitöltették az időskorúakra standardizált Fizikai Aktivitás Skálát (*Physical Activity Scale for the Elderly, PASE*), a Geriátriai Depressziós Skálát (*Geriatric Depression Scale, GDS*) és az Időskori Szorongástesztet (*Geriatric Anxiety Scale, GAS*) is annak érdekében, hogy mind fizi-

¹ Debreceni Egyetem Népegészségügyi Kar, Debrecen

kai aktivitásuk, mind depressziós-szorongásos tüneteik mértékéről információt kaphassanak. A kérdőívek kitöltése átlagosan 15 percet vett igénybe.

EREDMÉNYEK

A résztvevők 97,7%-a azt állította, hogy „majdnem mindig” vagy „szigorúan” követték az SDG elvárásait. A válaszadók 37,6%-a sokkal, illetve jelentősen kevesebbet mozog, mióta bevezették az SDG-t, és 35,7%-uk nyilatkozott úgy, hogy nem változott fizikai aktivitásának mértéke. A GDS szerint a résztvevők 25,5%-a enyhe, 63,1% közepes, 11,4% pedig jelentős mértékű depresszióról számolt be. A GAS kérdőív kitöltői közül 28,1%-nak voltak enyhe szorongásos tünetei, 64%-nak volt enyhe, 6,9%-nak közepes, 0,8%-nál pedig súlyos mértékű szorongása volt megfigyelhető.

A felmérésben többszörös lineáris regressziós modellel vizsgálták a fizikai aktivitás mértéke (független változó), valamint a depressziós és szorongásos tünetek megléte (függő változó) közötti összefüggést. Kontrollváltozóként az életkor, a nem és az iskolai végzettség szolgált. Azok a vizsgálati személyek, akiknek nagyobb mértékű volt a fizikai aktivitása, szignifikánsan kevesebb szubjektív depressziós tünetről számoltak be, ugyanakkor nem rajzolódott ki hasonló összefüggés a szorongásos tünetek meglétével kapcsolatban. A tesztek adataiból dolgozó lineáris regressziós modellek a fizikai aktivitást intenzitás szerint (alacsony, közepes és magas) osztályozták. Kimutatták, hogy az

alacsony és a magas intenzitású fizikai aktivitás szignifikánsan alacsonyabb depressziószerű tünetekkel jár együtt, a közepes intenzitású testmozgás esetében azonban nem mutatható ki szignifikáns összefüggés. Ezt a szerzők azzal magyarázták, hogy a kitöltőknek valószínűleg nehéz volt megkülönböztetniük az alacsony és a közepes intenzitású fizikai aktivitást, ezért a kódolás problémás lehetett számukra.

MEGBESZÉLÉS

A kutatók az eredményeket úgy interpretálták, hogy a világjárvány következtében szociálisan izolált időszerűak mentális egészségére még az alacsony intenzitású fizikai aktivitás is jótékonyan hat. A szerzők eredményei összhangban állnak a nemzetközi kutatási eredményekkel, vagyis úgy találták, hogy a fizikai aktivitás hatékonyan csökkenti a depressziós tüneteket. A kutatók utaltak arra is, hogy ugyan a fizikai aktivitás terápiás hasznossága a depressziós és szorongásos tünetek kezelésében még szakmai vita tárgyát képezi, az eredmények mégis ígéretesek. A vizsgálatukban arra is utaltak, hogy a GAS esetében kevesebb érvényes választ kaptak, ami torzította a mintát. Emiatt az az eredmény, hogy a depresszív tünetekkel ellentétben a szorongásos tünetekre nincs szignifikáns hatása a fizikai aktivitásnak, félrevezető lehet. Ezért a kutatók javasolják, hogy a szorongásos tünetekre fókuszáló további kutatások a jövőben megerősítsék, vagy cáfolják jelen kutatás szorongásra vonatkozó eredményeit.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A cikk három fontos dologra is felhívja a figyelmet, amely a hazai környezetben is releváns lehet. Egyfelől a cikk arról tudósít, hogy Észak-Amerikában az idősebb korosztály komolyan veszi a szociális távolságtartásra vonatkozó szabályozást, ezért az abban foglaltakat a segítő szakembereknek is ismerniük kell annak érdekében, hogy képet kaphassanak az idősebb generációk mindennapjairól a világjárvány időszakában. Másrészt a kutatás beszámol arról is, hogy a szociális távolságtartás az idősebb korosztály számára a fizikai aktivitás csökkenését vonja maga után. A cikk megvilágítja, hogy a fizikai aktivitás mértéke összefügg a depressziós tünetek mértékével. Különösen fontos kiemelni, hogy még az enyhe intenzitású testmozgás is pozitívan hat a mentális egészségre. Mindezek figyelembevételével az idősebb korosztály mentális egészségének megóvása érdekében — a szociális távolságtartás betartására való buzdítás mellett — arra kell törekedni, hogy legalább enyhe fokú fizikai aktivitásra is buzdítsuk őket és ehhez lehetőséget is biztosítsunk számukra.

Cikkismertetés: Az iskolai légkör és a serdülők szocio-emocionális egészsége közötti kapcsolat

Article review: The relationship of school climate with adolescent social and emotional health

Ismertető:	Devosa Iván ¹ ✉
Ismertetett cikk:	Wong MD, Dosanjh KK, Jackson NJ, et al. The longitudinal relationship of school climate with adolescent social and emotional health. BMC Public Health. 2021 Jan 23;21(1):207. doi: 10.1186/s12889-021-10245-6
Beküldve:	2021. 02. 08.
Doi:	10.24365/ef.v62i2.5932
Kulcsszavak: Keywords:	iskolai légkör; serdülők egészsége; szocio-emocionális egészség school climate; adolescent health; social-emotional health

HÁTTÉR

Az iskola és annak légköre jelentősen befolyásolja a diákok tanulmányi eredményét, valamint a gyermekek serdülőkori fejlődését, egészségét és általános jóllétét. Jelen tanulmány azt vizsgálta, hogy az iskolai légkör hogyan korrelál a tanulók szocio-emocionális egészségi állapotával.

MÓDSZER

A kutatók az „Egyenlőtlenségek csökkentése, társadalmi és oktatási változások nyomon követése” (*Reducing Inequities Social and Educational Change Follow-up — RISE UP Study*) nevű felmérés adatait elemezték, amely 2013-tól 2018-ig gyűjtött longitudinális adatokat a Los Angeles-i középiskolások körében. Jelen tanulmány a tanulók egy részmintáját (n=1 114) elemezte. A kutatás során 9. és 11. osztályban felmérték a diákok szocio-emocionális egészségi állapotát: az önhatékonyságot, a kitartást, a depressziót, a kilátástalanságot és a stresszt (iskolai szorongás,

ill. szorongás a jövővel kapcsolatban). A tanulók 10. osztályban pedig arról számoltak be, hogy milyenek találták az iskolai légkört, azaz az iskolai környezetet (iskolai rend és biztonság), valamint a tanár–diák viszonyt (továbbtanulás támogatása és a tanárok tisztelete). A szakemberek többváltozós lineáris regressziós módszerrel vizsgálták az iskolai légkör különböző típusai (irányadó, tekintélyelvű, megengedő, gondatlan, átlagos) és a 11. osztályos szocio-emocionális egészség közötti összefüggéseket, melyeket korrigáltak a tanulók 9. osztályos szocio-emocionális állapotával, valamint a diákok és szüleik szociodemográfiai jellemzőivel.

EREDMÉNYEK

Azok a tanulók, akik úgy ítélték meg, hogy egy irányadó (nagyon erősen támogató és strukturált) értékekkel bíró iskolai környezetben voltak a 10. osztályban, magasabb szintű önhatékonyságról számoltak be ($p < 0,001$), illetve kitartásuk is nagyobb volt ($p = 0,01$). Ezen tanulók szintén kevesebb depressziós tünetet

¹ Károli Gáspár Református Egyetem Tanítóképző Főiskolai Kar, Kecskemét

mutattak ($p=0,008$), emellett kevésbé látták kilátástalannak a jövőt ($p=0,03$), illetve az iskolai stressz ($p=0,002$) és a jövővel kapcsolatban megjelenő stressz ($p=0,003$) is alacsonyabb mértékű volt közöttük 11. osztályos diákként.

KÖVETKEZTETÉSEK

Az iskolai légkör — különösen az irányadó értékek — szorosan kapcsolódnak a fiatalok jobb szocio-emocionális egészségéhez. A tanulók szocio-emocionális egészségének javítását célzó jövőbeli beavatkozásoknál a tanár–diák viszonyra és a tanári nevelési stílusra kellene összpontosítani.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A tanulmány felhívja a magyar szakemberek figyelmét arra, hogy a szakmai továbbképzések során, a sokszor túlzott információátadás helyett komoly figyelmet kell fordítani a pedagógusok attitűdjének és nevelési stílusának formálására is. Már a tanárképzés során kiemelt helyet kell biztosítani a kommunikációs és pedagógiai képességek fejlesztésének, hiszen a tanár szerepe messze túlmutat a tananyag átadásán. A pedagógus nevelési módszere, a Pygmalion-effektus, az iskolai légkör, az intézmény elvárásai, irányadó véleménye az egyén teljes életpályáját meghatározza, hiszen a középiskola nemcsak a tanulók iskolai teljesítményét, hanem a mentális egészségi állapotát, szociális-érzelmi egészségét is jelentősen befolyásolja.

Cikkismertetés: Iskolások egészségkárosító magatartása 25 év távlatában – ESPAD 2019

Article review: Risk behaviours of adolescents over a 25-year perspective – ESPAD 2019

Ismertető: Bencsik Nóra¹✉ Gelencsér Anna¹

Ismertetett cikk: Elekes, Zs., Arnold, P., & Bencsik, N. (Eds.). (2020). Iskolások egészségkárosító magatartása 25 év távlatában. A 2019. évi ESPAD-kutatás magyarországi eredményei. <http://devianciakutatas.hu/docs/2020/ESPAD.magyar.pdf>

Beküldve: 2021. 13. 18.

Doi: 10.24365/ef.v62i2.5914

Kulcsszavak: iskoláskorú fiatalok; egészségkárosító magatartás; szerhasználat; szabadidő; képernyőhasználat

Keywords: adolescents; risk behaviour; substance use; leisure time; screen time

HÁTTÉR

A tanulmány a fiatalok dohányzási, alkoholfogyasztási és tiltott szerhasználati, valamint szabadidő-eltöltési szokásait és az ehhez kapcsolódó pszichoszociális tényezőket, illetve az ezek tekintetében kirajzolódó trendeket vizsgálja az ESPAD magyarországi 7 adatfelvétele alapján. A kérdés vizsgálatát indokolja, hogy a fiatalok rizikómagatartása körüli diskurzus az utóbbi években a szerfogyasztás mellett kiterjedt a szabadidő-eltöltési szokások — ezen belül is főképp a képernyő előtt töltött idő — és a lelki jóllét kapcsolására.

MÓDSZER

Az ESPAD (European Survey Project on Alcohol and other Drugs) célja, hogy nemzetközileg, valamint időben is összehasonlítható adatokat szolgáltatson a fentiek tekintetében. Az első adatfelvétel 1994-ben zajlott le, ezt követően pedig minden negyedik évben 30–35 országban volt adatrögzítés. A magyarországi adatfelvételt

minden alkalommal a Budapesti Corvinus Egyetem szervezte, Elekes Zsuzsanna vezetésével. 2019-ben került sor az ESPAD 7. adatfelvételére osztályos lekérdezéssel, önkitöltős módszerrel, országos reprezentatív mintán. A kérdőívre Magyarországon 5765 fő, 9–10. évfolyamos, nappali tagozaton, normál iskolai képzésen tanuló diák adott választ.

EREDMÉNYEK

A megkérdezett diákok 59%-a dohányzott már életében, a napi szinten dohányzók aránya 22%. Az e-cigaretta nemcsak helyettesítő termékként jelent meg, hanem növekedést eredményezett a fiatalok dohányzási szokásaiban.

A diákok 92,4%-a fogyasztott már életében alkoholt, a megelőző hónapban 66%-uk.

A megkérdezettek 28%-a próbált már ki egyéb drogokat, itt alapvető eltérést mutatkozik a lányok és a fiúk között: előbbiek között a gyógyszerek, utóbbiak esetében pedig a tiltott szerek jelennek meg nagyobb arányban.

A kutatás eredményei rávilágítanak a családi hát-

¹ MTA-BCE Társadalomepidemiológiai Kutatócsoport, Budapest

tér meghatározó szerepére: mindkét édesszülő jelenléte, valamint a családdal töltött szabadidő megóvó erővel bír, az édesszülő nélküli család pedig rizikótényezőnek bizonyul a szerfogyasztás kialakulásában. A baráti kapcsolatokkal való elégedettség esetén nagyobb a valószínűsége annak, hogy gyakrabban fogyasztanak alkoholt, és jellemzőbb a nagyívás is. Az említettekkel való elégedetlenség esetén nagyobb az esélye a dizájn drog és orvosi javaslat nélküli nyugtató fogyasztásának.

Az iskolatípus szerint a szakközépiskolában tanuló diákok a leginkább érintettek a szerfogyasztásban, valamint ők tartják legkevésbé jónak az egészségi állapotukat. A gimnáziumi diákok többsége jónak tartja egészségi állapotát, azonban az egészségtudatosság kismértékben befolyásolja az alkoholfogyasztást, a tiltott szerek fogyasztását; ugyanakkor hatással van a dohányzásra és a gyógyszerhasználatra.

Az említettek mellett a kötetben több fejezet foglalkozik a fiatalok szabadidő-eltöltési szokásaival, valamint az egészségtudatossággal és a mentális egészséggel, képernyő előtt eltöltött idővel, illetve viselkedési addikciókkal. A szabadidő eltöltése befolyással van mind a fiatalok szerfogyasztási szokásaira, mind a mentális egészségükre. A diákok a szabadidejüket leggyakrabban az interneten élik, ezzel együtt megfigyelhető az „elmenős” szabadidő csökkenése. Az utóbbi esetében azonban nagyobb a gyakorisága annak, hogy a fiatalok valamilyen tiltott vagy legális szert fogyasztanak. A diákok kicsivel több mint kétharmada minimum 2–3 órát van fenn a közösségi médián egy átlagos

iskolai napon; ez jelentősen hosszabb hétvégén vagy szünidőben, amikor a megkérdezettek harmada legalább 6 órát foglalkozik ezzel a tevékenységgel.

KÖVETKEZTETÉSEK

Eredményeink alapján elmondható, hogy dohányzás vonatkozásában csökkenés figyelhető meg a korábbi felmérésekhez képest, amelyet csak a fiúk körében visszaszoruló fogyasztás okozott.

Az alkohol tekintetében a havi prevalencia-érték a hét adatfelvétel legmagasabb értékét mutatta 2019-ben.

A tiltott szerhasználatot illetően — a legutóbbi felméréshez képest — 2019-ben a korábbi tendenciák ellenére a nemek közötti eltérés ismét növekedett.

Az internetezésre fordított szabadidő, az azalatt végzett tevékenység típusától függően eltérően hat a mentális egészségre: míg a közösségi médián eltöltött idő alacsonyabb önértékeléssel jár együtt, addig a videójátékozásra ennek az ellenkezője igaz. Míg a lányokra a közösségimédia-használat a jellemzőbb, a fiúkra a videójátékozás.

A hazai és nemzetközi kutatási eredmények külön kötetben hozzáférhetők. A 2019-es nemzetközi jelentés és a korábbi jelenések letölthetők az [ESPAD honlapjáról](#), a magyarországi jelentés pedig [ezen az oldalon](#) olvasható, a korábbi hazai jelentések pedig [innen](#) érhetők el.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Az ESPAD-kutatás átfogó képet ad a magyar fiatalok egészségkárosító magatartásairól és annak változásáról 1995-től egészen napjainkig. A jelentés bemutatja, hogy újabb kihívást jelent Magyarországon a problémás kannabiszhasználat, illetve a viselkedési addikciók terén a problémás közösségimédia-használat. Bízunk benne, a kötet hasznos segítség lehet mind a fiatalokkal foglalkozó szakemberek, mind a téma iránt érdeklődő kutatók számára.

Cikkismertetés: Texas Sprouts – egy elbukott iskolakert kísérlet tanulságai

Article review: Texas Sprouts – edification of a failed school garden experiment

Ismertető:	Devosa Iván ¹ ✉
Ismertetett cikk:	Davis, J. N., et al. (2021) "School-based gardening, cooking and nutrition intervention increased vegetable intake but did not reduce BMI: Texas sprouts - a cluster randomized controlled trial." International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity 18.1, 1-14. doi: https://doi.org/10.1186/s12966-021-01087-x
Beküldve:	2021. 13. 13.
Doi:	10.24365/ef.v62i2.5915
Kulcsszavak: Keywords:	kertészkedés; táplálkozás; főzési beavatkozás; elhízás; túlsúly gardening; nutrition; cooking intervention; obesity; overweight

HÁTTÉR

Jóllehet az iskolakert programokról már többször kimutatták, hogy javítják a diákok étkezési magatartását, még nem volt olyan klaszter-randomizált kontrollált vizsgálat (RCT), amelyet az iskolakert programok elhízásra vagy egyéb egészségügyi mutatókra gyakorolt hatásainak vizsgálatával kapcsolatban végeztek volna korábban.

Jelen tanulmány célja, hogy kiértékelje a Texas Sprouts program eredményeit: az 1 évig tartó iskolai környezetben megvalósított kertészkedéssel, a táplálkozás-tudatosság fejlesztésével és főzés tanítással kombinált beavatkozás, mely során vizsgálták az étrendet, az elhízást és vérnyomást az általános iskolás korú gyermekeknél.

MÓDSZER

A tanulmány alapja egy iskolai környezetben megvalósított vizsgálat (RCT) volt, 16 általános iskolával, amelyeket véletlenszerűen osztottak be a Texas Sprouts intervenció csoportba (n = 8 iskola), vagy a kontroll (késleltetett beavatko-

zású) csoportba (n = 8 iskola). A beavatkozás egy tanévi időszak (9 hónap) volt, és az alábbiakból állt:

- Kert Vezetői Bizottság (Garden Leadership Committee) megalakulása;
- 0,25 hold (kb. 1000 m²) szabadtéri iskolakert kialakítása;
- 18 tanóra kertészkedési ismeretek, a helyes táplálkozási és főzési ismeretek elsajátítását kiképzett oktatók vezetik az egész tanév során;
- kilenc hónapon át havi egy, szülők számára tartott képzési alkalom.

A kontroll csoport, azaz a késleltetett beavatkozású csoport a következő tanévben végezte el a fentieket, és ugyanazt a beavatkozást kapta, mint az intervenció csoport.

A kutatás kimenetelében mérték a gyermekeknél az antropometriai értékeket (a BMI paramétereket, a derék kerületét és a testzsír százalékot bioelektromos impedancia segítségével), a vérnyomást és a táplálkozási szokásokat (a zöldségek, gyümölcsök és a cukorral édesített italok fogyasztását) kérdőív útján.

Az adatokat teljes esetekkel és véletlenszerű

¹ MTA-BCE Társadalomepidemiológiai Kutatócsoport, Budapest

imputációkkal elemezték. Általánosított súlyozott lineáris vegyes modelleket alkalmaztak iskolánként az intervenció hatásainak tesztelésére és a mintavétel klaszterhatásának kiküszöbölésére.

EREDMÉNYEK

Összesen 3135 tanulót vontak be a vizsgálatba (intervenció csoport $n = 1412$ fő, 45%). Az átlagéletkor 9,2 év volt, 64%-a spanyol-amerikai, 47%-a fiú és a résztvevők 69%-a jogosult ingyenes és kedvezményes ebédre szociális helyzete miatt. Az intervenció csoportban a kontroll csoportéhoz képest szignifikánsan ($p=0,02$) megnövekedett a zöldségfogyasztás (+ 0,48 vs. + 0,04 gyakoriság/nap). Azonban nem volt szignifikáns hatása az intervenciónak a gyümölcsfogyasztásra, a cukorral édesített italok fogyasztására, bármelyik elhízással kapcsolatos

antropológiai értékre, vagy a vérnyomásra a kontrollcsoportéhoz képest. A kutatás folyamán havonta szülői képzéseket tartottak, és úgy tervezték, hogy a gyermekeken kívül az otthon lévő szülőket is bevonják, de a szülők részvételi hajlandósága rendkívül gyenge volt. Csupán a részt vevő szülők 7%-a ment el legalább egy, szülőknél szánt képzési alkalomra.

KÖVETKEZTETÉSEK

Jóllehet a Texas Sprouts (iskolakertészeti, táplálkozási és főzési) komplex program nem csökkentette az elhízást, illetve a vérnyomás értékeit, viszont megnövekedett zöldségfogyasztást eredményezett. Lehetséges, hogy hosszabb ideig tartó és fokozott zöldségfogyasztásra van szükség az elhízás mértékének és a vérnyomás csökkenéséhez.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A tanulságok itthon is egyértelműek: csak azok a népegészségügyi programok lehetnek sikeresek, melyek a szükséges ideig tartanak, és sikerül megszólítani minden résztvevőt. Olyan módon kell megszervezni a programok lebonyolítását – már a tervezési időszak első pillanatától –, hogy biztosított legyen a teljes kifutási idő és a részvételi hajlandóság, lehetőleg akkor is, ha váratlan események lépnek fel. A Texas Sprouts bukása jelentős részben abban állt, hogy a szülőket nem sikerült bevonni a programba: csupán 7%-uk vett részt a szülőknél szánt képzési alkalmon, illetve mire megjelentek az első eredmények, a tanév véget ért. Szintén fontos tapasztalatokat lehetett levonni az Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet szervezésében megvalósult, „Az egészséges is lehet finom” elnevezésű, hasonló vizsgálatból is: a gyerekeknél a zöldség-, gyümölcsfogyasztásról szóló játékos oktatás és a zöldségek, gyümölcsök kínálása, kóstoltatása együttesen ért el fejlesztő hatást, csupán az elméleti képzés önmagában nem bizonyult elegendőnek a zöldség- és gyümölcsfogyasztás növelésére. Ugyan-csak ezt erősítették a gyerekek körében folyadékfogyasztást népszerűsítő HAPPY (*Hungarian Aqua Promoting Program in the Young*) program eredményei is, ahol a gyakorlat (ivóvíz biztosítása) és az elmélet (edukáció a vízfogyasztásról) szintén egyszerre eredményezte azt, hogy viszonylag rövid idő alatt jelentős változásokat értek el, melyek egy év múlva is jelen voltak.

Cikkismertetés: A gyermekkori reziliencia és a fogszuvasodás kapcsolatának követéses vizsgálata

Article review: Longitudinal analysis of child resilience link to dental caries

Ismertető:	Ivancsó Rebeka Anna ¹ ✉
Ismertetett cikk:	Matsuyama Y, Isumi A, Doi S, et al. Longitudinal Analysis of Child Resilience Link to Dental Caries. <i>Pediatr Dent</i> . 2020. 42(4): 308–314. https://www.ingentaconnect.com/contentone/aapd/pd/2020/00000042/00000004/art00012?crawler=true&mimetype=application/pdf (Elérve: 2020. 11. 25.)
Beküldve:	2020. 12. 13.
Doi:	10.24365/ef.v62i2.5916
Kulcsszavak: Keywords:	gyermekfogászat; epidemiológia; nemkognitív képességek pediatric dentistry; epidemiology; noncognitive skills

BEVEZETÉS

A fogszuvasodás minden korosztályt érintő, komoly népegészségügyi probléma, melynek prevenciójában a gyermekkor kulcsfontosságú időszak. Bár a társadalmi-gazdasági helyzet és az étkezési szokások kiemelt szerepet játszanak a kisgyermekkori fogszuvasodás kialakulásában, néhány tanulmány a probléma vonatkozásában eddig kevésbé vizsgált szülő-gyermek interakció jelentőségére fókuszál. Célkitűzésük az általános iskola első osztályában a szülő-gyermek interakció, második osztályban a gyermekkori reziliencia² és szájjápolási magatartás, illetve negyedik osztályban a fogszuvasodás incidenciája közötti kapcsolat feltárása volt.

MÓDSZER

A szerzők az Adachi Child Health Impact of Living Difficulty (A-CHILD) vizsgálat 2015-ös, 2016-os és 2018-as eredményeinek felhasználásával 168 (ebből hiánytalan eset 2 712) gyermek követéses adatai és az iskolában kötelező fogorvosi

ellenőrzések során gyűjtött információk összefüggését vizsgálták.

A szülő-gyermek interakciót kérdőívek segítségével mérték, amelyben az elsődleges gondozók nyolc pontban [(1) a gyermek iskolai munkájának segítése; (2) játékos testmozgás a gyermekkel; (3) játék a gyermekkel; (4) beszélgetés a gyermekkel az iskoláról; (5) beszélgetés a gyermekkel a hírekről; (6) tévéműsorok nézése a gyermekkel; (7) főzés a gyermekkel; (8) közös szabadidős programok a gyermekkel)] értékelték ötfokú Likert-skálán az egyes interakciók gyakoriságát (0: „ritkán”; 4: „szinte minden nap”).

A gyermekkori reziliencia mérésére a Gyermekkori Reziliencia Skálát (*Children's Resilient Coping Scale, CRCS*) alkalmazták, amelyben az elsődleges gondozók ötfokú Likert-skálán (0: „soha”; 4: „nagyon gyakran”) értékelték, milyen gyakran tartják jellemzőnek gyermekükre, hogy pl. „pozitívan beszél a jövőről”; „igyekszik a legjobb teljesítményt nyújtani”; „elviseli a csipkelődést vagy a durva megjegyzéseket”; „szükség esetén megfelelő tanácsot kér”; „képes lemondani azokról a dolgokról, amelyeket nagyon szeretne, vagy megtesz olyan dolgokat, amelyeket nem

¹ Debreceni Egyetem Népegészségügyi Kar, Debrecen

² Rugalmas ellenállási képesség, azaz valamely rendszernek — legyen az egy egyén, egy szervezet, egy ökoszisztéma vagy éppen egy anyagfajta — azon reaktív képessége, hogy erőteljes, meg-megújuló, vagy akár sokszerű külső hatásokhoz sikeresen alkalmazkodjék.

szeretne a jövőbeli jobb eredmények érdekében". A könnyebb értelmezhetőség érdekében az összpontszámot 0-tól 100-ig terjedő skálává alakították, amelyen a magasabb pontszám magasabb gyermekkori rezilienciát jelölt.

A gyermekek szájápolási magatartását a fogmosás gyakoriságára, étkezési szokásaira és a cukrozott üdítőitalok fogyasztásának gyakoriságára vonatkozó gondozói kérdőívvel vizgálták.

A gyermekek fogainak állapotát az éves iskolai fogorvosi ellenőrzéseken az országos irányelvek betartásával rögzítették („egészséges”; „kezeletlen szuvasodás”; „kezelt szuvasodás”; „hiányzó”). A szülő-gyermek interakciók és a gyermekkori fogszuvasodás kapcsolatában a család társadalmi-gazdasági helyzetét az édesanya iskolai végzettsége („középiskolánál alacsonyabb”; „középiskola vagy annál magasabb”) és a háztartások éves jövedelme alapján értékelték („kevesebb, mint 3 millió”; „3–6 millió”, „6–10 millió”; „több, mint 10 millió” japán jen, azaz „kevesebb, mint 8 millió”; „8–16 millió”; „16–27 millió”; „több, mint 27 millió” forint).

EREDMÉNYEK

Az eredmények megállapítása a strukturális egyenletek modellezésének módszerével (*structural equation modeling, SEM*) történt. A modell illeszkedik a szerzők hipotéziséhez:

szignifikáns összefüggést mutat a szülő-gyermek interakciók és a fogszuvasodás előfordulása között, amelyben a gyermekkori reziliencia és a szájápolási magatartás közvetítő változóként, a család társadalmi-gazdasági helyzete és a gyermekek korábbi fogszuvasodási adatai kontroll-változóként szerepelnek.

A tanulmány eredményei alapján az első osztályban mért szülő-gyermek interakciók a második osztályos gyermekek magasabb rezilienciájával (standardizált koefficiens [β] 0,40; 95%-os megbízhatósági tartomány [95% MT] 0,36 – 0,45) és kedvezőbb szájápolási magatartásával (β 0,24; 95% MT 0,16 – 0,31) társulnak, valamint a kedvezőbb szájápolási magatartás fordított arányosságot mutat a fogszuvasodás előfordulásával a negyedik osztályban (β -0,11; 95% MT -0,17 – -0,05).

KÖVETKEZTETÉS

A tanulmány a szülő-gyermek interakciók és a gyermekek körében előforduló fogszuvasodás kapcsolatának egy lehetséges magyarázatát írja le. A szülő-gyermek interakciók jelentőségének felismerése a gyermekkori reziliencia és a szájápolási szokások kialakulásában a komoly népegészségügyi problémát jelentő fogszuvasodással szemben hatékonyabb interdiszciplináris prevenciós programok kidolgozásához járulhat hozzá.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A gyermekkori fogszuvasodás megelőzése érdekében fontos lenne a gyermekkori rezilienciát és a kedvező szájápolási szokások kialakítását támogató beavatkozások alkalmazása (pl. szülői edukáció, készségfejlesztő programok, gyakoribb fogorvosi ellenőrzésekkel egybekötött átfogó jutalmazó rendszer kidolgozása, amely a gyermekek kedvező szájápolási szokásainak kialakítását és fenntartását támogatja).

Cikkismertetés: Hogyan aludjunk jobban?

Article review: How to sleep better

Ismertető: Nagy József¹ ✉

Ismertetett cikk: How to sleep better, Mental Health Foundation,
<https://www.mentalhealth.org.uk/publications/how-sleep-better>

Beküldve: 2021. 01. 19.

Doi: 10.24365/ef.v62i2.5917

Kulcsszavak: alvás; alvászavar; alvásnapló
Keywords: sleep; sleep disorder; sleep diary

A jó alvás nem azt jelenti, ha valaki sokat alszik. Nagy különbség van a jó alvás és a minőségi alvás között. Az alvás kihat a koncentrációs képességeinkre, hangulatunkra, teljesítményünkre, vagy akár az interperszonális kapcsolatainkra egyaránt.

