

Mi lehet az oka, hogy egyre többen olvassák az Egészségfejlesztést?

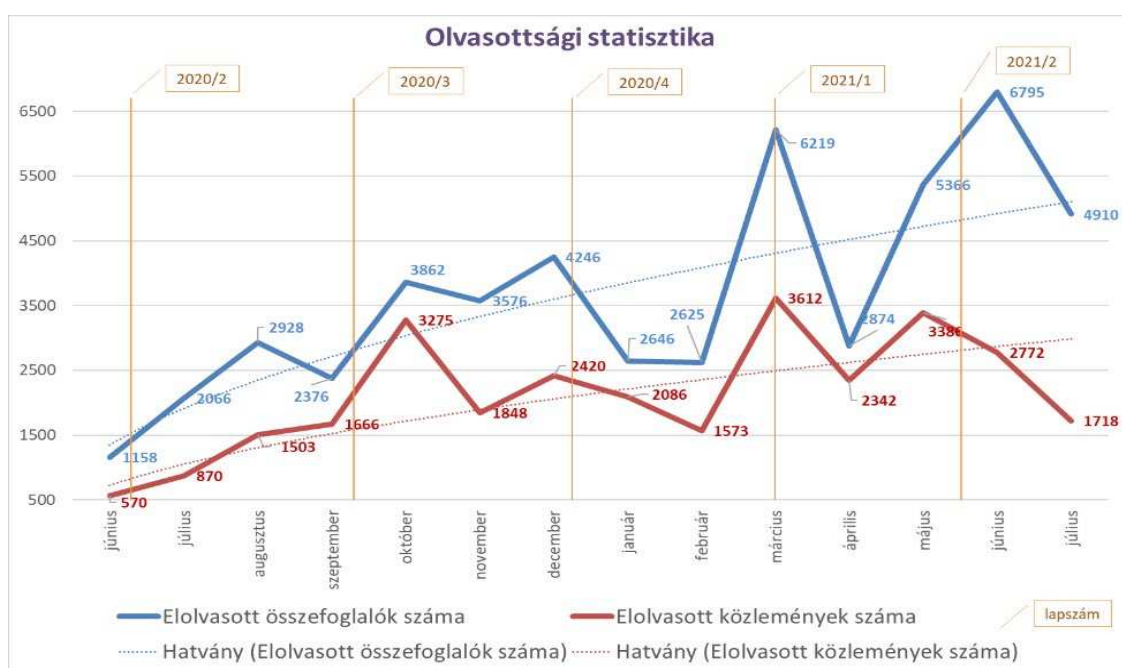
Why more people are reading the Health Promotion?

Meg vagyok győződve arról, hogy időről-időre érdemes megállni és visszatekinteni, megvizsgálni, hogy az olvasók miért tartják hasznosnak az Egészségfejlesztés lapot. Megválaszolni a címben feltett kérdést csak közvetett „bizonyítékokra”, feltételezésekre támaszkodva tudom.

Először is, tényleg egyre többen olvassák a lapot?

Az alábbi ábra igazolja, hogy igen: egy év alatt mintegy háromszorosára nőtt az elolvasott összefoglalók és teljes közlemények száma.

Az utolsó hónapban reggel 8 és este 10 óra között óránként átlagosan 12 összefoglalót olvastak el és 4 cikket töltöttek le, vagy olvastak el online. (Előző hónapokban jóval magasabb értékek is előfordultak.)



Másodszor, jöhetnek e feltevések arról, hogy milyen okok játszhatnak ebben szerepet?

1. Növekszik a szerzők saját kutatásait bemutató eredeti közlemények lapszámonkénti átlagos száma: a 2016-os 1,3-as érték 2021-ben 4-re emelkedett. A kutatók növekvő érdeklődése a lap iránt az egyetemi hallgatók körében is emeli az olvasók számát, mivel az eredeti közlemények szerzői gyakran egy személyben oktatók is.
2. Bizonyos közlemények magas olvasottsága arra utal, hogy azokat az oktatásban hasznosítják. Ilyen lehet Réthy Lajos *A csecsemőkori allergiamegelőzés korszerű irányelvei és lehetőségei* és Bezzegh Péter *Egészség-fejlesztési Irodák hálózata* címmel 2016 elején megjelent cikke. Az elsőt 4000-nél, a másodikat 2300-nál is többször töltötték le.

3. A cikkismertetések folyamatosan emelkedő száma (a lapszámonkénti átlag 2016-ban 6,8, 2021-ben 12,5) bővítette az igényes szakmai munkára törekvő, az újdonságokra nyitott olvasók körét. Az egyre gyakoribb ismertetések — többnyire fiatal oktató és hallgató — szerzői és társaik ugyancsak hozzájárulhattak az olvasótábor fokozatos bővüléséhez.
4. A szakmai kíváncsisággal, a tudásszomjjal jellemezhető olvasókra utal az is, hogy a kifejezetten elméleti jellegű írások is magas olvasottságot mutatnak. Csizmadia Péter *Az egészségműveltség definíciói* vagy az Everett Rogers *innovációs elmélete és annak felhasználási lehetőségei az egészségfejlesztésben* című közleményeket 816-szor illetve 745-ször töltötték le, hogy szövegükben elmélyülhessenek.

Természetesen egyéb magyarázatok is felmerülhetnek. Kíváncsi lennék, hogy milyen okokat feltételeznek a szakfolyóirat olvasói a lap népszerűségének hátterében.

Végül a szokásos olvasottsági statisztikák, a Top 10 listák:

Meg- tekin- tések száma	Közlemény címe	Szerzők	Lapszám
ÖSSZEFOGLALÓ			
1426	Egészséges életmóddal kapcsolatos kutatások a hazai iskolákban	Járomi É, Szilágyi K, Vitrai J	2016. 1.
1218	Az egészségműveltség definíciói	Csimadia P	2016. 3.
1192	A fizikai aktivitás, mint egészségbefektetés	Gabnai Z et al.	2019. 1.
1134	A kortársbántalmazás (bullying) mint népegészségügyi probléma	Várnai D, Zsíros E, Németh Á	2016. 4.
1120	Hazai egészség-pillanatkép, 2017	Vitrai J, Bakacs M, Varsányi P	2017. 4.
1115	Kortárs egészségfejlesztési programok gyermekek és fiatalok körében a hazai és a nemzetközi szakirodalom tükrében – Szisztematikus áttekintés	Lukács-Jakab Á et al.	2018. 1.
1056	A magyarországi egészségértés nemzetközi összehasonlításban	Koltai J, Kun E	2016. 3.
1025	Családközpontúság és ágazatközi együttműködés a kora gyermekkori intervencióban	Kereki J, Kispéter L-né	2018. 5.
826	Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés területi egyenlőtlenségeinek vizsgálata az akut miokardiális infarktus okozta halálozás adatainak felhasználásával	Uzzoli A, Vitrai J, Tóth G	2017. 3.
824	A koronavírusjárvány-helyzet pszichológiai hatásai és azok enyhítése – áttekintő közlemény 441 magyar felnőtt véleményével	Szabó Cs, Pukánszky J, Kemény L	2020. 4.
TELJES KÖZLEMÉNY			
4014	A csecsemőkori allergia-megelőzés korszerű irányelvei és lehetőségei	Réthy A	2017. 1.
2311	Egészségfejlesztési Irodák hálózata	Bezzegh P	2016. 1.
1934	Egészséges életmóddal kapcsolatos kutatások a hazai iskolákban	Járomi É, Szilágyi K, Vitrai J	2016. 1.
1740	A fizikai aktivitás, mint egészségbefektetés	Gabnai Z et al.	2019. 1.
1701	Energiaital fogyasztási szokások és egészségtudatosság a felsőfokú képzésben résztvevő hallgatók körében	Dojcsákné Kiss-Tóth É, Kiss-Tóth E	2018. 4.
1393	Magyarország népegészségügyi rendszere és egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezetei	Túri G et al.	2018. 2.
1150	Hazai egészség-pillanatkép, 2017	Vitrai J, Bakacs M, Varsányi P	2017. 4.
1102	Családközpontúság és ágazatközi együttműködés a kora gyermekkori intervencióban	Kereki J, Kispéter L-né	2018. 5.
1034	Kiskorúak egészségügyi ellátása Magyarországon betegjogi aspektusból	Feith JH	2018. 5.
974	Megjelent az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása kutatás legújabb felmérésének nemzetközi jelentése	Németh Á	2016. 1.
"ÉRDEKESÉG"			
3,35	Időskorúak mentális egészségét befolyásoló tényezők	Pukánszky J, Szabó Cs, Lantos K	2021. 2.
2,52	A csecsemőkori allergia-megelőzés korszerű irányelvei és lehetőségei	Réthy A	2017. 1.
1,98	A fizikai aktivitás, mint egészségbefektetés	Gabnai Z et al.	2019. 1.
1,63	Energiaital fogyasztási szokások és egészségtudatosság a felsőfokú képzésben résztvevő hallgatók körében	Dojcsákné Kiss-Tóth É, Kiss-Tóth E	2018. 4.
1,34	Hazai Egészségpillanatkép, 2020. Gyorsjelentés a Global Burden of Disease Study 2019 adatai alapján	Vitrai J, Bakacs M	2021. 1.
1,24	A koronavírusjárvány-helyzet pszichológiai hatásai és azok enyhítése – áttekintő közlemény 441 magyar felnőtt véleményével	Szabó Cs, Pukánszky J, Kemény L	2020. 4.
1,21	Megújulás	szerkesztőség	2021. 2.
1,21	Egészségfejlesztési Irodák hálózata	Bezzegh P	2016. 1.
1,18	Magyarország népegészségügyi rendszere és egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezetei	Túri G et al.	2018. 2.
1,17	Cikkismertetés: Hogyan aludjunk jobban?	Nagy J	2021. 2.

A szerkesztőség nevében ez alkalommal is megköszönöm olvasóink folyamatosan növekvő érdeklődését. Köszönöm továbbá a szerzőknek, hogy olyan témájú és színvonalú kéziratokkal keresik meg a lapot, amelyeket az olvasók szívesen fogadnak. Ugyancsak köszönet illeti az eredeti közlemények és az Agora rovatban megjelentett írások

szakbírálóit, akik hozzájárulnak ahhoz, hogy a folyóirat szakmai színvonalát tovább emelhessük.

Remélem, hogy az Egészségfejlesztés folyóirat tovább tudja növelni olvasótáborát, — ami majd a következő olvasottsági statisztikákban visszamérhető lesz.

Vitrai József
főszerkesztő

A child life specialist szakemberek helye a magyarországi egészségügyi ellátás rendszerében

The position of child life specialists in the Hungarian health care system

Szerzők: Páll Nikoletta, Gorove Erzsébet, Baji Ildikó
Kulcsszavak: gyermekápolás; pszichés támogatás; gyermek; szülő; child life specialist
Keywords: paediatrics; psychological support; child; parent; child life specialist

Beküldve: 2021. 02. 20., doi: [10.24365/ef.v62i3.6143](https://doi.org/10.24365/ef.v62i3.6143)

Összefoglaló

Bevezetés: A gyermekek kórházi kezelése során nyújtott pszichés támogatás és gyermekbarát ellátás mind a hazai, mind a nemzetközi kutatásokban kiemelt jelentőséggel bír. Külföldi kórházak gyermekgyógyászati osztályán és ambulanciáján child life specialist szakember segít a gyermekeknek és családoknak megbirkózni a kórházi ellátás, a betegség és a fogyatékosság kihívásaival.

Célkitűzés: A vizsgálat során a magyarországi gyermekellátás során nyújtott pszichés felkészítést és támogatást vizsgáltuk szülői vélemények alapján. Célunk volt továbbá, hogy megismerjük a gyermekápolók véleményét és tevékenységeit a gyermekek pszichés felkészítésével és támogatásával kapcsolatban. További célunk volt a kutatás eredményeinek tükrében, hogy bizonyítsuk a már nemzetközileg elterjedt és bizonyítottan pozitív hatású ellátási rendszer magyarországi adaptációjának szükségességét.

Módszer: A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara gyermekápolási tagozatának tagjai, és kórházban kezelt gyermekek szüleinek körében végzett online, kvantitatív, kérdőíves felmérés eredményeinek deskriptív és többváltozós elemzése.

Eredmények: A kérdőíveket 566 szülő és 361 gyermekápoló töltötte ki. Az ápolói és szülői vélemények a gyermekek pszichés felkészítéséről és támogatásáról eltérőek, az ápolók sokkal jobbra értékelték ezen tevékenységek megvalósulását. A szülői vélemények szerint a gyermekek felkészítése kevés esetben történik meg, a gyermekbarát ellátásra vonatkozó értékelésüket nagyban befolyásolta a felkészítés gyakorisága.

Következtetés: A child life specialist szakemberek munkájára a magyarországi gyermekellátási rendszerben is szükség van, ezért fontos lenne ezen szakma magyarországi adaptációjának kidolgozása, mely magában foglalja az ellátási struktúrába való elhelyezést, illetve a kapcsolódó kompetenciák megszerzésének oktatási szintjeit.

Summary

Introduction: Psychological support and child-friendly health care provided during children's hospitalisation are particularly emphasised in both national and international research. As regards paediatrics in foreign hospitals, a child life specialist supports children and their families to cope with difficulties occurred during hospital care and with challenges caused by illnesses and handicaps.

Aims: Within the frame of this research, psychological preparation and support provided in Hungarian paediatrics were investigated on the basis of parents' responses. Our further aim was to get acquainted with the opinions and work of paediatric nurses in relation to children's psychological preparation and support. Our following goal was to demonstrate the necessity of developing a Hungarian version of such health care provision that has already been internationally widespread and that has definitely proved to have positive effects.

Methods: A descriptive and multivariate analysis was carried out relying on the results of online quantitative questionnaires filled in by members of the Chamber of Hungarian Health Care Professionals (Paediatric Department) and by parents of hospitalised children.

Results: Our questionnaires were filled in by 566 parents and 361 paediatric nurses. Nurses' and parents' views about children's psychological preparation and support differed. According to parents' responses, children's preparation was carried out in few cases, whereas nurses assessed the performance of this task to be much better. As a result, the frequency of preparation obviously influenced parents' evaluation of child-friendly care.

Conclusion: In Hungary the work of child life specialists is considered to be needed in the field of paediatrics. Thus, it would be essential to specify the employment of these specialists drawing special attention to their position in the system of health care provision or to their educational requirements regarding competences.