Négy tényező befolyásolja az alvást. Az első meghatározó tényező az egészség. Fontos az orvosi konzultáció probléma esetén, a rendszeretlen és felelőtlen gyógyszeresedés további problémákhoz vezethet. A rossz mentális egészség is hatást gyakorol az alvásra. Második tényező a környezet. A hálószobának olyan helynek kell lennie, ahol semmilyen zavaró tényező (legyen az elektronikai eszköz, fény vagy hang) nincs jelen. Elektronikai eszköz használata az elalvás előtt két órával már nem ajánlott. A nemkívánatos fény vagy hanghatás ellen ajánlott szemfedőt vagy fül dugót használni. Harmadik fontos tényező az attitűd. Erősen megnehezíti az elalvást, illetve a pihentető alvást, ha szorongunk, idegesek vagyunk, vagy aggódunk valami miatt. A progresszív relaxáció segíti a személyt megnyugodni, ami könnyebb elalváshoz vezet. Emellett ajánlott terápiás segítséget kérni. A kognitív viselkedésterápia elősegítheti a pozitívabb hozzáállást, így kerülve el a negatív gondolatokat. Emellett manapság egyre gyakrabban alkalmazzák a „mindfulness” technikát is, ami

nagyban hozzájárulhat a stressz és szorongás csökkentéséhez. A jó alvás negyedik meghatározó tényezője az életstílus. A koffein, csokoládé és más, cukrokban gazdag ételek, valamint az alkoholfogyasztás elhagyása segítheti a jobb minőségű alvás elérését. A rendszeres testedzés mind az alvásra, mind pedig a stressz és szorongás okozta feszültség levezetésére jó hatással lehet.

Az alvászavarok közül a leggyakrabban előforduló zavar az inszomnia. A kóros álmatlanság jelentősen befolyásolhatja a hangulatunkat, koncentrációs képességünket, kapcsolatainkat, és kihathat mindennapi tevékenységeinkre is. Ezt megelőzendő érdemes napi rendszerességgel testedzést végezni, vagy kognitív viselkedésterápiás eszközöket alkalmazni.

Az alvajárás jelensége gyermekeknél sokkal gyakoribb, mint felnőtteknél. Ez leginkább alváshiány, stressz vagy akár alkoholfogyasztás miatt fordulhat elő, amely problémák megoldása megszüntetheti a fennálló zavart. Szintén gyermekeknél fordul elő gyakrabban az éjszakai felriadás, mely hevesebb szívveréssel, izzadással és akár sikollyal is társulhat. Kiváltó oka általában valamilyen traumatikus esemény, mely kezelése megoldhatja a problémát.

¹ Debreceni Egyetem Népegészségügyi Kar, Debrecen

Az Egyesült Királyságban a felnőttek 41,5%-a horkol. A horkolás inkább légzési probléma, ami kiható az alvásra. Az egészséges életmód mellett az oldalon fekvés alvás közben, illetve a légzést könnyítő orrtapasz használata ajánlott a horkolás megszüntetésére. Az alvási apnoe az alvás közben felszínes légzést vagy akár időszakosan kialakuló légzésmegállást jelent. Ez gyakori felébredést, a száj kiszáradását és fejfájást is eredményezhet, emellett az oxigénhiány következtében agykárosodás veszélye is felléphet.

Colin Espie, az oxfordi egyetem alvásszakértő professzora öt tanácsot ad a jobb alvás elérése érdekében. Elsőként csökkenteni kell a napközbeni pihenők számát, így megelőzve az éjszakai rossz alvást. Az ágyban forgolódás helyett inkább keljünk fel, igyunk valamit, és ha már kezdünk újra álmosodni, feküdjünk le ismét. Harmadjára rámutat az egészséges életmód, a

rendszeres testedzés és a pihentető alvás közötti összefüggésre, valamint arra, hogy magát az edzést és a táplálkozást ne közvetlenül elalvás előtt végezzük. Fontos, hogy ne stresszeljünk az elalvással, mert az csak ébren tart, helyette alkalmazzunk relaxációt. Az alvásnapló vezetése is nagyon hasznos. Az alvásnapló kitöltése során a személy önmagának válaszol meg olyan kérdéseket, mint például „Hogy aludtál az előző este?“, „Összesen mennyit aludtál?“, és „Miket csináltál lefekvés előtt?“ satöbbi. Ezáltal a személy számon tarthatja napról-napra, hogy mi miatt aludt jól, vagy éppen nem jól.

Alvászavarral vagy alvási minőség javításával kapcsolatban érdemes konzultálnunk orvosunkkal, aki segítséget adhat a felmerülő problémákban, vagy érdemes lehet felkeresni alváskutató központokat.²

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Az alvászavarok és alvásproblémák rendkívül gyakori jelenségek. Fontos felkutatni a zavarok mögött meghúzódó problémákat (legyen az fizikai vagy mentális), azok kezelése megoldhatja az alvással kapcsolatos nehézségeket. Nyitottnak kell lenni a terápiás lehetőségekre, illetve kerülendő az altatók használata, ami csak átmeneti tünetredukcióhoz és gyógyszerrezisztenciához vezet.

² A szerző megjegyzése: Magyarországon leginkább a Magyar Alvásdiagnosztika és Terápiás Társaság, a Magyar Alvás Szövetség, illetve a Magyar Honvédség Egészségügyi Központ, Neurológiai Osztály, Alvásdiagnosztika és Terápiás Központ foglalkozik behatóbban alvásproblémákkal és alvászavarokkal.

Cikkismertetés: A környezet milyen változtatásai csökkentik bizonyítottan a cukrozott italok fogyasztását?

Article review: What environmental changes do cut back the consumption of sugar-sweetened beverages by the evidence?

Ismertető: Vitrai József¹ ✉

Ismertetett cikk: von Philipsborn, P., Stratil J. M., Burns J., Busert L. K., Pfadenhauer L.M., Polus S., Holzapfel C., Hauner H., Rehfuss E. Environmental interventions to reduce the consumption of sugar-sweetened beverages and their effects on health. Cochrane Database of Systematic Reviews Intervention. 2019.
[doi:10.1002/14651858.CD012292.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD012292.pub2)

Beküldve: 2021. 01. 12.

Doi: 10.24365/ef.v62i2.5918

Kulcsszavak: üdítőital-fogyasztás; környezeti beavatkozás; bizonyítékok

Keywords: consumption of beverages; environmental interventions; evidence

MIK AZOK A CUKROZOTT ITALOK?

A cukrozott italok (*sugar-sweetened beverages*) hideg és meleg italok hozzáadott cukorral. Elterjedt cukrozott italok a nem diétás üdítők, a jeges tea, a cukorral édesített sportitalok, az energiaitalok, a gyümölcs puncsok, a cukrozott vizek, valamint a cukrozott tea és kávé.

MIÉRT FONTOS EGÉSZSÉGÜGYI TÉMA?

A kutatások eredményei azt igazolták, hogy a magas cukrozottital-fogyasztás elhízással jár együtt. A cukrozott italok rendszeres és nagy mennyiségű fogyasztása továbbá növeli a cukorbetegség, szívbetegségek és a fogszuvasodás kockázatát. Az orvosok ezért azt javasolják, hogy a gyermekek, a tizenévesek és a felnőttek fogyasszanak kevesebb cukrozott italt. A kormányzatok, vállalkozások, iskolák és munkahelyek már számos különböző intézkedést hoztak az egészségesebb italfogyasztás érdekében.

MI A CÉLJA ENNEK A SZAKIRODALMI ÉRTÉKELÉSNEK?

A szerzők arra a kérdésre kerestek választ, hogy az eddigi intézkedések sikeresek voltak-e abból a szempontból, hogy az emberek az egészségük javítása érdekében kevesebb cukrozott italt fogyasszanak. Az értékelés szerzői olyan kutató-sokra összpontosítottak, amelyekben megváltoztatták a cukrozott italok választásának és fogyasztásának környezetét. Nem vizsgálták az oktatási programokról vagy a cukrozottital-adókról szóló tanulmányokat, mivel ezeket külön fogják értékelni. (Azonban a cukrozott italok olyan áremeléseit, melyek nem az adók miatt történtek, szintén vizsgálták.) A kutatási kérdés megválaszolásához az összes rendelkezésre álló és az egyértelműen meghatározott kritériumoknak megfelelő közleményt felkutatták. Az értékelés a bizonyítékok 2018 januárjáig érvényes állapotát tükrözi.

¹ népegészségügyi szakértő

MILYEN TANULMÁNYOKAT TALÁLTAK?

Összesen 58 tanulmányt találtak, amelyekben több mint egymillió felnőtt, tinédzser és gyermek adatait dolgozták fel. A legtöbb kutatás körülbelül egy évig tartott, és az iskolai, bolti vagy éttermi környezetre vonatkoztak. Egyes tanulmányokban olyan módszereket használtak, amelyek nem voltak túl megbízhatóak. Például, egyes kutatásokban a résztvevőket egyszerűen megkérdezték, hogy mennyi cukrozott italt ittak, ami nem túl megbízható, hiszen az emberek nemritkán elfelejtik, hogy mennyit fogyasztottak. Az értékelés egyes következtetései ezért a jövőben megváltozhatnak, ha több és jobb kutatás válik elérhetővé.

MIRŐL SZÁMOLNAK BE A VIZSGÁLATBA BEVONT TANULMÁNYOK?

Találtak bizonyítékot arra, hogy a kevesebb cukrozott ital fogyasztását segítő intézkedések némelyike sikeres volt, többek között a következők:

- Könnyen érthető ételcímkek, például közlekedéslámpa-címkek, valamint olyan címkek, amelyek az italok egészségességét csillagokkal vagy számokkal értékelik.
- A cukrozott italok iskolai elérhetőségének korlátozása (pl. a cukrozott italok vízzel történő helyettesítése az iskolai büfékben).
- A cukrozott italok árának emelése éttermekben, üzletekben és szabadidőközpontokban.
- Olyan gyermekmenük kínálata étteremláncokban, amelyek egészségesebb italokat tartalmaznak standard italként.
- Egészségesebb italok reklámozása a szupermarketekben.
- Kormányzati ételcímke-támogatások (pl. ételcímke-utalványok), amelyek nem használhatók cukrozott italok vásárlására.
- Közösségi kampányok a cukrozott italok fogyasztásának visszaszorítására.
- Olyan intézkedések, amelyek javítják az alacsony kalóriatartalmú italok otthoni elérhetőségét, például palackozott víz és diétás italok házhozszállításával.

Azonosítottak továbbá bizonyítékot arra is, hogy az ivóvíz és a diétás italok otthoni hozzáféréseinek javítása segítheti az embereket a fogyásban. Vannak olyan intézkedések is, amelyek befolyásolhatják a cukrozott italok fogyasztását, de ezek esetében a rendelkezésre álló bizonyítékok kevésbé voltak megbízhatóak. Néhány kutatás igazolta, hogy az ilyen intézkedéseknek lehetnek nem szándékolt, negatív hatásai is. Egyes tanulmányok arról számoltak be, hogy az üzletek és éttermek nyeresége csökkent az intézkedések végrehajtása során, de mások azt mutatták ki, hogy a nyereség nőtt vagy változatlan maradt; vagy például azok a gyerekek, akik ingyenes ivóvizet kaptak az iskolában, kevesebb tejet ittak; egyes cikkek szerint az emberek elégedetlenek voltak az intézkedésekkel.

Az ízesített (egyúttal cukrozott) tejről szóló tanulmányok eredményeinek értékelése alapján megállapítható, hogy az iskolai menzán az ízesítés nélküli tej választását előmozdító kis jutalmak vagy emotikonok (hangulatjelek a tejes dobozon), csökkentették az ízesített tej fogyasztását. Ez azonban növelheti a lefolyóba öntött tej arányát is, mert a gyerekek úgy döntenek, hogy az ízesítetlen tejet mégsem isszák meg.

MIT JELENT EZ A GYAKORLATBAN?

A szakirodalmi értékelés azt mutatja, hogy az italválasztást befolyásoló, a környezetre irányuló intézkedések segíthetnek csökkenteni a cukrozott italok fogyasztását. Az eredmények alapján a szerzők azt javasolják, hogy ezeket az intézkedéseket szélesebb körben kellene terjeszteni. Az ilyen intézkedéseket megvalósító kormányzati tisztviselőknek, üzletembereknek és egészségügyi szakembereknek együtt kellene működniük a kutatókkal, hogy még többet lehessen megtudni a beavatkozások rövid és hosszú távú hatásáról.

KÖVETKEZTETÉSEK

A szakirodalmi értékelésben szereplő bizonyítékok azt mutatják, hogy léteznek olyan hatékony és széles körben kiterjeszhető beavatkozások,

amelyek a cukrozott italok fogyasztását lakossági szinten megváltoztathatják. Az eredmények alapján ezek az intézkedések a következőket tartalmazhatják:

- könnyen érthető ételmszercímkék, mint például közlekedési lámpa, vagy tápértékelés;
- cukrozott italokhoz való hozzáférés korlátozása az iskolákban;
- cukrozott italok árának növelése;
- egészségesebb italok elsőként szerepeltetése az étteremláncok gyermekmenüiben;
- emotikon és kisebb díjak az egészségesebb italok választásáért az általános iskolai büfékben;
- egészségesebb italok reklámozása a szupermarketekben;
- gyümölcs- és zöldségfogyasztást előnyben részesítő és cukrozott italok vásárlását korlátozó kormányzati ételmszer-támogatási programok;
- többemű közösségi kampányok a cukrozott italok fogyasztása ellen;
- alacsony kalóriatartalmú italokhoz való otthoni hozzáférés növelését célzó beavatkozások a sok cukrozott italt fogyasztó túlsúlyos és elhízott személyeknél.

A szerzők szerint a hatásokat alátámasztó bizonyítékok megbízhatósága azonban alacsony vagy mérsékelt volt a legtöbb felsorolt beavatkozással és eredményességükkel kapcsolatban, ezért úgy vélik, hogy a valódi hatások lényegesen eltérhetnek az ebben a szakirodalmi értékelésben közöltektől. Bár a cukrozott italok fogyasztásának csökkentésére további beavatkozások is léteznek, és hatékonyak is lehetnek, de az értékelésbe bevont bizonyítékok nem engedik

meg a hatásukra vonatkozó egyértelmű következtetések levonását.

Tekintettel a bizonytalanságra, fontos a meglévő bizonyítékok megerősítése. A beavatkozások végrehajtását ezért megfelelő vizsgálati terveknek, pontos és magas színvonalú megvalósításnak, valamint értékeléseknek kell kísérniük. A beavatkozások megvalósító szakembereknek emiatt érdemes lenne a kutatókkal történő együttműködés.

Számos és különféle tényező befolyásolhatja a cukrozott italok fogyasztását, a cukrozott italokat sokszor és többféle helyen fogyasztják. Ez azt jelenti, hogy nincs olyan egyetlen beavatkozás, amely önmagában kellően hatékony ahhoz, hogy a lakosság cukrozottital-fogyasztását az ajánlott szintre csökkentse. Tekintettel az ételmszer- és italfogyasztást befolyásoló tényezők összetettségére, minden egyes megközelítésnek csak korlátozott hatása lehet, és számos megközelítésre lehet szükség, amelyek különböző kontextuális tényezőket, színteret és népességcsoportot céloznak meg.

Az ebben az értékelésben megvizsgált beavatkozásokat különböző szereplők hajtották végre, beleértve a helyi, regionális és nemzeti kormányokat, kutatókat, civil társadalmi szervezeteket, valamint eltérő méretű és ágazatokban működő magánvállalkozásokat. Ez aláhúzza, hogy számos szervezetnek szerepet kell játszania a népességszintű táplálkozás javításában, a túlsúly és az elhízás csökkentésében, és hogy ez a célkitűzés több ágazati, valamint többszintű szerepvállalást és együttműködést foglal magában.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Mivel az elhízás visszaszorításának egyik eszköze a cukrozott italok fogyasztásának csökkentése, a hazai szakembereknek célszerű figyelembe venniük a szakirodalmi értékelés ajánlásait. Az értékelés alapján megfogalmazott következtetéseket olvasva érthetővé válik, miért nem várhatunk átütő sikert egyetlen beavatkozástól. Így például önmagában a vízfogyasztást iskolákban népszerűsítő Happy-héttől sem várhatjuk el, hogy jelentősen csökkenjen a magyar iskolások cukrozottital-fogyasztása. Sokféle, egyidejűleg és összehangoltan megvalósított beavatkozás járhat csak komolyabb eredménnyel. Továbbá egy ilyen beavatkozás-csomag kidolgozásához és sikeres megvalósításához a rendszerszemléletű megköze-lítés, és az érintettek részvétele nélkülözhetetlen.

Cikkismertetés: Mit jelent valójában a táplálkozás?

Article review: What is the real meaning of the nutrition?

Ismertető:	Vitrai József ¹ ✉
Ismertetett cikk:	Olstad, D.L., Kirkpatrick, S.I. Planting seeds of change: reconceptualizing what people eat as eating practices and patterns. <i>Int J Behav Nutr Phys Act</i> 18, 32 (2021). https://doi.org/10.1186/s12966-021-01102-1
Beküldve:	2021. 04. 07.
Doi:	10.24365/ef.v62i2.5919
Kulcsszavak:	táplálkozás; nyelvezet; értelmezési keret
Keywords:	nutrition; language; framing

Széles körben elismert, hogy az étel- és ital-fogyasztást egy sereg tényező befolyásolja. Ezek az ízpreferenciáktól az ételek társas és kulturális szerepén, a hozzáférhetőségen keresztül a társadalmi normáig és szakpolitikáig terjednek. Mindezek ellenére a táplálkozást tárgyaló nyelvezet az egyéni viselkedésre fókuszálva azt sugallja, hogy elsősorban szabad akaratunk határozza meg, mit eszünk vagy iszunk. Viselkedésként leírva a táplálkozást, a szakértők azt általában ésszerű döntések eredményének értelmezik, amely során az egyének az íz, az egészségesség, a gazdaságosság szempontjai alapján gondosan mérlegelve választanak ételt vagy italt. Ezzel a szűkítő nyelvhasználattal lekicsinyítik a környezet szerepét, amely a választást befolyásoló tényezőket alakítja. A társadalmi-gazdasági közeg helyett az egyéni viselkedésre fókuszáló nyelvezet elsőbbséget ad a viselkedés megváltoztatását célzó beavatkozásoknak, egyúttal az egyént hibáztatja az ajánlásoktól elért táplálkozásért.

A nyelvezet egyben a valóság értelmezési kerete is, amely megszabja gondolkodásunkat, befolyásolja kommunikációnkat, értékeket közvetít. Így nem meglepő, hogy a táplálkozásra irányuló szakpolitikai döntések is a széles körben elfoga-

dott értelmezési kerettel összhangban születnek meg. A szerzők reményei szerint a nyelvezet és következményként az értelmezési keret megváltozása magával hozhatja az egészséges táplálkozást eredményesen előmozdító intézkedéseket, beavatkozásokat.

Sok, ma is befolyásos egészségpszichológiai irányzat — ritka kivétel Michie COM-B modellje és a „viselkedésváltoztatási kereke” (Vitrai és Kimmel, 2015) — a táplálkozást olyan lineáris ok-okozati lánc eredményének tekinti, amelyben az egyén pszichológiai jellemzői mellett az érzékelt társadalmi normák, a környezeti tényezők is szerepet játszanak. Az egyént olyan szabad cselekvőnek feltételezi, aki elsősorban tudatosan választ, akinek az egészségmagatartása neveléssel javítható, és ételválasztása az egészségesebb irányba mozdítható. Ez a lineáris gondolkodás figyelmen kívül hagyja a cselekvő környezetének meghatározó szerepét. Vagyis a helyett, hogy az egyént komplex társadalmi szereplőnek fogná fel, akinek a viselkedését egyrészt környezete befolyásolja, másrészt azt egyúttal alakítja is, „étkezési könyvelőnek” látja, aki mérlegeli az ételek előnyeit, hátrányait, és ezek végeredménye szerint dönt. Ezen individualista felfogás szerint, aki választásával mégis az egészségét kockáz-

¹ népegészségügyi szakértő

tatja, az felelőtlennek vagy tudatlannak minősül. Ennek megfelelően az egészségtelen táplálkozás visszaszorítását célzó beavatkozások döntő többsége ma is az informálásra, a tanácsadásra és az edukációra szorítkozik. Az étkezési környezet figyelmen kívül hagyása, ezek eredménytelensége — szándékon kívül — az egyének felelősségére, hibás döntésére helyezi a hangsúlyt. Ez az évtizedek óta sikertelenül alkalmazott megközelítés a rosszabb társadalmi helyzetben élők kirekesztését — a táplálkozásukat jobban korlátozó környezetük miatt, lásd Csizmadia (2017) ismertetését — tovább növelte.

A viselkedési értelmezéssel szemben — a szerzők szerint — a társadalmi-gazdasági értelmezési keret az egyén és a környezete közötti ismétlődő és kölcsönös kapcsolatot helyezi a középpontba. Az egyéni felelősségről a figyelmet a tágabb társadalmi viszonyok adta lehetőségekre és korlátokra irányítja, miközben az egyéni szintű tényezők szerepét is elismeri. Különösen nagy hangsúlyt kapnak a mindennapi életünket meghatározó intézmények, szakpolitikák és társadalmi normák, amelyek alakítják és fenntartják a fogyasztási szokásainkat. Így, míg a viselkedési értelmezési keretben az egyén áll a középpontban, a társadalmi-gazdasági keret a táplálkozást a társadalom mindennapi gyakorlataként, praxisaként értelmezi, az egyént mintegy „beágyazza” környezetébe, azaz integrálja a társadalmi kontextust.

A szociológiai elméletben megalapozott társadalmi praxis (*social practice*) a közösségben elfogadott, szokásos tevékenységekként értelmezhető, amelyek tartósak, de meg is változhatnak, és egymással összefüggő, komplex „csomagokat” alkotnak. Ennek alapján, a táplálkozás társadalmi praxisa, amit az egyszerűség kedvéért ezentúl táplálkozási szokásoknak nevezünk, az egyének és a társadalmi környezetük kölcsönhatásának megnyilvánulása. Ilyen megközelítéssel az étkezés ugyan választás kérdése, de a választást nagymértékben meghatározzák a választási lehetőségek, amibe bele kell érteni természetesen az egyén társadalmi helyzetét, az erőforrásokhoz való hozzáférést, valamint az ételmiszer-környezet társadalmi, kulturális és politikai dimenzióit is. Emiatt érthető, hogy az egyének képességeit növelő egészségfejlesztés szükségszerűen nem vezethetett sikerre.

A szociológia szerint a társadalmi praxisok három eleme a jelentés (a tevékenységgel kapcsolatos társadalmi elvárások és értelmezések), a tárgy (vagyis a tevékenységhez szükséges eszközök és anyagok), valamint a képesség (tudás és készség a tevékenység megvalósításához). Egy társadalmi praxis fennmarad, amíg az egyének számára ez a három elem egyidejűleg rendelkezésre áll. Amint az elemek közti kapcsolat megszakad, úgy a társadalmi gyakorlat eltűnik. Ezért a helyett, hogy a viselkedés megváltoztatására törekednénk a táplálkozási szokások megváltoztatása céljából, a szokást fenntartó három elem kapcsolatának megszakítására célszerű törekedni. Mivel a társadalmi praxisok egymással összefüggenek (például nassolás a tv előtt), az egyik elem megváltozása több másik változásával is együtt járhat. A nassolási szokás módosításához például megváltoztathatjuk a jelentését, azaz elfogadtathatjuk, hogy a nassolás az egészséges étkezés kiegészítő része, vagy a tárgyat azzal, hogy növeljük az egészséges nassolnivaló hozzáférhetőséget, vagy fejlesztjük a képességet úgy, hogy megismertetjük az egészséges nassolnivalókat.

A táplálkozási szokások értelemszerűen részei a globális ételmiszer-rendszernek, ami a változtatás nehézségére hívja fel a figyelmet. A magasan feldolgozott ételmiszerek (amelyek legtöbbször színezőanyagokat, ízfokozót vagy tartósítószeret tartalmaznak, mint a felvágottak, a félkész termékek satöbbi) gyakori fogyasztása például visszavezethető a kétkeresős családmóddal elterjedésére: az ételmiszer megvásárlására és az ételek elkészítésre fordítható időnek a jóléti-fogyasztói életmód miatti lerövidülése megnövelte a keresletet az energiában gazdag, ugyanakkor tápanyagban szegény, magasan feldolgozott ételmiszerek iránt, aminek hatására megváltozott az ételmiszer-előállítás és -forgalmazás fejlett világbeli gyakorlata. Bár ezen fogyasztási szokás káros következményei hosszabb ideje ismertek, azok csökkentése a sokféle szereplő összetett kapcsolata miatt csak nehezen halad.

Az értelmezési keret megváltoztatását elősegítheti, ha az egészséges táplálkozással kapcsolatban használt nyelvezetet úgy módosítjuk, hogy annak fókuszába a táplálkozási szokások megváltoztatott jelentését és tárgyait helyezzük.

Ez elősegítené az ételek társas és kulturális jellegének megerősödését, és visszaszorítaná a „diétáztatás” káros gyakorlatát. Hasonló változtatások lennének szükségesek a testmozgási, az alvási, a dohányzási és más szokások területén is.

A szerzők nem becsülik le a megfelelő körülmények között megvalósított viselkedésváltoztatásra irányuló beavatkozások jelentőségét, nem zárják ki teljesen az egyéni felelősséget sem. Mindezek mellett a kiegyensúlyozott megközelítés híveiként az egészségmagatartással kapcsolatban a biomedikálison túlmutató, társadalmi dimenziókra is kiterjesztett nyelvezet használatát javasolják. A nyelv és az értelmezési keretek mélyen a kultúrába ágyazottak, és a biomedikális szemlélet rögzült a szakemberképzésben, a szocializációban, a szerepekben és a normákban, valamint az intézményes struktúrákban, költség-

vetésben, szakpolitikákban. Ezért — lehetséges kiinduló pontként — a szerzők a szakemberképzés tananyagának olyan átdolgozását ajánlják, amely nagyobb hangsúlyt fektet a társadalmi tényezőkre (például étkezéshez kapcsolódó társadalmi normák), a strukturális meghatározókra (például jövedelmi viszonyok). Véleményük szerint az elméleti és a gyakorlati oktatásban nagyobb szerepet kellene kapnia a társadalomtudományoknak (például kulturális antropológia, szociológia), a nem pozitivista kutatási módszereknek (például néprajz), és alapvető népegészségügyi témáknak, mint az egészséggyenlőtlenségek vagy az egészség társadalmi-gazdasági meghatározói. Az átalakuló szakmai szerepekkel együtt várhatóan megnövekszik majd a népegészségügyi költségvetés, és megerősödik az „egészség minden szakpolitikában” szemlélet. Végezetül a közlemény felsorol jó pár, ez irányba mutató kezdeményezést is.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Az ismertetett cikk felhívja a hazai népegészségügyi szakemberek figyelmét arra, hogy egészségmagatartásokkal kapcsolatos szakmai nyelvezet módosítása elősegítené a magyar lakosság egészségvesztéseinek csökkenését. Ugyanis a jelenleg széles körben használt kifejezések, fogalmak döntően olyan értelmezési keretet jelenítenek meg, ami szerint az egyén akaratan múlik, hogy mit eszik, mennyit mozog, vagyis hogy milyen életmódot folytat. Emiatt a magyarországi egészségfejlesztési beavatkozások is jórészt a felvilágosításra, tanácsadásra, egészségnevelésre szorítkoznak. A viselkedés társadalmi beágyazottságát megjelenítő nyelvezet és értelmezés számításba veszi az adott tevékenységet korlátozó vagy éppen támogató társadalmi-gazdasági körülményeket is. Az ilyen megközelítésre alapozott népegészségügyi beavatkozások eredményesen szoríthatják vissza a Magyarországon elterjedt egészségkockázatot jelentő viselkedéseket, szokásokat, mint az egészségtelen táplálkozás, a dohányzás vagy a kevés testmozgás.

HIVATKOZOTT IRODALOM

- Csizmadia P. (2017). Az egyenlőtlenségek alapvető társadalmi okai és az elmélet alkalmazási lehetőségei az egészségügyi szakpolitikákban. *Egészségfejlesztés*, 58(2), 17–19. doi: <http://dx.doi.org/10.24365/ef.v58i2.168>
- Vitrai J., Kimmel Zs. (2015): Mennyire változtatható jogszabályokkal az egészségmagatartás? Mitől függ és hogyan változtatható az egészségmagatartás? I. rész. *Egészségtudomány*, 59(3):57–70.

Cikkismertetés: A Nutri-Score tápértékjelölési rendszer közérthetősége és hatása az élelmiszer-választásra

Article review: Comprehensibility of the Nutri-Score front-of-pack label and its impact on food choices

Ismertető:	Éliás Anna Júlia ¹ ✉
Ismertetett cikk:	Egnell, M., Talati, Z., Galan, P. et al. (2020): Objective understanding of the Nutri-score front-of-pack label by European consumers and its effect on food choices: an online experimental study. <i>International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity</i> , 17, 146. doi: 10.1186/s12966-020-01053-z
Beküldve:	2021. 04. 06.
Doi:	10.24365/ef.v62i2.5905
Kulcsszavak:	csomagolás elülső oldalán alkalmazott tápértékjelölés; közérthetőség; élelmiszer-választás; európai fogyasztók
Keywords:	front-of-pack nutrition label; objective understanding; food choices; European consumers

BEVEZETÉS

Az élelmiszerek csomagolásának elülső oldalán alkalmazott tápértékjelölés (*front-of-pack label*) a lakosság táplálkozási szokásait javító potenciális eszköz. Jelenleg többféle, önkéntesen használt tápértékjelölési rendszer is megtalálható a piacokon. Mivel az Európai Unió belüli rendszerek egységesítéséről folyamatos egyeztetés zajlik, ezért fontos, hogy a tagországokban is megvizsgálják azok relatív közérthetőségét (a termékek tápérték szerinti helyes besorolásának képessége), valamint hatékonyságát (az egészségesebb tápanyag-összetételű élelmiszer választása) a fogyasztók körében.