BEVEZETÉS

A gyermekek kórházi kezelése során fontos a pszichés támogatás, mely magában foglalja a gyermekbarát környezet és ellátás biztosítását, az életkornak megfelelő kommunikációt és tájékoztatást, a gyermek korának és mentális szintjének megfelelően alkalmazott stresszcsökkentő módszereket és a szülői jelenlét biztosítását.¹ Mivel a család fontos szerepet játszik a gyermek egészségének helyreállításában, és a gyermeknek joga van a kapcsolattartáshoz, ezért a beteg- és család-központú gondozás (*patient-centered and family-centered care, PFCC*) napjainkban már minden gyermekosztályon természetes jelenség. Ezért a kórházi kezelés során nem csak a gyermek, de a család pszichés támogatása is alapvető fontosságú.^{2,3,4} Számos vizsgálat foglalkozik a gyermekek kórházi kezelésének, mint stresszteli életeseménynek a szülőkre gyakorolt hatásaival. A gyermekek kórházi kezelése során Olsson és mtsai Svédországban 48 szülővel végeztek felmérést, melyben az Események Hatása Kérdőívet (*Impact of Event Scale-Revised, IES-R*) használták. Vizsgálatukban legmagasabb értéket, azaz közepesen magas szorongást mutatott ki szülőknél a stresszes helyzetek és negatív események újraélését mérő IES-R emléketörés alskálája.⁵ A kórházi kezelést követő 3. hónapban Franck és mtsai Angliában 108 szülővel végzett vizsgálatban közel azonos eredményekről számoltak be.⁶

A gyermekek ellátása során elengedhetetlen az érzelmi munka, az érzelmi odafordulás, az empátikus törődés a gyermekkel és családjával.⁷ Az ápolók lelki megterhelését befolyásolja a gyermekek érzelmi állapota, mivel a gyermekeket érintő helyzetek gyakran nagyobb pszichológiai hatással bírnak, ezért körükben nagyobb a másodlagos traumatizáció (*secondary traumatization stress, STS*) kockázata is. Az STS olyan érzelmi és viselkedési zavart jelent, amit mások

által megtapasztalt traumatikus élmény megismerése okoz.⁸ Így a gyermekek orvosi ellátásra történő pszichés felkészítése és lelki támogatása hatással van az ápolók érzelmi kimerülésének szintjére is.⁹

HÁTTÉR

Külföldön a *child life specialist (CLS*, amit a gyermek pszichés jóllétét támogató szakemberként fordíthatnánk) alap- (BSc) vagy mesterképzés (MSc) végzettségű, a gyermek-gyógyászat területén dolgozó egészségügyi szakember, aki a kórházi és ambuláns ellátásban dolgozó csapat tagja. Ezen szakemberek lelki támogatást nyújtanak a gyermekek és családjuk számára a kórházi kezelés előtt, alatt és szükség esetén a gyászban is. A gyermekeket koruknak megfelelően készítik fel a beavatkozásokra, melyhez játékokat, meséket, nagyobb gyermekeknél táblagépes és telefonos alkalmazásokat használnak. A CLS-ek beavatkozások közben figyelemelterelést alkalmaznak, melyet játékkal, buborékfújással, mesével, csecsemőknél simogatással és ringatással végeznek. Felmérik a gyermek érzelmi állapotát, szükség esetén további szakemberek (például pszichológus) bevonását kérhetik. Gyermekbarát légkört teremtenek a kórházi osztályokon (például játszósobák kialakításával), és gyermekbarát vagy szabadidős programokat szerveznek, melyek segítenek a stresszmentes környezet létrehozásában és részt vesznek a gyermekek és szülők edukációjában. Ezen szakemberek tevékenységének fontosságát és hatékonyságát számtalan gyermekgyógyászati területen kutatásokkal is bizonyították.^{10,11,12,13,14,15}

A kórházi tartózkodás alatt átélt gyermeki szorongás fokozza a fájdalomérzetet, így ennek nem megfelelő enyhítése hatással lehet a jövőbeli fájdalomtoleranciára és fájdalomreakcióra.¹⁶ A CLS-ek munkájának egyik alkotóeleme a

fájdalomkezelés, melynek leghatásosabb módszerei a megnyugtatás, felkészítés, játékterápia, és figyelemelterelés.¹⁷ A játék-terápia kiemelt jelentőségű, Mohan és mtsai egy 123 fő részvételével zajlott indiai kutatásban 4–15 éves gyermekek körében bizonyították, hogy fájdalmas beavatkozások után a játékterápia ugyanolyan hatásos volt, mint az Entonox¹ terápia.¹⁸ A CLS-ek a gyermekeket játék és könyvek segítségével készítik fel a műtetre, utána pedig figyelemelterelést alkalmaznak. Meletti és mtsai 118 2–8 év közötti gyermeket és szüleit vizsgálta: a minta fele részesült műtét előtti felkészítésben, másik fele pedig kontrollcsoportként nem. A felkészítésben részesült gyermekek és szülők szorongásának mértéke szignifikánsan alacsonyabb volt a kontrollcsoportéhoz képest.¹⁹ A CLS-ek gyermekellátásba történő bevonásával az altatások szükségessége is csökkenthető az egyes beavatkozásoknál és vizsgálatoknál. A mágneses rezonancia vizsgálatokra való felkészítés során hang- és képfelvételeket mutatnak a gyermeknek, hogy ne szorongjanak a vizsgálat során.^{20,21} Egy 425 fővel zajló, sugárterápiával kezelt 3–12 éves gyermekek körében zajló felmérés során megállapították, hogy a CLS-ek munkája segít közel felére csökkenteni a napi altatások szükségességét, különösen a 3–8 éves gyermekek esetében.^{22,23} Nem csak a vizsgálatoknál, de az ápolási beavatkozásoknál is nagy szerepe van a felkészítésnek. Murag és mtsai 240 gyermek körében (átlag életkor: 7 év) mérték fel a CLS-ek munkájának hatását intravénás kanulálás során, melyben bizonyították, hogy a beavatkozás során szignifikánsan nyugodtabbak és együttműködőbbek voltak a gyerekek.²⁴ Egy másik vizsgálatban a szülők is pozitívan értékelték a CLS-ek munkáját, véleményük szerint az általuk nyújtott lelki támogatás sokat segített a kórházi kezelés ideje alatt.²⁵ A CLS-ek munkájának pozitív hatása van az ápolók munkájára is, ez utóbbiak véleménye szerint a felkészített gyermek nyugodtabb, esetükben a beavatkozások könnyebben és gyorsabban kivitelezhetőek. A gyermekek kevésbé szoronganak, ezért kevesebb negatív szituációt tapasztalnak az ellátásukban részt vevők is. Az ápolók a beavatkozásokra való felkészítést és a figyelemelterelő technikákat tartják a leghasznosabbnak, így jobban összpontosíthatnak ők is a beavatkozásokra, mindezt a

CLS-ek nélkül nem minden esetben tudnák biztosítani a gyermekeknek időhiány miatt.⁹

CÉLKITŰZÉSEK

Általános célul egy gyermekápolók és kórházban kezelt gyermekek szülei körében végzett felmérés lefolytatását tűztük ki, mely a gyermekek és szülők pszichés felkészítését és támogatását vizsgálta. Ennek eredményeit felhasználva javaslatokat tehetünk a bizonyítottan pozitív hatású CLS ellátási rendszer magyarországi adaptációjának kidolgozására, mely magában foglalja az ellátási struktúrába való elhelyezést, illetve a kapcsolódó kompetenciák megszerzésének oktatási szintjeit, területeit.

MÓDSZERTAN

Mintavételi eljárás

Kérelemben benyújtott kutatási tervünket az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatás-etikai bizottsága megvizsgálta, és a szakmai etikai engedélyt az ETT TUKEB 31352-3/2019/EKU számon megadta.

A vizsgálatot megalapozó elektronikus kérdőívet a Google kifejezetten online kérdőívek programozására szolgáló alkalmazásában fejlesztettük. Gyermekeápolók részére kérdőívünket a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara segítségével juttattuk el úgy, hogy a Kamara azt honlapján megjelentette, illetve hírlevelében elküldte a feliratkozottak személyes e-mail-címére. Az ápolói kérdőív a Facebook „Tankórterem” nevű oldalán szintén megosztásra került.

A szülői kérdőívet minimum 3 napig kórházban kezelt 0–14 éves gyermekek szüleinek körében töltöttük ki. A szülők részére készült kérdőívünket egyéni megkeresés nyomán egy hazai pedagógus-továbbképző cég regisztrált oktatóknak küldte el, valamint iskolák és a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet „Gyógy-hírek” Facebook-oldalán is megjelentették. Az adatfelvétel 2019. július 1. és 2020. január 31. között zajlott, s ebben az időszakban 566 szülői és 361 gyermekápolói kitöltés érkezett az online felületre. A felmérés ideje alatt beérkező valamennyi kérdőív értékelhető volt.

¹ Fájdalomcsillapító gáz, ami az oxigén és dinitrigén-oxid kombinációja, nevetőgázként is ismert.

Mérőeszközök

Gyermekápolói kérdőív

A kérdőív 62 kérdésből állt: I. kutatásba való beleegyezés (3 item), II. szociodemográfiai kérdések (8 item), III. gyermekek átlagos ápolási napjainak száma, szülői jelenlét gyakorisága, gyermekek kórházi ellátásában történő pszichés felkészítésének jellemzői (26 item), IV. a gyermekápolók érzelmi megterhelésének feldolgozására vonatkozó kérdések (24 item). A kérdőív 42 zárt és 11 nyitott kérdést, valamint 9 item esetében 5 fokozatú Likert-skálát tartalmazott.

Szülői kérdőív

A kérdőív 40 kérdésből állt: I. kutatásba való beleegyezés (3 item), II. szociodemográfiai kérdések szülőre (5 item) és gyermekre (8 item) vonatkozóan, mint a gyermek neve, kora, a kezelés ideje és időtartama, előző betegségei, előző kórházi megjelenéseinek száma és oka, III. a gyermek kórházi ellátására, a gyermek és a szülő pszichés megterhelésére vonatkozó kérdések (24 item), melyekben vizsgáltuk a szülő és a gyermek félelmét, pszichés megterhelését a kórházi ellátás alatt, illetve a felkészítéssel való elégedettséget, és a kórház gyermekbarát megítélését. A kérdőív 21 zárt, 6 nyitott kérdést és 12 item esetében 5 fokozatú Likert-skálát tartalmazott.

Események Hatása Kérdőív

Kérdőívünkben az IES-R továbbfejlesztett, magyar változatát használtuk, amely a traumatikus esemény hatására megélt szubjektív stresszt leíró jelenségek gyakoriságát méri 5 fokozatú Likert-skálán.²⁶ A skála pontozása 0–4 között történik, a 0, egyáltalán nem voltak jellemzők és a 4, mindig jellemzők voltak végpontok között. Az IES-R kérdőív alszkálái az emléketörés (a történetek újraélése), elkerülés (traumára emlékeztető ingerek aktív elkerülése) és a hiperarousal (a külvilág ingereivel szembeni fokozott érzékenység) voltak. A szülőknél gyermekük betegségének idejére vonatkozóan kellett meghatározniuk, hogy az egyes állítások mennyire voltak rájuk jellemzők, míg az ápolóknak a legutóbbi munkájuk során tapasztalt negatív esemény hatásait kellett felidézniük. A magasabb

pontszám magasabb szubjektív distressz-szintet jelentett a kórházi ellátás kapcsán.

Adatfeldolgozás és -elemzés

Az adatok feldolgozását és elemzését az SPSS 25.0 statisztikai programcsomag (IBM Corporation, Armonk, NY, Amerikai Egyesült Államok) segítségével végeztük. Az elemzés során az egyes kérdésekre adott válaszok relatív gyakorisági eloszlását, a képzett indexek esetében emellett azok leíró statisztikáit vizsgáltuk. Elemzést megelőzően az IES-R alszkála értékek alszkálánként $\log(x+1)$ transzformálva lettek eloszlásuk normalizálása érdekében. Annak összehasonlítása, hogy átlagosan mekkora IES-R alszkála értékek jellemezték a szülőket és ápolókat, mindhárom alszkála esetén Welch-féle t-teszt került alkalmazásra. Az ordinális pontszám változókat ordinális regresszió alkalmazásával elemeztük. Azokat a kérdéseket, melynél több válasz is megjelölhető volt, kontingencia táblák elemzésével, chí-négyzet-próbával teszteltük. További kérdések elemzése chí-négyzet-próbával történt és Mann–Whitney U-tesztekkel lettek összehasonlítva.

EREDMÉNYEK

Az ápolókra és a szülőkre vonatkozó demográfiai mutatók alakulását az 1. táblázatban mutatjuk be. A gyermekek átlagéletkora az ellátás idejében 4,40 év (SD = 3,846, Min. = 0, Max. = 14) volt. Átlagosan 7,28 napot (SD = 10,763, Min. = 3, Max. = 100) töltöttek kórházban, mely közel megegyezik az ápolói mintán vizsgált adatokkal. Az ápolói válaszok alapján a gyermekek átlagosan 6,45 napot töltöttek el a vizsgálatban részt vett egészségügyi intézményekben (SD = 8,652, Min. = 0, Max. = 70). A kórházi kezelés 38,1% esetében egy éven belül, 61,8% esetében több, mint egy éve történt. A vizsgálatban részt vett gyermekek ezt az alkalmat megelőzően átlagosan: 1,70 alkalommal (SD = 3,268, Min. = 0, Max. = 35) részesültek már kórházi kezelésben. A szülőik válasza alapján 57,2%-uk a kórházi kezelés során minden beavatkozás alkalmával gyermeke mellett volt, 40,8%-uk csak részben, 1,9%-uk pedig nem tudott a gyermeke mellett maradni. Az ápolók becslése szerint a szülők 29,6%-a folyamatosan gyermeke mellett volt a

kórházi kezelés során, 62,3%-uk csak részben és 8%-uk nem volt jelen. A szülői válaszok alapján a jelenlétet befolyásolta a gyermek betegsége ($p = 0,014$), a kezelés időtartama: hosszabb kezelési idő alatt kevesebbszer volt gyermeke

mellett a szülő), valamint az ellátási osztály: a szülői jelenlét ideje az intenzív és koraszülött osztályokon kezelt gyermekek esetében volt a legalacsonyabb.

1. táblázat: A válaszadó ápolók és szülők szociodemográfiai mutatói

	Ápoló (n = 361 fő)	Szülő (n = 566 fő)																		
Nem	Nő: 98,3%, férfi: 1,7%	Nő: 96,6%, férfi: 3,4%																		
Életkor	Átlag: 40,37, SD: 11,222, Min.: 18, Max.: 66	Átlag: 38,23, SD: 6,827, Min.: 21, Max.: 82																		
Legmagasabb iskolai végzettség	<table border="1"> <tr> <td>Segédápoló</td> <td>1,38%</td> </tr> <tr> <td>Szakápoló (OKJ)</td> <td>75,62%</td> </tr> <tr> <td>Diplomás ápoló (BSc)</td> <td>19,11%</td> </tr> <tr> <td>Egyetemi okleveles ápoló (MSc)</td> <td>3,88%</td> </tr> </table>	Segédápoló	1,38%	Szakápoló (OKJ)	75,62%	Diplomás ápoló (BSc)	19,11%	Egyetemi okleveles ápoló (MSc)	3,88%	<table border="1"> <tr> <td>Szakközépiskola</td> <td>24,7%</td> </tr> <tr> <td>OKJ</td> <td>17,1%</td> </tr> <tr> <td>Főiskola/BSc/BA</td> <td>32,3%</td> </tr> <tr> <td>Egyetem/MSc/MA</td> <td>25,0%</td> </tr> <tr> <td>Egyéb</td> <td>0,8%</td> </tr> </table>	Szakközépiskola	24,7%	OKJ	17,1%	Főiskola/BSc/BA	32,3%	Egyetem/MSc/MA	25,0%	Egyéb	0,8%
Segédápoló	1,38%																			
Szakápoló (OKJ)	75,62%																			
Diplomás ápoló (BSc)	19,11%																			
Egyetemi okleveles ápoló (MSc)	3,88%																			
Szakközépiskola	24,7%																			
OKJ	17,1%																			
Főiskola/BSc/BA	32,3%																			
Egyetem/MSc/MA	25,0%																			
Egyéb	0,8%																			
Hány éve dolgozik gyermekápolóként?	Átlag: 17,94, SD: 12,839, Min.: 1, Max.: 45																			
Családi állapot	<table border="1"> <tr> <td>Egyedülálló</td> <td>31,58%</td> </tr> <tr> <td>Párkapcsolatban él</td> <td>68,42%</td> </tr> </table>	Egyedülálló	31,58%	Párkapcsolatban él	68,42%	<table border="1"> <tr> <td>Egyedülálló</td> <td>10,07%</td> </tr> <tr> <td>Párkapcsolatban él</td> <td>89,93%</td> </tr> </table>	Egyedülálló	10,07%	Párkapcsolatban él	89,93%										
Egyedülálló	31,58%																			
Párkapcsolatban él	68,42%																			
Egyedülálló	10,07%																			
Párkapcsolatban él	89,93%																			
Saját gyermekek száma	Átlag: 1,23, SD: 1,222, Min.: 0, Max.: 12	Átlag: 1,98, SD: 0,897, Min.:1, Max.: 7																		
	Ápoló (n = 361 fő)	Szülő (n = 566 fő)																		
Nem	Nő: 98,3%, férfi: 1,7%	Nő: 96,6%, férfi: 3,4%																		
Életkor	Átlag: 40,37, SD: 11,222, Min.: 18, Max.: 66	Átlag: 38,23, SD: 6,827, Min.: 21, Max.: 82																		
Legmagasabb iskolai végzettség	<table border="1"> <tr> <td>Segédápoló</td> <td>1,38%</td> </tr> <tr> <td>Szakápoló (OKJ)</td> <td>75,62%</td> </tr> <tr> <td>Diplomás ápoló (BSc)</td> <td>19,11%</td> </tr> <tr> <td>Egyetemi okleveles ápoló (MSc)</td> <td>3,88%</td> </tr> </table>	Segédápoló	1,38%	Szakápoló (OKJ)	75,62%	Diplomás ápoló (BSc)	19,11%	Egyetemi okleveles ápoló (MSc)	3,88%	<table border="1"> <tr> <td>Szakközépiskola</td> <td>24,7%</td> </tr> <tr> <td>OKJ</td> <td>17,1%</td> </tr> <tr> <td>Főiskola/BSc/MA</td> <td>32,3%</td> </tr> <tr> <td>Egyetem/MSc/MA</td> <td>25,0%</td> </tr> <tr> <td>egyéb</td> <td>0,8%</td> </tr> </table>	Szakközépiskola	24,7%	OKJ	17,1%	Főiskola/BSc/MA	32,3%	Egyetem/MSc/MA	25,0%	egyéb	0,8%
Segédápoló	1,38%																			
Szakápoló (OKJ)	75,62%																			
Diplomás ápoló (BSc)	19,11%																			
Egyetemi okleveles ápoló (MSc)	3,88%																			
Szakközépiskola	24,7%																			
OKJ	17,1%																			
Főiskola/BSc/MA	32,3%																			
Egyetem/MSc/MA	25,0%																			
egyéb	0,8%																			
Hány éve dolgozik gyermekápolóként?	Átlag: 17,94, SD: 12,839, Min.: 1, Max.: 45																			
Családi állapot	<table border="1"> <tr> <td>Egyedülálló</td> <td>31,58%</td> </tr> <tr> <td>Párkapcsolatban él</td> <td>68,42%</td> </tr> </table>	Egyedülálló	31,58%	Párkapcsolatban él	68,42%	<table border="1"> <tr> <td>Egyedülálló</td> <td>10,07%</td> </tr> <tr> <td>Párkapcsolatban él</td> <td>89,93%</td> </tr> </table>	Egyedülálló	10,07%	Párkapcsolatban él	89,93%										
Egyedülálló	31,58%																			
Párkapcsolatban él	68,42%																			
Egyedülálló	10,07%																			
Párkapcsolatban él	89,93%																			
Saját gyermekek száma	Átlag: 1,23, SD: 1,222, Min.: 0, Max.: 12	Átlag: 1,98, SD: 0,897, Min.:1, Max.: 7																		

Forrás: saját szerkesztés

Az ápolói beavatkozások pszichés felkészítésre vonatkozó adatok

A kórházi gyermekbarát ellátás megítélésében szignifikáns eltérést találtunk ($p < 0,001$, Mann-Whitney U-próba = 56 742) a szülői és az ápolói megítélés között: 5 fokozatú skálán az ápolók magasabbra értékelték ennek megvalósulását. A gyermekbarát ellátás megítélését vizsgáltuk a gyermekek betegségével és a kórházi osztály profiljával kapcsolatosan: a kórházi osztály profilja a gyermekbarát ellátás megítélésével összefüggést mutatott ($p = 0,001$, $df = 11$), melynek értékelése az intenzív osztályon és a sürgősségi osztályokon volt a legalacsonyabb.

Abban a kérdésben, hogy mennyire tartják fontosnak a gyermek életkorának és mentális állapotának megfelelő pszichés felkészítést az ápolói beavatkozások előtt, szignifikáns különbséget találtunk a két csoport között ($p = 0,004$, Mann-Whitney U-próba = 78 322), ennek fontosságát egy 1–5-ig terjedő skálán szülők magasabbra értékelték.

Ugyanezen skála segítségével azt is felmértük, mennyire volt jellemző a gyermekek kórházi kezelése során, hogy elmagyarázták, illetve játékkal bemutatták a beavatkozás menetét. A szülői tapasztalatok alapján ennek átlaga 2,03

volt ($SD = 1,362$), amely inkább a „nem történt ilyen” válaszhoz közelített. Ezzel ellentétben az ápolók ezt a kérdést átlagosan 4,38-ra, „legtöbb esetben megtörténtként” ($SD = 0,896$) értékelték, amely szignifikáns különbséget mutatott ($p < 0,001$, Mann-Whitney U-próba = 19 299) a két csoport között. Az ápolási beavatkozások és a felkészítés gyakoriságát a szülői és ápolói vélemények alapján a 2. táblázatban mutatjuk be.

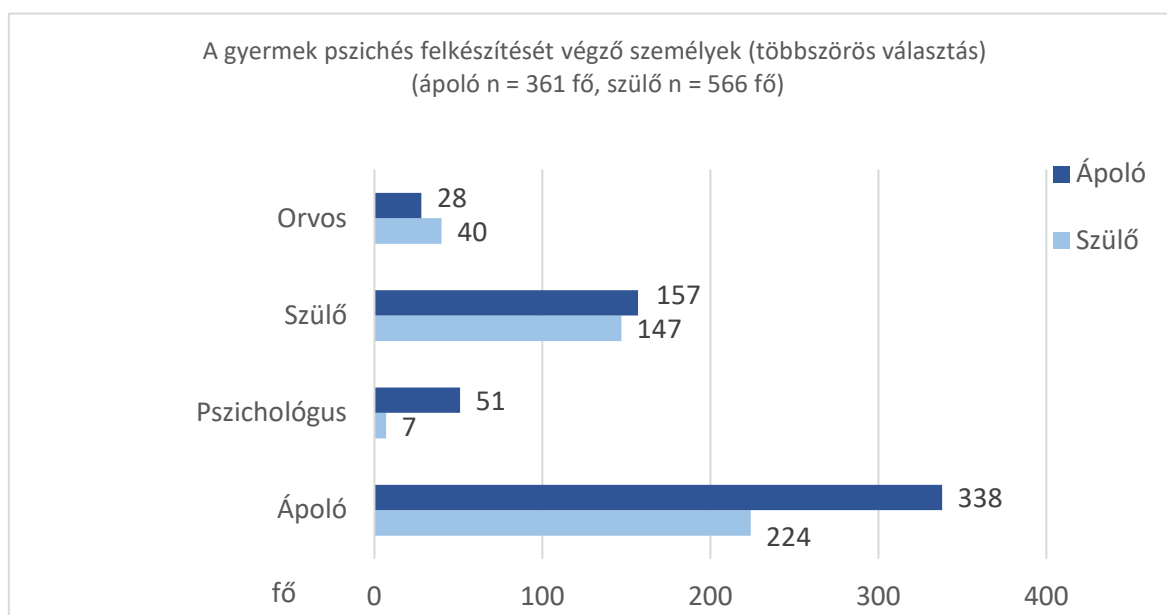
Szintén 1–5-ig terjedő skálán a szülők átlagosan 2,69-re ($SD = 1,494$) „esetek felében megtörténtre” értékelték a gyermek felkészítését és tájékoztatását a kórházi kezelés során. A felkészítés gyakorisága összefüggést mutatott a gyermek betegségével ($p = 0,015$, $df = 36$) és a kórházi osztály profiljával ($p < 0,001$, $df = 11$). Mindkét csoport eredményei alapján az onkológiai, traumatológiai és belgyógyászati betegségeknél az átlaghoz képest gyakrabban történt meg a gyermek pszichés felkészítése és támogatása, míg műtétek előtt, illetve a koraszülöttek és csecsemők ellátása során ez nem volt jellemző. A kórházi osztályok profiljával kapcsolatban a sebészeti és belgyógyászati osztályon magasabb arányban, míg a csecsemő- és intenzív osztályon nem volt jellemző a gyermek pszichés felkészítése és támogatása. A felkészítést leggyakrabban az ápolók és a szülők végezték. [1. ábra]

2. táblázat: Az ápolási beavatkozások és felkészítések gyakorisága

Ápolási beavatkozás	Szülő		Ápoló	
	Beavatkozás gyakorisága (eset)	Felkészítés gyakorisága (eset)	Beavatkozás végzése (eset)	Felkészítés gyakorisága (eset)
Vérnyomásmérés	368	86	305	256
Pulzoximetria	187	35	292	231
Oxigénterápia	83	11	197	187
Inhalációs terápia	146	31	188	193
Injekciózás	275	59	240	250
Lázmérés	480	58	324	213
Vérvétel	496	133	319	311
Perifériás kanül bevezetése	465	153	305	305
Infúzió adása	402	75	310	271
Gyógyszerelés	369	39	311	251
Ágyban mosdatás	59	6	130	120
Ágyban ürítés (ágytál, kacsca, bili)	74	9	134	122
Sebktözés	10	2	12	3
Orrváladék eltávolítás	4	0	8	1

Forrás: saját szerkesztés

1. ábra: A gyermek felkészítését végző személyek megoszlása

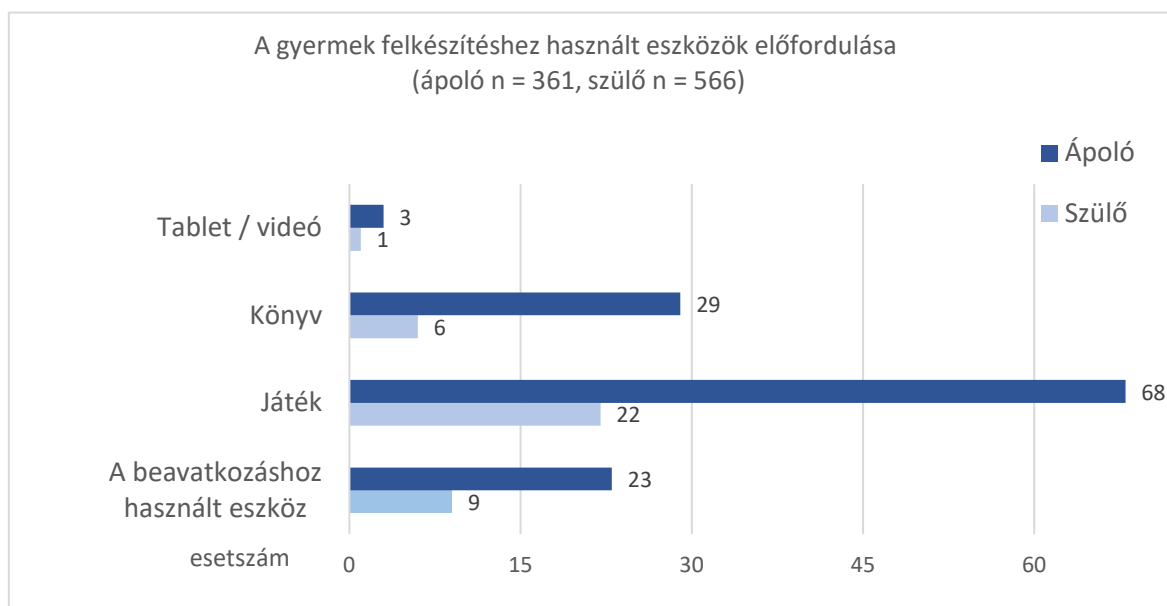


Forrás: saját szerkesztés

Az ápolók a felkészítést legtöbb esetben (304 fő) a gyermek igényeinek és lelkiállapotának megfelelően végzik, míg 128-an ezt az idejüktől teszik függővé. A gyermekápolók 67%-a szerint a felkészítések azért nem rendszeresek, mert nincs rá elegendő idejük, vagy a szülő megteszi

ezt helyettük. Az ápolók véleményük szerint gyakrabban használtak eszközt a felkészítéshez ($p < 0,001$, Mann-Whitney U-próba = 48 625), mint a szülők, mely legtöbbször játék vagy könyv volt. [2. ábra]

2. ábra: A gyermek felkészítéséhez használt eszközök

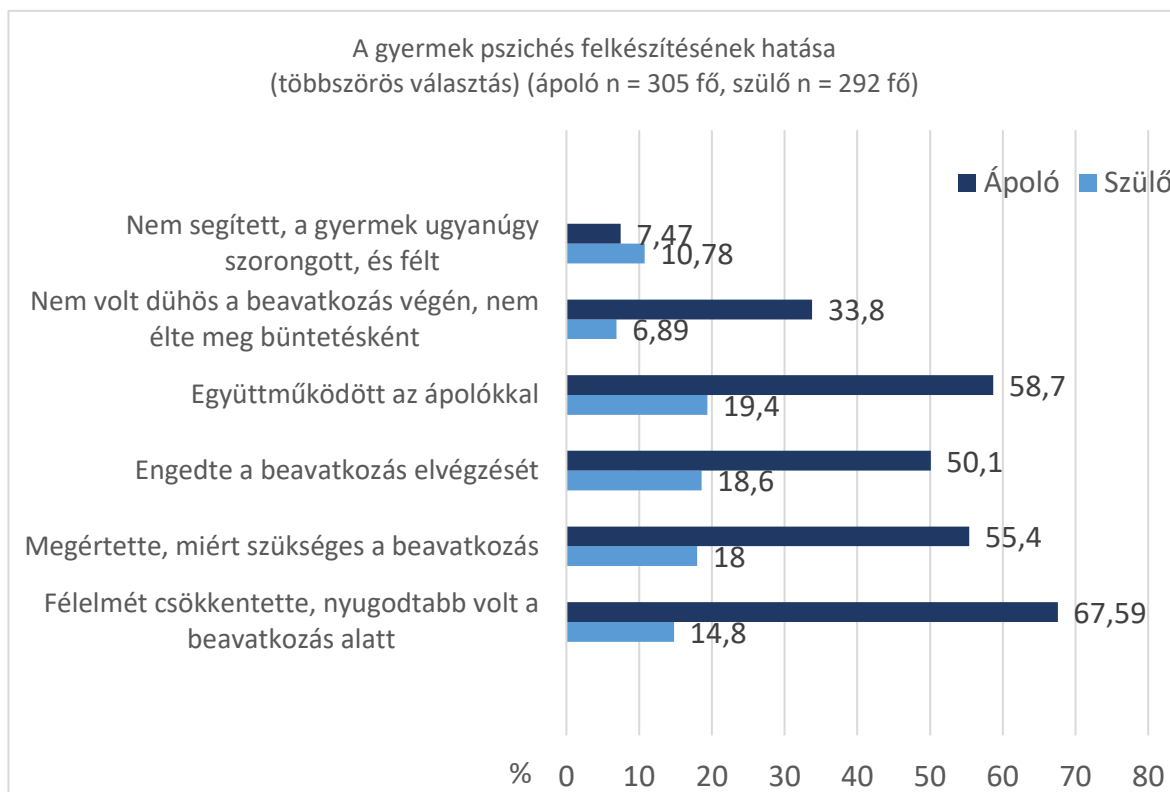


Forrás: saját szerkesztés

Amennyiben történt pszichés felkészítés, az az ápolói és szülői vélemények szerint is a legtöbbször pozitívan hatott a gyermekre. [3. ábra] Az

ápolók szerint ez szignifikánsan többször ($p < 0,001$, $df = 9$) volt tapasztalható.