Jelen tanulmány öt jelölési rendszer alkalmazhatóságát mérte fel a tápérték szerinti besorolási képesség és az élelmiszer-választás befolyásolása szempontjából a fogyasztók körében.

1. A beviteli referenciaérték rendszer monokróm formában tájékoztat az élelmiszerek adagonkénti energiatartalmáról, valamint egyes, odafigyelést igénylő tápanyagok

mennyiségéről, a napi irányadó bevitelhez viszonyítva. Az ismertetett tanulmányban ez a tápértékjelölési rendszer szolgált összehasonlítási alapként.

2. A „közlekedési jelzőlámpa” jelölési rendszer háromféle színkóddal (piros, sárga, zöld) ellátott címkét takar, amely az adott élelmiszer egy adagjára vonatkozó energia- és tápanyagtartalmáról ad információt a napi beviteli referenciaérték százalékában.
3. A figyelmeztető szimbólumokkal ellátott élelmiszerek energiatartalma vagy egy összetevője (pl. cukor) meghaladja az ajánlott napi bevittet. Tekintve, hogy minden korosztálynak más az energiaigénye, olyan modelleket alkalmaznak, melyek kiegyensúlyozzák ezeket a különbségeket.
4. A Nutri-Score rendszer 5 szintű besorolással, a zöldtől a pirosig terjedő színskála használatával jellemzi adott termék tápanyagösszetételét.
5. A Health Star jelölési rendszer egy féltől öt csillagig terjedő skálán egészségességük szerint értékeli a termékeket. Ez a táplálék

¹ Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Morfológiai és Fiziológiai Tanszék, Budapest

jelölés információt ad egyes odafigyelést igénylő tápanyagok mennyiségéről is 100 g termék vonatkozásában.

MÓDSZER

A felmérésben 12 európai ország lakosai² vettek részt két hullámban 2018-ban, országonként mintegy 1 000 fővel (N = 12 291). Azért, hogy az egyes társadalmi csoportok egyenlő arányban képviseltessék magukat, a mintavétel kvóta alapján történt a nem, az életkor, valamint a társadalmi-gazdasági helyzet tekintetében.

A vizsgálat során 3 élelmiszerkategórián belül (pizza, sütemény, reggeli müzli) 3 egyértelműen eltérő tápanyagprofilú terméket terveztek meg, a valódihoz hasonló, de fiktív csomagolással. A vizsgálat második részében a csomagolás elülső oldalán jelölték a termék tápértékét is.

A résztvevők online kérdőívet töltöttek ki, melyben a fent említett termékcsoportokat élelmiszer-választás és tápérték szerint rangsorolták a csomagolás elülső oldalán jelölt tápanyagösszetétel ismerete nélkül, majd azt látva is.

EREDMÉNYEK, MEGBESZÉLÉS

Az eredmények alapján a Nutri-Score rendszer segítette leginkább a fogyasztókat az egyes élelmiszerek tápértékének megbecslésében, illetve azok eszerint történő rangsorolásában, a beviteli referenciaérték rendszerhez képest. Ezt követte a „közlekedési jelzőlámpa”, a Health Star és a figyelmeztető szimbólumok jelölési rendszere. Míg a Nutri-Score közérthetősége mind a 12 országban megfigyelhető volt, a többi tápértékjelölési rendszeré országonként változott.

Az élelmiszer-választásra gyakorolt hatékonyság tekintetében, a beviteli referenciaérték rendszerrel összehasonlítva, szintén a Nutri-Score érte el

a legjobb eredményeket. A figyelmeztető szimbólumok, valamint a Health Star jelölési rendszer ugyanakkor nem váltottak ki szignifikánsan jobb hatást a referenciaként használt rendszerhez képest.

A Nutri-Score eredményessége a jelölési rendszerben használt színkódolással magyarázható, mely növeli a címke figyelemfelhívó erejét és a monokróm rendszerekhez képest (pl. Health Star jelölési rendszer) lerövidíti az információ felismeréséhez és megértéséhez szükséges időt. Ezen kívül a Nutri-Score rendszer fölénye az inkább összefoglaló, mint tápanyag-specifikus formátum használatával hozható összefüggésbe, amely alacsonyabb kognitív munkaterheléssel járhat.

A TANULMÁNY KORLÁTAI

Az eredmények értékelésekor szem előtt kell tartanunk, hogy a vizsgálati minta egyik ország esetében sem volt reprezentatív. Ezenkívül a résztvevők túlnyomó többsége (országonként változó mértékben, 52–89% között) az egészséges táplálkozás témakörében részben vagy nagy mértékben jártasnak tartották magukat. A résztvevők nem ismerték a tanulmány célkitűzéseit, és további ismereteik sem voltak a tápértékjelölési rendszerekről, ami befolyásolhatta az információk értelmezését. A résztvevők preferenciái egyaránt hatással lehettek az élelmiszer-választásra és a termékek tápérték szerinti rangsorolásának képességére is. Végül a vizsgálat körülményei eltértek a valós élethelyzetektől, ahol további tényezők, például az ár is befolyásolhatják a fogyasztók élelmiszer-választását. Ugyanakkor mivel a cél a tápértékjelölési rendszerek közérthetőség, valamint hatékonyság szerinti összehasonlítása volt, ezek a torzítások mind-egyik vizsgált rendszert egyformán érintették.

² Az első hullámban Bulgária, Dánia, Franciaország, Németország, Spanyolország és az Egyesült Királyság voltak a részt vevő államok, majd Belgium, Olaszország, Hollandia, Lengyelország, Portugália és Svájc a második hullámban.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Az ismertetett kutatás eredménye különösen fontos az európai harmonizáció szempontjából. Míg a Nutri-Score rendszer használatát egyre több európai uniós ország támogatja, más tagállamok — köztük Magyarország is — nem álltak a kezdeményezés mellé. A hazai szakemberek fontos feladata lehet, hogy a Nutri-Score rendszert megismerve ajánlásokat fogalmazzanak meg a döntéshozóknak. Egy, a fentihez hasonló vizsgálat kivitelezése potenciális kutatási terület lehet a hazánkban történő alkalmazhatóság felmérésére.

Fontos, hogy a hazai szakemberek is nyomon kövessék az Európai Bizottság tápértékjelölési rendszerét érintő munkáját. A Termelőtől az asztalig (*Farm to Fork*) program részeként várhatóan 2022-ben történik meg a jelölések egységesítése az Európai Unión belül.

Cikkismertetés: Mi a hatékony együttműködés titka az egészségfejlesztésben (is)?

Article review: What is the secret to effective collaboration in health promotion (too)?

Ismertető:	Devosa Iván ¹ ✉
Ismertetett cikk:	Corbin J, Jones HJ, Barry MM. "What makes intersectoral partnerships for health promotion work? A review of the international literature." <i>Health Promotion International</i> 2018. 1;33(1): 4–26. doi: 10.1093/heapro/daw061
Beküldve:	2021. 02. 03.
Doi:	10.24365/ef.v62i2.5921
Kulcsszavak: Keywords:	partnerség; szakirodalmi áttekintés; ágazatközi partnerségek; egészségpolitika partnership; literature review; intersectoral partnerships; health policy

HÁTTÉR

Az Egészségügyi Világszervezet (*World Health Organization, WHO*) szorgalmazza az „Egészséget minden szakpolitikában” megközelítést, vagyis az ágazatközi partnerségek létrehozását és fenntartását a lakosság egészségi állapotának javítása érdekében, hiszen az egészséget meghatározó legfontosabb tényezők jelentős része az egészségügyön kívül található. A partnerségi együttműködéssel kapcsolatos nemzetközi szakirodalom átfogó áttekintése, illetve az egészséget támogató és gátló folyamatokkal kapcsolatos eredmények ismertetése feltárja a különböző partnerek együttműködésének rejtett oldalait. Hat adatbázis áttekintése során (CINAHL, ERIC, Medline, PsychINFO, Web of Science és PubMed) a szakemberek olyan kulcsszavakat választottak, amelyek segítségével az egészségfejlesztési partnerségeket vizsgáló tanulmányok közül, kifejezetten az együttműködési folyamatokat feltáró publikációkra összpontosíthattak. Kutatásuk során megállapították, hogy a 2007. januárjától 2015. júniusáig közzé-

tett publikációk közül 26 tanulmány tartalmaz kvantitatív (n=8), kvalitatív (n=10) vagy vegyes módszerű (n=8) tervet a partnerségi együttműködési folyamatok vizsgálatára, így nem találtak egységes, összehasonlítható eredményeket.

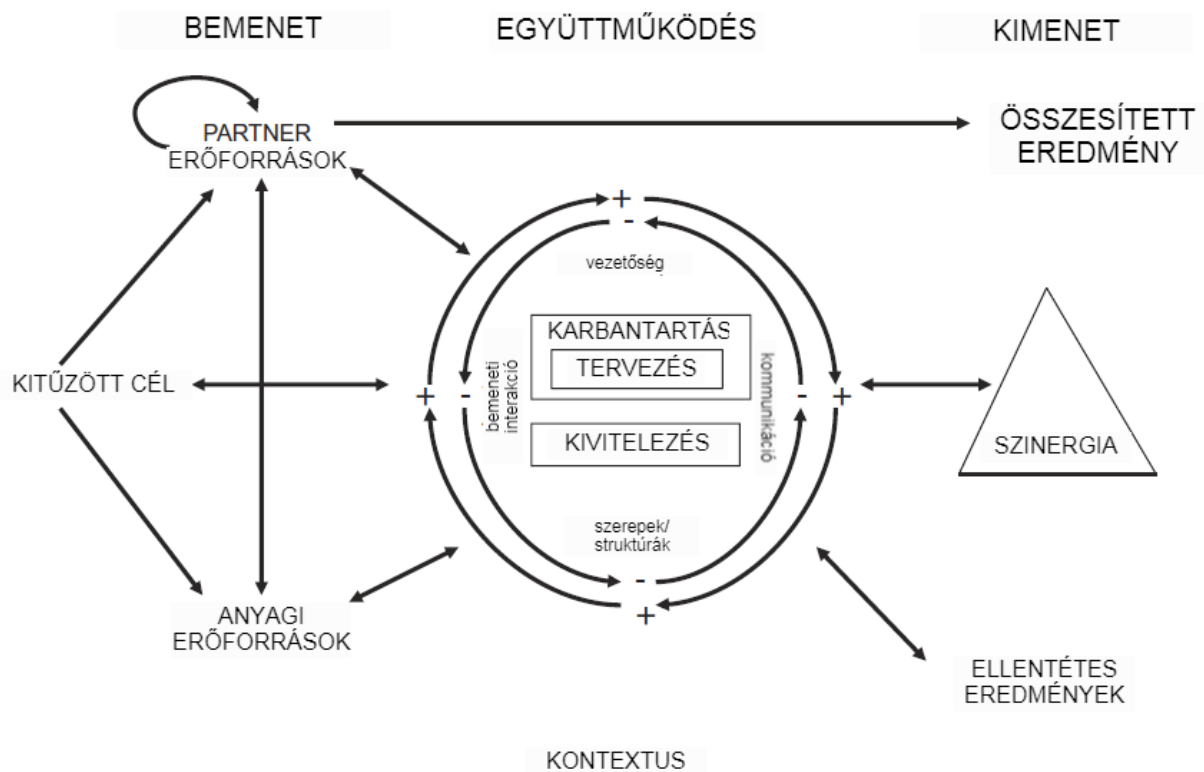
MÓDSZER

A szakemberek vizsgálati módszerként az együttműködés Bergen-féle modelljét választották (*The Bergen Model of Collaborative Functioning, BMCF*), mely egyike azon kevés elméleti keretrendszernek, amit számos különféle egészségfejlesztési kezdeményezésben gyakorlatban is teszteltek.

A BMCF a bemeneteket, az együttműködés folyamatát és a kimeneteket ábrázolja: az együttműködés folyamata a rendszeren belül ciklikus és interaktív. [1. ábra] A bemenetek a következők: partnerek, mint erőforrások; a kitűzött cél; és a pénzügyi források, amelyek motiválják a dinamikus működést (a modellben nyílak ábrázolják).

¹ Károli Gáspár Református Egyetem Tanítóképző Főiskolai Kar, Kecskemét

1. ábra: A Bergen-féle együttműködési modell



Forrás: saját szerkesztésű ábra

EREDMÉNYEK

A BMCF alapján a szakemberek a sikeres kooperáció titkát kilenc alapvető elemhez kötik:

1. Legyen közös a kitűzött cél, ami álljon összhangban a partnerek egyéni vagy intézményi céljaival;
2. Legyen széles a különböző partnerek részvételi köre, legyen egyensúly az emberi és pénzügyi erőforrások között;
3. Legyen bizalomra és befogadásra ösztönző vezetés;
4. Kommunikáció figyelemmel kísérése, és alkalmazkodni annak változásaihoz;
5. A formális és informális szerepek egyensúlya céltól függően;

6. Kezdetből fogva bizalmat kell építeni a partnerek között;
7. Legyen egyensúly a fenntartás és a kivitelezési tevékenységek között;
8. A politikai, gazdasági, kulturális, társadalmi és szervezeti összefüggések hatásának mérlegelése;
9. A folyamatos fejlődés érdekében a partner véleményének figyelembevétele az együttműködés teljes időtartama alatt.

KÖVETKEZTETÉSEK

További kutatásokra van szükség (e folyamatok között is), hogy még pontosabban megértsük, az ágazatközi partnerségek miként és hogyan befolyásolják a hosszabb távú eredményeket.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A fenti eredmények ismeretében megállapíthatjuk, hogy a magyarországi projektek és egészségfejlesztő tervek is sokszor azon buknak el, hogy a különböző szektorból érkező partnerek nem tudnak együttműködni: nem a szándék hiánya, hanem kommunikációs problémák miatt. A hazai szakemberek számára is fontos lenne egy olyan módszertan kidolgozása, amely lehetővé tenné, hogy a teljesen más területen működő szervezetek sikeresen tudjanak együttműködni egy-egy közös projekt kivitelezésében. Érdemes lenne a már megvalósult vagy megvalósulás alatt álló többszereplős projekteket is megvizsgálni például a BMCF alapján, így még idejekorán feltárni az esetleges együttműködést akadályozó okokat. Ez segítené a Népegészségügy 3.0 bevezetését is, melynek egyik kulcsfontosságú kérdése, hogy a szükséges információk hatékonyan áramoljanak az egyes résztvevők között.¹

HIVATKOZÁSOK

¹ Vitrai J. Cikkismertetés: Népegészségügy 3.0. Egészségfejlesztés, 60(4), 46–51. 2019. doi: [10.24365/ef.v60i4.500](https://doi.org/10.24365/ef.v60i4.500)

Cikkismertetés: Társadalmi-gazdasági helyzetünk előrejelzi, hogy kórházban halunk meg?

Article review: Does our socioeconomic status predict that we will die in a hospital?

Ismertető: Devosa Ivánⁱ ✉

Ismertetett cikk: Davies, Joanna M., et al. "Socioeconomic position and use of hospital-based care towards the end of life: a mediation analysis using the English Longitudinal Study of Ageing." *The Lancet Public Health* 2021. 6(3): 155–166.
doi: [10.1016/S2468-2667\(20\)30292-9](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30292-9)

Beküldve: 2021. 03. 24.
Doi: 10.24365/ef.v62i2.5922

Kulcsszavak: anyagi helyzet; egészség; kórház; társadalmi-gazdasági helyzet; kockázati tényezők
Keywords: wealth; health; hospital; socioeconomical status; risk factors

HÁTTÉR

Legtöbbünk lehetőség szerint élete végéig kerüli a kórházi ellátás igénybevételét, ugyanakkor a kórházi kezelés gyakoribb és valószínűbb az alacsony társadalmi-gazdasági helyzetű emberek között. A társadalmi-gazdasági egyenlőtlenség hátterében álló okok nincsenek kellőképpen feltárva: jelen kutatás az életük vége felé járó emberek társadalmi-gazdasági helyzete és kórházi ellátása közötti lehetséges kapcsolati lehetőséget vizsgálta a következő három változón keresztül: 1. egészségi állapot és életvitel, 2. hozzáférési lehetőségek az egészségügyi szolgáltatásokhoz, 3. szociális támogatottság.

MÓDSZER

A tanulmányhoz 50 éves vagy annál idősebb, Angliában elhunyt emberek adatait dolgozták fel, az országosan reprezentatív English Longitudinal Study of Aging adatbázisának felhasználásával. Többszörös mediációs modellt alkalmaztak: életkorhoz és nemhez igazított regressziót használtak. Ebben megvizsgálták a különböző tényezők szerepét, hogy megbecsüljék a (vagyon

és végzettség alapján megállapított) társadalmi-gazdasági helyzet közvetlen kapcsolatát a kórházi halálozásokkal. Emellett vizsgálták, milyen összefüggés volt a társadalmi-gazdasági helyzet és aközött, hogy az egyén három vagy több kórházi kezelést vett igénybe az elmúlt 2 évben.

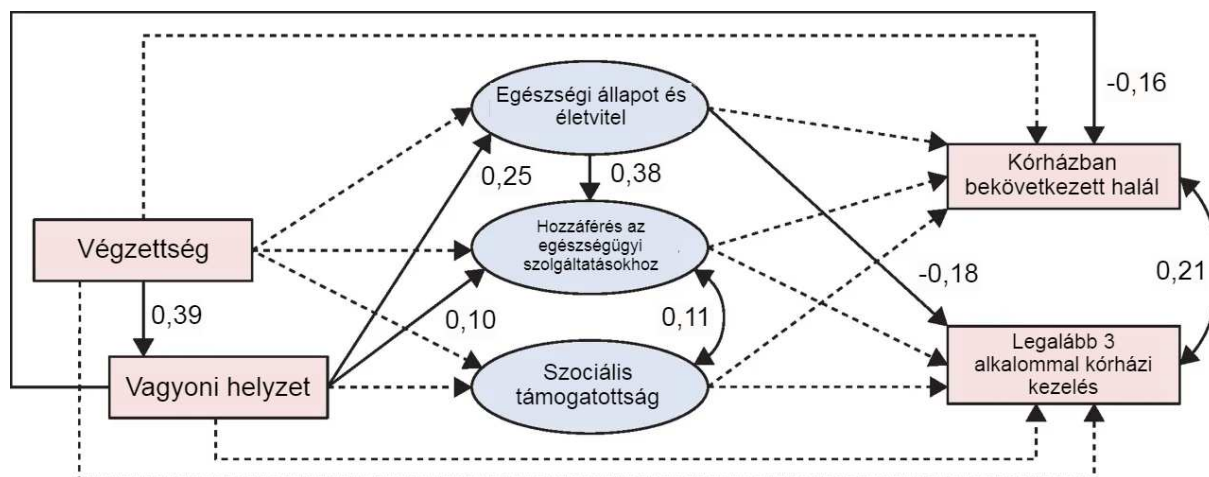
EREDMÉNYEK

A kutatás során 737 elhunyt személy (42,6% nő, 57,4% férfi) kórházi dokumentumait tekintették át, s vonták be az elemzésbe, medián életkoruk 78 év volt elhalálozásuk időpontjában. A kórházban bekövetkezett halál esélyét közvetlenül csökkentette a jobb anyagi helyzet, de ezt egyik változó sem indokolta közvetlenül. [1. ábra]

A kórházi kezelés esetében az egészségi állapot és életvitel értéke mutatta a vagyoni helyzet jelentőségét, ahol a jobb anyagi háttér 34,6%-kal csökkentette a gyakori kórházba kerülés esélyét. A jobb vagyoni helyzet a jobb egészségi állapottal és életmóddal mutatott összefüggést. A végzettség szintje csak közvetetten, a vagyoni helyzeten keresztül társult az eredményekhez. [1. ábra]

ⁱ Károli Gáspár Református Egyetem, Tanítóképző Főiskolai Kar, Kecskemét

1. ábra: A modell változói közötti kapcsolat



Forrás: saját szerkesztésű ábra az eredeti alapján

Magyarázat: Az ábrán a számok az összefüggés erősségére utalnak. A folyamatos vonalak statisztikailag szignifikáns kapcsolatokat ábrázolják, míg a szaggatott vonalakkal jelölt kapcsolatok nem voltak szignifikánsak. A vonalak melletti számok a kockázati esélyhányadost jelzik, melynél a pozitív értékek a két tétel egyenes arányú kapcsolatát jelenti, például minél jobb a vagyoni helyzete valakinek, annál nagyobb az esélye jó egészségi állapotra, míg a negatív értékek fordított arányú korrelációt mutatnak, azaz minél jobb valaki egészségi állapota, annál kisebb eséllyel kerül kórházba „legalább 3 alkalommal”.

KÖVETKEZTETÉSEK

A kutatás eredményei azt sugallják, hogy a rosszabb egészségi állapot és életvitel részben magyarázhatja, hogy a hátrányosabb vagyoni helyzetben élő emberek miért kerülnek többször kórházba, ez egyben kiemeli a társadalmi státusból adódó egészségi állapot jelentőségét. Ugyancsak magyarázatot kapunk arra, hogy az

életük vége felé járó személyek miért kerülnek kórházba, és haláloznak el az intézményben.

Az eredmények felhívják a figyelmet a kedvezőtlen vagyoni helyzetben élő, életük végéhez közeledő betegek rosszabb egészségi állapotával kapcsolatos kockázati tényezőkre. Az adatok alapján át kell gondolni az erőforrások elosztásának módját az egészségügyi szükséglet és a társadalmi státusz alapján.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A fenti következtetések alapján megállapíthatjuk, hogy a magyarországi egészségügyi ellátórendszert is érdemes lenne megvizsgálni abból a szempontból, hogy a tanulmányban ismertetett három változó (1. egészségi állapot és életvitel, 2. hozzáférési lehetőségek az egészségügyi szolgáltatásokhoz, 3. szociális támogatottság) milyen mértékben befolyásolja a kórházi halálozást. A Népegészségügy 3.0 „3 vödör” megelőzési modellje alapján láthatjuk, hogy az egészségi állapotot és életmódot befolyásoló társadalmi tényezők komoly jelentőséggel bírnak: a Népegészségügy 3.0 keretein belül bevezetett lépések öt éven belül várható egészségnyeresége a jelen tanulmányban tárgyalt problémák súlyosságát is mérsékelhetik, így jelentősen redukálhatják a gyakori kórházba kerülés esélyét, ezzel párhuzamosan csökkentve az egészségügyi ellátórendszerre nehezedő nyomást, emellett az egyéni és a társadalombiztosítási kassa terheit.

Cikkismertetés: A Lancet Countdown 2020 jelentés összefoglalója az egészség és klímaváltozás összefüggéseiről

Article review: The 2020 report of The Lancet Countdown on health and climate change: responding to converging crises

Ismertető:	Csizmadia Péter ¹ ✉
Ismertetett cikk:	Watts N, Amann M, Arnell N, Ayeb-Karlsson S, Beagley J, Belesova K et al. Lancet 2021; 397: 129–70. Published Online December 2, 2020 https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32290-X
Beküldve:	2021. 01. 26.
Doi:	10.24365/ef.v62i2.5923
Kulcsszavak: Keywords:	klímaváltozás; népegészségügy; COVID-19-járvány; szén-dioxid-kibocsátás climate change; public health; COVID-19 pandemic; carbon dioxide emission

A Lancet Countdown egy nemzetközi együttműködés, független, globális monitoringrendszer, melynek célja az éghajlatváltozás egészségre gyakorolt hatásainak nyomon követése.

A 2020-as jelentés 43 mutatót sorakoztat fel öt fejezetbe tagolva:

1. Az éghajlatváltozás hatása, kitettség és sebezhetőség
2. Alkalmazkodás, tervezés és az egészségügy alkalmazkodása
3. Az enyhítést szolgáló intézkedések és az egészséggel járó társelőnyök
4. Közgazdaságtan és pénzügyek
5. A nyilvánosság és politika szerepe

Ez a jelentés a Lancet Countdown-t alkotó 35 vezető tudományos intézmény és az ENSZ-ügynökségek egyeztetett megállapításait képviseli, amelyek magukba foglalják a klíma-, földrajz- és műszaki tudományok, az energia-, élelmiszer- és közlekedési szakterületek, a közgazdaságtan, a társadalomtudományok és a politológia, a statisztika, a népegészségügy és az orvostudományok eredményeit.

A KLÍMAVÁLTOZÁS HATÁSA AZ EGÉSZSÉGRE

5 évvel ezelőtt a mérőföldkönek számító, éghajlatváltozásról szóló Párizsi Megállapodásban a világ országai kötelezték magukat a globális átlaghőmérséklet emelkedésének jóval 2°C alatt tartására. Ennek ellenére az elmúlt öt évben a globális szén-dioxid (CO₂)-kibocsátás folyamatosan növekedett, meggyőző vagy tartós csökkenés nélkül, ami a globális átlaghőmérséklet 1,2°C-os emelkedését eredményezte. A rendszeres mérések kezdete óta az öt legforróbb év 2015 óta volt.

A klímaváltozás globális szinten már jelentős elmozdulásokat eredményezett az egészséget meghatározó társadalmi és környezeti tényezők körében. A jelentés első fejezete részletesen kitér rá, hogy minden tényező (éghajlatváltozás hatásai, kitettség és sérülékenység) esetében egyre romló értékeket mutatnak az indikátorok. A klímaváltozás népességre gyakorolt hatása kapcsán aggasztó és gyakran felgyorsuló tendenciákat figyeltek meg 2020-ban, összehasonlítva a Lancet Countdown első megjelenésével.

¹ Nemzeti Népegészségügyi Központ, Budapest

Ezek a tendenciák gyakran egyenlőtlenül, aránytalanul sújtják azokat a csoportokat, amelyek a legkevésbé járultak hozzá a probléma kialakulásához. Ez felveti az igazságosság kérdését, hiszen az éghajlatváltozás hatással van a fennálló társadalmi és gazdasági egyenlőtlenségekre, azaz tovább rontja az országokon belül és az országok között régóta fennálló negatív tendenciákat. Az éghajlatváltozás okainak vizsgálata szintén rávilágít a társadalmi igazságosság problémájára, ugyanis a magas szén-dioxid-kibocsátással járó tevékenységek rossz levegőminőséghez, romló ételmiszer- és lakásminőséghez vezetnek. Ezek a tényezők a hátrányos helyzetű lakosság egészségét aránytalanul nagyobb mértékben károsítják.

A fentiekén kívül a sérülékeny csoportoknak 2019-ben globálisan 475 millió hóhullámeseeményt kellett elszenvedniük, amely hozzájárult a romló morbiditáshoz és mortalitáshoz. Az elmúlt 20 év során a hőség okozta halálozás 53,7%-kal nőtt a 65 évnél idősebbeknél, amely 2018-ban összesen 296 000 halálesetet tett ki. A hőséggel összefüggő megbetegedések és halálozás költségei már a gazdasági teljesítményben is megmutatkoznak: 2019-ben 302 milliárd potenciális munkaóra veszett el. India és Indonézia a legsúlyosabban érintett országok közé tartozik, ahol a potenciális munkaórák csökkenése az éves bruttó hazai termék 4–6%-ának felel meg. Európában 2018-ban a hőséggel összefüggő halálozás költsége a helyi bruttó nemzeti jövedelem 1,2%-ának, vagyis 11 millió európai polgár átlagjövedelmének felelt meg.

Az éghajlattudomány fejlődése nagyobb pontosságot tesz lehetővé a szélsőséges időjárási viszonyok észlelésében. A 2015 és 2020 között megjelent tanulmányok szerint 76 árvíz, aszály, vihar és hőmérséklet-anomália esetében mutatták ki a klímaváltozás hatásait. Ezenkívül 114 országban nőtt azoknak a napoknak a száma 2001–2004 és 2016–2019 között, amikor nagyon magas vagy rendkívül magas volt a futótűz kialakulásának a veszélye. Ennek megfelelően egy globális kutatásban megkérdezett városok 67%-a arra számított, hogy az éghajlatváltozás komolyan veszélyezteti az egészségügyi ellátást.

A szélsőséges éghajlati változások kedvezőtlenül befolyásolják az ember környezetét, amely károsíthatja az egészségi állapotot. A globális

élelmezésbiztonságot veszélyezteti a hőmérséklet emelkedése, és a szélsőséges események gyakoriságának növekedése. A főbb gabonák potenciális hozammutatója 1981 és 2019 között 1,8–8,6%-kal csökkent. Az 1950-es évek óta az éghajlati tulajdonságok évről-évre egyre jobban kedveznek a fertőző betegségek kialakulásának és elterjedésének, például az *Aedes albopictus* által okozott dengue-láz esetében 15%-os emelkedés következett be 2018-ban, a malária- és a vibriobaktériumok esetében pedig a regionális növekedés volt megfigyelhető. A jelenlegi népességet figyelembe véve 145 és 565 millió közé tehető azoknak a száma, akiknek potenciális árvízről vagy tengerszint-emelkedéstől kell tartania.

A világos és növekvő számú negatív jelenségek ellenére az éghajlatváltozásra adott globális válasz gyengült, és az országok továbbra sem teljesítik a Párizsi Megállapodásban vállalt kötelezettségeiket. A szén-dioxid-kibocsátás világszinten 30 éve szinte állandó maradt, a szénfelhasználás viszont ez idő alatt 74%-kal nőtt. A globális szénfelhasználás 2013 óta megfigyelt csökkenése az elmúlt két egymás utáni évben megfordult: a szénfelhasználás 2016-tól 2018-ig 1,7%-kal emelkedett. Az egészségügyi következmények jelentősek. Évente több mint 1 millió haláleset írható a széntüzelés okozta légszennyezés számlájára, és ezek közül mintegy 390 000 haláleset köthető a kisméretű részecske-szennyezéshez 2018-ban. Az ételmiszer- és a mezőgazdasági ágazat válasza hasonlóan elégtelen volt. Az állattenyésztésből származó kibocsátás 2000 és 2017 között 16%-kal nőtt, amelynek 93%-a kérődző állatok tartásából ered. Hasonlóképpen az egészségtelen étrend világszerte egyre gyakoribbá válik, a túlzott vöröshús-fogyasztás mintegy 990 000 halálesethez vezetett 2017-ben. Öt évvel a Párizsi Megállapodás után számos mutató alapján arra következtethetünk, hogy a korábbi pozitív tendenciák tartósan megfordultak.