3. ábra: A gyermek pszichés felkészítésének hatása



Forrás: saját szerkesztés

A pszichés támogatásra vonatkozó eredmények

A kórházi kezelés során egy 5 fokozatú skálán a gyermekek lelki megterheltségét az ápolók szignifikánsan magasabbra ítélték ($p = 0,004$, $df = 4$), mint a szülők. A szülői vélemények szerint a kórházi kezelés az onkológiai, kora-szülött és fül-orr-gégészeti osztályon terhelték meg legjobban a gyermeket ($p < 0,001$, $df = 11$), míg az ápolók a sebészeti, intenzív és onkológiai osztályokon értékelték ezt magasabbra ($p < 0,001$, $df = 11$).

A szülők szignifikánsan magasabbra osztályozták kórházi ellátástól való félelmüket és a lelki megterheltségüket a kezelés alatt, mint gyermekükét ($p < 0,001$, $df = 1$). A szülői lelki megterheltségének értéke szignifikáns összefüggést mutatott a gyermek életkorával: minél fiatalabb volt a gyermek, annál magasabb volt a szülői szorongás mértéke ($p < 0,001$, $df = 17$), mindemellett azok a szülők, akiknek több gyermekük is volt, szignifikánsan magasabbra értékelték ($p = 0,040$, $df = 7$) szorongásukat. A szülői pszichés megterheltsége a gyermek betegségével is

összefüggött, szignifikánsan magasabb értékek ($p = 0,007$, $df = 36$) voltak kimutathatók azoknál a szülőknél, akinek gyermekét daganatos, kardiológiai, újszülöttkori megbetegedés vagy kora-szülöttség miatt kezelték. A szülők közel 70%-a nem kapott lelki támogatást a kórházi kezelés során, pedig nagy részük igényelte volna. Azokban az esetekben, ahol a gyermek lelki támogatását a szülők pozitívan értékelték, alacsonyabb ítélték saját szorongásuk mértékét ($p = 0,000$, $df = 1$).

Egy 1–5-ig terjedő skálán az ápolók szignifikánsan jobbnak, a gyermek életkorának és értelmi szintjének megfelelőnek ítélték a gyermekek szorongásának, tiltakozó reakciójának beavatkozások alatti kezelését, mint a szülők ($p < 0,001$, Mann-Whitney U-próba = 48 586). Azon esetekben, amikor a gyermeket felkészítették, a szülők szignifikánsan magasabbra értékelték a gyermek pszichés támogatását ($p < 0,001$, $df = 1$). Összességében a gyermekek pszichés támogatását a kórházi ellátás során az ápolók szignifikánsan jobbnak ítélték meg, mint a szülők ($p < 0,001$, Mann-Whitney U-próba = 42 156).

Ápolói pszichés terheltségre vonatkozó eredmények

Az ápolók egy 1–5-ig terjedő skálán közel 4-re, vagyis lelkileg megterhelőnek értékelték munkájukat, mely a gyermekek átlagos ápolási napjainak számával és a gyermek pszichés megterheltségének megítélésével összefüggést mutatott. Az ápolók szignifikánsan megterhelőbbnek érzik munkájukat rövidebb ápolási idő esetében ($p < 0,001$, $F = 12,930$, $df = 22$). Azokban az esetekben, ahol az ápolók szerint a kórházi ellátás jobban megterhelő volt a gyermek számára, munkájukat is lelkileg megterhelőbbnek értékelték ($p < 0,001$, $df = 4$, $khí-négyzet = 60,807$). Az ápolók 5 fokozatú skálán közepesre

(Átlag = 3,20 SD = 1,158) értékelték az osztályon folyó lelki segítségnyújtást, és 62%-uk szükséges tartaná egy segítő szakember jelenlétét az osztályon.

Az Események Hatása Kérdőív eredményei

Az IES-R kérdőívvel a traumatikus esemény hatására megélt szubjektív stresszt leíró jelenségek gyakoriságát vizsgáltuk szülőknél és ápolóknál. Az emléketörés, elkerülés és hiperarousal alskálák értékei összehasonlításra kerültek a két csoport között: a szülők esetében magasabb átlagpontszámokat láthatunk mindhárom alskála esetében. [3. táblázat]

3. táblázat: IES-R alskálák értékei

IES-R alskálák	Csoport	Átlag	Szórás
Emléketörés	Ápoló	1,115	0,838
	Szülő	1,604	1,101
Elkerülés	Ápoló	1,111	0,780
	Szülő	1,181	0,807
Hiperarousal	Ápoló	0,705	0,690
	Szülő	1,267	1,021

Forrás: saját szerkesztés

A szülőknél szignifikánsan magasabb eredményeket mutatott az emléketörés ($p < 0,001$, $F = 4,8560$, $df = 744$) és a hiperarousal alskála ($p < 0,001$, $F = 8,2700$, $df = 774$). [4. táblázat] Azon szülők esetében, akiknek gyermekét a beavatkozásokra pszichésen felkészítették, az

elkerülés ($p = 0,03$, $F = 4,362$) és az emléketörés alskálák ($p = 0,046$, $F = 3,996$) szignifikánsan alacsonyabb értékeket mutattak, mint azon szülőknél, akiknek gyermeke nem részesült felkészítésben.

4. táblázat: Az IES-R alskálák összehasonlítása szülői és ápolói eredmények alapján

IES-R alskálák	F-érték	P-érték	Szabadságfok
Emléketörés	48,56	0,000	774
Elkerülés	2,516	0,113	774
Hiperarousal	82,7	0,000	774

Forrás: saját szerkesztés

MEGBESZÉLÉS

Vizsgálatunk során a magyarországi gyermek-ellátásban dolgozó ápolók (n = 361 fő) és kórházban kezelt gyermekek szüleinek (n = 566 fő) tapasztalatait vizsgáltuk a gyermekek kórházi kezelés alatti pszichés felkészítésével kapcsolatban. Az elektronikus, önkitöltős kérdőív módszerét választottuk, melynek előnye, hogy az ország több pontjára eljutva széles körben kaphatunk adatokat.

Kutatásunk során fontosnak tartottuk, hogy mind a szülői, mind az ápolói véleményeket és tapasztalatokat megismerjük. Az eredmények alapján elmondható, hogy a kórházi ellátás során a gyermekek vizsgálatokra és beavatkozásokra való pszichés felkészítése és támogatása tekintetében a két csoport véleménye különböző, az ápolók sokkal jobbra értékelték ezen tevékenységek megvalósulását. A gyermek kórházi kezelése és a kérdőív kitöltése között eltelt idő nem volt hatással az eredményekre. A szülői jelenlét gyakoriságának kérdésében a válaszok eltérőek voltak a csoportok tekintetében: az ápolók ritkábban tapasztalták a folyamatos szülői ott-tartózkodást, a szülők pedig az intenzív és koraszülött osztályokon töltötték gyermekük mellett a legkevesebb időt. Az Amerikai Gyermekorvosok Akadémiája (*American Academy of Pediatrics, AAP*) már 2001-ben az intenzív osztályokon is napi 24 órában engedélyezte a szülői jelenlétet és javasolta, hogy a család többi tagjának és a testvéreknek is lehetővé kell tenni a látogatást, melynek hatására világszerte elindultak az erre való törekvések.²⁷ Ezzel ellentétben Magyarországon az intenzív és koraszülött osztályok nagy részében csak napi pár óra látogatást engedélyeznek a szülőknek, melyet kutatási adataink is alátámasztanak.

A gyermekbarát ellátás megítélésében összefüggést találtunk a kórházi osztály profiljával: kutatási eredményeink szerint az intenzív és sürgősségi osztályokon kevésbé biztosítják a gyermekbarát ellátást.

Az ápolók jobbnak ítélik meg a gyermekek pszichés felkészítését és támogatását, míg a szülők tapasztalatai szerint a legtöbb esetben sem ők, sem a gyermekük nem kapott megfelelő érzelmi felkészítést és támogatást a kórházi kezelés során. A koraszülött- és csecsemőellátás során a szülők válaszaik alapján nem tartották fontosnak és nem értékelték milyen felkészítést, pszichés

támogatást nyújthatna a kórházi személyzet gyermeküknek. Ezzel megegyezően az ápolói válaszok, miszerint a csecsemő- és koraszülöttosztályokon nem valósul meg a gyermekek pszichés támogatása. A CLS-ek beavatkozások közben figyelemelterelést alkalmaznak csecsemőknél is (például ringa-tással, simogatással), azonban eredményeink azt mutatják, hogy ezek a módszerek jelenleg sem az ápolók sem a szülők számára nem ismertek.¹¹ Az ápolók legtöbbször a sebészeti és a belgyógyászati osztályon, a szülők pedig az onkológiai és traumatológiai ellátásban tapasztalták legtöbbször a gyermekek pszichés felkészítését. A Meletti és mtsai kutatásában bemutatott bizonyítottan pozitív hatással ellen-tétben kutatási eredményeinkben látható, hogy a legtöbb esetben műtétek előtt sem történik meg a gyermekek pszichés felkészítése.¹⁹ Mindkét csoport véleménye szerint legtöbbször játékot és a beavatkozáshoz tartozó eszközt használnak a felkészítéshez, a mindezek mellett ajánlott videók és tablet alkalmazása csak az ápolók szerint 3, a szülők szerint 1 esetben került említésre.^{12,13}

A gyermekek érzelmi megterhelését az ápolók magasabbra értékelték a kórházi ellátás során, mint a szülők. Ennek oka az lehet, hogy a szülők jobban koncentráltak saját pszichés megterhelésükre és ez elterelte figyelmüket gyermekük szorongásáról. A kisebb gyermekek onkológiai, kardiológiai és újszülött-ellátása esetén a szülői pszichés megterheltség mértéke magasabbnak bizonyult, mindemellett a szülő szorongását emelte amennyiben több gyermeke volt. A szülői szorongás alacsonyabb volt azokban az esetekben, ahol a gyermeknél történt pszichés felkészítés.

Az ápolók magasra értékelték saját pszichés megterheltségüket, melyet a gyermekek rövidebb ápolási napjainak száma is negatívan befolyásolt. Az ápolók közepesre értékelték az osztályon folyó lelki segítségnyújtást, és szükségesnek tartanák segítő szakember jelenlétét az osztályon.

Az IES-R eredményeinek tekintetében a két csoport összehasonlításában magasabb értékek voltak megfigyelhetők a szülők esetén, mely összefüggésben áll a saját érzelmi megterheltségük megítélésével. Azon esetekben, amikor a gyermeknél történt pszichés felkészítés, szignifikánsan alacsonyabb volt az emlékbetörés és elkerülés alskála.

KÖVETKEZTETÉSEK

A kutatási eredményekből levonható, hogy a magyarországi kórházakban a gyermekellátás során jelenleg nem valósul meg teljesen a gyermekek és családjaik pszichés támogatása. A munkaerőhiány miatt az ápolóknak nincs elegendő idejük a gyermekek pszichés felkészítésére, és a családok érzelmi igényeinek kielégítésére. Ezért szükséges a gyermekellátási rendszerbe egy olyan szakember bevonása, aki segítséget nyújt a gyermeknek, családjuknak, és akinek jelenléte pozitív hatással lehet az ápolói munkára is.

Kutatási eredményeinkre alapozva szeretnénk javaslatot tenni a bizonyítottan pozitív hatású CLS ellátási rendszer magyarországi adaptációjának kidolgozására, mely magában foglalja az ellátási struktúrába való elhelyezést, illetve a kapcsolódó kompetenciák megszerzésének oktatási szintjeit, területeit. A magyarországi felsőoktatásban a CLS képzés megvalósítható lenne, hiszen az alapképzésben részt vevő védőnők oktatási programjának több mint fele megegyezik a külföldi szakemberekével.

Köszönetnyilvánítás: Köszönettel tartozunk minden gyermekápolónak és szülőnek, aki önként részt vett a kutatásban.

Információk a szerzőkről:

Páll Nikoletta, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Ápolástan Tanszék, Budapest, Semmelweis Egyetem Patológiai tudományok Doktori Iskola, Budapest, Péterfy Kórház-Rendelőintézet és Manninger Jenő Országos Traumatológiai Intézet, Budapest, pall.nikoletta@se-etk.hu
 Gorove Erzsébet, Péterfy Kórház-Rendelőintézet és Manninger Jenő Országos Traumatológiai Intézet, Budapest
 Baji Ildikó, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Alkalmazott Pszichológia Tanszék, Budapest

HIVATKOZÁSOK

¹ Council of Europe: Guidelines on child-friendly health care.

https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805c1527 Elérve: 2020. 02. 01.

² Mendes MG. The inpatient children: Partnership care and family-centered care. *J Women's Health Care*. 2016; 5:3. doi: [10.4172/2167-0420.1000e123](https://doi.org/10.4172/2167-0420.1000e123)

³ Brown RC, Nugent NR, Hawn SE, et al. Predicting the transition from acute stress disorder to posttraumatic stress disorder in children with severe injuries. *J Pediatr Health Care*. 2016; 30(6): 558–568. doi: [10.1016/j.pedhc.2015.11.015](https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2015.11.015)

⁴ Alzawad Z, Lewis FM, Kantrowitz-Gordon I, et al. A qualitative study of parents' experiences in the pediatric intensive care unit: Riding a roller coaster. *J of Pediatr Nurs*. 2020; 51: 8–14. doi: [10.1016/j.pedn.2019.11.015](https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.11.015)

⁵ Olsson C, Björk M, és Ringnér A. The Pediatric Inventory for Parents – Swedish translation and psychometric testing. *J Pediatr Nurs*. 2018; 42: e97–e102. doi: [10.1016/j.pedn.2018.02.013](https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.02.013)

⁶ Franck LS, Wray J, Gay C, et al. Predictors of parent post-traumatic stress symptoms after child hospitalization on general pediatric wards: A prospective cohort study. *Int J Nurs Stud*. 2015; 52(1): 10–21. doi: [10.1016/j.ij-nurstu.2014.06.011](https://doi.org/10.1016/j.ij-nurstu.2014.06.011)

⁷ Fülöp E. Másodlagos traumatizáció és kiegészítő összefüggései az érzelemszabályozási folyamatokkal. In: Csabai M, Pintér J. *Pszichológia a gyógyításban*. Oriold és társai, Budapest, 2013. pp. 167–190.

⁸ Czaja AS, Moss M, Mealer M. Symptoms of posttraumatic stress disorder among pediatric acute care nurses. *J Pediatr Nurs*. 2012; 27(4): 357–365. doi: [10.1016/j.pedn.2011.04.024](https://doi.org/10.1016/j.pedn.2011.04.024)

⁹ Drayton NA, Waddups S, Walker T. Exploring distraction and the impact of a child life specialist: Perceptions from nurses in a pediatric setting. *J Spec Pediatr Nurs*. 2019;e12242. doi: [10.1111/jspn.12242](https://doi.org/10.1111/jspn.12242)

¹⁰ History of the ACLP. Association of Child Life Professionals. 2020. <http://www.childlife.org/about-aclp/history-of-aclp> Elérve: 2020. 03. 01.

- ¹¹ Boles J, Fraser C, Bennett K. The value of certified child life specialists: Direct and downstream optimization of pediatric patient and family outcomes. 2020. <https://www.childlife.org/docs/default-source/the-child-life-profession/value-of-cclss-full-report.pdf> Elérve: 2020. 06. 10.
- ¹² Medeiros da Silva RD, Austregésilo SC, Ithamar L, et al. Therapeutic play to prepare children for invasive procedures: a systematic review. *J Pediatr (Rio J)*. 2017; 93 (1): 6–16. doi: [10.1016/j.jpmed.2016.06.005](https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2016.06.005)
- ¹³ Zhang J, Zhu S, Du C, et al. Posttraumatic stress disorder and somatic symptoms among child and adolescent survivors following the Lushan earthquake in China: A six-month longitudinal study. *J Psychosom Res*, 2015; 79(2): 100–106. doi: [10.1016/j.jpsychores.2015.06.001](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.06.001)
- ¹⁴ Smith JG, Desai P, Sira N, et al. Family-centered developmentally supportive care in the neonatal intensive care unit: Exploring the role and training of child life specialists. *Child Health Care*. 2014; 43(4): 345–368. doi: [10.1080/02739615.2014.880917](https://doi.org/10.1080/02739615.2014.880917)
- ¹⁵ Basak RB, Momaya, Guo J, et al. Role of child life specialists in pediatric palliative care. *J Pain Symptom Manage*. 2019; 58(4): 735–737. doi: [10.1016/j.jpainsymman.2019.05.022](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.05.022)
- ¹⁶ He HG, Zhu L, Chan SWC, et al. The effectiveness of therapeutic play intervention in reducing perioperative anxiety, negative behaviors, and postoperative pain in children undergoing elective surgery: A systematic review. *Pain Manag Nurs*. 2015; 16(3): 425–439. doi: [10.1016/j.pmn.2014.08.011](https://doi.org/10.1016/j.pmn.2014.08.011)
- ¹⁷ Bandstr NF, Skinner L, LeBlanc C., et al. The role of child life in pediatric pain management: A survey of child life specialists. *J Pain*. 2008; 9(4): 320–329. doi: [10.1016/j.jpain.2007.11.004](https://doi.org/10.1016/j.jpain.2007.11.004)
- ¹⁸ Mohan S, Nayak R, Thomas RJ, et al. The effect of Entonox, play therapy and a combination on pain relief in children: A randomized controlled trial. *Pain Manag Nurs*. 2015;16(6): 938–943. doi: [10.1016/j.pmn.2015.08.004](https://doi.org/10.1016/j.pmn.2015.08.004)
- ¹⁹ Meletti DP, Meletti JFA, Camargo RPS, et al. Psychological preparation reduces preoperative anxiety in children. Randomized and double-blind trial. *J Pediatr (Rio J)*. 2018; 95 (5): 545–551. doi: [10.1016/j.jpmed.2018.05.009](https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2018.05.009)
- ²⁰ Durand DJ, Young M, Nagy P, et al. Mandatory child life consultation and its impact on pediatric MRI workflow in an academic medical center. *J Am Coll Radiol*. 2015; 12(6): 594–598. doi: [10.1016/j.jacr.2014.12.015](https://doi.org/10.1016/j.jacr.2014.12.015)
- ²¹ White HL. The working life of a play specialist. *Paediatr and Child Health*. 2017; 27(10): 476–480. doi: <https://doi.org/10.1016/j.paed.2017.07.002>
- ²² Grissom S, Boles J, Bailey K. Play-based procedural preparation and support intervention for cranial radiation. *Support Care Cancer*. 2015; 24(6): 2421–2427. doi: [10.1007/s00520-015-3040-y](https://doi.org/10.1007/s00520-015-3040-y)
- ²³ Scott MT, Todd KE, Oakley H B, et al. Reducing anesthesia and health care cost through utilization of child life specialists in pediatric radiation oncology. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2016; 96(2): 401–405. doi: [10.1016/j.ijrobp.2016.06.001](https://doi.org/10.1016/j.ijrobp.2016.06.001)
- ²⁴ Murag S, Suzukaw C, Chang TP. The effects of child life specialists on success rates of intravenous cannulation. *J Pediatr Nurs*. 2017; 36, 236–240. doi: [10.1016/j.pedn.2017.03.013](https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.03.013)
- ²⁵ LeBlanc CK, Naugler K, Morrison K, et al. Parent perceptions and satisfaction with inpatient child life specialist interventions and the role of child temperament. *Child Health Care*. 2014; 43(3), 253–272. doi: [10.1080/02739615.2013.845732](https://doi.org/10.1080/02739615.2013.845732)
- ²⁶ Perczel FD (ed.), Kiss Zs, Ajtay Gy. Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2018.
- ²⁷ Giannini A, Miccinesi G. Parental presence and visiting policies in Italian pediatric intensive care units: A national survey. *Pediatr Crit Care Med*. 2011; 12(2):e46–50. doi: [10.1097/PCC.0b013e3181d8e9c2](https://doi.org/10.1097/PCC.0b013e3181d8e9c2)

Krónikus gerincfájdalommal élő személyek életminőségét befolyásoló kognitív tényezők

Cognitive factors influencing the quality of life of people with chronic back pain

Szerző:	Békefi Evelin; Teleki Szidalisz Ágnes
Kulcsszavak:	krónikus gerincfájdalom; mindfulness; fájdalom-katasztrófizáció; félelem-elkerülési hiedelmek; életminőség
Keywords:	chronic back pain; mindfulness; pain catastrophizing; fear-avoidance beliefs; quality of life

Beküldve: 2021. 05. 18., doi: [10.24365/ef.v62i3.6106](https://doi.org/10.24365/ef.v62i3.6106)

Összefoglaló

Bevezetés: A krónikus gerincfájdalom a második leggyakrabban előforduló betegség a krónikus betegségek listáján. Az állapottal való együttélés során a biológiai tényezők mellett kiemelt szerepet kapnak a pszichológiai tényezők is, amik alakíthatják a betegséghez való alkalmazkodás sikerességét. Vizsgálatunkban krónikus gerincfájdalommal élő személyek körében vizsgáltuk a mindfulness, a fájdalom-katasztrófizáció és a félelemelkerülési hiedelmek egészségi állapottal kapcsolatos életminőségre gyakorolt hatását.

Módszertan: Keresztmetszeti, kvantitatív kutatásunkban krónikus gerincfájdalommal élő személyek vettek részt, akik a közösségi médiában található specifikus csoportokból kerültek ki (n = 65; férfi = 10; nő = 55; életkorátlag = 49,2). A kutatásunkban a Mindful Attention Awareness Scale –MAAS, Pain Catastrophizing Scale – PCS, Fear and Avoidance Belief Questionnaire – FABQ-H és a Short Form Health Survey – SF-36 standardizált kérdőíveket alkalmaztuk. Hipotéziseink vizsgálata kapcsán Pearson korrelációanalízist és többszörös lineáris regresszióelemzést végeztünk.

Eredmények: A megkérdezettek körében a mindfulness, a fájdalom-katasztrófizáció és a félelemelkerülési hiedelmek között szignifikáns kapcsolatot találtunk. Az alacsonyabb fokú mindfulness magasabb fájdalom-katasztrófizációval és félelemelkerülési hiedelmekkel járt együtt, viszont pozitív kapcsolatot mutatott az életminőséggel. Az adatokat tovább vizsgálva azt az eredményt kaptuk, hogy az egészségi állapottal kapcsolatos rosszabb életminőséget a mindfulness kisebb mértéke, a magasabb fokú fájdalom-katasztrófizáció és félelemelkerülési hiedelmek jósolják be legerőteljesebben.

Következtetések: Eredményeink alapján elmondható, hogy a krónikus gerincfájdalommal élők egészségi állapottal kapcsolatos életminőségét az alacsonyabb fokú mindfulness, a magasabb fokú fájdalom-katasztrófizáció és félelemelkerülési hiedelmek negatívan befolyásolják. Eredményeink azonban aláhúzzák ezen pszichológiai tényezőknek a betegek életében betöltött szerepét, aminek kapcsán egy olyan multidiszciplináris kezelés fontosságát hangsúlyozzuk, amelyben a fizikai tünetek mellett a pszichológiai tényezők is kiemelt szerepet kapnak a magasabb hatásfokú egészségkimenet elérése érdekében.

Summary

Introduction: Chronic back pain is the second most common disease on the list of chronic diseases today. In addition to biological factors, psychological factors that can shape the course of the disease play a key role in coping with the condition. In our study, we examined the impact of mindfulness, pain catastrophizing and fear and avoidance beliefs in relation to health-related quality of life between people with chronic back pain.

Methodology: Our cross-sectional, quantitative research included individuals with chronic back pain who came from specific groups on social media (n=65; men=10; women=55; age mean=49,2). In the

study, the Mindful Attention Awareness Scale - MAAS, Pain Catastrophizing Scale - PCS, Fear and Avoidance Belief Questionnaire - FABQ-H, and the Short Form Health Survey - SF-36 were used. To test our hypothesis Pearson correlation and multiple linear regression analysis were applied.

Results: In our sample, we have found a significant association between mindfulness, pain catastrophizing, and fear-avoidance beliefs. Lower levels of mindfulness was associated with higher pain catastrophizing and fear-avoidance beliefs, but showed a positive correlation with quality of life. Further examining the data, we found that the lower levels of health-related quality of life was predicted by lower levels of mindfulness and higher levels of pain catastrophizing and fear-avoidance beliefs.

Conclusions: According to our results, the health-related quality of life of people with chronic back pain is negatively affected by lower levels of mindfulness and higher levels of pain catastrophizing and fear-avoidance beliefs. Our results underscore the role of these psychological factors in patients' lives, emphasizing the importance of a multidisciplinary treatment in which, in addition to physical symptoms, psychological factors also play a key role in achieving higher health outcomes.

BEVEZETÉS

Krónikus fájdalom

A krónikus fájdalom mára már olyan gyakorivá vált, hogy a becslések szerint az emberek 20%-át érinti világszerte és az orvoslátogatások 15–20%-át teszi ki (Treede et al., 2019). A krónikus fájdalom kifejezés olyan fájdalomra utal, amely folyamatosan fennáll, vagy idővel súlyosbodik. Szemben az akut fájdalommal, amely hirtelen jelentkezik egy adott sérülés hatására, és általában kezelhető, a krónikus fájdalom hosszabb időn át fennmarad, és gyakran ellenáll az orvosi kezelésnek. A Nemzetközi Fájdalomkutató Társaság (*International Association for the Study of Pain*, IASP) definíciója szerint akkor tekintjük a fájdalmat krónikusnak, ha három hónapnál tovább tart, vagy a normál szöveti gyógyulási időn túl is jelen van (Merskey, 2002). Ezt a meghatározást széles körben alkalmazták a kutatásokban és a klinikai gyakorlatban, de ezzel együtt túl szűknek is bizonyult, mivel nem tartalmaz funkcionális és pszichobiológiai tényezőket, amelyek nélkülözhetetlenek a pontos értékeléshez (Flor & Turk, 2011). Éppen ezért ma már úgy tartják, hogy a hosszantartó fájdalomnak való kitettség, a stresszre adott válasz, a kogníciók és az érzelmek mind módosíthatják az észlelt fájdalom egyéni tapasztalatait (Apkarian, Baliki & Geha, 2009). A jelenlegi ismeretek alapján a biopszichoszociális modell tűnik a legjobb megközelítésnek a krónikus fájdalom tanulmányozásában és megértésében (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs & Turk, 2007). Ellentétben az egydimenziós biomedikális perspektívával, amely a krónikus fájdalom etiológiai és patofiziológiai magya-

rázatára összpontosít, vagy a pszichogén nézetel, amely a fájdalmat valamilyen belső konfliktus fizikai megnyilvánulásának tekinti, a biopszichoszociális modell integrált mintát/képet nyújt, amely magában foglalja a tisztán mechanikai és fiziológiai folyamatokat, valamint a pszichológiai és társadalmi kontextusbeli változókat is, amelyek a krónikus fájdalmat okozhatják. Amíg a biomedikális modell a betegség lefolyására helyezi a hangsúlyt, addig a biopszichoszociális modell a betegség biológiai, pszichológiai és szociokulturális változói közötti dinamikus, oda-vissza ható kölcsönhatásokat veszi figyelembe, amelyek az emberek fájdalomra adott reakcióit formálják (Turk & Flor, 1999).

A krónikus fájdalom mögött számos okot felsorakoztathatunk, például a fájdalomérző receptorok (nociceptorok) tartós stimulációja, a perifériás vagy centrális idegrendszer károsodása (pl.: porckorongsérv okozta idegi irritáció) vagy ezek kombinációja (pl.: diabéteszes neuropátia). Az imént felsoroltak viszonylag jól meghatározható eredetű fájdalmak, de gyakran előfordulnak generalizált, krónikus fájdalomszindrómák, ahol a betegség oka nem határozható meg egyértelműen (pl.: fibromialgia vagy kimutatható patológiai elváltozás nélkül fennálló hát- vagy deréktáji fájdalom) (Szántó, 2012).

Krónikus gerincfájdalom

A Központi Statisztikai Hivatal (KSH; 2020) adatai szerint a derék- vagy hátgerincprobléma a magasvérnyomás-betegség után a második leggyakrabban előforduló krónikus betegség a magyarországi lakosság körében, de a nyaki fajda-

lom vagy egyéb krónikus nyaki gerincprobléma is szerepel a tíz leggyakoribb krónikus betegség között (KSH, 2020). Azt, hogy a krónikus hátfájás az átlagpopulációban is kifejezetten gyakori, egy nagy elemszámú, francia felmérés is alátámasztja, ahol majd' húszszer felnőtt 38%-áról derült ki, hogy krónikus derékfájdalomban szenved. Ez a kutatás azt is kihangsúlyozta, hogy a krónikus derékfájdalom jelentősen alacsonyabb életminőséget is eredményez az egészséges résztvevőkhöz képest (Husky, Ferdous Farin, Compagnone, Fermanian & Kovess-Masfety, 2018).