AZ EGÉSZSÉGÜGY VÁLASZAI A KLÍMAVÁLTOZÁSRA

A teljes gazdaságban tapasztalható csekély javulás ellenére relatíve pozitív fejlemények következtek be több kulcsfontosságú ágazatban: 2010 és 2017 között a megújulóenergia-kapacitások

átlagos éves növekedési üteme 21% volt, az alacsony szén-dioxid-kibocsátású villamosenergia előállítás pedig a termelés 28%-át képezte Kínában 2017-ben. A jelentés szerint a legjelentősebb előrelépés az egészségügyi ágazat globális éghajlatváltozással kapcsolatos aktív szerepében mutatkozott meg. Az orvosoknak, az ápolóknak és a tágabb értelemben vett társszakmáknak központi szerepe van az egészségügy alkalmazkodóképességében, a nehézségek enyhítésében. Rájuk hárul a feladat, hogy a klímaváltozással kapcsolatos beavatkozások pozitív egészségügyi hatásait és a gyors reagálás szükségességét megértessék a döntéshozókkal.

A nemzeti egészségügyi ellátórendszerek igyekeznek alkalmazkodni a kihívásokhoz, esetenként lenyűgöző gyorsasággal. Az egészségügy és a meteorológiai szolgálat között már 86 országban épült ki hivatalos együttműködés a tervezhetőség érdekében. Legalább 51 ország dolgozott ki terveket az egészségügyi alkalmazkodóképesség javítására, és az erre a célra fordított globális kiadások az összes adaptálásra fordított összeg 5,3%-át tették ki 2018-2019-ben, ez 2019-ben 18,4 milliárd USD-ra rúgott.

Az egészségügyi ágazat, amely 2017-ben a globális üvegházhatású gázkibocsátás 4,6%-áért felelős, kezdeti, de fontos lépéseket tesz saját kibocsátásának csökkentése érdekében. Az Egyesült Királyságban a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat (*National Health Service, NHS*) kijelentette, építve az eddig elért eredményeikre (1990 óta az ellátás kibocsátását 57%-kal csökkentették, 22%-kal, ha bele vesszük a logisztikai tényezőket is), hogy szeretne minél előbb kibocsátással nem járó egészségügyi szolgáltatásokat nyújtani. A nyugat- ausztráliai egészségügyi minisztérium 2016. évi egészségügyi törvény alapján lefolytatta Ausztrália első éghajlat- és egészségkutatását, a német szövetségi egészségügyi minisztérium pedig létrehozott egy külön egészségvédelmi és fenntarthatósági osztályt, amely az éghajlattal kapcsolatos ügyekért felelős. Egyre több ország számol be hasonló, pozitív fejleményekről. Az országok 73%-a kifejezetten hivatkozik az egészségre és a jólétre a Párizsi Megállapodásban szereplő nemzetileg meghatározott hozzájárulások kapcsán, Délkelet-Ázsia és a Földközi-tenger keleti régióinak országai esetében ez a szám 100%. Hasonlóképpen a legkevésbé fejlett országok és a fejlődő,

kis szigetországok csoportja egyre fontosabb szerepet töltenek be az ENSZ-ben zajló, az egészség és éghajlatváltozás összefüggéseiről zajló vitákban.

Az egészségsektor pozitív fejleményei között említik az egészségügyi intézmények kötelezettségvállalását arra, hogy több mint 42 milliárd dollár értékben csökkentik a fosszilis tüzelőanyagok felhasználását. A tudományos életben az egészségre és az éghajlatváltozásra vonatkozó eredeti kutatások publikálása 2007-től 2019-ig nyolcszorosára nőtt.

Ezek a változások megmutatkoznak a szélesebb közbeszédben is. 2018 és 2019 között az egészség és az éghajlatváltozás médiában való reprezentációja világszerte 96%-kal nőtt, meghaladva az éghajlatváltozással foglalkozó tartalmakat, elérve az eddigi legmagasabb pontot. A járványügy és a higiénia terén elért haladás, valamint a dohányzás visszaszorításának sikere kezdik behozni az eddigi lemaradást.

A KÖVETKEZŐ ÖT ÉV: KÖZÖS VÁLASZ KÉT NÉPEGÉSZSÉGÜGYI VÁLSÁGRA

2020. december 12-én volt a 2015. évi Párizsi Megállapodás 5. évfordulója. Az aláíró országok frissítik nemzeti kötelezettségvállalásaikat, és ezeket ötévente felülvizsgálják majd. A következő 5 év kulcsfontosságú lesz. Az 1,5°C-os cél eléréséhez és a hőmérséklet-emelkedés jóval 2°C alatt tartásához a jelenleg évente kibocsátott 56 gigatonna CO₂ egyenértéknek (GtCO₂) mindössze 10 év alatt (2030-ig) 25 GtCO₂-re kell csökkenie. Valójában ez a csökkenés minden évben 7,6%-os csökkentést igényel, amihez a nemzeti célkitűzések jelenlegi szintjét az ötszörösére kellene növelni. Az elkövetkező 5 évben további beavatkozások nélkül a cél eléréséhez szükséges csökkentések évente 15,4%-ra nőnének, elérhetlenné téve a 1,5°C-os célt.

Az éghajlatváltozás elleni küzdelem szükségességét az elkövetkező 5 évben a COVID-19-járvány következményei és a globális válaszok tükrözik. A járvány és az éghajlatváltozás okozta, milliárdok mérhető halálos áldozatok, a milliárdokat jelentő gazdasági költségek és a várhatóan még évekig tartó súlyosabb következmények miatt mind a két válság kezelésére hozott

intézkedéseket gondosan együtt kell tervezni. Mivel az egészségügyi szakemberek mindkét probléma esetén közvetlenül érintettek, ez egyfajta hídszerepet biztosít számukra. A világjárvány kezelésében szerzett klinikai tapasztalatok hozzájárulhatnak annak megértéséhez, hogy a két népegészségügyi problémát hogyan lehet közösen kezelni.

Először is, akut esetben kiemelt fontosságú a helyzet gyors diagnosztizálása és átfogó értékelése. Hasonlóképpen további munkára van szükség a probléma megértése érdekében, többek között meg kell vizsgálni: a népesség mely csoportjai vannak kitéve mind a világjárványnak, mind az éghajlatváltozásnak; hogyan reagáltak és alkalmazkodtak a globális és a nemzeti gazdaságok; melyek az egészségügyi és környezeti beavatkozások következményei; a váltások mely aspektusai hasznosak a hosszabb távú, fenntartható fejlődés támogatására. Másodszor fontos a megfelelő helyreállítási és kezelési lehetőségek felülvizsgálata és alkalmazása, gondosan mérlegelve a lehetséges mellékhatásokat, az ellátás céljait és a beteg későbbi életútját. Az elavult energiaforrásokat és közlekedési formákat előtérbe helyező gazdaságélénkítési csomagoknak, amelyek elsősorban fosszilis üzemanyagokat használnak, nem szándékolt következményei lesznek, feleslegesen növelve az amúgy is magas, 7 milliós, légszennyezés miatti halálozást. Az ilyen intézkedések helyett az egészséget támogató környezet kialakítására lenne szükség, mint például a megújuló energia, az aktív közlekedési infrastruktúra fejlesztése, a fizikai aktivitást támogató beruházások, valamint a rugalmas és az éghajlatváltozáshoz alkalmazkodó egészségügyi ellátás megteremtése. Ezek

az intézkedések végül hatékonyabbak lesznek, mint az elavult módszerek.

Végül ki kell emelni hosszabb távon a szekunder prevenció szerepét, meg kell próbálni a betegségek tartós hatásainak minimalizálását, és megakadályozni a járvány kiújulását. A világjárvány megfékezése érdekében hozott intézkedések sok szempontból hasonlóak az időjárási szélsőségekhez és az éghajlatváltozás miatt kialakuló új fenyegetésekhez való alkalmazkodáshoz. Ezek a lépések magukban foglalják a veszélyeztetett lakosság azonosítását, az egészségügyi rendszerek kapacitásának felmérését, a készülséget javító intézkedések kidolgozását, azok használatát, valamint a közösségek ellenálló képességének javítását és a méltányosság szempontjainak hangsúlyozását. Az éghajlatváltozás jelenlegi és jövőbeni hatásainak figyelembevétele nélkül a jövőbeni járványokra való felkészülés veszélybe kerül.

Minden lépésben és mindkét esetben a legfontosabb a fenyegetés mértékével arányos, sürgős beavatkozás a rendelkezésre álló legjobb tudás alapján, valamint az egyértelmű és következetes kommunikáció. A COVID-19-járvány következményei determinálják a kormányok gazdasági, társadalmi és környezeti politikáját az elkövetkező 5 évben. Ez az időszak döntő fontosságú lesz abból a szempontból, hogy sikerül-e betartani a jóval 2°C alatti hőmérséklet-növekedést. Ha a pandémia utáni helyreállítás nem lesz összhangban az éghajlatváltozásra adott válaszokkal, a világ nem fogja elérni a Párizsi Megállapodásban kitűzött célt, ami rövid és hosszú távon károsítja a népegészségügyet is és így végső soron a legfontosabb értéket, az emberek egészségét.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Az éghajlatváltozás és a COVID-19-járvány visszaszorításáért zajló küzdelem számos ponton összefonódik, ezért célszerű a két válság kezelésére hozott intézkedéseket gondosan együtt tervezni. Mivel az egészségügyi szakemberek mindkét probléma esetén közvetlenül érintettek, ez egyfajta hídszerepet biztosít számukra. A pandémia felszámolásában szerzett klinikai tapasztalatok hozzájárulhatnak annak megértéséhez, hogy a két népegészségügyi problémát hogyan lehet közösen kezelni.

Szerhasználat megelőzése – Bevezető

Substance use prevention – Intro

Szerző:	Kimmel Zsófia ¹ ✉
Beküldve:	2021. 05. 07.
Doi:	10.24365/ef.v62i2.6001
Kulcsszavak:	dohányzásprevenációs program; elektronikus cigaretta; füstmentes dohánytermékek; ártalomcsökkentés; fiatalok; szakértői válasz
Keywords:	tobacco prevention; electronic cigarette; smokeless tobacco products; harm reduction; youth; expert opinions

Az elmúlt években a cigarettázás „egészségszebb” alternatívájaként számos új, dohányzást imitáló eszköz jelent meg a piacokon: nikotint tartalmazó és nikotinmentes elektronikus cigaretták, dohányzást imitáló elektronikus eszközök, füst nélküli dohánytermékek satöbbi. A hazai felmérések alapján a lakosság 2,2%-a használ valamilyen elektronikus eszközt, többségük a dohányzással párhuzamosan.² Mivel a legtöbb termék nikotint tartalmaz, a gyártók ezeket az eszközöket a felnőtt lakosság számára kínálja egészségesebb alternatívaként, illetve a leszokás egyik lehetséges eszközeként. Bár a gyártók felhívják a figyelmet arra, hogy a nikotin függőséget okoz, alternatív termékeiket azzal népszerűsítik, hogy a hagyományos dohánytermékekhez képest kisebb egészségkockázattal jár használatuk.

2020 tavaszán egy iskolai prevenció program eredményeit ismertető közleményt nyújtottak be szerkesztőségünkhöz. A három éven át megvalósuló program célja a dohánytermékek, illetve kannabinoidok használatának megelőzése volt a serdülők körében. A program az információátadást, illetve készségfejlesztést túl népszerűsíteni kívánta a különböző ártalomcsökkentő eszközöket, például elektronikus cigaretta,

snüssz használatát, illetve a szintetikus kannabinoidokkal szemben a hagyományos kannabinoidokat részesítette előnybe. A benyújtott írás kapcsán kérdésként merült fel a szerkesztőségben, hogy az elektronikus cigaretta vagy füstmentes dohánytermékek használatának, mint az ártalomcsökkentés eszközeinek van-e helye a fiataloknak szóló prevenció programokban, illetve milyen prevenció eszközök lehetnek hatékonyak a fiatalok szerhasználatának megelőzésében?

Szerkesztőségünk négy, a témában járatos szakembert keresett meg az alábbi kérdésekkel:

- 1) Milyen szemléletet és gyakorlatot javasol Ön a szakemberek számára a serdülők dohányzásának és droghasználatának megelőzésére és visszaszorítására?
- 2) Mi az Ön véleménye arról az egyre gyakoribb vélekedésről, hogy az ártalomcsökkentés érdekében az elektronikus cigaretta, a snüssz vagy hasonló termékek használatának ajánlása, népszerűsítése javasolt a diákok körében?

Utóbbi kérdésre mind a négy szakember választ adott. Urbán Róbert válaszában elsősorban arra hívja fel a figyelmet, hogy a téma számos kérdést

¹ Addiktológiai Konzultánsok Országos Egyesülete

² Felnőtt Dohányzás Felmérés 2019. Az Országos Korányi Pulmonológiai Intézet megbízásából a M.Á.S.T. Kft. által végzett felmérés. http://www.leszokastamogatas.hu/wp-content/uploads/2021/03/Osszefoglalo_Felnott_Dohanyzas_Felmeres_2019_1.4.pdf (Elérve: 2021. 04. 28.)

vet fel, melyre tudományos bizonyítékok hiányában nem tudunk pontos választ adni, így jelenleg nem lehet kijelenteni azt, hogy a programban használt ártalomcsökkentő eszközök hatékony prevenciósz eszközök lennének. Cselkó Zsuzsa és Péntes Melinda válaszuk első részében részletes áttekintést adnak a hatékony dohányzásprevenciósz lehetőségekről, majd a szakértők ismertetik az elektronikus cigaretták, illetve egyéb füstnélküli dohánytermékek használatával kapcsolatos jelenlegi tudományos álláspontokat. Demetrovics Zsolt írásában az ártalomcsökkentésről mint prevenciósz eszközről ír. Kihangsúlyozza az ártalomcsökkentés általános célkitűzéseit, előnyeit és hátrányait, így képet kapunk az ártalomcsök-

kentés eszközéről a fiatalokat célzó prevenciósz munkában. A szakértők válasza alapján elmondhatjuk, hogy a témában jelenleg nem áll rendelkezésünkre elegendő tudományos bizonyíték, ezért a szakembereknek körültekintőnek kell lenniük az alternatív eszközökkel kapcsolatos véleménynyilvánítás során. Kiemelendő továbbá, hogy a függőségek kialakulását több tényező együttesen határozza meg, így a prevenciósz programoknak komplex eszköztárral kell rendelkezniük. Ilyenek lehetnek a különböző szociális készségek fejlesztésére irányuló, illetve traumafókuszú prevenciósz eszközök, melyek bizonyítottan hatékonyak lehetnek a függőségek kialakulásának megakadályozásában.

Szerhasználat megelőzése – Szakértő válaszol: Pénzes Melinda

Substance use prevention – Expert opinion: Melinda Pénzes

Szerző:	Pénzes Melinda ¹ ✉
Beküldve:	2020. 10. 06.
Doi:	10.24365/ef.v62i2.6020
Kulcsszavak:	dohányzásprevenációs program; elektronikus cigaretta; füstmentes dohánytermékek; ártalomcsökkentés; fiatalok; szakértői válasz
Keywords:	tobacco prevention program; electronic cigarette; smokeless tobacco products; harm reduction; youth; expert opinions

Milyen szemléletet és gyakorlatot javasol Ön a szakemberek számára a serdülők dohányzásának és droghasználatának megelőzésére és visszaszorítására?

Válaszomban a serdülőkorú dohányzás megelőzésével kapcsolatban teszek javaslatot.

A WHO Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezményének 12. cikke fogalmazza meg az oktatás, képzés és lakossági tudatosság jelentőségét a dohányzás visszaszorítása érdekében, amelynek egyik részét az iskolai dohányzásprevenációs programok képezik.¹ Habár az iskolai programoknak önmagukban csekély a hosszú távú, dohányzást megelőző hatékonysága, azonban ezek egy átfogó, többkomponensű dohányzásprevenációs program részeként kifejezetten hatékonyá válhatnak, ha tartalmazzák az iskolai dohányzás általános korlátozását, továbbá tömegkommunikációs kampányokat és más közösségi intézkedéseket.² Az iskolai preventív programok jelentős előnye, hogy ezen az úton szinte minden serdülő elérhető, valamint a megelőzés az iskolai élet mindennapjainak szerves részévé válhat. Az elmúlt négy évtizedben különböző típusú iskolai dohányzás megelőzési programok alakultak ki. Egyesek csupán a dohányzás gyakoriságával és káros hatásaival kapcsolatos információk átadásra összpontosítottak, mások viszont arra helyezték a hangsúlyt, hogy

készségeket fejlesszenek a dohányzás elkezdését meggátoló életvezetési, vagy visszautasítási technikák kialakítása érdekében, míg az úgynevezett multimodális programok nemcsak a tanulókat célozták meg, hanem a pedagógusokat, szülőket és más, iskolához kapcsolódó közösségeket is.³

A hazai iskolákban a ténylegesen zajló dohányzásprevenáció gyakoriságáról, a kivitelezés módjáról, tartalmáról, illetve korlátairól kevés információ áll rendelkezésre. Az elmúlt évtizedekben számos iskolai dohányzás- és egyéb drogprevenációs program valósult meg, amelyek túlnyomórészt az általános iskolák 5. évfolyamától kezdődően jelentek meg, azonban keveset tudhattunk meg a foglalkozások gyakoriságáról, tartalmáról és hatékonyságáról.⁴

Azok a tanulmányok, amelyek a hazai iskolai drogprevenációs programokat tekintették át, módszertanilag heterogén, többnyire hiányosan megtervezett, spontaneitáson alapuló és szakszerűtlenül végrehajtott beavatkozásokat találtak, amelyek leginkább a legális és illegális drogok egészségügyi következményeivel foglalkoztak.^{4,5} Egy másik vizsgálatban magyar serdülők arról számoltak be, hogy elsősorban a dohányzás egészségre káros következményeiről hallottak az iskolai dohányzás megelőzési foglalkozásokon.⁶

¹ Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Népegészségtani Intézet, Budapest

Csak információátadásra szorítókozó intervenciók hatékonyságáról a serdülők dohányzó magatartásával kapcsolatban kevés bizonyíték áll rendelkezésünkre.^{5,7} Úgy tűnik, hogy a dohányzásprevenációs programoknak ez a típusa növelheti az egészségre káros hatások ismeretét, de hosszú távon korlátozottan, vagy egyáltalán nem gyakorol hatást a fiatalok dohányzással kapcsolatos döntéseire.^{5,8,9} A preventációs programok ráadásul gyakran nem jutnak el a fiatalok fokozott kockázatú csoportjaihoz, illetve a dohányzásnak nem azokat a következményeit hangsúlyozzák, amelyek a legnagyobb gondot jelentik a fiatal populációban.¹⁰ Bár elengedhetetlen a dohányzás káros következményeivel kapcsolatos ismeretek bővítése, de önmagában nem elegendő ahhoz, hogy a serdülők tájékozottan dönthessenek a követendő magatartásról. Ezenfelül érdemes volna figyelni az igényeikre, ugyanis többet akarnak tudni arról, hogy mi az oka a dohányzás elkezdesének, szívesen meghallgatnák a már leszokottak véleményét a dohányzás egészségre gyakorolt káros hatásairól, illetve a különféle dohánytermékek és azok egészségügyi megítélése is foglalkoztatja őket.^{6,11}

Egy tanulmányban az iskolai alkalmazottak szemszögéből is vizsgálták az ott folytatott dohányzásprevenációs foglalkozások kivitelezési és tartalmi jellemzőit.¹² Az eredmények szerint a foglalkozások tanévenkénti átlagos óraszama (legmagasabb óraszám átlaga = 3,03; szórása = 2,02, amely a 8. osztályosok körében fordult elő) jelentősen elmaradt az ajánlásoktól, amelyek évente legalább 10 foglalkozásból álló programot tartanak hatásosnak.⁵ Figyelembe véve a dohányzást kipróbáló és rendszeresen dohányzó magyar serdülők arányát az 5. évfolyamtól kezdődően, a vizsgált iskolákban a prevenció időzítése és intenzitása is elmaradt az ajánlásoktól.^{5,13} Éppen ezért megfontolandó volna a szerhasználatot, így a dohányzást megelőző programokat már az általános iskolák alsó tagozatára is kiterjeszteni, hogy mire a fiatalok a kipróbálás szempontjából leginkább veszélyeztetett életkorba lépnek, már rendelkezzenek azokkal a készségekkel, amelyekkel kellően ellen tudnak állni a kipróbálást motiváló ingereknek.^{5,14,15,16} Az iskolai megelőző programok létjogosultságát tovább erősíti, hogy a nagyvárosi általános iskolás, dohányzó serdülők szerint ezek hatékonyak lehetnének a dohányzók arányának

csökkentésében, különösen abban az esetben, ha a fokozott kockázatú fiatalokra összpontosítanának.⁶

Hasonlóan a hazai iskolai drogprevenciót elemző vizsgálatok eredményeihez, Fekete és munkatársai tanulmánya is azt igazolta, hogy a foglalkozások jellemzően nem interaktív módon zajlottak.^{4,12,17,18} A preventációs programok hatékonyságának további sarkalatos pontja a foglalkozásvezető személye, akinek a kellő hatásgyakorlás érdekében nemcsak megfelelő szakmai tudással és motivációval szükséges rendelkeznie, hanem egyúttal hitelesnek is kell lennie.^{5,11} A tanulmányok eredményei alapján a foglalkozásokat leggyakrabban az iskola pedagógusai vezették, annak ellenére, hogy a megkérdezettek szerint a korlátokat főként a munkatársak elégtelen prevenció képzése vagy az oktatási segédanyagok hiánya jelentette.¹² Egy korábbi vizsgálat alapján évente, országosan, a pedagógusok mindössze 10%-a vett részt valamilyen szerfogyasztás megelőzésére (is) irányuló továbbképzésben.⁴

A vizsgált iskolák jelentős részében a dohányzásprevenációs foglalkozást más, többnyire külső közreműködők vezették, akik azt ugyan érdekesebbé, vonzóbbá tehetik, de általában nem javítják a program hatékonyságát, ha nem rendelkeznek kellő képzettséggel az iskolai egészségfejlesztés területén.^{5,12} Az iskolák alkalmazottai legkevésbé a kortárs diákokat jelölték foglalkozásvezetőnek, tehát nem javult a helyzet egy korábbi tanulmány eredményeihez képest, melyben a diákok 10%-a számolt be ugyanerről.^{12,19} Jelentős javulásnak tekinthető viszont, hogy 2013-ban már a tanulók 33%-a vett részt kortársak által vezetett prevenció foglalkozáson.²⁰

Fekete és munkatársai tanulmányában a megkérdezett iskolák a dohányzást megelőző foglalkozások legjelentősebb korlátjaként az általánosan felmerülő idő- és pénzhiányt tüntették fel. Ugyanakkor a foglalkozások korlátaiban iskolatípusonként is jelentkeztek különbségek. A gimnáziumok az idő- és a pénzhiány mellett elsősorban a prevenciót végzők képzésének elégtelenségét jelölték meg. A szakközépiskolák és szakiskolák az oktatási segédanyagokat hiányolták és arra is utaltak, hogy a dohányzás megelőzés általában nem kap kiemelt figyelmet az intézményben, vagy nem része a kötelező tananyagának. Általános iskolákban jellemzően az időhiány

vagy az oktatási segédanyagok hiánya fordult elő.¹²

A közelmúltban (2009–2012.) magyar serdülők körében prospektív módszerrel azonosíthatóvá vált a dohányzással kapcsolatos magatartás időbeli alakulása, és az ezt befolyásoló kockázati tényezők szerepe.²¹ A követéses vizsgálat eredményei rávilágítottak arra, hogy a különböző dohányzó magatartást mutató csoportokban más és más kockázati tényezők kerülnek előtérbe, amelyek figyelmen kívül hagyásával nem lehet célzott prevenció programokat tervezni. A kockázati tényezők közül a cigarettázó barátok jelenléte és a rosszabb tanulmányi eredmény stabil kockázati tényezőnek bizonyult a rendszeres dohányzás kialakulásában. Emellett az újrastrukturált családszerkezetnek kifejezett kockázati szerepe lehet a kísérletezésben és a rászokásban. Utóbbit illetően a lányoknak fokozottabb a veszélyeztetettsége. Dohányzók körében jellemző volt a nagyobb összegű zsebpénz, amely korai serdülőkorban elősegítheti a rendszeres dohányzás megjelenését, majd később az állandósulását. Ugyancsak a dohányzók csoportjában, de késői serdülőkorban jelentkezett a szülői dohányzás előrejelző (prediktor) hatása.²¹

Az említett longitudinális kutatásban az alternatív dohánytermékek² serdülőkori kipróbálását is vizsgálták.²¹ A vizsgálat végén a cigarettát valaha kipróbáló fiatalok túlnyomó többsége már használt valamilyen egyéb dohányterméket. Korai serdülőkorban különösen intenzíven növekedett az alternatív dohánytermékekkel való kísérletezés. Az ADT-k kipróbálása elsősorban a fiúkra és idősebb serdülőkre volt jellemző, akik a cigarettát 13 éves koruk után próbálták ki, valaha már cigarettáztak napi rendszerességgel, illetve aktuálisan is gyakrabban cigarettáztak, valamint jobb volt a tanulmányi eredményük. Népszerűségi sorrendben a vízpipa állt az első helyen, amelyet az ízesített cigaretták, szivar/szivarka, kézzel sodort cigaretta és a pipa kipróbálása követett. Látens osztályelemzéssel kétféle kipróbálási mintázatot azonosítottak, azt bizonyítva, hogy a

többféle ADT-vel próbálkozó csoport mellett a serdülőknek egy olyan csoportja is létezik, akik elsősorban az ízesített dohánytermékek felé fordulnak.²¹

Mindezek alapján, főleg az iskolai színtereken a dohányzással kapcsolatos intervenciókra, valamint figyelembe véve az ADT-vel kapcsolatban megfogalmazott nemzetközi prevenciók kívánalmakat, hazai vonatkozásban javaslatom a következők:^{22,23,24,25,26}

1. az eltérő dohányzási fázisban lévő tizenéveseket értelmetlen összevontan kezelni a prevenció beavatkozások során, mert a differenciálatlanul közvetített üzenetek és készségek nagy valószínűséggel hatástalanok maradnak, ha továbbra is a jelenlegi hazai gyakorlatot követjük. Egységes és teljes iskolai közösségeket, illetve azokon belül osztályokat megcélzó intervenciók helyett érdemesebb lenne célzott beavatkozásokat tervezni. A célcsoportok differenciálása egyrészt alapul vehetné az egyes dohányzói életutakat. Másrészt, ha egy intervenció több, eltérő dohányzói életút csoportot célozna meg, a hangsúlyt a közös kockázati tényezőkre lehetne helyezni, mint például a dohányzó barátokra, az iskolai teljesítményre és a dohányzással kapcsolatos elvárásokra.²⁷
2. Újra kell gondolni a prevenció programok időzítését és intenzitását. Számos tanulmány utal arra, hogy a 11–12 éves életkor jelentős fordulópont a dohányzóvá válás folyamatában, ezért már ennél fiatalabb korban a dohányzás témakörére is figyelmet kellene fordítani.^{28,29} A hazai óvodai és iskolai dohányzás megelőzési programok hatásvizsgálatai azt igazolják, hogy már az 5–10 éves korosztályt is foglalkoztatja a dohányzás.³⁰ Ám ha a prevenció beavatkozások alkalmi jellegűek maradnak, később nem lesz érdemi változás a serdülők dohányzásában. Az iskolai intervenciók hatékonysága nem feltétlenül akkor érvényesül, ha a foglalkozások intenzívek, hosszú idejűek, hanem akkor, ha

² alternatív dohánytermékek: az ADT-k igen változatos formában, méretben, ízesítésben jelennek meg a piacon és alternatívát kínálnak a gyárilag előállított cigarettához képest. A füstképző ADT-k közé sorolható a kézzel sodort cigaretta, szivar, szivarka, vízpipa, a vágott pipadohány és az ízesített cigaretták. A füstmentes dohánytermékek klasszikus példája a finomra őrölt, orrnálkahártyára felszippantható dohánypor (régiben a tubák), és a csikokra vágott dohánylevél, amelyet szájuüregben rágya használnak (ennek eredeti magyar neve a bagózás). Újabb termékként említhető a snüssz, amely a rágódohány használatának civilizáltabb formája. A legújabb dohánytermékek szájbán teljesen feloldódó változatban készülnek (például dohánypelletta, dohánylapocska, dohányrúd).

rövidebbek, de sok elemből állnak, valamint későbbi életkorban kiegészülnek emlékeztető elemekkel.⁵

3. Kívánatos lenne, hogy a beavatkozások tartalma ne csak korcsoportonként, de dohányzói csoportok szerint is differenciálódjon. A kipróbálás és progresszió szempontjából kritikus életkort megelőzően mindenképpen javasolt az adott korosztály életkori sajátosságaihoz igazított, általános megközelítésű prevenció. Ebbe beletartozna a dohányzás egészségre ártalmas és egyéb következményeinek tudatosítása, valamint olyan hatások feldolgozása, amelyek a gyermeket a szülők, kortársak, oktatási intézmény és a média felől érhetik.²⁹ A kritikus életkortól kezdve a szekunder prevenciónak, azaz a dohányzás progresszió megelőzésének és a leszokás elősegítésének is javasolt megjelennie, amelyek során olyan védő tényezőkre is figyelmet kellene fordítani, mint a jobb iskolai teljesítmény elérésének elősegítése, vagy a sport- és más közösségi tevékenységekben való részvétel támogatása.³¹
4. A megelőzés során is elengedhetetlen az innovatív módszerek alkalmazása. Manapság már az interaktív foglalkozások sem biztos, hogy megfelelnek az Y és Z generációk igényeinek. Éppen ezért az „okos” elektronikus eszközökben és az internetes közösségi oldalakban rejlő lehetőségeket is szükséges mérlegelni az új, fiatalok számára élménydúsabb intervenciók fejlesztésekor. Emellett nélkülözhetetlen a kortárssegítők szerepének növelése, ráadásul a hazai középiskolások jelentős hányada nyitott az egészségvédelemmel kapcsolatos közösségi feladatokra.¹⁷ Az iskolai dohányzásprevenció számos korlátja áthidalható volna a rendelkezésre álló erőforrások kreatív felhasználásával, valamint az iskolai egészségfejlesztés jó gyakorlatainak országos hozzáférhetősége révén.
5. A dohányzó kortársak és legjobb barátok hatása a kipróbálás és rászokás egyik következetesen azonosított kockázati tényezője, de ezt jelentősen ellensúlyozhatja a protektív szülői jelenlét, a megfelelő szülő-gyermek kötődés, az állandó szülői ellenőrzés és esetenként a szankciók alkalmazása. Megfigyelték, hogy a szülői hatások egészen a serdülőkor közepéig erőteljesek maradnak és egyrészt direkt védő szerepük érvényesül

a dohányzás progressziójának megakadályozásában, másrészt indirekt módon korlátozzák a dohányzó barátok számát, így a gyermek a kortársak közül inkább a nem dohányzókat fogja választani.^{32,33,34} Következésképpen kívánatos volna, ha a prevenció programok egy kortárs- és egy szülői modult is tartalmaznának. A kortárs-komponensnek a nemdohányzó normák elfogadására és ezek megerősítésére kellene irányulnia, míg a szülői-komponens a szülő-gyermek kapcsolat javításának lehetőségeit, a monitorozás mikéntjét, dohányzással kapcsolatos

szabályállításokat és szükség esetén a szülő(k) leszokásban való támogatását tartalmazná.^{32,35} A család-alapú intervenciók önmagukban is, de különösen, ha iskola-alapú dohányzásprevenció intervenciókhoz kapcsolódnak és nagy intenzitásúak, serdülőkorban hatékonyak lehetnek a cigaretta kipróbálás és a rászokás megelőzésében.³⁶

6. A serdülőkori dohányzásprevenciójában érdemes figyelembe venni a zsebpénz szerepét is, főleg a 11–15 éves korosztályban azoknál, akik már kipróbálták vagy kísérleteznek a dohányzással. Egy másik célcsoport a tizenévesek szülei, akik számára a család-alapú intervenciókban hangsúlyozni kellene, hogy a zsebpénz összegének kontrollálása hatásos eszköz lehet gyermekük rendszeres dohányzóvá válásának megelőzésében. A bőségesebb zsebpénz kisebb mértékű szülői szerepvállalásra vagy elégtelen szülői kontrollra utalhat.^{37,38,39}
7. A megelőzési programokat az ADT-kre is javasolt kiterjeszteni, különös tekintettel azokra a termékekre, amelyeket a serdülők leggyakrabban használnak. Tudatosítani kellene az egyes ADT-k, illetve az ADT-k többes használatának ártalmasságát az egészségre. Tanácsos volna a használat motivációit is megvitatni, ezek ugyanis gyakran téves képzeteken alapulnak a fiatalok körében. Ezenfelül nemcsak iskolai, hanem a teljes populációt lefedő tömegkommunikációs kampányok is ajánlatosak lennének annak érdekében, hogy visszaszorítsuk a társadalmilag egyre elfogadottabb és divatos ADT-k használatát. Mindezekhez napjainkban már szinte kötelező az innovatív, digitális technológiák és kommunikációs csatornák lehetőségeinek kiaknázása.