A krónikus fájdalomhoz társuló pszichológiai tényezők

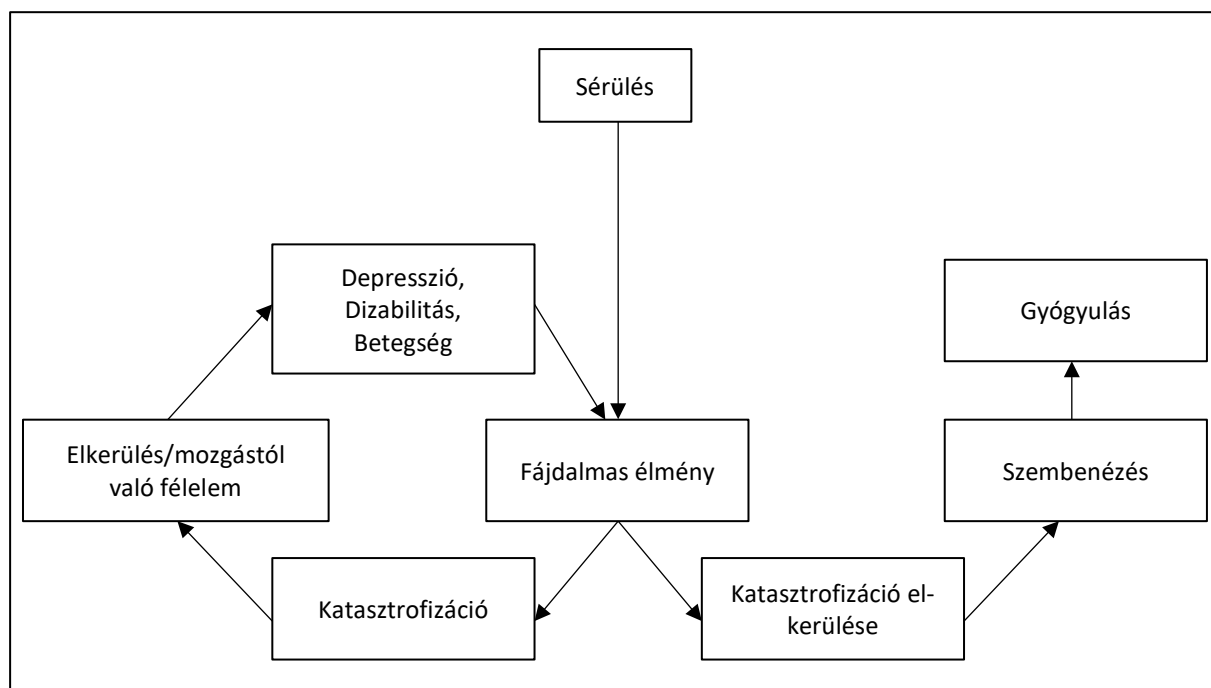
Napjainkban már nincs is kétség afelől, hogy a fájdalom egy komplex észlelési tapasztalat, amelyet pszichoszociális tényezők széles skálája befolyásol, ideértve az érzelmeket, a társadalmi és környezeti interakciókat, a szociokulturális hátteret, a fájdalom egyéni jelentését, a biológiai hátteret, valamint a hiedelmeket, attitűdöket és elvárásokat. A hónapokig és akár évekig elhúzódó fájdalom az emberi működés minden aspektusára hatással lesz egy idő után: az

érzelmekre, interperszonális kapcsolatokra, munkavégzésre és fizikai tapasztalatokra.

Félelem és elkerülési hiedelmek

A vizsgálatunk szempontjából releváns tényezők magyarázatára és komplex elemzésére jól alkalmazható elméleti keretet nyújthat a Félelemelkerülés kognitív viselkedéses modellje, vagy ahogy ma ismerjük: Krónikus fájdalom félelemelkerülési modellje (Vlaeyen et al., 1995), amit az 1. ábra szemléltet. A modell azt mondja ki, hogy ha valaki a fájdalom élményét jelentősen fenyegetőnek címkézi és katasztrofizáló gondolatai támadnak, akkor kialakul a fájdalommal kapcsolatos félelem (Crombez, Eccleston, Van Damme, Vlaeyen & Karoly, 2012). A már biopszichoszociális keretben létrejött Félelemelkerülés-modell azt a folyamatot írja le, amely során a fájdalmat átélő személyek olyan ördögi körforgásba kerülhetnek, ami krónikus dizabilitást és szenvedést idézhet elő. A fájdalomhoz köthető félelemelkerülés és a krónikus fájdalom közti kapcsolat már több mint három évtizede vizsgált koncepció, főleg mozgásszervi fájdalom és dizabilitás függvényében (Lundberg, Grimby-Ekman, Verbunt & Simmonds, 2011).

1. ábra: A Krónikus fájdalom félelemelkerülési modellje



Forrás: Vlaeyen et al. (1995) nyomán

A katasztrofizáló gondolatok megannyi negatív következményt hordoznak magukban, elsősorban a fizikai aktivitás csökkenése miatt: erősödő betegszerep, családi kapcsolatokban bekövetkező romlás, csökkenő fizikai terhelhetőség és szellemi frissesség. Továbbá, a gyakori gyógyszeresedés miatt függőség alakulhat ki, és az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele is fokozódhat (Kori, Miller & Todd, 1990., idézi Simoncsics & Stauder, 2017).

A modell elemei közül vizsgálatunkba emeltük a fájdalom-katasztrofizációt, a félelemelkerülés-hiedelmek tényezőit, valamint a modellben eredetileg nem szereplő, ám véleményünk szerint protektív hatásúként kezelhető mindfulness konstrukumát, míg kimeneti változóként az egészséggel kapcsolatos életminőséget jelöltük meg.

Fájdalom-katasztrofizáció

A fájdalom-katasztrofizáció a fájdalmas inger fenyegető mivoltának felnagyítására és a fájdalom miatti tehetetlenség érzésére való hajlamra, valamint a fájdalommal kapcsolatos gondolatok gátlásának képtelenségére utal, főleg egy fájdalmat okozó esemény elővételezése során, közben vagy azt követően (Quartana, Campbell & Edwards, 2010). A katasztrofizáció negatívérzelm-fókuszú megküzdési stratégia, amelyet a fájdalom kontextusában túlzottan negatív fájdalom-orientációként lehet felfogni, ami félelmet, diszkomfortérzést, aggodalmat és tehetetlenséget vált ki. Három fő dimenziója a rumináció, felnagyítás és tehetetlenség (Sullivan et al., 2001).

Mindfulness

A buddhizmus gyökereihez visszanyúló mindfulness, azaz tudatos jelenlét az 1970-es években terjedt el a nyugati kultúrában Dr. Jon Kabat-Zinn áttörő munkájának köszönhetően a mindfulness-alapú stresszcsökkentés elnevezésű program megalapításával (Kabat-Zinn, 1982). A tudatos jelenlétet úgy határozták meg, mint a jelen pillanat megélésére való figyelem fókuszálása, és annak ítélezés nélküli elfogadása anélkül, hogy közben egyéb gondolatok vagy érzelmek terelnék el a figyelmet (Bishop et al., 2004). A mindfulness-alapú intervencióknak pont az a célja, hogy a résztvevőket megtanítsák arra, hogy a jelen pillanatban történő ingerekre figyeljenek. Mindezt olyan gyakorlatok révén

teszik, amelyek javítják a testi érzések tudatosítását, valamint a gondolatok és érzések ítélezés nélküli megfigyelését (Sipe & Eisendrath, 2012).

Ismereteink szerint egyetlen kutatás kísérlete meg a modellbe emelni a mindfulness konstrukumát, amely megerősítette, hogy a jelentudatosság csökkenti a krónikus fájdalmat azáltal, hogy befolyásolja a Krónikus fájdalom félelemelkerülési modelljében szereplő tényezőket. A kutatásba 104 ausztrál, krónikus fájdalommal élő beteget vontak be, és azt is alátámasztották, hogy a mindfulness mérsékli a fájdalom intenzitása és a katasztrofizálás közötti kapcsolatot. Mindez arra utal, hogy az, hogy egy személy a fájdalma miatt rágódni, örlődni kezd-e, bizonyos mértékben attól függ, hogy képes-e a pillanatnyi élményeire, tapasztalataira koncentrálni. Ezek az eredmények azért is hangsúlyosak, mert úgy tűnik, a tudatos jelenlét fontos szerepet játszhat a krónikus fájdalom szűrésében és a korai beavatkozásban. Lévéen, hogy a Félelemelkerülés kognitív viselkedéses modelljében már korán megjelenik, valószínűsíthető, hogy az alacsony szintű mindfulness a betegek számára gyenge megoldás lehet a korai szakaszban (Schütze et al., 2010).

Jelen kutatás célja a krónikus gerincfájdalommal élő személyek csoportjában releváns kognitív tényezők feltérképezése, és azok egészségi állapothoz kapcsolódó életminőségre gyakorolt hatásának vizsgálata. Olyan pszichológiai konstrukumokat vizsgálunk, mint a mindfulness, a fájdalom-katasztrofizáció és a félelemelkerülési hiedelmek. Azért is fontos ezen változók jelenlétének és egymásra gyakorolt hatásának vizsgálata, mert olyan körforgásba sodorhatják a beteget, ami maladaptív katasztrofizáló gondolatokat, mozgástól való félelmet, majd a mozgás tényleges kerülését, ennek következtében pedig szorongást, depressziót és dizabilitást eredményezhet (Vlaeyen et al., 1995), ráadásul a prognózist is ronthatja (Wertli, Rasmussen-Barr, Weiser, Bachmann & Brunner, 2014).

MÓDSZERTAN

Minta

Az adatfelvételre 2020 decembere és 2021 februárja között került sor. Az adatfelvétel online kérdőíves formában zajlott 70 fő bevonásával. A vizsgálati személyek gerincproblémával küzdő (gerincsérv, porckorongsérv, isiász, fibromialgia) emberek, akiket közösségi médiában található betegcsoport-oldalokon keresztül értünk el. Ezekben a csoportokban az adminisztrátor hozzájárulásával a kérdőívet részletes tájékoztatással együtt megosztottuk, melynek kitöltése körülbelül 25 percet vett igénybe. A résztvevők írásos tájékoztatást követően önkéntes alapon dönthettek a kutatásban való részvételről. A demográfiai adatokat lefedő kérdések után néhány, a betegségükre vonatkozó kérdést tettünk fel (diagnózis neve, gyógyszereszedési szokások), amelyek segítségével ki tudtuk szűrni a három hónapnál régebb óta tartó gerincfájdalommal küzdő embereket. A kutatásból kizártuk azokat a személyeket, akiknek jelenleg nincsenek három hónapnál régebb óta tartó panaszai (5 fő), így végül 65 fő adataival számoltunk.

Mérőeszközök

A Mentális Figyelem és Tudatosság Kérdőív (Mindful Attention Awareness Scale – MAAS) mindennapi élményekkel kapcsolatos állításokat tartalmaz, ahol a kitöltőknek egy 1-től 6-ig terjedő Likert-skálán (1 – szinte mindig; 6 – szinte soha) kellett megjelölniük azt, hogy milyen gyakran tapasztalják az adott élményt. A kérdőív a mindfulness kognitív, érzelmi, fizikai és általános tartományokban méri. A 15 tétel a cselekvések tudatos reflexió nélküli végrehajtására kérdez rá, és minél magasabb pontszámot ér el a kitöltő a skálán (tehát minél kevésbé jellemző rá a tudatos reflexió nélküli cselekvés), annál magasabb jelentudatosság jellemzi. A kérdőív magyar nyelvű változatának pszichometriai adatai megfelelőek (Chronbach- α = 0,78; kéthónapos teszt-reteszt reliabilitás: 0,71 (n = 100; p < 0.001; Simor, Petke & Köteles, 2013). Jelen vizsgálatban az MAAS esetén a Cronbach- α megbízhatósági mutató értéke 0,909 volt.

A Fájdalom Katasztrófizálási Kérdőív (Pain Catastrophizing Scale – PCS) 13 állítást tartalmaz, amelyek összekapcsolódhatnak a fájdalom

érzésével. A kérdőív három faktort tartalmaz: (1) rumináció, azaz fokozott fájdalommal kapcsolatos gondolatok (Chronbach- α = 0,792), (2) felnagyítás, azaz fájdalom és a fájdalmat okozó inger fenyegetésének eltúlzása (Chronbach- α = 0,785) és (3) tehetetlenség, a tehetetlen fájdalommal való megküzdés (Chronbach- α = 0,883). A résztvevőknek egy ötfokú Likert-skálán kellett értékelni, hogy mennyire jellemző rájuk az adott érzélem, amikor éppen fájdalmat élnek át (0 – egyáltalán nem jellemző; 4 – teljes mértékben, mindig jellemző). A PCS összpontszáma esetén a Cronbach- α megbízhatósági mutató értéke mintánkon 0,934. A kérdőív magyar változatának pszichometriai elemzése alapján a skála teszt-reteszt reliabilitása r = 0,70; belső konzisztenciája pedig a teljes skála esetében Cronbach- α = 0,87; az alskálákon pedig rumináció: 0,87; felerősítés: 0,66; és tehetetlenség: 0,78 (Kököneyi, 2008).

A Félelem és Elkerülési Hiedelmek Kérdőív (Fear and Avoidance Belief Questionnaire – FABQ-H) a fájdalommal kapcsolatos hiedelmeket és magatartásformákat vizsgálja. Egy 0–6-ig terjedő Likert-skálán kellett megválaszolni először öt kérdést, amely arra vonatkozik, hogy különböző fizikai aktivitások mennyire befolyásolják/befolyásolnák a kitöltők gerincfájdalmát (0 – egyáltalán nem értek egyet; 6 – teljes mértékben egyetértek). Ezután további 11 állításról kell eldönteni, hogy a kitöltők munkája vagy foglalkozása milyen hatással van/lehetne a fizikai fájdalmukra. Az aktivitás-alskála megbízhatósági mutató értéke 0,834, a munka-alskáláé 0,916 és az összpontszámé pedig 0,913 volt. A mérőeszköz magyar nyelvű verziójának pszichometriai mutatói jónak mondhatók, a kérdőív belső konzisztenciája 0,8, a fizikai aktivitás alskálát nézve a Cronbach- α = 0,66, a munkával kapcsolatos félelem-alskála esetében Cronbach- α = 0,86 volt. (Simoncsics & Strauder, 2017).

Az egészségi állapottal kapcsolatos életminőséget a Short Form Health Survey – SF-36 kérdőívvel mértük, ami 36 kérdés segítségével méri fel a kitöltő általános egészségi állapotáról alkotott véleményét. A mérőeszköz nyolc életminőségi dimenziót tartalmaz: fizikai aktivitás (Chronbach- α = 0,922), a fizikai problémákból adódó szerepkorlátozottság (Chronbach- α = 0,867), a testi fájdalom (Chronbach- α = 0,894), az általános egészségérzet (Chronbach- α = 0,720), a vitalitás

(Chronbach- α = 0,620), a társadalmi aktivitás (Chronbach- α = 0,690), az érzelmi problémákból adódó szerepkorlátozottság (Chronbach- α = 0,840) és az általános mentális egészség (Chronbach- α = 0,836). A skálán kapott 0-100-ig terjedő pontszám határozza meg a kitöltő életminőségének megfelelő értéket, ahol a 100-as érték jelenti a legjobb, a 0 pedig a legrosszabb életminőséget (Czibalmos, Nagy, Varga és Husztik, 1999). Az SF-36 kérdőív egyes alszámai egy korábbi, közel 10 000 főt magában foglaló kutatás során igen jó megbízhatósági mutatókkal rendelkeztek (fizikai aktivitás: 0,949; fizikai problémákból adódó szerepkorlátozottság: 0,942; testi fájdalom: 0,970; általános egészségérzet: 0,877; vitalitás: 0,792; társadalmi aktivitás: 0,725; érzelmi problémákból adódó szerepkorlátozottság: 0,939; általános mentális egészség: 0,814) (Füzesi, Illés, Tistyán & Czirják, 2004).

Statisztikai elemzések

Az adatelemzés során az IBM SPSS Statistics 21 programot alkalmaztuk. Az adatok leíró elemzése mellett, a folytonos változók közötti kapcsolat elemzésére Pearson-féle korrelációelemzést végeztünk, míg a változók életminőségre gyakorolt hatását lineárisregresszió-elemzéssel (entermetódus) tártuk fel.

EREDMÉNYEK

Minta

Az elemzéshez tehát 65 kérdőív állt rendelkezésünkre, melyből 55 résztvevő nő (84,6%) és 10 férfi (15,4%). A válaszadók átlagéletkora 18–78-ig terjedt, átlagéletkoruk pedig 49,2 év (SD: 11,7) volt.

A 65 főből 60 osztott meg információt a betegség pontos diagnózisáról, ahol a Bechterew-kór avagy Spondylarthritis ankylopoetica (SPA) szerepelt a legtöbbször (30,9%), ezt követték azok a betegek, akik esetében egynél több betegség áll fenn egyszerre (23,6%), de a gerinc-sérv is említésre került (12,7%), valamint a még folyamatban lévő diagnosztizálás (18,2%).

Néhány esetben előfordult a reumatoid artritisz vagy más gyulladáscsökkentő betegség (5,5%), illetve egyéb betegségek (Scheurmann-kór, diszkopátia) (9,1%). Kérdeztük a kitöltőket a fájdalomcsillapító-szedési szokásaikról is, ahol a kitöltők 30,8%-a ritkábban, mint havonta, 15,4%-a havonta egyszer-kétszer, 10,8%-a havonta háromszor-négyszer, 16,9%-a hetente többször, 7,7%-a naponta, 18,5%-a pedig naponta többször vesz be fájdalomcsillapító gyógyszert.

A mindfulness, a fájdalom-katasztrófizáció, a félelemelkerülési hiedelmek és az életminőség kapcsolata

Első lépésben megvizsgáltuk, hogy a vizsgálati csoportban az egyes pszichológiai, valamint egészségi állapotot mérő változók milyen kapcsolatban állnak egymással. A változók közötti együttjárásokat az 1. táblázat tartalmazza. Eredményeink szerint a mindfulness, a fájdalom-katasztrófizáció és a félelemelkerülési hiedelmek összpontszáma és alszámai között is közepes erősségű szignifikáns együttjárás figyelhető meg. A főbb eredményeket kiemelve, a mindfulness és a katasztrófizáció skálák között közepes erősségű negatív irányú kapcsolatot találtunk ($r = -0,512$; $p < 0,01$), míg a mindfulness és a félelemelkerülési hiedelmek között mérsékelt erősségű negatív irányút ($r = -0,424$; $p < 0,01$), a mindfulness és az életminőség között pedig közepes erősségű pozitív irányú lett a kapcsolat ($r = 0,532$; $p < 0,01$).

Az egészségi állapottal kapcsolatos életminőségre gyakorolt hatás

A változók egészségi állapottal kapcsolatos életminőségre gyakorolt hatását többszörös lineáris regresszióval ellenőriztük. [2. táblázat] A főskálák összpontszámával számolva azt az eredményt kaptuk, hogy a modell a variancia 44,9%-át magyarázza ($R^2 = ,449$; $F(3,64) = 16,598$; $p = 0,000$). A modellben a mindfulness ($\beta = 0,270$; $p = 0,020$) a fájdalom katasztrófizáció ($\beta = -0,300$; $p = 0,016$) és a félelem és elkerülési hiedelmek ($\beta = -0,255$; $p = 0,029$) jól magyarázzák az egészségi állapottal kapcsolatos életminőség pontszámát.

1. táblázat: A Pearson-féle korrelációs mátrix a pszichológiai változók és életminőség szerint

Skála	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
1. MAAS Össz	-	-	-	-	-	-	-	-
2. Rumináció	-,513**	-	-	-	-	-	-	-
3. Felnagyítás	-,450**	-	-	-	-	-	-	-
4. Tehetetlenség	-,470**	-	-	-	-	-	-	-
5. PCS Össz	-,512**	-	-	-	-	-	-	-
6. Fizikai aktivitás	-,292*	,343**	,312*	,347**	,362**	-	-	-
7. Munka	-,412**	,416**	,453**	,524**	,511**	-	-	-
8. FABQ-H Össz	-,424**	,446**	,463**	,531**	,526**	-	-	-
9. PF	,364**	-,246*	-,370**	-,410**	-,380**	-,334**	-,547**	-,544**
10. RP	NS	NS	NS	-,340**	-,279*	-,271*	-,480**	-,469**
11. BP	,285*	-,261*	-,387**	-,463**	-,416**	NS	-,514**	-,460**
12. VT	,501**	-,357**	-,439**	-,369**	-,410*	NS	-,304*	NS
13. SF	,459**	-,353**	-,531**	-,514**	-,507**	NS	-,442**	-,397**
14. RE	,424**	-,371**	-,504**	-,499**	-,498**	NS	-,426**	-,406**
15. MH	,601**	-,547**	-,550**	-,509**	-,568**	NS	-,317*	-,289*
16. GH	,296*	NS	-,375**	-,343**	-,342**	NS	-,362**	-,351**
17. SF-36 Össz	,532**	-,426**	-,572**	-,578**	-,572**	-,251*	-,567**	-,527**

Forrás: saját szerkesztés

N=65. *p<0,05; **p<0,01. NS-Nem szignifikáns.

Fizikai aktivitás (PF), Fizikai problémákból adódó szerepkorlátozottság (RP), Testi fájdalom (BP), Általános egészség (vitalitás) (VT), Szociális aktivitás (SF), Érzelmi problémákból adódó szerepkorlátozottság (RE), Általános mentális egészség (MH), Általános egészségérzet (GH)

2. táblázat: A mért pszichológiai változók életminőségre gyakorolt hatása

	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
MAAS Össz	2,203	,924	,270	2,384	,020
PCS Össz	-3,020	1,215	-,300	-2,486	,016
FABQ Össz	-1,402	,628	-,255	-2,231	,029

Forrás: saját szerkesztés

Függő változó: SF Össz

MEGBESZÉLÉS

Kutatásunkban tartós gerincfájdalommal élő személyek körében vizsgáltunk olyan pszichológiai tényezőket, mint a vonásszintű mindfulness, a fájdalom-katasztrófizáció és a félelemelkerülési hiedelmek, mindezt párhuzamba állítva az egészséghez kapcsolódó életminőséggel. A téma relevanciája abból fakad, hogy aláhúzza ezen pszichológiai tényezők a betegek egészségi állapotához kapcsolódó életminőségre gyakorolt hatását, aminek kapcsán egy olyan multidiszciplináris kezelés fontosságát hangsúlyozzuk, amelyben a fizikai tünetek mellett a pszichológiai tényezők is kiemelt szerepet kapnak a magasabb hatásfokú egészségkimenet elérése érdekében.

Eredményeink alapján, ahogy azt vártuk is, jelen gerincfájdalommal élő személyeket vizsgáló kutatásunkban az összes változó főskálája szignifikáns kapcsolatban állt egymással. Az életminőség és a mindfulness az összes változóval negatív kapcsolatban állt, míg a fájdalom-katasztrófizáció és a félelemelkerülési hiedelmek között jellemzően pozitív volt az összefüggés. Érdekes lehet kiemelni, hogy pozitív az együttjárás a fájdalomtól fakadó félelemelkerülési hiedelmek és a fájdalom-katasztrófizáció között, viszont a magasabb szintű mindfulness avagy jelentudatoság negatív irányú összefüggést mutat vele. A mindfulness és a katasztrófizáció két olyan változó lehet, amelyek tisztázhatják a fájdalomélményt és a fájdalomhoz való nehezített alkalmazkodást. Ahogy azt Schütze (2010) is javasolta, a mindfulness egyedülálló módon képes bejósolni a fájdalom-katasztrófizálást még a fájdalom időtartamától, a negatív affektusoktól és a fájdalomhoz kapcsolódó félelemtől függetlenül is. Mun, Okun & Karoly (2014) ezzel megegyező eredményeket közölt, és csakúgy, mint mi, alátámasztották azt is, hogy a vonásszintű mindfulness szignifikáns negatív kapcsolatot mutat a fájdalom-katasztrófizációval. Ennek oka a szerzők szerint talán abban keresendő, hogy a mindfulness bizonyos aspektusai, konkrétan a jelen pillanatra való összpontosítás és a testi fájdalom felé irányuló ítékezésmentes attitűd csökkentheti a katasztrófizációt a folyamatos fájdalomingerrel szemben. Mindemellett úgy tűnik, hogy ez a csillapító hatás látszólag független a fájdalom elfogadásától is. Ami a félelem és elkerülési hiedelmeket illeti, sokkal tágabb kontextusban érdemes értelmezni a vele járó

mechanizmusokat. A fájdalom az egyik legerősebb averzív hajtóerő emberekben és állatokban egyaránt, és szoros kapcsolatban áll a félelemmel. Fordyce a fájdalomviselkedést az operáns kondicionáláshoz kapcsolta, a kezdeti hangsúlyt pedig a fájdalomviselkedés pozitív megerősítésére helyezte. Idővel azonban az „elkerülő tanulás” egészítette ki az elméletét, vagyis hogy a fájdalom miatti elkerülő magatartás negatív megerősítést eredményez (Fordyce et al., 1982 idézi Waddel, Newton, Henderson, Somerville & Main, 1993). Krónikus fájdalommal élőknel ez az elméleti konstrukció a fájdalommal kapcsolatos félelemre alapoz, amely további fájdalmat, hipervigilianciát, fokozott félelmet és elkerülő magatartást, valamint félreértelmezett katasztrófizális gondolatokat alakít ki a fájdalomról, ami intenzívebb fájdalmat és funkcionális károsodást eredményezhet (Lundberg et al., 2011).

A pszichológiai változókat együttesen vizsgálva tanulmányoztuk azok életminőségre gyakorolt hatását. Eredményeink alapján elmondható, hogy az alacsonyabb szintű egészségi állapothoz kapcsolódó életminőséget krónikus gerincfájdalommal élőknel – többek közt – a vonásszintű mindfulness, a fájdalom-katasztrófizáció és a félelemelkerülési hiedelmek jósolhatják be. A fájdalom a tartós gerincfájdalom esetében összetett, mivel nemcsak fizikailag zavaró, hanem hosszantartó jellege miatt pszichológiailag, társadalmilag és gazdaságilag is megterhelő lehet. A legtöbb krónikus fájdalomban szenvedő beteg különböző fizikai nehézségeket tapasztal meg, kezdve a járástól a mindennapos háztartás körüli feladatok elvégzéséig, sőt néhányuknak az olyan egyszerű tevékenységek, mint az ülés vagy az állás is nehézséget okoz. Ezen túlmenően a krónikus fájdalom befolyásolja a társas interakciókat is, mivel korlátozza a betegek aktivitását. Ezek a fájdalom okozta megpróbáltatások az alacsonyabb szintű életminőséghez járulhatnak hozzá (Bentsen, Hanestad, Rustøen & Wahl, 2008).

A mindfulness hatása krónikus fájdalommal élőknel a meditáció potenciális előnyeinek keresztül érhető tetten, aminek során a beteg megtanulja a fájdalomingerét pusztán testi érzésként megfigyelni a fájdalom érzelmi és kognitív komponenseinek leválasztásával. A hangsúlyt tehát arra fektetik, hogy az érzékelt szenzoros és affektív események pillanatnyiak és múlandóak, így

további értékelést nem igényelnek. Ahogy arról Kabat-Zinn (1982) is beszámolt, egy ilyen alapon nyugvó 8-hetes Mindfulness-alapú Stresszcsökkentő Tréning segítségével nemcsak a krónikus fájdalom tünetei javultak, hanem az életminőségben is pozitív változások következtek be. A meditáció során elsajátított mindfulness lehetővé teszi annak a belátását, hogy a fájdalommal kapcsolatos gondolatok nagyobb szenvedést okoznak, mint maga a fájdalom átélése, valamint a krónikus állapot elfogadása segít abban, hogy a társadalmi és kapcsolati szerepeikben meglássák az egyéb lehetőségeket. Hasonló módon az Elfogadás és Elköteleződés Terápia (Acceptance and Commitment Therapy; ACT, Wilson & Sandoz, 2008) ugyancsak az érzetek, gondolatok és érzelmek objektív megfigyelésére alapoz, valamint az azoktól való tárgyilagos eltávolodásra, azok értékelés- és ítéletmentes elfogadására, és ezzel együtt a felettük gyakorolt merev kontrolltörekvések elengedésére. Ezen technikák elsajátítása oly módon javítja az életminőséget, hogy a gyakorlatok megtanítják a beteget arra, hogy nagyobb figyelmet fordítsanak a mindennapi életszükségleteire, valamint fokozzák az aktivitást, ami olyan pozitív érzelmek megtapasztalásához vezet, mint a béke, az öröm, az önbecsülés vagy az önbizalom. Azután, hogy a beteg megtanulja objektíven szemlélni a testi fájdalmát, és képes megfigyelni más testi érzéseket is, képes lehet ezeket a tudatos stratégiákat a mindennapjai során is alkalmazni. Ennek eredményeként megtanulja, hogyan tudja menedzselni az egészségét, és tudatosan elvégezni feladatait (Ardebil & Banth, 2015).