8. Minden dohányzásprevenciós program tervezése során szem előtt kellene tartani, hogy jelenleg úgy tűnik, egyedül a társas készségeket fejlesztő programoknak van hosszabb távon is a rászokást megelőző hatása.⁴⁰

Mi az Ön véleménye arról az egyre gyakoribb vélekedésről, hogy az ártalomcsökkentés érdekében az elektronikus cigaretta, a snüssz vagy hasonló termékek használatának ajánlása, népszerűsítése javasolt a diákok körében?

Az ártalomcsökkentés a dohányzás vonatkozásában a következőt jelenti: egy termék akkor ártalomcsökkentő, ha a dohányzással kapcsolatos össz-mortalitást és -morbidityt annak ellenére képes csökkenteni, hogy a termék használata folyamatosan fenntarthatja a dohányással kapcsolatos toxikus anyagokkal való expozíciót.⁴¹ Az ártalomcsökkentés alapvetően a felnőtteket célozza meg, fiatalok körében viszont népegészségügyi szempontból kedvezőtlen hatása lehet, mivel – ha nem is szándékosan, de – a dohányhasználat fokozódását idézheti elő a prevenciós tevékenységek egyidejű aláásával.⁴¹ Annak ellenére, hogy egyes egyének számára az ártalomcsökkentés előnyös lehet, populációs szinten is valószínűleg kedvezőtlen népegészségügyi következményekkel járna, mint ahogy már több esetben bebizonyosodott, például a „light” cigaretták, vagy a füstmentes dohánytermékek népszerűsítése következtében.⁴¹ A fiatalokat célzó ártalomcsökkentő tevékenységeknek ugyancsak a betegségek kockázatának mérséklése kell, hogy a céljuk legyen, de úgy, hogy közben ne hordozzák magukban a függőség kockázatát illetve a függőség súlyosbodásának a kockázatát.⁴¹ Az új típusú dohánytermékek, az elektronikus cigaretták és az új füstmentes dohánytermékek a serdülőkre vonatkozó ártalomcsökkentés kritériumainak egyértelműen nem felelnek meg, mivel egyrészt mindegyik termék tartalmazza a függőségért felelős nikotint, valamint hosszú távú egészségi hatásait jelenleg még nem ismertek.

Bár jelenleg egyre több bizonyíték áll rendelkezésre arról, hogy a füst nélküli dohánytermékek (például snüssz, rágódohány, e-cigaretta) kevésbé ártalmasak, mint a hagyományos cigaretta vagy más füstképző dohánytermékek, azonban egyik sem ártalmatlan, mivel számos toxikus és

rakkeltő vegyület jut használatukkal a szervezetbe.^{42,43,44} Ez igaz a hevítéses technológián alapuló új típusú dohánytermékekre, vagy a nikotint tartalmazó új füstmentes dohánytermékekre (például nikotinos tasak), melyek egészségre gyakorolt hatásairól jelenleg kevés illetve elenyésző információ áll rendelkezésre, ám az eddigi vizsgálatok alapján ezek szintén nem tűnnek ártalmatlannak.^{45,46}

A füstmentes dohánytermékek közül a snüssz forgalmazása Magyarországon tilos (az Európai Unióban kizárólag Svédországban engedélyezett), tehát ezt semmilyen módon nem lehet népszerűsíteni a serdülők, a diákok számára. A rágódohány, a tasakos rágódohány, az e-cigaretta, és egyéb új típusú dohánytermékek a Nemzeti Dohányboltokban forgalmazhatók, 18 éven felüliek számára. Mindezek serdülő diákok számára, ártalomcsökkentés céljából történő népszerűsítése egyrészt a magyar jogi szabályozások alapján, másrészt az ártalomcsökkentés általános irányelvei, valamint a nemzetközi és hazai dohányzásról leszokást támogató irányelvek ajánlásai alapján egyértelműen nem javasoltak.

Érdemes kicsit elgondolkozni az ártalomcsökkentés dilemmáján. A felnőttekre általában úgy tekintenek, hogy felelősségteljesen tudnak dönteni a dohányzásról vagy a nikotinhasználatról, azonban a dohányzást elkezdő és esetleg rászokó gyermekeket még nem lehet teljes mértékben felelősnek tekinteni magatartásukért, éppen ezért védeni kellene őket.⁴⁷ Az ártalomcsökkentés dilemmája serdülőkre nézve is felmerülhet, azonban a felnőttekre érvényes ártalomcsökkentés lehetőségeit esetükben általában nem alkalmazzák a gyakorlatban. A serdülők többsége úgy mond „jó gyerek”, akik jó tanulók, tartózkodnak az egészségre kockázatos magatartásoktól és viselkedésük is megfelelő, de nem szabad megfélemlíteni a „rossz gyerekekről”, akik könnyedén belemennek az egészségre kockázatos viselkedésekbe, tanulmányi eredményük nem éppen kedvező és gyakran valamilyen magatartászavarban is szenvednek. Míg a „jó gyerekek” körében a szerhasználattal kapcsolatban a zéró toleranciát lehet alkalmazni, ez a „rossz gyerekek” esetében kevésbé működik és esetükben talán az ártalomcsökkentő megközelítés relevánsabb lenne. Mindezeket a dohányzás problémakörére is rá lehet vetíteni, tehát míg

a serdülők többsége – a „jó gyerekek” – esetében egyértelműen a primer prevenciót és az „ártalom-megelőzést” kellene hangsúlyozni, addig nem lenne szabad megfeledkezni az esetleg komplex viselkedési problémákkal és (nikotin-) függőséggel küzdő fiatalokról – a „rossz gyerekekről” – sem, akik számára az e-cigaretta vagy más új típusú dohány- illetve nikotinközvetítő termékek ártalomcsökkentő hatásuk által segíthetnének, hogy egészségüket kevésbé drasztikusan károsítsák.⁴⁷ Azonban ezt a lehetőséget mégis a világon mindenhol elvetik, mert a serdülőket célzó ártalomcsökkentő lehetőségek kritériumainak nem felelnek meg.⁴¹

Eddigi kutatások arról számoltak be, hogy a skandináv országokban élő felnőttek körében a snüsszre való áttérésnek ártalomcsökkentő hatása lehet, azonban az USA-ban a cigarettáról a füstmentes dohánytermékekre való átváltás nem volt jellemző, így népegészségügyi szempontból ártalomcsökkentésről sem lehet beszélni.⁴⁸ Egy svéd serdülők körében végzett longitudinális vizsgálatban a cigarettázásról a snüsszre való átváltás ugyancsak nem volt jellemző a vizsgálat 11 éve alatt, viszont akik dohányoztak és snüsszt is használtak (kettős használók) serdülőként, felnőttkorukban háromszor nagyobb eséllyel voltak dohányzók.⁴⁸ Az USA-ban közel 19 000 serdülő részvételével végzett vizsgálatban azt találták, hogy a füstmentes dohányterméket használó serdülők háromnegyede füstképző dohánytermékeket is használt egyidejűleg, vagyis ebben az esetben sem lehet ártalomcsökkentésről beszélni.⁴⁹

A cigarettáról a füstmentes dohánytermékekre történő váltás többszörös folyamat, függ az országon belüli hozzáférhetőségtől, a használat elterjedtségétől, a forgalmazás reklámstratégiáitól és a nemzeti dohányzéspolitikától is.⁴⁸ A füstmentes dohánytermékek népszerűsítésének populációs szinten nagy valószínűséggel nincs semmilyen előnye, mivel úgy tűnik, hogy túlnyomórészt kettős használat alakulna ki, így inkább az ártalom fokozódását idéznék elő.⁴⁹ Mivel hazánkban nincs hagyománya és elenyésző mértékű a szájon át fogyasztott füstmentes dohánytermékek (a rágódohány) használata, ezért a felnőtt dohányosok körében sem várható népszerűségének fokozódása, serdülő diákok számára pedig nem lehet cél ennek a dohányterméknek a népszerűsítése.⁵⁰

Manapság újabb és újabb nikotintartalmú termékek jelennek meg, amelyekkel a dohányipar a vásárlópiacát próbálja fenntartani. Ám ezen új termékek egészségi hatásairól még nagyon korlátozott ismereteink vannak. Ráadásul mivel ezek általában ízesített termékek és használatuk diszkrét vagy egy modern kütyü-szerű eszközhöz kötött, a fiatal korcsoportok számára rendkívül vonzó lehet a kipróbálásuk és használatuk.^{42,51,52} Egyike ezen termékeknek a nikotinos tasak/párna (*nicotine pouch*), amely nikotintartalmú fehér porral előre töltött kis tasakok formájában kerül forgalomba a dohányzást helyettesítő nikotintartalmú termék kategóriában. Hasonlóan a sznüsszhöz, a nikotinos tasakot/párnát is a szájüregbe helyezik, azonban utóbbi nem tartalmaz dohányt. A nagy dohányipari cégek különböző ízesítésű és nikotintartalmú tasakokat/párnákat forgalmaznak, amelyek akár csökkentett kockázatú termékek is lehetnek, azonban jelenleg nincsenek tudományos bizonyítékok erre vonatkozóan (Robichaud et al. 2019).⁵¹ Továbbá az sem ismert, hogy a nikotinos tasakok/párnák mennyire hatékonyan képesek a nikotint a szervezetbe juttatni, bár egy vizsgálat alapján úgy tűnik, hogy a magasabb nikotintartalmú tasakok/párnák nikotinközvetítése ugyanolyan gyors, mint a hagyományos füstmentes dohánytermékeké.⁴⁶

A már dohányzó vagy nikotinközvetítő terméket használó serdülők körében nem tanácsos az ártalomcsökkentés népszerűsítése, hanem mindenképpen a komplett, minden dohánytermékre és nikotinközvetítő termékre kiterjedő, szakember által vezetett leszokás támogatás lenne javasolt. Ennek magyarázatait a következőkben lehet röviden összefoglalni.

1. A fejlődésben lévő központi idegrendszer fokozottan érzékeny a nikotin iránt, így jóval gyorsabban alakulhat ki nikotinfüggőség serdülőkorban. A nikotinhasználat ebben a kritikus időszakban megzavarhatja olyan agyi hálózatok fejlődését, amelyek a figyelem, a tanulás és a függőségre való hajlam szabályozásában vesznek részt, valamint egyes tanulmányok alapján a serdülőkorban elkezdett dohányzás hosszú távon akár magatartás-zavarokkal és egyéb pszichiátriai betegségekkel is összefüggésbe hozható.^{53,52}
2. A gyermekorvosok a fiatalok e-cigaretta használata során egyre többször tapasztalják

- az úgynevezett „nikotin-betegséget” (*nicotine-sickness*). A jelenség oka, hogy mivel az e-cigarettázásnak nincs egy magától értetődő stop-pontja, mint egy cigaretta elszívásának, az e-cigarettázás során nem feltétlenül érzékelik a fiatalok, hogy vége az e-cigarettázási alkalomnak, hanem folyamatosan tovább inhalálják az aeroszolt készülékükből, így akaratlanul is magasabb nikotin-expozíciónak teszik ki magukat. Egy tolerálható határ felett azonban megjelennek a „nikotin-betegség” tünetei: hasi fájdalom, hányinger, hányás, remegés, súlyosabb esetben légzési nehézség/elégtelenség vagy szívroham.⁵³
3. Az USA-ban számos közoktatási kampány működik a fiatalok dohányzásának és e-cigaretta használatának megelőzése érdekében, amelyek különböző színtereken (iskolai, internet, egészségügyi ellátás, telefonos vagy személyes jelenlétén alapuló) elérhetőek, például az FDA által indított „The Real Cost” kampány, vagy a „Smokefree Teen: Quit Vaping”, vagy a „Vaping Equals”, vagy „Truth Initiative”. Ezen programok egyikében sincs jelen az ártalomcsökkentés lehetősége, valamint olyan prevenciós programot sem publikáltak tudomásom szerint, amely serdülők számára a dohányzás ártalomcsökkentését célozná meg.⁵³
 4. Jelenleg nincs olyan nemzetközi szakmai irányelv vagy szisztematikus áttekintő tanulmány, amely dohányzó serdülők számára az ártalomcsökkentést javasolná, vagy egyáltalán felvetné ennek a lehetőségét. Dohányzó serdülők esetében a magatartásorvoslás a leginkább hatékony módszer, erős nikotinfüggőség esetén kiegészítve a nikotinpótló kezeléssel.^{54,55,52}

HIVATKOZÁSOK

- ¹ WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC). World Health Organization, Genf, Svájc, 2003.
- ² Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Best practices for comprehensive tobacco control programs - 2014. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Atlanta, U.S., 2014.
- ³ Thomas RE, McLellan J, Perera R. (2013) School-based programmes for preventing smoking. Cochrane Database Syst Rev, 4:CD001293.
- ⁴ Paksi B, Demetrovics Zs, Nyírády A, és mtsai. A magyar-országi iskolai drogprevenciós programok jellemzői. Addiktológia. 2006; 5(1–2): 5–36.
- ⁵ Nádas E, Rác J, Urbán R. A szerfogyasztás megelőzésére irányuló iskolai egészségfejlesztési programok szakmai útmutatója. Egészségügyi Minőségfejlesztési és Kórháztechnológiai Intézet, Budapest, 2009.
- ⁶ Péntes M, Balázs P. Dohányzásellenes intézkedések hatékonyságának megítélése serdülők körében. Egészségtudomány. 2013; 57(1): 57–74.
- ⁷ Thomas RE, Perera R. School-based programmes for preventing smoking. Cochrane Database Syst Rev. 2003; 3:CD001293.
- ⁸ Péntes M, Balázs P, Foley KL. Changes in smoking-related health knowledge and smoking status of Hungarian adolescents. New Medicine. 2015; 19(4): 137–141.
- ⁹ Mazanov J, Byrne D. Changes in adolescent smoking behaviour and knowledge of health consequences of smoking. Australian J Psychol. 2007; 59(3): 176–180.
- ¹⁰ Marti J. A best-worst scaling survey of adolescents' level of concern for health and non-health consequences of smoking. Soc Sci Med. 2012; 75(1): 87–97.
- ¹¹ Berkes T. Az OEFI dohányzás-megelőzési iskolai oktatócsomag tesztelésének tanulságai. 2009.
- ¹² Fekete M, Péntes M, Balázs P. Iskolai dohányzás-prevenációs programok jellegzetességei. Egészségtudomány. 2016; 60(2): 55–69.

- ¹³ Németh Á, Költő A. (szerk.) *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja*, 2010. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása című, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2010. évi felméréséről készült nemzeti jelentés. Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest, 2011.
- ¹⁴ Pikó B, Varga Sz. Mi motiválja a fiatalok dohányzását és alkoholfogyasztását: magatartás-epidemiológiai elemzés. *Orv Hetil.* 2014; 155(3): 100–105.
- ¹⁵ Huszka P. Divat a korai dohányzás? – avagy dohányzási szokások vizsgálata 12–16 évesek körében. *Egészségfejlesztés.* 2012; 53: 9–15.
- ¹⁶ Mucsi J, Mucsi A. Gödöllői dohányzásmegelőzési program: dohányzás és prevenció tizenéves fiatalok körében. *Tüdőgyógyászat.* 2008; 2: 3–9.
- ¹⁷ Feith HJ, Melicher D, Máthé G, és mtsai. Tapasztalatok és motiváltság: magyar középiskolások véleménye az egészségvédő programokról. *Orv Hetil.* 2016; 157(2): 65–69.
- ¹⁸ Gritz A. Közoktatási intézmények drog-prevenció programjai a főváros XVII. kerületében – tapasztalatok, trendek, dilemmák. *Népegészségügy.* 2010; 88(2): 126–130.
- ¹⁹ Péntes M, Balázs P. Budapesti és nagyvárosi serdülők dohányzással kapcsolatos ismeretei. *Egészségtudomány.* 2010; 54(4): 31–46.
- ²⁰ Balku E, Demjén T, Kimmel Zs, Vitrai T. Nemzetközi ifjúsági dohányzás felmérés, Egészségügyi Világszervezet. Összefoglaló tanulmány 2013. Dohányzás Fókuszpont, Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2013.
- ²¹ Péntes M. A serdülőkorú dohányzás prediktorai és a megelőzés lehetőségei. Doktori értekezés. Semmelweis Egyetem, Patológiai Tudományok Doktori Iskola. 2016.
- ²² Gilreath TD, Leventhal A, Barrington-Trimis JL, és mtsai. Patterns of alternative tobacco product use: emergence of hookah and e-cigarettes as preferred products amongst youth. *J Adolesc Health.* 2016; 58(2): 181–185.
- ²³ Nădășan V, Foley KL, Péntes M, és mtsai. Use of electronic cigarettes and alternative tobacco products among Romanian adolescents. *Int J Public Health.* 2016; 61(2): 199–207.
- ²⁴ Doran N, Godfrey KM, Myers MG. Hookah Use Predicts Cigarette Smoking Progression Among College Smokers. *Nicotine Tob Res.* 2015; 17(11): 1347–1353.
- ²⁵ Kowitz SD, Patel T, Ranney LM, és mtsai. Poly-tobacco use among high school students. *Int J Environ Res Public Health.* 2015; 12(11): 14477.
- ²⁶ Nasim A, Khader Y, Blank MD, és mtsai. Trends in alternative tobacco use among light, moderate, and heavy smokers in adolescence, 1999–2009. *Addict Behav.* 2012; 37(7): 866–870.
- ²⁷ Abroms L, Simons-Morton B, Haynie DL, Chen R. Psychosocial predictors of smoking trajectories during middle and high school. *Addiction.* 2005; 100(6): 852–861.
- ²⁸ Bernat DH, Erickson DJ, Widome R, és mtsai. Adolescent smoking trajectories: results from a population-based cohort study. *J Adolesc Health.* 2008; 43(4): 334–340.
- ²⁹ Riggs N, Chou C-P, Li C, Pentz MA. Adolescent to emerging adulthood smoking trajectories: when do smoking trajectories diverge, and do they predict early adult-hood nicotine dependence? *Nicotine Tob Res.* 2007; 9(11): 1147–1154.
- ³⁰ Demjén T. A dohányzás megelőzése fiatalok körében. In: Kovács G (szerk.), *Dohányzás és leszokás.* Medicina Könyvkiadó Zrt, Budapest. 2010; 370–388.
- ³¹ Audrain-McGovern J, Rodriguez D, Tercyak KP, és mtsai. Identifying and characterizing adolescent smoking trajectories. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2004; 13(12): 2023–2034.
- ³² Mahabee-Gittens EM, Xiao Y, Gordon JS, Khoury JC. The dynamic role of parental influences in preventing adolescent smoking initiation. *Addict Behav.* 2013; 38(4): 1905–1911.
- ³³ Simons-Morton B, Chen R, Abroms L, Haynie DL. Latent growth curve analyses of peer and parent influences on smoking progression among early adolescents. *Health Psychol.* 2004; 23(6): 612–621.

- ³⁴ Pikó B, Balázs MÁ. A szülői nevelési stílus jelentősége a serdülők dohányzása és alkoholfogyasztása szempontjából. *Pszichológia*. 2012; 32(2): 173–187.
- ³⁵ Vitória PD, Salgueiro MF, Silva SA, De Vries H. The impact of social influence on adolescent intention to smoke: combining types and referents of influence. *Br J Health Psychol*. 2009; 14(Pt 4): 681–699.
- ³⁶ Thomas RE, Baker PRA, Thomas BC, Lorenzetti DL. Family-based programmes for preventing smoking by children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015a; 2:CD004493.
- ³⁷ Chen C-Y, Lin I-F, Huang SL, és mtsai. Disposable income with tobacco smoking among young adolescents: a multilevel analysis. *J Adolesc Health*. 2013; 52(6): 724–730.
- ³⁸ Ma J, Zhu J, Li N, és mtsai. Cigarette smoking in Chinese adolescents: importance of controlling the amount of pocket money. *Public Health*. 2013; 127(7): 687–693.
- ³⁹ Ausems M, Mesters I, van Breukelen G, De Vries H. Do Dutch 11–12 years olds who never smoke, smoke experimentally or smoke regularly have different demographic backgrounds and perceptions of smoking? *Eur J Public Health*. 2003; 13(2): 160–167.
- ⁴⁰ Thomas RE, McLellan J, Perera R. Effectiveness of school-based smoking prevention curricula: systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2015b; 5(3): e006976.
- ⁴¹ Henningfield JE. Regulatory Strategies to Reduce Tobacco Addiction in Youth. *Tob Control*. 2003; 12(90001): 14i–24.
- ⁴² National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Public Health Consequences of E-Cigarettes. Kathleen Stratton, Leslie Y. Kwan, and David L. Eaton, eds. Washington, D.C.: National Academies Press. 2018.
- ⁴³ Fairchild AL, Bayer R, Lee JS. The E-Cigarette Debate: What Counts as Evidence? *Am J Public Health* 2019; 109(7): 1000–1006.
- ⁴⁴ Colilla SA. An Epidemiologic Review of Smokeless Tobacco Health Effects and Harm Reduction Potential. *Regul Toxicol Pharmacol*. 2010; 56(2): 197–211.
- ⁴⁵ Peruga A, Fayokun R, Mauer-Stender K, Ciobanu A, Lebedeva E. Heated Tobacco Products - A Brief. World Health Organization. 2020.
- ⁴⁶ Lunell E, Fagerström K, Hughes J, Pendrill R. Pharmacokinetic Comparison of a Novel Non-Tobacco-Based Nicotine Pouch (ZYN) With Conventional, Tobacco-Based Swedish Snus and American Moist Snuff. *Nicotine Tob Res*. 2020; 22(10): 1757–1763.
- ⁴⁷ Kozłowski LT. Minors, Moral Psychology, and the Harm Reduction Debate: The Case of Tobacco and Nicotine. *J Health Polit Policy Law*. 2017; 42(6): 1099–1112.
- ⁴⁸ Grøtvedt L, Forsén L, Ariansen I, Graff-Iversen S, Lingaas Holmen T. Impact of Snus Use in Teenage Boys on Tobacco Use in Young Adulthood; a Cohort from the HUNT Study Norway. *BMC Public Health* 2019; 19:1265.
- ⁴⁹ Agaku IT, Ayo-Yusuf OA, Vardavas CI, Alpert HR, Connolly GN. Use of Conventional and Novel Smokeless Tobacco Products Among US Adolescents. *Pediatrics*. 2013; 132(3): e578–e586.
- ⁵⁰ Cselkó Zs, Kovács G, Horváth I. A Dohányzás Helyzete Magyarországon. In: Tokaji K (Ed.) Európai Lakossági Egészségfelmérés, 2014. Pp. 85-112. Központi Statisztikai Hivatal. 2018.
- ⁵¹ Robichaud MO, Seidenberg AB, Byron MJ. Tobacco Companies Introduce “tobacco-free” Nicotine Pouches. *Tob Control: tobaccocontrol-2019-055321*. 2019.
- ⁵² Surgeon General’s Advisory on E-Cigarette Use Among Youth (2018) Centers for Disease Control and Prevention (US).
- ⁵³ Singh S, Windle SB, Filion KB, et al. E-Cigarettes and Youth: Patterns of Use, Potential Harms, and Recommendations. *Prev Med*. 2020; 133: 106009.
- ⁵⁴ Az Emberi Erőforrások Minisztériuma Egészségügyi Szakmai Irányelve a Dohányzásról Való Leszokás Támogatásáról. 2019.
- ⁵⁵ Towns S, DiFranza JR, Jayasuriya G, Marshall T, Shah S. Smoking Cessation in Adolescents: Targeted Approaches That Work. *Paediatr Respir Rev*. 2017; 22: 11–22.

Szerhasználat megelőzése – Szakértő válaszol: Cselkó Zsuzsa

Substance use prevention – Expert opinion: Zsuzsa Cselkó

Szerző:	Cselkó Zsuzsa ⁱ ✉
Beküldve:	2020. 09. 17.
Doi:	10.24365/ef.v62i2.
Kulcsszavak:	dohányzásprevenációs program; elektronikus cigaretta; füstmentes dohánytermékek; ártalomcsökkentés; fiatalok; szakértői válasz
Keywords:	tobacco prevention program; electronic cigarette; smokeless tobacco products; harm reduction; youth; expert opinions

Milyen szemléletet és gyakorlatot javasol Ön a szakemberek számára a serdülők dohányzásának és droghasználatának megelőzésére és visszaszorítására?

A kockázati magatartás és a szerhasználat összefüggései

Manapság már jól ismert a dohányzás, a túlzott alkoholfogyasztás, a kannabisz és más illegális kábítószer-használat egészségre gyakorolt káros hatása. A szerhasználat sok esetben agresszióval és kockázatos szexuális viselkedéssel társul. A szerhasználat következménye lehet az iskolai teljesítmény romlása, pszichózis és mentális zavarok alakulhatnak ki, valamint későbbi életkorban emelkedik egyes betegségek kialakulásának kockázata és az ebből fakadó korai halálozás.^{1,2}

DiClemente és munkatársai „A serdülőkori egészségkockázati magatartás” kézikönyvében leírták, hogy az alkoholfogyasztás, a dohányzás és a kábítószer-használat kezdete világszerte egyre korábbi életkorra tehető és emelkedik azon fiatalok aránya, akik valamilyen függőségben szenvednek.^{3,4}

A függőségmegelőzési programoknak elsősorban a fiatalok készségeinek és képességeinek fejlesztésére kell összpontosítaniuk, valamint

segíteniük kell a megküzdési stratégiák fejlesztését is. A fiatalkorúak körében emelkedő tendenciát mutató függőségek kezelésére megoldást kínál az ún. pozitív ifjúságfejlesztési megközelítés, amely a fiatalok erősségeinek hangsúlyozásán keresztül támogatja a viselkedésváltozást.⁴ A pozitív ifjúságfejlesztés támogatói hangsúlyozzák, hogy a serdülők kockázati magatartásának csökkentése érdekében különböző területeken kell segíteni a serdülők fejlődését, beleértve a kognitív, a társadalmi, az erkölcsi, a szakmai és a kulturális élet, valamint a fizikai jóllét területeit is. A pozitív ifjúságfejlesztési program a következőkből tevődik össze: (1) a függőség természetének megismerése és a függőséggel kapcsolatos tévhitek eloszlata, (2) a kognitív készségek, (3) az érzelmi készségek, (4) a szociális készségek, és (5) viselkedési készségek fejlesztése.⁴ A vizsgálatok szerint a pozitív ifjúságfejlesztés növeli az élettellel való elégedettséget, továbbá csökkenti a serdülők kockázatkereső magatartását és a szerhasználatot.⁴ Ezzel szemben a hiányos kognitív készségek, a döntési képesség, a kockázat alulértékelése, a függőség irányíthatóságába vetett hit, valamint a rossz kognitív megküzdési stratégiák a fiataloknál hozzájárulnak a függőség kialakulásához. A serdülőkori fejlődéshez elengedhetetlen a különböző élethelyzetekkel és érzelmekkel való megküzdés, hiszen erős összefüggés fedezhető fel a

ⁱ Országos Korányi Pulmonológiai Intézet, Budapest

hiányos érzelmi intelligencia és a függőségek kialakulása között. A fiatalok szociális és viselkedési készségeinek fejlesztése elengedhetetlen ahhoz, hogy magabiztosak legyenek, és érzéseiket verbálisan és nonverbálisan is világosan kifejezzék a társaikkal való mindennapi interakció során. Tanulmányok kimutatták, hogy a társak viselkedése és véleménye gyakran ösztönzőként hat a serdülők kábítószerrel vagy alkohollal való kísérletezésre.⁴

Az összefoglaló a továbbiakban a gyermek- és serdülőkori dohányzás megelőzésével foglalkozik.

A dohányzás elkezdése, a nikotinfüggőség kialakulása

A 2019–20. évi hazai Ifjúsági Dohányzás Felmérés szerint, Magyarországon a 13–15 éves fiatalok 33%-a már kipróbálta a dohányzást és 15%-uk dohányzott valamilyen gyakorisággal a felmérést megelőző 30 napban. Ugyanezen mutatókra vonatkozó arányok az elektronikus cigaretta (a továbbiakban e-cigaretta) esetében 32%, illetve 12% voltak. A dohányzást korábban nem, de az e-cigarette-t kipróbáló fiatalok aránya 12%, azt az elmúlt 30 napban használó fiatalok aránya 2% volt. A 13–15 évesek 3%-a napi rendszerességgel dohányzik. A 13–15 éves korosztályba tartozók átlagosan 13 évesen már kipróbálták a dohányzást és az e-cigarette-t is. A 10 éves koruk előtt cigarettázni kezdők aránya 9% volt.⁵

A felnőtt dohányzók több mint fele (56%) 18, negyede (23%) 16 éves kora előtt kezdett el dohányozni.⁶

A serdülőkori és a fiatal felnőttek körében elkezdett dohányzást sok tényező befolyásolja, amelyek bonyolult összefüggésben állnak egymással. A dohányzás kipróbálását és a rászakást biológiai, lelki és környezeti tényezők egyaránt meghatározzák. Az egyes tényezők mértéke befolyásolhatja, hogy az illető csak kísérletezni fog a dohánytermékekkel, vagy rendszeres fogyasztóvá válik. A tényezők hatása életkoronként is változhat: gyermekkorban a szülői minta meghatározó, míg serdülőkori jobban érvényesül a kortársak dohányzói magatartása. Serdülőkori a barátok dohányzói szokásai erőteljesebben befolyásolják a kipróbálást, mint

a média és a szülői dohányzás és a hatás erőteljesebben érvényesül a kipróbálás, mint a rendszeres dohányzás esetében.⁷

A serdülők és a fiatal felnőttek körében a dohányzás elkezdését és a rendszeres használatot vizsgáló kutatások megállapítják:⁸

1. A fejlődésben lévő serdülők és a fiatal felnőttek kifejezetten érzékenyek a dohányzást ösztönző társadalmi és környezeti hatásokra.
2. A társadalmi-gazdasági tényezők és az iskolai teljesítmény meghatározza a fiatalkori dohányzói magatartást. A rosszabb tanulmányi eredménnyel rendelkező diákok nagyobb valószínűséggel próbálják ki a dohányzást és válnak rendszeres dohányzóvá.
3. Serdülőkori egyértelmű összefüggés van a kortársak nyomásgyakorlása és a dohányzás kipróbálása, illetve a rendszeres használat között.
4. Szoros kapcsolat van a rossz érzelmi állapot és a fiatalkori dohányzás között.
5. Bizonyított, hogy örökletes a rendszeres dohányzásra való hajlam. A genetikai kockázat kifejeződését azonban a társadalmi-környezeti tényezők befolyásolják.

Bizonyított az összefüggés az alábbi tényezők, illetve egyes dohánytermékek kipróbálása és rendszeres használata között:⁸

1. Alacsony szocioökonómiai helyzet.
2. A dohánytermékek széleskörű rendelkezésre állása és könnyű hozzáférhetősége.
3. A serdülők meggyőződése, hogy a dohányzás elfogadott magatartás.
4. A hozzátartozók dohányzása és a dohányzáshoz való elfogadó hozzáállás.
5. Szülői támogatás hiánya.
6. Alacsony iskolai teljesítmény és alacsony részvételi arány az iskolai programokban.
7. Hiányos eszköztár ahhoz, hogy sikeresen ellenálljon a dohányzásra buzdító ingereknek.
8. A nemet mondás képességének hiánya (csekély önhatékonyság).
9. Korábbi dohányzás és jövőbeli dohányzói szándék.
10. Alacsony önértékelés.
11. Abbéli meggyőződés, hogy a dohányzás hasznos.

A fenti tényezőkön túl a dohányzás káros hatásainak nem ismerete is hozzájárul a cigaretta és a füstmentes dohánytermékek kipróbálásához és használatához.

A cigarettát valaha kipróbáló fiatalok 20–25%-a válik felnőttkorára függő dohányzóvá, ugyanakkor a 12 éves életkorig elkezdett dohányzás jelentősen fokozza a későbbi rendszeres dohányzás kockázatát, mivel a fiatalok harmadafele válik függő, rendszeres használóvá.⁹ Más vizsgálatok szerint örökletes tényezők befolyásolják, hogy akár a 16 éves korig elkezdett dohányzás esetén nagyobb valószínűséggel alakul ki erősebb nikotinfüggőség.¹⁰ A korán nikotinfüggővé váló dohányzói csoport már a serdülőkor elején, 12–13 évesen kiválik a többiek közül, ezért javallott a 12 éves kor előtti időszakra is kiterjeszteni a dohányzásprevenációs programokat.

Azok a társas befolyásoláson alapuló beavatkozások, amelyek segítik akár csak kitolni a rázkódás időpontját, 0,13–0,32%-kal csökkentik a felnőtt dohányzói arányt és 0,09%-kal az egész életre számolt összalálózást.¹⁰

A rázkódás megelőzésének lehetőségei

Hatásos, rázkódást megelőző lehetőségek lehetnek: (1) a lakossági kommunikációs kampányok, a jogi szabályozás és (3) a szűkebb környezetben zajló prevenációs programok.⁸

A szűkebb környezetben végezhető társas és magatartás-változtatáson alapuló beavatkozások helyszíne lehet a család, az egészségügyi ellátást nyújtó intézmény és az iskola.

A családok egyértelműen befolyásolják, hogy a gyermek vagy serdülő kipróbálja, vagy sem a dohányzást, illetve rendszeres fogyasztóvá válik-e. Ismert, hogy a családi hatás már magzati korban érvényesül: az anyaméhben, vagy gyermekkorban elszennvedett nikotinexpozíció hajlamosít a fiatakori viselkedészavarok, hangulatzavarok és függőségek kialakulására.¹¹ Az egészségügyi dolgozóknak, védőnőknak, házi gyermekorvosoknak, iskolaorvosoknak szintén kiemelkedő szerepük van a rázkódás megelőzésében (és a leszokás segítésében). A fiatalok ugyanakkor az iskolai környezetben töltik a legtöbb időt, fejlődésüket befolyásolják az iskola által felállított

szabályok, valamint a kortársak és a pedagógusok viselkedése.

Az amerikai Járványügyi és Betegségmegelőzési Központ (*Centers for Disease Control and Prevention, CDC*) a dohányzásra való rázkódás megelőzésére az óvodától a tizenkettedig évfolyamig tartó program bevezetését javasolja, amelyben kiemelt figyelmet kap a kipróbálás szempontjából legsérülékenyebb 12–14 éves korosztály. Ideális esetben, az iskolai programoknak javasolt kiegészülniük lakossági kommunikációs kampánnyal és közösségi programokkal.⁸

A dohányzást megelőző iskolai programokra vonatkozó szakirodalmi ajánlások:¹²

1. Iskolai dohányzáspolitikai (szabályozás) kidolgozása.
2. Ismeretanyag kidolgozása a dohányzás rövid és hosszú távú fiziológiai és társadalmi következményeiről, a kortárshatásról, a társas mintákról és a nemet mondásról.
3. Dohányzást megelőző nevelési program bevezetése az óvodától a tizenkettedig évfolyamig.
4. A programhoz kapcsolódó pedagógusok oktatása.
5. Szülők, családok bevonása a dohányzást megelőző iskolai programba.
6. A dohányzó tanulók és pedagógusok lezokálásának segítése.
7. A dohányzást megelőző program rendszeres időközönkénti felülvizsgálata.

A dohányzást megelőző iskolai programok több évtizedes múltat tekintenek vissza. A tanulmányok ötféle beavatkozást különböztetnek meg, amelyek eltérő elméletből táplálkoznak:¹³

1. A csak ismereteket adó programok célja, hogy tájékoztassák a tanulókat a dohányzók valós arányairól. A program azon feltételezésen nyugszik, hogy a helyes arányok és a társadalom dohányzáshoz való hozzáállásának ismerete (a dohányzás elutasítása) elegendő a viselkedésváltozáshoz. Az információnyújtás csak ritkán jelenik meg önmagában, gyakran kapcsolódik össze más elemekkel, valamint a prezentáció változatos módjaival.
2. Társas kompetencia fejlesztésén alapuló tanterv — olyan beavatkozássorozat, melynek célja, hogy a társas kompetencia fejleszt-

tése által a serdülő visszautasítsa a dohányzást. Ismert, hogy a nem megfelelő személyes és társas készségek szerhasználatához vezethetnek. Ezek a programok a társadalmi tanulási folyamatok, vagy életkészségek (mint például a társas vagy média befolyásának ellenálló, a problémamegoldást és döntéshozatalt segítő kognitív készségek), a fokozott önkontroll, az önértékelés, a stresszkezelést szolgáló stratégiák, valamint az általános társadalmi és asszertív készségek fejlesztését szolgálják. A készségeknek szélesebb körű alkalmazásai is vannak a tanulók számára. A beavatkozások Bandura elméletén alapulnak, amely azt feltételezi, hogy a gyerekek utánzás és megerősítés hatására tanulják a szerhasználatot.¹³ A szerhasználat iránti fogékonyságot segítik a nem megfelelő személyes és társas készségek, illetve az alacsony önértékelés.

3. Társas befolyásoláson alapuló tanterv — olyan beavatkozássorozat, amelynek célja, hogy a társas készségek fejlesztésén keresztül csökkentse a dohányzásra buzdító társas nyomás hatását. További cél, hogy növelje a serdülők tudatosságát és megtanítsa őket ellenállni a kortárs nyomásnak, kezelni a magas kockázatú helyzeteket, nemet mondani a közvetett vagy közvetlen szerhasználatra buzdító felhívásra. A beavatkozások McGuire meggyőző kommunikáció, valamint Evans pszichológiai beoltás elméletén alapulnak.¹³
4. Társas kompetencia fejlesztésén és társas befolyásoláson alapuló kombinált tanterv — a két fenti megközelítésre támaszkodó módszertan.
5. Multimodális programok — a tantervetki egészítik iskolán belüli és kívüli kezdeményezések (pl. szülőknek, iskoláknak, közösségeknek szóló programok), a dohányzás visszaszorítását célzó intézkedések.

Idáig a legátfogóbb áttekintést a Thomas és mtsai által készített meta-analízis szolgáltatja, melyben 49 randomizált kontrollált dohányzást megelőző iskolai programot vizsgáltak.¹³ A tanulmány eredményei az alábbiak voltak:

1. Az egy évig vagy rövidebb ideig követett programok vizsgálatokor egyedül a társas kompetencia fejlesztésén és társas befolyásoláson alapuló kombinált programoknak volt kimutatható eredménye: a beavatkozás

hatására kevesebben szoktak rá a dohányzásra (esélyhányados [EH] 0,49; 95%-os megbízhatósági tartomány [95% MT] 0,28 – 0,87; p-érték = 0,01; heterogenitás [I^2] = 0%).

2. Az egy évnél hosszabb ideig követett programok vizsgálatokor mind a társas kompetencia fejlesztésén alapuló (EH 0,52; 95% MT 0,30 – 0,88; p-érték = 0,02; I^2 = 0%), mind a kombinált program statisztikailag szignifikáns pozitív eredményt mutatott (EH 0,50; 95% MT 0,28 – 0,87; p-érték = 0,01; I^2 = 0%), a beavatkozások hatására kevesebben szoktak rá a dohányzásra.
3. Az egy évig vagy rövidebb ideig követett programok vizsgálatokor, a kombinált programok esetében lehetett megállapítani pozitív összefüggést a beavatkozások és a dohányzási arány csökkenése között (EH -0,38; 95% MT -0,59 – -0,17; p-érték = 0,0004).
4. Az egy évnél hosszabb ideig követett programok esetében, a társas kompetencia fejlesztésén alapuló tanterv eredményezett dohányzási arány csökkenést (EH -0,04; 95% MT -0,06 – -0,01; p-érték = 0,01; I^2 = 0%).
5. Az egyéves követésnél a fiúk (EH 0,66; 95% MT 0,44 – 0,98; p-érték = 0,04; I^2 = 30%) és lányok (EH 0,69; 95% MT 0,49 – 0,96; p-érték = 0,04; I^2 = 30%) esetében egyformán eredményesek voltak a rászakást megelőző programok.
6. Azon egy évig vagy rövidebb ideig követett programok közül, ahol felnőtt oktató vezette a beavatkozást, a kombinált programok esetében volt mérhető pozitív eredmény (rászakás megelőzés) (EH 0,46; 95% MT 0,26 – 0,84; p-érték = 0,01; I^2 = 0%).
7. Az egy évnél hosszabb ideig követett programok esetében, a felnőtt oktató által vezetett valamennyi beavatkozás (EH 0,88; 95% MT 0,81 – 0,96; p-érték = 0,002; I^2 = 17%), illetve a társas kompetencia-fejlesztésén alapuló (EH 0,52; 95% MT 0,30 – 0,88; p-érték = 0,02; I^2 = 0%) és a kombinált programoknál (EH 0,47; 95% MT 0,26 – 0,84; p-érték = 0,01; I^2 = 0%) volt mérhető a rászakás megelőzése.
8. Érdemes megjegyezni, hogy az egy évnél hosszabb ideig követett programoknál, a társas kompetencia fejlesztésén alapuló

beavatkozás a kábítószer- és alkohol-fogyasztás esetében is eredményes volt (EH 0,52; 95% MT 0,30 – 0,88; p-érték = 0,02; $I^2 = 0\%$).

9. A kombinált programnál alkalmazott szupervíziós alkalom eredményes volt az egyéves (EH 0,50; 95% MT 0,26 – 0,96; p-érték = 0,04; $I^2 = 0\%$) és az ezt meghaladó időtartamú (EH 0,51; 95% MT 0,27 – 0,96; p-érték = 0,04; $I^2 = 0\%$) követésnél is. Mindezek alapján javasolt a programokat tantervi menetben tervezni.

Egy 17 vizsgálatot feldolgozó meta-analízis eredményei szerint, a kortárs oktatáson részt vett fiatalok kisebb valószínűséggel dohányoztak (EH 0,78; 95% MT 0,62 – 0,99; p-érték = 0,040) és fogyasztottak alkoholt (EH 0,80; 95% MT 0,65 – 0,99; p-érték = 0,036), mint a kontrollcsoport. Pozitív összefüggés volt megfigyelhető a kannabiszfogyasztás csökkenése esetében is (EH 0,70, 95% MT 0,50 – 0,97, p-érték = 0,034).¹

A viselkedészavarral küzdő gyermekek magas kockázati csoportnak számítanak a szerhasználatot illetően. Esetükben multimodális megközelítést javallott alkalmazni, amely magában foglalja az egészségismeretek átadását, a társas készségfejlesztést, a szülők bevonását és szükség esetén szakemberi segítséget. A viselkedészavarral küzdő gyermekeknél sikeresebb lehet a külön foglalkozások tartása.²

A szakirodalmi adatok és az Országos Korányi Pulmonológiai Intézet Országos Dohányzás Leszokást Támogató Módszertani Központ 2019. évi függőségmegelőzési pilotprogram tapasztalatai és eredményei alapján egy hatékony — a dohányzásra való rászokás megelőzését is szolgáló — iskolai függőségmegelőző program az alábbi elemekből áll (részletek a 113. oldalon):

1. A gyermek lelki egészségét támogató, társas készségeket fejlesztő tantervbeilleszhető program
 - i) A pedagógusok kommunikációs készségeinek, konfliktuskezelési és stresszkezelési eszköztárának bővítése
 - ii) Kortársoktatók alkalmazása a gyermekek társas készségeinek fejlesztését célzó pozitív kortárshatás érdekében
2. Iskolai egészségnevelés interaktív, játékos, tapasztalati úton történő tudásátadással
 - i) A pedagógus egészségismereteinek

fejlesztése, az egészségneveléshez szükséges ismeretanyagot tartalmazó tudástár biztosítása

- ii) Kortársoktatók alkalmazása a gyermekek egészségismereteinek fejlesztéséért
3. A dohányzásról való leszokás lehetőségeinek biztosítása a fiatalok és az iskola dolgozói számára
4. A szülők és a lakókörnyezet támogatása, tájékoztatása és aktív bevonása az iskolai egészségfejlesztő programokba.

Mi az Ön véleménye arról az egyre gyakoribb vélekedésről, hogy az ártalomcsökkentés érdekében az elektronikus cigaretta, a snüssz vagy hasonló termékek használatának ajánlása, népszerűsítése javasolt a diákok körében?

A dohányzás káros hatásait egyre inkább tudatosító népegészségügyi tevékenység és a dohányzás visszaszorítását célzó intézkedések eredményeként elsősorban a fejlett, nyugati országokban csökkenő dohányzási kedvet a dohánygyárak az új típusú dohánytermékek, az e-cigaretták és az új füstmentes dohánytermékek kifejlesztésével és bevezetésével is próbálják ellensúlyozni. Az innovációk közé sorolhatók a tasakos tubák, az oldható dohány, az egyedi aromákkal és különböző nikotintartalommal előállított termékek. Az új termékeket új típusú eszközökkel, például internetes reklámokkal népszerűsítik: a füstmentes dohánytermékeket áthidaló megoldásként ajánlják a dohányzók figyelmébe, amelyet olyankor is tudnak használni, amikor nem lehetséges rágyújtani.¹⁴

Az e-cigaretta támogatói azzal érvelnek, hogy használatával azonnal csökken a dohányzásból eredő egészségkárosodás kockázata, míg a leszokás folyamata hosszabb időt vehet igénybe, amely alatt a leszokni kívánó változatlan mennyiségben dohányzik.¹⁵ Ellenérvként azonban felvethető, hogy a kisebb mértékű, de bizonyítottan jelenlévő egészségkárosító hatása mellett az e-cigaretta a fizikai függés mellett a lelki függést is megerősíti a rágyújtás és „cigarettázás” folyamatának napi többszöri ismétlődésével.^{15,16}

Az e-cigaretta-használók esetében rosszabbak a szív- és érrendszer, továbbá a légzőrendszer

működésének paraméterei (vérnyomás, szívfrekvencia, kilélegzett szénmonoxid és nitrogénmonoxid) mint azoknál, akik eddig semmit nem használtak. Mindezek alapján nem valószínű, hogy leszokást támogató eszközként való használata jobb eredményre vezet összehasonlítva az igazoltan hatékony módszerekkel (pl. nikotinpótlók), annál is inkább, mert a tanulmányok szerint az e-cigaretta-használatra áttérő dohányzók többsége hosszú távon alkalmazza az eszközt, számos esetben a hagyományos cigaretta mellett.^{6,15,16}

A füstmentes dohánytermékek speciális — hagyományosan Svédországban előállított — formája, a snüssz. Svédül a „snus” a száj- és orr-üregben alkalmazott dohánytermékek összefoglaló neve, de manapság arra a nedves tubákra vonatkozik, amelyet vágott dohányként vagy teafiltszerű tasakokba töltve, a felső ajak és a fogsor közé illesztve alkalmaznak. Svédországban az 1820-as évek óta gyártják és forgalmazzák, az 1970-es évektől ismét reneszánszát éli. A svéd snüssz gyártási folyamata eltér más füstmentes dohánytermékek előállításától. A snüssz sokkal kevesebb nitritet és dohányspecifikus nitróزامint tartalmaz, mint a nem pasztörizált, fermentált és közvetlen hőlégbefúvással szárított dohányból készült nedves tubák. Jellemző továbbá, hogy a hűtött tárolás során, a snüsszben nem emelkedik a nitrit- és a nitróзамinszint, szemben más nedves tubákkal. Mivel a snüssz

nem tartalmaz közvetlen hőlégbefúvással szárított dohányt, benne alacsonyabb a policiklusos aromás szénhidrogének és az illékony aldehidek szintje, mint a nedves tubákban.¹⁴

A snüssz ártalomcsökkentő termékként való reklámozása azonban nem megalapozott. Helyileg irritációt és érzékenységet, szisztémásan pedig a cigarettához hasonló mechanizmussal okozhat egészségkárosodást. Nikotintartalma révén a cigarettázókhoz hasonlóan a nikotinfüggőség alakul ki, rendszeres használata esetén tolerancia és a termék elhagyásakor megvonási tünetek jelentkeznek. Növeli a szájüregi nyálkahártya- elváltozások, például a leukoplakiaⁱⁱ, az erythroplakiaⁱⁱⁱ és a verrucosus hyperplasia^{iv} kialakulásának valószínűségét. Az elváltozások különös figyelmet érdemelnek, mert a leukoplakia és az oralis submucosus fibrosis^v rákmegelőző állapotok.¹⁴

A skandináv snüssz esetében, néhány tanulmány emelkedett daganatkeltő kockázatról számolt be, más tanulmányok szerint nem bizonyított a snüssz használat és szájüregi daganatok közötti összefüggés.¹⁴ Fontos azonban megjegyezni, hogy csupán a 2000-es évektől alkalmazzák azt a gyártási technológiát, amelynek hatására alacsonyabb lett a termékek nitróзамin és nehézfém tartalma. A hosszú távú, potenciálisan daganatkeltő hatás kimutatásához pedig, ennél hosszabb behatási időre van szükség.^{14,17}

ⁱⁱ Nyálkahártya laphámjának elszarusodása, melynek következtében fehér foltok jelenhetnek meg az arc belső felén, a nyelven, az ínyen vagy az ajkakon.

ⁱⁱⁱ Viszonylag ritka elváltozás, amely igen nagy arányban válik rosszindulatúvá. A nyálkahártyán letörölhetetlen élénkpiros, bársonyos felszínű elváltozás képében jelentkezik.

^{iv} A szájnyálkahártya ritka felszíni elváltozása, mely szemölcszerű rákos daganattá alakulhat át.

^v A szájüregi rákot megelőző állapot, amelyet a nyálkahártya alatti szövetek gyulladása és progresszív fibrózisa jellemez.

Az Országos Korányi Pulmonológiai Intézet,
Országos Dohányzás Leszokást Támogató Módszertani Központ (a továbbiakban DLTK)
2019. évi függőségmegelőzési pilotprogram:

A DLTK által koordinált, iskolai szinten zajló függőségmegelőzési pilotprogram 2019. januárban indult el 21 iskolával (Budakörnyéki Önkormányzati Társulás illetékességi területén található 11 iskola, illetve Borsod Abaúj-Zemplén megyében 10 iskola) szoros együttműködésben és 48 pedagógus bevonásával. A program beépült a Budakörnyéki Egészségprogramba (szakmai vezető: dr. Rákosy Zsuzsa, PhD), abból a célból, hogy segítse a teljeskörű iskolai egészségfejlesztés hatékony megvalósulását.

A program három pilléren nyugszik:

1. A pedagógusok kommunikációs készségeinek, konfliktuskezelési eszköztárának bővítése, valamint a függőséggel kapcsolatos, elsősorban a dohányzásra vonatkozó egészségismereteinek fejlesztése. Az elsajátított készségek hozzájárulnak a pedagógus saját lelki egészségének és kiégés prevenciójának támogatásához is.
2. A pedagógus kommunikációs és konfliktuskezelési mintájának változása közvetve hat a gyermekek lelki egészségének és társas készségeinek fejlődésére. A gyerekek a valós mindennapi élethelyzetekben a tanár viselkedési mintája alapján sajátítanak el új kommunikációs és konfliktuskezelési technikákat.
3. Nem formális oktatási módszerekkel történő, interaktív, élményalapú tudásátadást alkalmaz a dohányzással kapcsolatos iskolai témahét.

A program a résztvevő pedagógusok 88%-át hozzásegítette az osztályon belüli konfliktusok könnyebb/hatékonyabb kezeléséhez; 76%-uk számolt be gyerekek együttműködési képességének javulásáról; 68%-uk mondta, hogy javult/mélyült a kapcsolata a gyerekekkel; 44%-uk tapasztalta, hogy javult az osztályon belüli csoportkohézió; 20%-uk figyelte meg, hogy a módszerek használatával hatékonyabbá vált a tananyag átadása, a gyerekek nyíltabbak lettek és nagyobb biztonságban érzik magukat az iskolai környezetben.

Több pedagógus hangsúlyozta, hogy bár szükség van az iskolában más segítő szakemberek, így a pszichológusok és a pedagógus asszisztensek támogató munkájára, a pedagógusok tudnak a legtöbbet tenni a gyermekek lelki egészségéért. A pedagógusok hivatástudatuk részének érzik a gyermekek lelki egészségével való foglalkozást, felismerve csak akkor várható el, hogy jó legyen a gyermek iskolai teljesítménye, ha lelkileg kiegyensúlyozott.

HIVATKOZÁSOK

- ¹ MacArthur G, Harrison S, Caldwell D, et al. Peer-led interventions to prevent tobacco, alcohol and/or drug use among young people aged 11-21 years: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2016; 111(3): 391–407. doi: [10.1111/add.13224](https://doi.org/10.1111/add.13224)
- ² Turhan A, Onrust SA, Ten Klooster PM, et al. A school-based programme for tobacco and alcohol prevention in special education: effectiveness of the modified “healthy school and drugs” intervention and moderation by school subtype. *Addiction*. 2017; 112(3): 533–543. doi: [10.1111/add.13672](https://doi.org/10.1111/add.13672)
- ³ DiClemente RJ, Hansen WB, Ponton LE. (Eds.) *Handbook of adolescent health risk behavior*. Springer Science & Business Media, New York. 2013.
- ⁴ Shek DTL, Yu L, Leung H, et al. Development, implementation, and evaluation of a multi-addiction prevention program for primary school students in Hong Kong: the B.E.S.T. Teen Program. *Asian J Gambl Issues Public Health*. 2016; 6(1): 5. doi: [10.1186/s40405-016-0014-z](https://doi.org/10.1186/s40405-016-0014-z)
- ⁵ A Magyarországi Ifjúsági Dohányzás Felmérés 2019–2020. évi hazai megvalósításáról. Zárótanulmány. Budapest, 2020. https://fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/2020-08/01_MIDF_2020_Tanulmany_20200706.pdf (Elérve: 2021. 04. 28.)
- ⁶ Felnőtt Dohányzás Felmérés 2019. Az Országos Korányi Pulmonológiai Intézet megbízásából a M.Á.S.T. Kft. által végzett felmérés. http://www.leszokastamogatas.hu/wp-content/uploads/2021/03/Osszefoglalolo_Felnott_Dohanyzas_Felmeres_2019_1.4.pdf (Elérve: 2021. 04. 28.)
- ⁷ Cavallo, D. A., Kong, G., Ells, D. M., Camenga, D. R., Morean, M. E., & Krishnan-Sarin, S. (2019). Youth generated prevention messages about electronic cigarettes. *Health Educ Res*. 34(2), 247–256. doi: [10.1093/her/cyz001](https://doi.org/10.1093/her/cyz001)
- ⁸ National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health. Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General. Centers for Disease Control and Prevention (US). 2012. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK99237/> (Elérve: 2021. 04. 28.)
- ⁹ Pénzes M. A serdülőkorú dohányzás prediktorai és a megelőzés lehetőségei – Doktori értekezés. Semmelweis Egyetem Patológiai tudományok Doktori Iskola. 2016. doi: [10.14753/SE.2017.2250](https://doi.org/10.14753/SE.2017.2250)
- ¹⁰ Jit M, Aveyard P, Barton P, et al. Predicting the life-time benefit of school-based smoking prevention programmes. *Addiction*. 2010; 105(6): 1109–1116. doi: [10.1111/j.1360-0443.2010.02924.x](https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.02924.x)
- ¹¹ Eaton DL, Kwan LY, Stratton K. (Eds.). National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, Health and Medicine Division, Board on Population Health and Public Health Practice, & Committee on the Review of the Health Effects of Electronic Nicotine Delivery Systems. *Public Health Consequences of E-cigarettes*, National Academies Press (US). 2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507171/> (Elérve: 2021. 04. 28.)
- ¹² Inman DD, van Bakergem KM, Larosa AC, et al. Evidence-based health promotion programs for schools and communities. *Am J Prev Med*. 2011; 40(2): 207–219. doi: [10.1016/j.amepre.2010.10.031](https://doi.org/10.1016/j.amepre.2010.10.031)
- ¹³ Thomas RE, McLellan J, Perera R. School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; 30(4): CD001293. doi: [10.1002/14651858.CD001293.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD001293.pub3)
- ¹⁴ National Cancer Institute and Centers for Disease Control and Prevention: *Smokeless Tobacco and Public Health: A Global Perspective*. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention and National Institutes of Health, National Cancer Institute. NIH Publication No. 14-7983. 2014.
- ¹⁵ Grana R, Benowitz N, Glantz SA. E-cigarettes: A scientific review. *Circulation*. 2014; 129(12): 1972–1986. doi: [10.1161/CIRCULATIONAHA.114.007667](https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.114.007667)
- ¹⁶ Bozier J, Chivers EK, Chapman DG, et al. The Evolving Landscape of e-cigarettes: A systematic review of recent evidence. *Chest*. 2020; 157(5):1362-1390. doi: [10.1016/j.chest.2019.12.042](https://doi.org/10.1016/j.chest.2019.12.042)
- ¹⁷ Rutqvist LE, Curvall M, Hassler T, et al. Swedish snus and the GothiaTek® standard. *Harm Reduct J*. 2011; 8: 11. doi: [10.1186/1477-7517-8-11](https://doi.org/10.1186/1477-7517-8-11)

Szerhasználat megelőzése – Szakértő válaszol: Urbán Róbert

Substance use prevention – Expert opinion: Róbert Urbán

Szerző:	Urbán Róbert ¹ ✉
Beküldve:	2020. 12. 30.
Doi:	10.24365/ef.v62i2.6018
Kulcsszavak:	dohányzásprevenció; elektronikus cigaretta; ártalomcsökkentés; fiatalok; szakértői válasz
Keywords:	tobacco prevention; electronic cigarette; harm reduction; youth; expert opinions

Mi az Ön véleménye arról az egyre gyakoribb vélekedésről, hogy az ártalomcsökkentés érdekében az elektronikus cigaretta, a snüssz vagy hasonló termékek használatának ajánlása, népszerűsítése javasolt a diákok körében?

Az ártalomcsökkentés olyan intervenciókat foglal magában, amelyek révén a negatív egészségi, társas vagy társadalmi hatásokat (pl. HIV vagy a hepatitis-C vírus okozta fertőzés) csökkenthetjük vagy kivédhetjük anélkül, hogy az ártalmas viselkedést (pl. szerhasználat, védekezés nélküli szex) felfüggesztenénk vagy kiiktatnánk. Újabb felmerül a kérdés, hogy az alternatív dohánytermékek — kiemelten az elektronikus cigaretta (a továbbiakban e-cigaretta) vagy éppen a füstmentes dohánytermékek (snüssz) — olyan ártalomcsökkentő eszközként bevezethetők-e, amelyek alkalmasak a hagyományos cigaretta fogyasztásával együttjáró egészségi ártalmak csökkentésére vagy megelőzésére. Újabb csavar a fenti kérdésben, hogy az ártalomcsökkentési módot a serdülők vagy fiatal felnőttek — nevezük őket most diákoknak — körében kívánja használni. Mielőtt ezt a felvetést tárgyalnánk, fontos figyelembe venni, hogy ez az elképzelés rendszerint nem az egészségfejlesztésben vagy a drogprevencióban dolgozó szakemberektől, hanem az e-cigaretta forgalmazásában érdekeltől származik. Szinte magától értetődően óvatosan kell az ilyen felvetésekkel bánni, vajon

nem éppen trójai falóként próbálják-e ilyenkor az e-cigaretta és a füstmentes dohányterméket felhasználni a dohányzás ismételt normalizálására.¹ Óvatosságra int az a hosszú távú tapasztalat, aminek összegzése, hogy a dohányipar dohányzásprevencióban való részvétele rendszerint több ártalommal, mint haszonnal jár.² Annak ellenére, hogy a dohányzásprevencióval foglalkozó szakemberek általános álláspontja az, hogy tartsuk távol magunkat az ipar lehetséges befolyásától, egyes kutatók mégis együttműködnek a kevésbé káros dohánytermékek fejlesztése érdekében.³

A szerkesztőség a fenti kérdésben kérte véleményemet, azonban tudományos kutatóként a vélemény — a legalacsonyabb szintű evidencia — helyett érdemes inkább végiggondolni, milyen bizonyítékok állnak rendelkezésünkre a kérdés megválaszolásához. A kutatóknak és a gyakorlati szakembereknek további két kérdésre kell válaszolniuk. Az első kérdés arra vonatkozik, hogy van-e és ha igen, milyen adat arra, hogy az e-cigaretta csökkenti az elfogyasztott hagyományos cigaretták mennyiségét vagy, hozzájárul-e a leszokáshoz? Mindez hogyan alkalmazható a diákok körében, ahol az esetek túlnyomó többségében jellemzően sem egészségi ártalom, sem komoly nikotinfüggés nem figyelhető meg? Mindezt felvehetjük a hagyományos PICOT-formátumban⁴: Vajon a fiatalok körében az e-cigaretta promóciója (*intervention* – *beavatkozás*)

¹ Eötvös Lóránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Személyiség és Egészségpszichológia Tanszék, Budapest

csökkenti-e a dohányzást és az egészségkárosodást (*outcome – kimenetel*), összehasonlítva az átfogó dohányzásprevencióhoz képest (*comparison – összehasonlítás*) felnőtt korukig (*time – idő*)?

Sajnos erre a kérdésre nem tudok jól elvégzett meta-analízisre vagy torzítás nélküli magas szintű evidenciákra hivatkozva válaszolni. A kutatások egy jelentős része elsősorban az e-cigaretta leszokásra gyakorolt hatására fókuszál. Ezzel kapcsolatban az eddigi eredmények sokkal inkább ellentmondásosak, mintsem kielégítőek. Egyes meta-analízisek kedvező hatást sejtetnek, míg mások épp az ellenkezőjét állítják.^{5,6} Egyes bizonyítékok rámutatnak, hogy összehasonlítva a nikotintartalmú és a nikotinmentes készülékek hatékonyságát, csak sejtethetjük, hogy a nikotintartalmú eszközök kedvezőbbek a hagyományos cigarettáról való leszokásban, bár a hatás csak marginálisan szignifikáns, azaz nagy a becslés bizonytalansága.⁷ A kohorsz tanulmányok összegzése is azt mutatja, hogy az e-cigaretta csak marginálisan csökkenti a hagyományos cigarettázás esélyét.⁷ Ugyanakkor általános az egyetértés abban, hogy a jelenlegi kutatások módszertani problémákkal és lehetséges torzításokkal terheltek.

Mindenesetre, amíg nem számolhatunk be független kutatók jól elvégzett kutatásairól, addig még azt a kérdést sem tudjuk megválaszolni, hogy az e-cigaretta segíti-e a leszokást felnőtt használók körében. Ráadásul a képet bonyolíthatja, hogy egy longitudinális kutatásban kimutatták, a felnőtt használók körében az e-cigaretta kipróbálása (*ever use*), csak erős nikotinfüggőség esetében segített csökkenteni az elszívott hagyományos cigaretták mennyiségét, ám nagyon alacsony függés esetén az e-cigaretta kipróbálása a hagyományos cigaretta fogyasztásának gyakoribbá válásával járt együtt.⁸ Sőt, ugyanebben a vizsgálatban arra is rámutattak, hogy a hagyományos cigarettáról való leszokás során az e-cigaretta használata nem csökkentette az elszívott cigaretták számát. A kutatási eredmények alapján az azonban elmondható, hogy az e-cigaretta hatása függ a célcsoport jellemzőitől is. Ebből a szempontból a diákok egy specifikus célcsoportot képviselnek.

A serdülők és fiatal felnőttek egyaránt kiemelt célcsoportot képeznek a dohányipari marketing

és az egészségfejlesztésben dolgozók számára. A rendelkezésünkre álló adatok alapján sokkal inkább az látszik, hogy az e-cigaretta és a hagyományos cigaretta használói köre nagymértékben átfedi egymást, illetve a használatukat hasonló pszichoszociális jellemzők (pl. szenzoros élménykeresés) jelzik előre. Az is látható, hogy a nemdohányzó, e-cigaretta iránt érdeklődő fiatalok nagyobb eséllyel próbálják ki a hagyományos cigarettát is.⁹ Nem ismerünk olyan meggyőző adatokat, ami alátámaszthatná azt a feltételezést, hogy az e-cigaretta távol tartja a fiatalokat a hagyományos cigarettától. Sőt, ennek ellenkezője látszik a vonatkozó kutatásokból, azaz az e-cigaretta hozzájárulhat a hagyományos cigaretta használatához.^{9,10,11,12}

Az e-cigaretta „népszerűsítése” tehát alkalmas arra, hogy leépítse azokat a társadalmi sikereket, amiket egyes országok elérték a dohányzás visszaszorításában. Ugyanakkor bár a hagyományos cigarettának hosszú távú káros hatását ismerjük, de rövid távon nem okoz olyan súlyos problémát, ami szükségessé tenné az ártalomcsökkentés módszerének alkalmazását a fiatalok körében. Ezzel szemben ebben az életkorban még lehetséges a korszerű dohányzásprevenációs, leszokást motiváló és támogató módszerek alkalmazása. Éppen ezért az e-cigaretta alkalmazása a serdülőkkel való munka során olyan, mint amikor a farkasra bízunk a bárányokat.

Érdeemes feltenni egy másik kérdést is, miszerint a fiatalok célcsoportjában milyen ártalmakkal jár az e-cigaretta használata. Ugyan a nikotinnak nincs komoly egészségkárosító hatása, egyre többet tudunk annak központi idegrendszeri kedvezőtlen hatásairól serdülőkorban és fiatal felnőttek esetében. Az e-cigarettaiban lévő nikotin és más vegyületek befolyásolják a serdülő agy fejlődését azzal, hogy megnövelik a függőség kockázatát (nemcsak a cigarettától), befolyásolják a figyelmi és gondolkodási funkciók fejlődését, csökken az impulzuskontroll és megnő a hangulatzavarok kockázata.¹³ Így maga a nikotint tartalmazó e-cigaretta egy újabb kockázatot is jelenthet a fiatalok körében, azaz ahelyett, hogy megoldana egy problémát, újabb, még teljesen be nem látható problémákat idézhet elő.

Összességében az e-cigaretta javasolt alkalmazása a dohányzás visszaszorításában a fiatalok körében valószínűleg egy veszélyes pótcse-

lekvés, ami nem pótolja azokat a közösségi, társadalmi és kormányzati erőforrásokat, erőfeszítéseket, amelyek fájdalmasan hiányoznak a hazai dohányzás-, alkohol- és drogprevenció területéről. A hazai halálozási és megbetegedési statisztikákat látva sok tennivalónk lenne. A

teendőket pedig nem kell újból felfedeznünk, hiszen számos nemzetközi tapasztalat van, amelyek konzisztens, kitartó és következetes alkalmazásával hazánkban is idővel elérhetővé válnának a más országokban megfigyelhető kedvező változások.

HIVATKOZÁSOK

- ¹ Buljubasich D. Cigarrillo electrónico: ¿un moderno caballo de Troya? E-Cigarette: a modern Trojan horse? Archivos de Bronconeumología. 2015; 51(7), 313–314. doi: [10.1016/j.arbres.2014.12.004](https://doi.org/10.1016/j.arbres.2014.12.004)
- ² Landman A, Ling PM, Glantz SA. Tobacco industry youth smoking prevention programs: Protecting the industry and hurting tobacco control. Am J of Public Health. 2002; 92(6), 917–930. doi: [10.2105/ajph.92.6.917](https://doi.org/10.2105/ajph.92.6.917)
- ³ Hughes JR, Fagerstrom KO, Henningfield JE, et al. Why we work with the tobacco industry. Addiction. 2019; 114(2), 374–375. doi: [10.1111/add.14461](https://doi.org/10.1111/add.14461)
- ⁴ Guyatt G, Rennie D, Meade M, et al. (Eds.). American Medical Association. Users' guides to the medical literature. A manual for evidence-based clinical practice (Third edition). McGraw-Hill Education, New York, 2015.
- ⁵ Malas M, van der Tempel J, Schwartz R, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation: A systematic review. Nicotine Tob Res. 2016; 18(10), 1926–1936. doi: [10.1093/ntr/ntw119](https://doi.org/10.1093/ntr/ntw119)
- ⁶ Kalkhoran S, Glantz SA. E-cigarettes and smoking cessation in real-world and clinical settings: A systematic review and meta-analysis. Lancet Respir Med. 2016; 4(2), 116–128. doi: [10.1016/S2213-2600\(15\)00521-4](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(15)00521-4)
- ⁷ El Dib R, Suzumura EA, Akl EA, et al. Electronic nicotine delivery systems and/or electronic non-nicotine delivery systems for tobacco smoking cessation or reduction: A systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2017; 7(2), e012680. doi: [10.1136/bmjopen-2016-012680](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012680)
- ⁸ Selya AS, Dierker L, Rose JS, et al. The role of nicotine Dependence in e-cigarettes' potential for amoking reduction. Nicotine Tob Res. 2018; 20(10), 1272–1277. doi: [10.1093/ntr/ntx160](https://doi.org/10.1093/ntr/ntx160)
- ⁹ Péntes M, Foley KL, Nădășan V, et al. Bidirectional associations of e-cigarette, conventional cigarette and waterpipe experimentation among adolescents: A cross-lagged model. Addict Behav. 2018; 80, 59–64. doi: [10.1016/j.addbeh.2018.01.010](https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.01.010)
- ¹⁰ Soneji S, Barrington-Trimis JL, Wills TA, et al. Association between initial use of e-cigarettes and subsequent cigarette smoking among adolescents and young adults: A systematic review and meta-analysis. JAMA Pediatr. 2017; 171(8), 788. doi: [10.1001/jamapediatrics.2017.1488](https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.1488)
- ¹¹ Treur JL, Rozema AD, Mathijssen JJP, et al. E-cigarette and waterpipe use in two adolescent cohorts: Cross-sectional and longitudinal associations with conventional cigarette smoking. Eur J Epid. 2018; 33(3), 323–334. doi: [10.1007/s10654-017-0345-9](https://doi.org/10.1007/s10654-017-0345-9)
- ¹² Wills TA, Knight R, Sargent JD et al. Longitudinal study of e-cigarette use and onset of cigarette smoking among high school students in Hawaii. Tobacco Control. 2017; 26(1), 34–39. doi: [10.1136/tobaccocontrol-2015-052705](https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2015-052705)
- ¹³ Yuan M, Cross SJ, Loughlin SE, et al. Nicotine and the adolescent brain. J Phys. 2015; 593(16), 3397–3412. doi: [10.1113/JP270492](https://doi.org/10.1113/JP270492)

Szerhasználat megelőzése – Szakértő válaszol: Demetrovics Zsolt

Substance use prevention – Expert opinion: Zsolt Demetrovics

Szerző:	Demetrovics Zsolt ¹ ✉
Beküldve:	2021. 01. 24.
Doi:	10.24365/ef.v62i2.6019
Kulcsszavak:	kereslet-, és kínálatcsökkentés; ártalomcsökkentés; fiatalok; szakértői válasz
Keywords:	demand and supply reduction; harm reduction; youth; expert opinions

Mi az Ön véleménye arról az egyre gyakoribb vélekedésről, hogy az ártalomcsökkentés érdekében az elektronikus cigaretta, a snüssz vagy hasonló termékek használatának ajánlása, népszerűsítése javasolt a diákok körében?

Néhány gondolat a prevenció és az ártalomcsökkentés kapcsolatáról

A prevenció – az alkohol – és droghasználat területén – a keresletcsökkentés elsődleges eszköze. Célja ennek megfelelően, hogy minél kevesebben próbáljanak ki, és minél kevesebben használjanak különböző pszichoaktív szereket. Hasonlóképp a prevalencia, azaz a probléma előfordulásának a csökkentésére irányulnak a kínálatcsökkentési stratégiák, ezek azonban nem a prevenció programok irányából próbálják megelőzni a használatot, hanem az adott szer elérhetőségét, hozzáférhetőségét csökkentik a jogi vagy egyéb szabályozások segítségével. E két stratégia mellett az ártalomcsökkentés azonban elsődlegesen nem a prevalencia, tehát nem a probléma előfordulására, hanem az adott viselkedéssel, szerhasználattal kapcsolatos veszélyek, kockázatok, ártalmak mértékének a csökkentésére irányul. Ezen megközelítés lényege, hogy nem a viselkedést tekinti általában problémásnak és ártalmasnak (vagy legalábbis nem minden formáját tekinti egyforma mértékben problémásnak és egyformán ártalmasnak), s ennek megfelelően az ártalmas mértékű/jellegű

szerhasználatra, annak negatív következményekre, azaz általában az egyéni és társadalmi ártalmakra, ezek csökkentésére, minimalizálására fókuszál.

Első ránézésére azt gondolhatjuk, hogy az ártalomcsökkentés elve és gyakorlata szükségszerűen diszkréten különül el a prevenció célkitűzéseitől és kizárólag a súlyos szerfüggők kezelése során merül fel lehetséges alternatívaként. Utóbbiak esetében valóban ésszerűnek tűnik, hogy a súlyos függőséget kevésbé ártalmas szerekekkel váltsuk ki (ilyen például a heroinistáknak nyújtott fenntartó metadon kezelés), az intravénás használat helyett próbáljuk elérni az orális szerhasználatra való áttérést vagy legalább a steril fecskendők használatát, vagy egyéb beavatkozási lehetőségekkel törekedünk arra, hogy a súlyos ártalmakkal járó használati módok irányából a kisebb kockázatok felé próbáljuk elmozdítani a szerhasználót.

Könnyű belátni, hogy az ártalomcsökkentő szemlélet egyik alapvetése annak a belátása, hogy a probléma teljes egészében nem szüntethető meg, azaz, sem a kereslet-, sem a kínálatcsökkentés nem lehet 100%-ig sikeres. A legszigorúbb törvény és a legjobb prevenció program mellett is fennmarad valamilyen mértékű szerhasználat, s ezzel együtt ártalom is. Jelen írás keretében nincs mód részletesen kitérni rá, de sok esetben a kínálatcsökkentő beavatkozások az ártalmak növekedését is eredményezhetik,

¹ Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet, Budapest

míg a keresletcsökkentés, a prevenció sokszor csak kisebb mértékben (vagy legalábbis csak egyes csoportokban) hat az ártalmak csökkentésére. Utóbbira példa, hogy az univerzális iskolai prevenció elsősorban a kevésbé veszélyeztetett populációk szerhasználatát és szerkipróbálását csökkenti, de például a későbbi súlyos szerhasználati problémákkal küzdőkre nincs hatással, nem is biztos, hogy eléri őket.

Az ártalomcsökkentő szemlélet egy másik fontos alapvetése a fokozatosság, a célok egymásra épülése. Ez azt jelenti, hogy míg a kereslet-, és a kínálatcsökkentés célja egyszerűen a viselkedés előfordulásának a csökkentése (sokszor irreális célkitűzésként a megszüntetés a cél), addig az ártalomcsökkentés lépésenként halad. Ha a probléma megszüntetését nem látja reálisnak, akkor megnézi, hogy milyen beavatkozással lehetne a legnagyobb mértékben csökkenteni az ártalmakat, de akiknél ez nem működik, ott a kisebb mértékű, kisebb sikerű beavatkozásokat is elfogadhatónak tartja. Az intravénás heroinfüggő problémájához visszatérve, ha nem tudja a függőséget, a teljes problémát felszámolni, akkor sikernek tekinti, ha a használó legális gyógyszert kap, orvosi felügyelet mellett, szájon át adagolva. De, ha ez sem elérhető, akkor lehet engedni a célkitűzésekből, mert bármilyen csekély beavatkozás is több siker lesz az ártalmak csökkentésében, mintha semmit nem tennénk, s változatlan marad az intravénás droghasználat.

A prevenció esetében elsőre azt gondolhatjuk, hogy ezek a fenti szempontok nem merülnek fel, hiszen itt még nincs jelen a szerhasználat, csakis a teljes megelőzés, azaz az ártalmak teljes csökkentése lehet a célkitűzés. Valójában, két helyen kell módosítani ezt az álláspontot. Egyrészt, a szerhasználat vonatkozásában leggyakoribb prevenció tevékenységformát, a középiskolai prevenciót tekintve, a célpopuláció egy része valamilyen mértékben már találkozott a különböző szerekkel, kipróbálta azokat. Ráadásul, ahogy láttuk fentebb, nem bízhatunk abban, hogy ez a szerhasználat teljes mértékig megszűnik a prevenció program hatására, azaz valamilyen mértékű szerhasználat lesz a beavatkozást követően is. Másrészt, ha csak nem tudunk 100%-ig biztosak lenni a prevenció beavatkozásunk sikerében (jelen tudásunk szerint nem létezik ilyen program), akkor a szereket a prevenció beavatkozás előtt nem használók egy része is egészen

biztosan fog szereket kipróbálni valamikor a prevenció beavatkozást követően. Mindkét észrevétel azt jelzi, hogy a prevenció beavatkozás nem tud 100%-os sikert, azaz 0%-os prevalenciát, s ily módon nulla mértékű ártalmat eredményezni. Másképp fogalmazva még nagyon sikeres prevenció programok esetében is lesz szerhasználat, azaz feltehetően valamilyen mértékű ártalom is.

A prevenció és az ártalomcsökkentő megközelítés a fentiek alapján tehát egyáltalán nem zárja ki egymást. A prevenció célkitűzések és prevenció üzenetek is hordozhatnak ártalomcsökkentő szemléletet. Az egyes szerek kipróbálása nem egyforma veszélyekkel, kockázatokkal, ártalmakkal jár, mint, ahogyan a különböző használati módok is eltérő módon veszélyesek. A prevenció nem szükségszerűen csak a szerhasználat teljes elutasításának az üzenetével léphet fel, sőt, ha ezt teszi, egyrészt szükségszerűen kizárja az üzenetből a célpopuláció egy részét (pl. azokat, akik már használtak szereket, de azokat is, akik valószínűleg fognak használni), másrészt olyan irreális üzenetet közvetít (a szerhasználat teljes elutasítását), amely, ha nem teljesül, akkor a kudarc is teljes, azaz semmilyen más lehetőség nem marad az ártalmak enyhítésére. Ezzel szemben, differenciáltabb célkitűzések megfogalmazása akkor is sikerre – kevésbé ártalmas szerhasználathoz – vezethet, ha a teljes megelőzés célja nem teljesül.

Ezzel összhangban például az Európai Unió kábítószerhasználat elleni stratégiája a prevalencia csökkentése, mint célkitűzés mellett olyan célokat fogalmaz meg, mint a kábítószerhasználat megkezdésének életkorát minél későbbre tolja. A stratégia egyértelműen az egészségügyi és a társadalmi kockázatoknak és ártalmaknak a megelőzését és csökkentését tűzi ki célul a keresletcsökkentés vonatkozásában is, azaz a fentiekkel összhangban felismeri, hogy egymást támogató, s nem egymást kizáró szemléletekről, megközelítésekről van szó.

A mindennapi gyakorlatok szintje azonban kétségtelenül összetettebb az elvi lehetőségeknél, és sok esetben ellentmondásoktól és kockázatoktól sem mentes. Az ártalomcsökkentés elvének alkalmazása ugyanis csak körültekintően, s az ártalmak tényleges becslése mellett alkalmazható, ez a becslés azonban nem mindig

szolgáltató egyértelmű támpontot. Különösen így van ez a prevenció esetében, ahol – szemben a fenti heroinista példával – sok esetben (sőt többnyire) még nem létező, hanem csak a jövőben potenciálisan felmerülő ártalmakra reagálunk. Másképp fogalmazva, míg a heroinfüggőséggel kapcsolatos beavatkozásoknál általánosan igaz a tétel, hogy bármilyen beavatkozás, bármilyen csekély siker is az ártalmak csökkenéséhez vezet, addig a prevenció esetében könnyen elképzelhető, hogy egy szerencsétlen üzenet az addig jelen nem lévő ártalmak megjelenését okozza (akár a szerhasználat megjelenését mondjuk figyelemfelkeltő hatáson keresztül).

A prevenciós beavatkozások esetén, különösen, ha univerzális prevencióról (pl.: iskolai prevencióról) beszélünk, tehát figyelembe kell venni, hogy az ártalmak nem, vagy csak szerény mértékben vannak jelen a beavatkozás időszakában, s tényleges bekövetkezésük mértékét (arányát) csak becsülni tudjuk. Rendelkezünk ugyan információval arról, hogy egy adott korosztály később milyen arányban fog várhatóan dohányozni vagy pszichoaktív szerteket kipróbálni, de ezek az ártalmak aktuálisan még nincsenek jelen, és ráadásul a becslés a populációra, s nem az egyes személyekre vonatkozik. Míg a kezelésben az ártalomcsökkentő szolgáltatások nyújtása többnyire egyéni indikáció mentén történik, addig a prevenciós beavatkozások jellegzetesen tömeges intervenciók, az egyéni üzeneteknek nincs lehetősége, s ennek megfelelően az üzenetek heterogén populációt érintenek. Az ebből fakadó nehézségek és kockázatok persze csökkenthetők. Itt nyílik jó lehetősége a szelektív és indikált prevenció alkalmazásának, azaz olyan programok kialakításának, amelyeknél a célcsoportot már speciálisan, a megjelent ártalmak mértékének fényében állítjuk össze.

Ha már dohányzó fiatalok számára vagy a kábítószer már kipróbáló, vagy alkalmilag használó fiatalok számára alakítunk ki prevenciós programot, az üzenetek célzottabbak, s az ártalomcsökkentés elemeit hatékonyabban alkalmazhatók lehetnek, mint, ha célcsoport vegyesen tartalmaz nem dohányzókat, alkalmi és rendszeres dohányosokat. Szintén fontos elv, hogy a prevenciós programok, még az indikált prevenció is a szerhasználat igen korai fázisában avatkozik be, olyan időszakban, ahol az egyén szintjén reális cél lehet a teljes absztinencia (szermentesség) elérése is, ami az ártalmak minimálisra csökkentését jelenti. Az egyén szintjén tehát lehet reális tere az olyan üzeneteknek, amelyek a kezdődő szerhasználat elhagyására irányulnak, s ily módon a köztes – ártalomcsökkentő tartalmú – célok előtérbe hozása nem feltétlenül indokolt vagy kifejezetten kerülendő.

Összefoglalva, az ártalomcsökkentő szemlélet alkalmazása nem áll távol a prevenciós lehetőségtől. A prevenciós üzenetek is alkalmazhatják azt a nézőpontot, hogy az egyes kockázati viselkedésformák között súlyoznak, azokat nem egyégesen kockázatosnak mutatják be. Sőt, ez kifejezetten kívánatos megközelítés lehet. Másrészt azonban, a prevenció célpopulációja még nem, vagy csak csekély mértékű ártalmakkal néz szembe, így a cél ezekben az esetekben reálisan a kockázati viselkedés minimalizálása lehet szemben a kevésbé ártalmas viselkedések propagálásával. A súlyosabb ártalmak bekövetkezési valószínűsége ugyanis ebben a populációban még bizonytalan. Ezen túlmenően, mivel nagyon eltérő veszélyeztetettségű alpopulációk lehetségesek, ezért érdemes a prevenciónak ezeket eltérő üzenetekkel, programokkal megcélózni.

Tematikus cikkválogatás az egészségügyenlőtlenségek területéről

Thematic collection of articles on health inequalities

Kulcsszavak: egészségügyenlőtlenségek
Keywords: health inequalities

Az alábbi válogatás az Egészségfejlesztés folyóirat 2016-2021 lapszámaiból az egészségügyenlőtlenségek területén hasznosítható közlemények linkjeit tartalmazza.

[Cikkismertetés: Az egészség és az egészségügyenlőtlenség makrogazdasági meghatározói – átfogó összegzés](#)

Vitrai József

[Cikkismertetés: Egészségügyi kiadások földrajzi és jövedelmi egyenlőtlenségei Magyarországon](#)

Prinz Dániel, Bíró Anikó

[Cikkismertetés: Az iskolai végzettség és halálozás kapcsolata három kelet-európai országban](#)

Devosa Iván

[Cikkismertetés: Nemi egyenjogúság, normák és egészség](#)

Tarkó Klára

[Egészség az EU-ban: Magyar egészségügyi országprofil 2019](#)

Vitrai József

[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 egészségügyben az egyenlőtlenségek csökkentésének nehézségei](#)

Csizmadia Péter

[Beszámoló az egészség társadalmi meghatározóival és az egészségügyben az egyenlőtlenségekkel foglalkozó szakértői munkacsoport üléséről](#)

Csizmadia Péter

Tematikus cikkválogatás a társadalomtudomány területéről

Thematic collection of articles in the field of social sciences

Kulcsszavak: társadalomtudomány
Keywords: social sciences

Az alábbi válogatás az Egészségfejlesztés folyóirat 2016-2021 lapszámaiból a társadalomtudomány területén hasznosítható közlemények linkjeit tartalmazza.

[Cikkismertetés: Hogyan torzíthatja a döntéshozók értékválasztása a bizonyítékokra alapozott népegészségügyi szakpolitikát?](#)

Ralbovszki Judit, Both Márton

[Az egészségműveltség és a terápiahűség felmérése magasvérnyomás-betegséggel élők körében](#)

Varga Bernadett, Stromajer-Rácz Tímea, Bornemisza Ágnes, Lukács-Horváth Marianna, Csimá Melinda

[Cikkismertetés: Nagy kulturális tőke = normál testtömegindex?](#)

Vitrai József

[Cikkismertetés: Az egészség és az egészségyenlőtlenség makrogazdasági meghatározói – átfogó összegzés](#)

[Cikkismertetés: A gazdaságpolitika népegészségügyi hatása – szisztematikus szakirodalmi áttekintés](#)

Vitrai József

[Cikkismertetés: Az egészségügy nem győzhet egyedül a COVID-19 járvánnyal szemben](#)

Vitrai József

[Cikkismertetés: A háztartási káosz \(családi szervezetlenség\), mint a gyermekkori fejlődési zavarok kockázati tényezője a népegészségügyi szakemberek figyelmének látóterében](#)

Asbóth Katalin

[Cikkismertetés: A blogírás mint egészségműveltségi gyakorlat](#)

Nagy Zoltán Gábor, Osváth Mátyás

[Cikkismertetés: Nemi egyenjogúság, normák és egészség](#)

Tarkó Klára

[Cikkismertetés: Az emberi tőke értékei 195 országban 1990-ben és 2016-ban](#)

Vitrai József

[Az egészséggel kapcsolatos naiv elméletek, tévképzetek egy próbamérés tapasztalatai alapján](#)

Lipták Zoé Mónika, Dr. habil. Tarkó Klára

[Mentális egészségműveltség](#)

Kormos-Krakkó Ágnes, Szabó Gabriella

[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, Schméll 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: 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? Feltárási néprajzi kutatás Szlovákiából](#)

Orsós Zsuzsanna

[Cikkismertetés: Az egészséget meghatározó strukturális tényezők integrálása az egészségfejlesztési szakemberek népegészségügyi mesterképzésébe](#)

Bíró Éva

[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 szociodemográfiai adatgyűjtést támogató és akadályozó tényezők a kanadai egészségügyben: egy többhelyszínes esettanulmány](#)

Kasza Katalin

[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

[Ismeretítés: Egy közösségi alapú rendszerdiagram az elhízás okairól](#)

Czér Polla, Földesi Judit

[Ismeretítés: Társadalmi problémának tekintjük az elhízást?](#)

Csizmadia Péter

[Ismeretítés: Miért nem jó semmi, amit a szakember javasol? Az általános tervezésemélet nehézségei](#)

Csáki József Máté

[Horváth-Tarján Anna doktori fokozatot szerzett az intravénás szerhasználók kockázati tényezőinek vizsgálata témában](#)

[Ismeretítés: 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](#)

Kimmel Zsófia

[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 mentális egészség területéről

Thematic selection of articles on mental health

Kulcsszavak: mentális egészség
Keywords: mental health

Az alábbi válogatás az Egészségfejlesztés folyóirat 2016-2021 lapszámaiból a mentális egészség területén hasznosítható közlemények linkjeit tartalmazza.

[Cikkismertetés: Közvélekedés a kábítószer-függőségről és a mentális betegségekről](#)

Barna Gréta

[Cikkismertetés: Hogyan őrizzük meg mentális egészségünket a 'mindfulness' segítségével?](#)

Albrecht Lilla

[Cikkismertetés: A mentális egészség társadalmi meghatározói](#)

Szudi Szilvia Alma

[Cikkismertetés: A Covid-19 járvány hatása a szubjektív mentális jóllétre: Az észlelt fenyegetés, a jövőbeni szorongás és ellenálló képesség kölcsönhatása](#)

Izbékiné Tóth Andrea

[Cikkismertetés: Új lehetőségek a demencia megelőzésében](#)

Mátyás Gabriella

[Cikkismertetés: Hogyan lehet legyőzni a félelmet és a szorongást?](#)

Szigeti Ágota

[A koronavírusjárvány-helyzet pszichológiai hatásai és azok enyhítése – áttekintő közlemény 441 magyar felnőtt véleményével](#)

Szabó Csanád, Pukánszky Judit, Kemény Lajos

[Cikkismertetés: A mentális jóllét és az elhízás kapcsolata](#)

Dr. Devosa Iván

[A mentális egészség a XXI. század egyik nagy népegészségügyi kihívása](#)

Wernigg Róbert

[Mentális egészségműveltség](#)

Kormos-Krakkó Ágnes, Szabó Gabriella

[Stresszkezelés és kiégésmegelőzés hatékony módszereinek szakirodalmi áttekintése](#)

Salavecz Gyöngyvér, Pálincás-Holovits Zsuzsanna, Handa Orsolya, Vig Katalin, Rusznyák-Pethó Anikó, Szabó Gabriella

[A krízisállapot megjelenése fiatalok körében – A pedagógusok által alkalmazható technikák](#)

Pálinkás-Holovits Zsuzsanna, Dr. Tóth Ditta Mónika, Rusznyák-Pethő Anikó

[A gyermek – és serdülőkori depresszió tünetei, megjelenési formái és kezelése](#)

dr. Németh Adrienn, Pálinkás-Holovits Zsuzsanna, dr. Sándor Piroska

[A lakhatási körülmények hatása a mentális egészségre](#)

Kormos-Krakkó Ágnes, Puskás Éva, Nagy Beáta Magda, Csieklinszki Zsanett

[Társas kapcsolatok és mentális egészség szegregált településrészekben](#)

Husztai Éva, Ember Zsolt

[Lelki egészség Nyíregyháza lakosai körében](#)

Sárvári Andrea, Majer Réka, Jávorné Erdei Renáta

[Családon belüli szociális, mentálhigiénés kompetenciák fejlesztésével szerzett tapasztalataink egészségügyi alapszakos felsőoktatási hallgatók körében](#)

Fodor Bertalan, Kiss-Tóth Emőke

[Cikkismertetés: Tudatos jelenlét alapú intervenció az egyetemi hallgatók stressztűrő képességének fokozására \(a „Tudatos hallgató” tanulmány\): pragmatikus, randomizált, kontrollált vizsgálat](#)

Fűzi Márta

[Cikkismertetés: A mentális egészség újradefiniálásának irányába](#)

Maczali Katalin

[A fiatalok kockázati viselkedésének és mentális egészségének szűrése - a YouthCHAT program](#)

Maczali Katalin

[Cikkismertetés: A mentális, idegrendszeri és szerhasználati zavarok okozta betegségteher kezelése: a Megbetegedések elleni küzdelem prioritásainak \(Disease Control Priorities\) kulcsüzenetei, 3. kiadás](#)

Kis Nóra

[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

[SZEMLE](#)

- Bizonyíték a mentális egészséggel kapcsolatos stigma és diszkrimináció elleni hatékony beavatkozásokra
- Egészség és boldogság

[SZEMLE](#)

- A koherenciaérzés és az azt meghatározó tényezők vizsgálata kínai egyetemisták körében: keresztmetszeti kutatás

Tematikus cikkválogatás az egészséges táplálkozás területéről

Thematic selection of articles on healthy nutrition

Kulcsszavak: egészséges táplálkozás
Keywords: healthy nutrition

Az alábbi válogatás az Egészségfejlesztés folyóirat 2016-2021 lapszámaiból az egészséges táplálkozás területén hasznosítható közlemények linkjeit tartalmazza.

[Termékinformációk szerepe az ételviselkedés-választásban - a Debreceni Egyetem hallgatóinak attitűdvizsgálata és a tudatos vásárlást támogató applikációk lehetőségei](#)

Botos Szilvia, Bíró Éva, Tóth Mihály, Szilágyi Róbert

[A túlzásba vitt egészség – Az orthorexia nervosa kockázata táncművészek körében](#)

Szöllősi Bianka, Prievara Katalin Dóra

[Cikkismertetés: Irodalmi áttekintés: Hogyan javíthatunk a fiatalok étkezési szokásain?](#)

Biró Flóra Márta

[Cikkismertetés: A hagyományos kelet-európai étrend és a halálozás kapcsolata](#)

Devosa Iván

[Középiskolai koffeinfogyasztási szokások](#)

Bornemisza Yvette Ágnes, Csővári Melinda, Varga Bernadett

[Cikkismertetés: Gyakrabban járunk gyorsétterembe, ha több található belőlük a környéken?](#)

Devosa Iván

[Cikkismertetés: Segít-e, ha a pénztáraknál kínált ropogtatnivalókat egészségesebbre cserélik?](#)

Devosa Iván

[A testnevelés órához kapcsolódó tudatos vízfogyasztás](#)

Buti Nikolett, Wilhelm Márta, H. Ekler Judit

[Cikkismertetés: Hogyan befolyásolta egy rendelet a boltok ételviselkedés-kínálatát, a vásárlási szokásokat és az otthoni készletet Minneapolis-ban?](#)

Dr. Devosa Iván

[Cikkismertetés: Hogyan hat az ételviselkedés-változása fogyasztói szokásainkra?](#)

Devosa Iván

[Szakmai vezetőknek 1 percben: Az Európai Alkohol Akcióterv végrehajtása](#)

Devosa Iván

[Serdülők 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. Árokszállási Andrea, Gyulai Anikó, Jávorné 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: 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

[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 kisdedek 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 csecsemőkorai allergia-megelőzés korszerű irányelvei és lehetőségei](#)

Réthy Attila Lajos

[E3 - Energia-egyensúly Egészségprogram Egyetemistáknak](#)

Kubányi Jolán, Breitenbach Zita, Raposa László³ Bence, Szabó Zoltán

[OKOSTÁNYÉR® – új táplálkozási ajánlás a hazai felnőtt lakosság számára](#)

Szűcs Zsuzsanna

[„Egészség-konyha” – Munkahelyi egészségfejlesztési programelem a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézetben](#)

Fekete Krisztina

[Egészségedre! Mókuserék helyett! – Beszámoló a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet munkahelyi kampányáról](#)

Köteles Gábor, Kutai Orsolya

[Amerikai Táplálkozási Ajánlás 2015-2020 - rövid ismertetés](#)

Fekete Krisztina, Henter Izabella

[A WHO Gyermekkori Elhízás Leküzdésére Alakult Bizottságának jelentése 2016](#)

Henter Izabella

[Van-e bizonyítható, egészségre gyakorolt pozitív hatása az iskolakertnek? Válaszkeresés a review módszer segítségével](#)

Kovács Piroska, Solymosy József Bonifác

[Egészséges életmóddal kapcsolatos kutatások a hazai iskolákban](#)

Járomi Éva, Szilágyi Kristóf, Vitrai József

[Megjelent az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása kutatás legújabb felmérésének nemzetközi jelentése](#)

Németh Ágnes

Tematikus cikkválogatás az iskolai egészségfejlesztés területéről

Thematic selection of articles on health promotion in schools

Kulcsszavak: iskolai egészségfejlesztés
Keywords: health promotion in schools

Az alábbi válogatás az Egészségfejlesztés folyóirat 2016-2021 lapszámaiból az iskolai egészségfejlesztés területén hasznosítható közlemények linkjeit tartalmazza.

[Termékinformációk szerepe az ételviselkedés-választásban - a Debreceni Egyetem hallgatóinak attitűd-vizsgálata és a tudatos vásárlást támogató applikációk lehetőségei](#)

Botos Szilvia, Bíró Éva, Tóth Mihály, Szilágyi Róbert

[Az egészségműveltség és a terápiahűség felmérése magasvérnyomás-betegséggel élők körében](#)

Varga Bernadett, Stromajer-Rácz Tímea, Bornemisza Ágnes, Lukács-Horváth Marianna, Csimá Melinda

[Hazai Egészségpillanatkép, 2020. Gyorsjelentés a Global Burden of Disease Study 2019 adatai alapján](#)

Vitrai József, Bakacs Márta

[Cikkismertetés: Hogyan lehet javítani az iskolai egészségfejlesztési programok egészség-gazdaságtani értékelési gyakorlatát?](#)

Kaposvári Csilla

[Cikkismertetés: Hogyan hatott az iskolázottság az egészségre a fejlett országokban 1995 és 2015 között?](#)

Murányi Edit

[Cikkismertetés: Irodalmi áttekintés: Hogyan javíthatunk a fiatalok étkezési szokásain?](#)

Biró Flóra Márta

[Útmutató a gyermekek egészségének javítására megalakuló partneri együttműködés számára](#)

Girán János, Kollányi Zsófia, Nemesrévi Marcell, Pipicz Márton, Sándor János, Somhegyi Annamária, Terebessy András, Tóth Gergely, Várfalvi Marianna, Várfi Melinda, Vitrai József

[Szerepvállalás az egyetemen túl](#)

Balázs Bianka

[A hosszú élet játéka](#)

Bencsik Alexandra Sára

[Teddy Maci Online Képregény](#)

Hudák Noémi

[Fürge Csikó Egészségfutam](#)

Farkas Ferenc Balázs

[Dr. Teddy applikáció](#)

Verba Adrienn

[Fejszével az egészségért! A „Faiskola” c. online társasjáték](#)

Orbán Gábor

[Középiskolai koffeinfogyasztási szokások](#)

Bornemisza Yvette Ágnes, Csóvári Melinda, Varga Bernadett

[Iskolai elsősegélynyújtás oktatás a Pécsi Tankerületi Központban – kihívások és lehetőségek](#)

Bánfai Bálint, Bánfai-Csonka Henrietta, Musch János, Derzsi-Horváth Martina, Deutsch Krisztina, Betlehem József

[Cikkismertetés: Nagy kulturális tőke = normál testtömegindex?](#)

Vitrai József

[Cikkismertetés: A gyermekkori elhízás mostani megelőzése segíthet a következő járvány megfékezésében](#)

Bíróné Asbóth Katalin

[Cikkismertetés: Gyakrabban járunk gyorsétterembe, ha több található belőlük a környéken?](#)

Devosa Iván

[Könyvrecenzió: Egészségfejlesztés és nevelés](#)

Egészségfejlesztés szerkesztőség

[Possibility of expanding the protective effect of immunization and facilitating the assent to vaccination](#)

Nagy Van Asschené Adrienne Zsófia

[Te vagy az én Hősöm! Történet gyermekeknek gyermekekről és a COVID 19 nevű vírusról](#)

Bíróné Asbóth Katalin

[Könyvismertetés: A Cica, a Kisveréb, Hangya Úr és a koronavírus. Járványos tanmese nagyovisoknak és kisiskolásoknak](#)

Bíróné Asbóth Katalin

[Cikkismertetés: A háztartási káosz \(családi szervezetlenség\), mint a gyermekkori fejlődési zavarok kockázati tényezője a népegészségügyi szakemberek figyelmének látóterében](#)

Asbóth Katalin

[Cikkismertetés: Az elhízás járvány szakaszai](#)

Kaposvári Csilla

[A mentális egészség a XXI. század egyik nagy népegészségügyi kihívása](#)

Wernigg Róbert

[Mentális egészségműveltség](#)

Kormos-Krakkó Ágnes, Szabó Gabriella

[Stresszkezelés és kiegészítő megelőzés hatékony módszereinek szakirodalmi áttekintése](#)

Salavecz Gyöngyvér, Pálincás-Holovits Zsuzsanna, Handa Orsolya, Vig Katalin, Rusznyák-Pethó Anikó, Szabó Gabriella

[A krízisállapot megjelenése fiatalok körében – A pedagógusok által alkalmazható technikák](#)

Pálinkás-Holovits Zsuzsanna, Dr. Tóth Ditta Mónika, Rusznyák-Pethő Anikó

[A gyermek – és serdülőkori depresszió tünetei, megjelenési formái és kezelése](#)

dr. Németh Adrienn, Pálinkás-Holovits Zsuzsanna, dr. Sándor Piroska

[Innovatív példa a hallgatók egészségformálására a Semmelweis Egyetem Pető András Karon](#)

Dr. habil. Szilárd Zsuzsanna

[A testnevelés órához kapcsolódó tudatos vízfogyasztás](#)

Buti Nikolett, Wilhelm Márta, H. Ekler Judit

[Az egészséggel kapcsolatos naiv elméletek, tévképzetek egy próbamérés tapasztalatai alapján](#)

Lipták Zoé Mónika, Dr. habil. Tarkó Klára

[Cikkismertetés: Iskolai étkeztetési szakpolitika megvalósításának rendszerszintű vizsgálata Kanadában](#)

Dr. Devosa Iván

[Leendő és gyakorló biológiateanárok 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

[Cikkszemle: 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 egészségszegénység megjelenítése a 60-as években](#)

Tarkó Klára

[Serdülők étkezési szokásai az „egészség-hit-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](#)

Szalainé Tóth Tünde, Nagyné Horváth Emília, Falus András, Bihariné Krekó Ilona, Mészárosné Darvay 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, Komlói 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

[Bemutatkozik az EDUVITAL: egy hazai ifjúsági egészségtudatossági és -nevelési program](#)

Falus András

[Cikkismertetés: Hogyan kellene az egészségkultúrát megváltoztatni?](#)

Vitrai József

[A gyógytestnevelés jelentősége a szekunder rehabilitáció és egészségfejlesztés folyamatában, megújulásának szükségessége, irányai](#)

Simon István Ágoston, Kajtár Gabriella

[Tartui felhívás az egészséges életmódért - Ismertető](#)

Veress Réka

[Kortárs egészségfejlesztési programok gyermekek és fiatalok körében a hazai és a nemzetközi szakirodalom tükrében – Szisztematikus áttekintés](#)

Lukács-Jakab Ágnes, Mészárosné Darvai Sarolta, Soósné Kiss Zsuzsanna, 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, Andrássovsky 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 előtről](#)

Solymosy József Bonifác, Kárpáti Tímea

[Új, gyermekbántalmazás elleni irányelv egészségügyi szakemberek számára - összefoglalás](#)

Scheiber Dóra, Katonáné Pehr Erika, Bíróné Asbóth Katalin, Tománé Mészáros Andrea, Várnai Dóra, Kovács Zsuzsanna, Mészner Zsófia

[Egészségkommunikációs Felmérés Eredményei II. – Iskolai felmérés](#)

Zsíros Emese, Balku Eszter, Vitrai József

[A mindennapos testnevelés általános bevezetése, a 80 évvel ezelőtti kipróbálás után révbe ért](#)

Enhoffer Vivien

[„Régi, új és retró” – Beszámoló a Magyar Pszichológiai Társaság XXV. Országos Tudományos Nagygyűlésén tartott HBSC poszterműhelyről](#)

Költő András

[Van-e bizonyítható, egészségre gyakorolt pozitív hatása az iskolakertnek? Válaszkeresés a review módszer segítségével](#)

Kovács Piroska, Solymosy József Bonifác

[Egészségstílusokhoz illesztett, viselkedésváltozást célzó beavatkozások tervezése](#)

Járomi Éva, Szűcs Erzsébet, Vitrai József

[Jövők: a Lancet Bizottsági ajánlása a fiatalok egészségéről és jóllétéről](#)

Bíróné Asbóth Katalin, Arnold Petra, Várnai Dóra

[A WHO Gyermekkori Elhízás Leküzdésére Alakult Bizottságának jelentése 2016](#)

Henter Izabella

[Megjelent az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása kutatás legújabb felmérésének nemzetközi jelentése](#)

Németh Ágnes

[A teljes körű iskolai egészségfejlesztés koncepciója](#)

Solymosy József Bonifác

[Egészséges életmóddal kapcsolatos kutatások a hazai iskolákban](#)

Járomi Éva, Szilágyi Kristóf, Vitrai József

Tematikus cikkválogatás az egészségműveltség és egészségkultúra területéről

Thematic selection of articles on health literacy and culture of health

Kulcsszavak: egészségműveltség; egészségkultúra
Keywords: health literacy; culture of health

Az alábbi válogatás az Egészségfejlesztés folyóirat 2016-2021 lapszámaiból az egészségműveltség és egészségkultúra területén hasznosítható közlemények linkjeit tartalmazza.

[Az egészségműveltség és a terápiahűség felmérése magasvérnyomás-betegséggel élők körében](#)

Varga Bernadett, Stromajer-Rácz Tímea, Bornemisza Ágnes, Lukács-Horváth Marianna, Csimá Melinda

[Cikkismertetés: Az egészségműveltség osztályozása mesterséges intelligencia használatával](#)

Osváth Mátyás

[Te vagy az én Hősöm! Történet gyermekeknek gyermekekről és a COVID 19 nevű vírusról](#)

Bíróné Asbóth Katalin

[Könyvismertetés: A Cica, a Kisveréb, Hangya Úr és a koronavírus. Járványos tanmese nagyovisoknak és kisiskolásoknak](#)

Bíróné Asbóth Katalin

[Cikkismertetés: A blogírás mint egészségműveltségi gyakorlat](#)

Nagy Zoltán Gábor, Osváth Mátyás

[Mentális egészségműveltség](#)

Kormos-Krakkó Ágnes, Szabó Gabriella

[Cikkszemle: Hogyan növelhető bizonyított hatékonysággal az egészségműveltség?](#)

Mátyás Gabriella

[A légszennyezés egészségkárosító hatásának közismertsége Magyarország 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

[Ismeretetés: 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

[Ismeretetés: 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 egészségmagatartás területéről

Thematic selection of articles on health behaviour

Kulcsszavak: egészségmagatartás
Keywords: health behaviour

Az alábbi válogatás az Egészségfejlesztés folyóirat 2016-2021 lapszámaiból az egészségmagatartás területén hasznosítható közlemények linkjeit tartalmazza.

[Az egészségműveltség és a terápiahűség felmérése magasvérnyomás-betegséggel élők körében](#)

Varga Bernadett, Stromajer-Rácz Tímea, Bornemisza Ágnes, Lukács-Horváth Marianna, Csimá Melinda

[A túlzásba vitt egészség – Az orthorexia nervosa kockázata táncművészek körében](#)

Szöllősi Bianka, Prievara Katalin Dóra

[Cikkismertetés: Irodalmi áttekintés: Hogyan javíthatunk a fiatalok étkezési szokásain?](#)

Biró Flóra Márta

[Középiskolai koffeinfogyasztási szokások](#)

Bornemisza Yvette Ágnes, Csővári Melinda, Varga Bernadett

[Spiritualitás és személyes higiénia](#)

Molnár András, Ipolyi Dóra

[Cikkismertetés: Vajon a kockázati tényezők vagy inkább az általuk kifejtett hatás fontosabb?](#)

Vitrai József

[Cikkismertetés: Személyiségünk és a korlátozó szabályozásokhoz való alkalmazkodás a Covid-19 járvány alatt](#)

Kiss Edina

[Cikkismertetés: Tényleg 10.000 lépést kell tennünk naponta az egészségünkért?](#)

Tarkó Klára

[Cikkismertetés: Gyakrabban járunk gyorsétterembe, ha több található belőlük a környéken?](#)

Devosa Iván

[Cikkismertetés: Feladatalapú, csoportos testsúlykezelési program randomizált, kontrollált vizsgálata és gazdasági értékelése](#)

Wolher Veronika

[Cikkismertetés: Segít-e, ha a pénztáraknál kínált ropogtatnivalókat egészségesebbre cserélik?](#)

Devosa Iván

[Cikkismertetés: Az elektronikus cigarettával kapcsolatos bővülő ismeretek módszeres áttekintése az újabb bizonyítékok alapján](#)

Cselkó Zsuzsa

[Innovatív példa a hallgatók egészségformálására a Semmelweis Egyetem Pető András Karon](#)

Szilárd Zsuzsanna

[A testnevelés órához kapcsolódó tudatos vízfogyasztás](#)

Buti Nikolett, Wilhelm Márta, H. Ekler Judit

[Cikkismertetés: Kettőscélú intézkedések a kóros tápláltság visszaszorítására](#)

Varga Anita, Zámbo Leonóra

[Cikkismertetés: A kóros tápláltsági állapot kettős terhe és egészségre gyakorolt hatásai](#)

Guba Georgina

[Cikkismertetés: Hogyan befolyásolta egy rendelet a boltok élelmiszerkínálatát, a vásárlási szokásokat és az otthoni készletet Minneapolis-ban?](#)

Dr. Devosa Iván

[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 Belgium-ban?](#)

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 válaszleptések területén](#)

Péterfi Anna, Tarján Anna, Horváth Gergely Csaba

[Cikkismertetés: Ha öt szabályt betartunk, tíz évvel tovább maradhatunk egészségesek](#)

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

[A felnőtt lakosság dohányzási szokásai Nyíregyházán](#)

Rákóczi Ildikó, Sárváry Attila, Gyulai Anikó, Takács Péter, Jávorné Erdei Renáta

[Serdülők 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: Alkohol fogyasztási szokások és a májcirrózis kockázata: A Million Women Study elemzése](#)

Czér Polla

[Cikkismertetés: Alkohol fogyasztás, és annak kapcsolata az impulzív viselkedéssel az egészséges OPRM1G allél hordozóinak körében](#)

Varga Szabolcs

[A testbecsülést befolyásoló tényezők vizsgálata serdülő lányok körében](#)

Obál Annabella, Hamvai Csaba, Pikó Bettina

[Iskola az egészség alapköve? Miért és mit tegyen az iskola a tanulói egészségéért?](#)

Vitrai József

[Úton az egészségorientált sportklub modell bevezetéséhez Magyarországon](#)

Köteles Gábor, Veress Réka

[Cikkismertetés: E-egészség és a csecsemőkori egészséges táplálkozás](#)

Fromvald Tamás

[Cikkismertetés: Miért nem tesznek többet a szegregált romák az egészségükért? Feltáró néprajzi kutatás Szlovákiából](#)

Orsós Zsuzsanna

[Cikkismertetés: Az elhízás rendszerszintű megközelítése](#)

Erdei Gergő

[Cikkismertetés: Vajon a tejtermékek fogyasztása csökkenti a szív- és érrendszeri betegségek kockázatát és az ebből adódó halálozást?](#)

Erdei Gergő

[Cikkismertetés: Az ingyenes iskolai gyümölcsprogram változtat-e az egészségtelen rágcsálnivalók fogyasztásán?](#)

Devosa Iván

[Cikkismertetés: Hogyan növelhetjük egyszerű változtatásokkal a gyermekek iskolai gyümölcsfogyasztását?](#)

Devosa Iván

[Cikkismertetés: "Spirituális vagyok, de nem vallásos": Védhet-e az egyik a másik nélkül a fiatalok egészségkockázatos magatartásával szemben?](#)

Maczali Katalin

[Egészségmagatartás összehasonlító vizsgálata az orvostanhallgatók és jogászhallgatók körében](#)

Dombrádi Viktor, Czira Eszter, Gáll Tibor, Nagy Attila, Bíró Klára

[A fizikai inaktivitás nemzetgazdasági terhei](#)

Gabnai Zoltán, Müller Anetta, Bács Zoltán, Bácsné Bába Éva

[A fizikai aktivitás, mint egészségbefektetés](#)

Pfau Sára Christa, Pető Károly, Bácsné Bába Éva

[A személyi edzői hivatás tudományos és szakmai aspektusai](#)

Tánczos Zoltán, Bognár József

[Cikkismertetés: Alkoholfogyasztás és az általa okozott betegségteher a világ 195 országában és különböző régióiban 1990 és 2016 között: szisztematikus elemzés a 2016-os Globális Betegségteher Vizsgálathoz](#)

Pál László, Szűcs Sándor

[Cikkismertetés: Globális helyzetjelentés az alkoholról és egészségről 2018](#)

Virág Márk

[Cikkismertetés: Betegségteher és a mentális zavarok kezelésére fordított állami kiadások: az amerikai egészségügyi rendszer válaszlépéseinek keresztmetszeti és ökológiai vizsgálata](#)

Czér Polla

[Cikkismertetés: A társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek hatása az egészségtelen életmódot mérő kiterjesztett eszköz és az egészségi állapot közötti kölcsönhatásra](#)

Csizmadia Péter

[Cikkismertetés: A társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek hatása az önértékelt egészségre: Szisztematikus szakirodalmi áttekintés az anyagi, pszichoszociális és magatartásbeli tényezők relatív szerepét illetően](#)

Csizmadia Péter

[A szexuális úton átvihető, szisztémás megbetegedést okozó mikroorganizmusok ismerete középiskolai pedagógusok számára](#)

Burián Katalin

[Cikkismertetés: A hat- és hétéveseket célzó, elhízást megelőző iskolai programok hatékonyságának randomizált, ellenőrzött klasztervizsgálata \(WAVES vizsgálat\)](#)

Erdei Gergő

[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

[SZERKESZTŐSÉGI KÖZLÉS: Képzeld el! Akció az irodában](#)

[A testnevelés helyzete, céljai a köznevelésben és a felsőoktatásban](#)

Lőkös Dániel

[Cikkismertetés: Az alkoholfogyasztás kockázati határértékének meghatározása 83 prospektív vizsgálaton keresztül](#)

Bérczi Bálint

[Cikkismertetés: Az alvás és az aktív kültéri játékkal töltött idő közti kétirányú összefüggés vizsgálata 10-13 évesek körében](#)

Máté Zsuzsanna

[Cikkismertetés: A diákok középpontba helyezése: Teljes iskola, teljes közösség, teljes gyermek modell](#)

Járomi Éva

[Cikkismertetés: „Shape Up Somerville”: Egy egészséges közösség építése és fenntartása](#)

Kasza Katalin

[Cikkismertetés: Újszerű megközelítés: pontozáson alapuló, testmozgást ösztönző módszer](#)

Hanzel Adrienn

[A Magyar Gyermekorvosok Társasága körlevele a korai gyermekkor fontosságáról](#)

[SZERKESZTŐSÉGI KÖZLÉS: Képzeld el!](#)

[Tartui felhívás az egészséges életmódot – Ismertető](#)

Veress Réka

[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 ellenállóképeség-fokozó program hatása a szülők és tanárok által észlelt ellenállás-támogató környezetre a hongkongi Egészségfejlesztő Iskolákban](#)
Maczali Katalin

SZEMLE

- 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, longitudinális kohorsz

SZEMLE

- Ott vagyunk már? – Integrált Népegészségügyi Szakpolitikák koncepciójának operacionalizálása
- Szerhasználat egy hátrányos helyzetű járás szegregátumaiban
- A koherenciaérzés és az azt meghatározó tényezők vizsgálata kínai egyetemisták körében: keresztmetszeti kutatás
- Evidenciák irodalmi áttekintése - Egyenrangúbb társadalmak teremtése. Mi működik?

SZEMLE

- Mi tarthatja távol a fiatalokat az alkoholtól és a cigarettától? Megállapítások az Egyesült Királyság Háztartási követéses vizsgálatából
- A szülők viselkedése meghatározza-e, hogy a gyermek eleget alszik, vagy sem? Keresztmetszeti vizsgálat eredményei.
- A kockázati tényezők hozzájárulása a többlet halálozáshoz az izolált és magányos egyének esetében: az adatok elemzése az Egyesült Királyság Biobank kohorsz vizsgálatából