Az életminőség kontextusában megannyi kutatás vizsgálta már a fájdalom-katasztrófizáció negatív hatását. Eredményeinkkel összhangban Semeru és Halim (2019) krónikus derékfájdalommal élők körében vizsgálódott, akik szintén úgy találták, hogy a katasztrófizáció jelentősen befolyásolja az életminőséget. Kiemelték emellett azt is, hogy az elfogadás pozitív hatásokkal bír, így az életminőség javítása érdekében csökkenteni kell a katasztrófizációt, és növelni az elfogadást. Mivel azok a betegek, akik hajlandóak elfogadni az állapotukat, olyan érzést tapasztalhatnak meg, ami hasonló a fájdalomcsillapító hatásához. Tanulmányukban az elfogadás azon tényezője, amely leginkább előidézheti ezt a fajta fájdalomcsökkenést, az az aktivitás volt. Ez azt jelenti, hogy azok a betegek, akik még mindig elvégzik

a napi tevékenységeiket, általában jobb életminőségről számolnak be a fizikai megkönnyebbülés szempontjából. Ennek lehetséges magyarázata, hogy azok, akik aktívak maradnak, folyamatosan, de mégis akaratlanul edzik izmaikat, ami javítja az izomerőt és a mobilitást, ezáltal csökkenti a fájdalmat, csakúgy mint egy fizioterápia során (Arovah, 2010 idézi Semeru & Halim, 2019). Krónikus derékfájdalommal élő kínai betegeket vizsgáló tanulmány során a szerzők megállapították, hogy a betegek globális életminősége rosszabb. Pontosabban az énhatékonyság, az aktív és passzív megküzdés, valamint a félelem és elkerülési hiedelmek mind fontos prediktor változói az életminőség fizikai komponensének, míg az énhatékonyság, a passzív megküzdés és a félelemelkerülési hiedelmek az életminőség mentális komponensét jósolták be (Du et al., 2018). Shim és munkatársai (2017) az általuk alkotott hipotetikus modellt tesztelve számoltak be ígéretes eredményekről. Reumatoid arthritisz betegek mintáját vizsgálva a kognitív, affektív és viselkedési tényezők szerepét tanulmányozták az észlelt fizikai dizabilitás és az életminőség függvényében. Eredményeiket összefoglalva elmondható, hogy a fizikai aktivitással kapcsolatos félelemelkerülési hiedelmek, amelyeket feltehetően részben a fájdalomkatasztrófizáció félelmet előhívó kognitív folyamatai indukálnak, közvetlenül előre jelezték a nagyobb fizikai dizabilitást és depressziót, ami pedig negatív hatással volt a fizikai és pszichológiai életminőségre.

KORLÁTOK ÉS KÖVETKEZTETÉSEK

A kutatás eredményeinek elemzése során a vizsgálat bizonyos korlátai nem hagyhatók figyelmen kívül. Elsőként a résztvevők viszonylag kis elemszáma óvatosságra int az eredmények általánosíthatóságát illetően, ennek okán a vizsgált minta bővítése a jövőben mindenképpen szükséges lenne. Másodsor, a vizsgálatba való önkéntes jelentkezés felveti annak a lehetőségét, hogy azok körében volt nagyobb a részvételi hajlandóság, akiknél a fájdalom erősebben jelentkezik, ami a mintát és az eredményeket is torzíthatja. Részben ehhez is kapcsolódva indokoltnak látjuk a későbbi kutatások során a célcsoport diagnózisok mentén való célzott kiválasztását is, melyet akár az irányított beválogatás, akár nagyobb minta esetén a betegek homo-

génebb csoportosítása lehetővé tette. Jelen minta igen nagy részét női résztvevők képezték, mely miatt elképzelhető, hogy a gerincfájdalommal élő férfiak esetében nem ugyanezek az összefüggések igazolódhatnak. Végezetül a mindfulness a MAAS-nál megbízhatóbb ötfaktoros FFMQ (Baer et al., 2006) kérdőívvel lehetne mérni, továbbá igen értékes adatokat szolgáltatna, ha a statisztikai próbákat kiegészíthetnénk folyamatmodellt tesztelő eljárással is, mely az esetleges mediáló tényezőkről is pontos képet festhetne.

A fenti korlátokat is figyelembe véve azonban, összegezve elmondható, hogy a tartós fájda-

lommal élők egészségi állapotát megannyi pszichológiai tényező alakíthatja, kezdve a mindfulness-tól, a fájdalom-katasztrófizáción át a félelemelkerülési hiedelmekig. Az állapot romlásában valójában a pszichoszociális tényezők lehetnek dominánsak (Wertli et al., 2014), így a legcélszerűbb az lenne, ha a betegek biopszichoszociális alapokon nyugvó multidiszciplináris kezelésben részesülnének. Ennek megfelelően a vizsgált változók olyan korai beavatkozási pontok lehetnek, amelyekre kellő figyelmet fordítva – kezdetben a kezelőorvos részéről, majd egyéb szakembereket bevonva – biztatóbb prognózis érhető el vagy várható.

Információk a szerzőkről:

Békefi Evelin; Pécsi Tudományegyetem Bölcsész- és Társadalomtudományi Kar, Pszichológia Intézet, Személyiség- és Egészségpszichológia Tanszék, Pécs, bekefi.evelin@gmail.com
Teleki Szidalisz Ágnes, Pécsi Tudományegyetem Bölcsész- és Társadalomtudományi Kar, Pszichológia Intézet, Személyiség- és Egészségpszichológia Tanszék, Pécs

HIVATKOZÁSOK

- Apkarian, A. V., Baliki, M. N., & Geha, P. Y. (2009). Towards a theory of chronic pain. *Progress in neurobiology*, 87(2), 81–97.
- Ardebil, M. D., & Banth, S. (2015). Effectiveness of mindfulness meditation on pain and quality of life of patients with chronic low back pain. *International Journal of Yoga*, 8(2), 128. <https://doi.org/10.4103/0973-6131.158476>
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Five Facet Mindfulness Questionnaire. PsycTESTS Dataset. <https://doi.org/10.1037/t05514-000>
- Bentsen, S. B., Hanestad, B. R., Rustøen, T., & Wahl, A. K. (2008). Quality of life in chronic low back pain patients treated with instrumented fusion. *Journal of clinical nursing*, 17(15), 2061–2069. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02232.x>
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230–241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Crombez, G., Eccleston, C., Van Damme, S., Vlaeyen, J. W., & Karoly, P. (2012). Fear-avoidance model of chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*, 28(6), 475–483. doi:10.1097/ajp.0b013e3182385392
- Czibalmos Á., Nagy Zs., Varga Z., & Husztik P. (1999). Páciens megelégedettségi vizsgálat SF-36 kérdőívvel, a magyarországi normálértékek meghatározása. *Népegészségügy*, 1. szám, 4–19.
- Du, S., Hu, L., Bai, Y., Dong, J., Jin, S., Zhang, H., & Zhu, Y. (2018). The influence OF self-efficacy, Fear-Avoidance belief, and Coping styles on quality of life for Chinese patients with CHRONIC Nonspecific low back PAIN: A MULTISITE cross-sectional study. *Pain Practice*, 18(6), 736–747. doi:10.1111/papr.12660
- Flor, H., & Turk, D. C. (2011). *Chronic pain: An integrated biobehavioral approach*. Seattle: IASP Press.
- Füzesi Zs., Illés T., Tistyán L., Czirják L. (2004). A felnőtt népesség egészségi állapota a Dél-dunántúli régióban. Pécs, Reproflex Kiadó és Nyomda Kft.
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 133, 581–624.

- Husky, M. M., Ferdous Farin, F., Compagnone, P., Fermanian, C., & Kovess-Masfety, V. (2018). Chronic back pain and its association with quality of life in a large French population survey. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1). doi:10.1186/s12955-018-1018-4
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4(1), 33–47. [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(82\)90026-3](https://doi.org/10.1016/0163-8343(82)90026-3)
- Kökönyei, Gy. (2008). *Érzelemszabályozás krónikus fájdalomban*. Doktori disszertáció. ELTE PPK Pszichológiatudományi Doktori Iskola, Budapest.
- Központi Statisztikai Hivatal. (2020) *Tehetünk az egészségünkért*. https://www.ksh.hu/apps/shop.kiadvany?p_kiadvany_id=1057181&p_temakor_kod=KSH&p_lang=HU
- Lundberg, M., Grimby-Ekman, A., Verbunt, J., & Simmonds, M. J. (2011). Pain-related fear: a critical review of the related measures. *Pain research and treatment*, 2011, 494196. <https://doi.org/10.1155/2011/494196>
- Merskey, H. (2002). *Classification of chronic pain: Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*. Seattle: IASP.
- Mun, C. J., Okun, M. A., & Karoly, P. (2014). Trait mindfulness and catastrophizing as mediators of the association between pain severity and pain-related impairment. *Personality and Individual Differences*, 66, 68–73. doi:10.1016/j.paid.2014.03.016
- Quartana, P. J., Campbell, C. M., & Edwards, R. R. (2009). Pain catastrophizing: A critical review. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 9(5), 745–758. doi:10.1586/ern.09.34
- Schütze, R., Rees, C., Preece, M., & Schütze, M. (2010). Low mindfulness predicts pain catastrophizing in a fear-avoidance model of chronic pain. *Pain*, 148(1), 120–127. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2009.10.030>
- Semeru, G. M., & Halim, M. S. (2019). Acceptance versus catastrophizing in predicting quality of life in patients with chronic low back pain. *The Korean journal of pain*, 32(1), 22–29. <https://doi.org/10.3344/kjp.2019.32.1.22>
- Shim, E.-J., Hahm, B.-J., Go, D. J., Lee, K.-M., Noh, H. L., Park, S.-H., & Song, Y. W. (2017). Modeling quality of life in patients with rheumatic diseases: the role of pain catastrophizing, fear-avoidance beliefs, physical disability, and depression. *Disability and Rehabilitation*, 40(13), 1509–1516. doi:10.1080/09638288.2017.1300691
- Simoncsics E., & Stauder A. (2017). A félelem és elkerülési hiedelmek krónikus fájdalomban. A FABQ kérdőív magyar változatának fordítása és validálása. *Orvosi Hetilap*, 158(24), 949–955.
- Simor, P., Petke, Z., & Köteles, F. (2013). Measuring pre-reflexive consciousness: the Hungarian validation of the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Learning & Perception*, 5(2), 17–29.
- Sipe, W. E., & Eisendrath, S. J. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy: Theory and practice. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(2), 63–69.
- Sullivan, M. J., Thorn, B., Haythornthwaite, J. A., Keefe, F., Martin, M., Bradley, L. A., & Lefebvre, J. C. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *The Clinical journal of pain*, 17(1), 52–64. <https://doi.org/10.1097/00002508-200103000-00008>
- Szántó S. (2012). A krónikus fájdalmak és gyógyításuk. *Metabolizmus*, 10(4), 265–267.
- Treede, R. D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Finnerup, N. B., First, M. B., Giamberardino, M. A., Kaasa, S., Korwisi, B., Kosek, E., Lavand'homme, P., Nicholas, M., Perrot, S., Scholz, J., Schug, S., Smith, B. H., ... Wang, S. J. (2019). Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*, 160(1), 19–27.
- Turk, D. C., & Flor, H. (1999). *Chronic pain: A biobehavioral perspective*. In R. J. Gatchel & D. C. Turk (Eds.), *Psychosocial factors in pain: Critical perspectives* (p. 18–34). The Guilford Press.
- Vlaeyen, J. W. S., Kole-Snijders, A. M. J., Boeren, R. G. B., & van Eek, H. (1995). Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain*, 62(3), 363–372. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(94\)00279-n](https://doi.org/10.1016/0304-3959(94)00279-n)
- Waddell, G., Newton, M., Henderson, I., Somerville, D., & Main, C. J. (1993). A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain*, 52(2), 157–168. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(93\)90127-B](https://doi.org/10.1016/0304-3959(93)90127-B)
- Wertli, M. M., Rasmussen-Barr, E., Weiser, S., Bachmann, L. M., & Brunner, F. (2014). The role of fear avoidance beliefs as a prognostic factor for outcome in patients with nonspecific low back pain: a systematic review. *The Spine Journal*, 14(5), 816–836.e4. doi:10.1016/j.spinee.2013.09.036
- Wilson, K. G., & Sandoz, E. K. (2008). Mindfulness, values, and the therapeutic relationship in Acceptance and Commitment Therapy. *Mindfulness and the therapeutic relationship*, 89–106.

A Covid-járványról komplexitás-szemüvegen keresztül

About COVID-19 pandemic through complexity lens

Szerző:	Vitrai József
Kulcsszavak:	komplex rendszerek; járvány
Keywords:	complex systems; epidemic

Beküldve: 2021. 06. 18., doi: [10.24365/ef.v62i3.6607](https://doi.org/10.24365/ef.v62i3.6607)

Összefoglaló

Bevezetés: Tavaly augusztusban — illetve idén januárban — két kutatócsoport szokatlan módon vette szemügyre a járványt: a rendszertudomány ismereteit hasznosító komplexitás-szemüvegen keresztül.

Vélemény: Minthogy a komplex rendszerek viselkedése alapvetően kiszámíthatatlan, a védekezéshez szükséges erőforrásokat, intézkedéseket ennek megfelelően szükséges tervezni és biztosítani. Így az előre nem látható eseményekre is tekintettel érdemes egészségügyi, gazdasági és szociális tartalékokat, kapacitásokat képezni, továbbá célszerű gyors intézkedéseket megengedő jogszabályi kereteket előzetesen kialakítani és így tovább. A járvány komplex rendszerként való értelmezése rávilágít arra, hogy a korábbtól eltérő irányítási mechanizmusok szükségesek. Az egyidejű és több szektort érintő döntéseket sokféle szaktudást felhasználva, a valós helyzet és a korábbi tapasztalatok alapján kell gyorsan meghozni, figyelemmel az intézkedések bizonytalan hatására. A jövőbeli járványok megelőzéséhez, hatásuk mérsékléséhez újszerű döntéselőkészítő mechanizmusokat, monitorozó és értékelő rendszereket kell kiépíteni. A járvány arra is felhívta a figyelmet, hogy az emberi tevékenység a Földön oly mértékben meghatározóvá vált, hogy a környezet önfenntartó egyensúlyának megbontásával a klímaváltozás, a levegőszennyezés, a víz- és élelmiszerhiány mellett globális járványok révén is veszélyezteti az emberiség létét.

Következtetés: A Covid-járvány komplex sajátosságainak megértéséhez és az eredményes védekezéshez nélkülözhetetlen feltenni a komplexitás-szemüveget. A sikeres és összehangolt védekezéshez elengedhetetlen, hogy valamennyi érintett tisztában legyen a járvány komplex természetével. A komplexitás felismeréséhez széleskörű ismeretterjesztő kampány és hiteles kommunikációs források működtetése, illetve a képzés és továbbképzés ilyen irányú fejlesztése vezethet. A globális környezet egyensúlyának megbomlása jelentette veszély elhárításához, a kockázatok csökkentéséhez, azaz a környezeti és társadalmi erőforrások fenntartható hasznosítása érdekében sürgősen cselekedni kell!

Summary

Introduction: In August last year and January this year, two teams of researchers looked at the epidemic in an unusual way: through a complexity lens using knowledge from systems science.

Opinion: As the behaviour of complex systems is fundamentally unpredictable, the resources and measures of protection must be planned and provided accordingly. It is therefore worthwhile to build up health, economic and social reserves and capacities to cope with unforeseen events, and to establish a legal framework for rapid action, etc.

Understanding the epidemic as a complex system highlights the need for different governance mechanisms. Simultaneous and multisectoral decisions need to be taken quickly, drawing on a wide range of expertise, realities and past experience, taking into account the uncertain impact of measures. Innovative decision-making mechanisms, monitoring and evaluation systems need to be built to prevent future epidemics and to mitigate their impact.

The epidemic has also highlighted the fact that human activity on Earth has become so dominant that it threatens its very existence through global pandemics by disrupting the self-sustaining balance of the environment, in addition to climate change, air pollution, water, and food shortages. Urgent action is

needed to avert the threat, to reduce the risks and to ensure sustainable use of environmental and social resources.

Conclusion: To understand the complexities of the COVID-19 pandemic and to be able to respond effectively, it is essential to apply the complexity lens. For a successful and coordinated response, it is essential that all stakeholders are aware of the complex nature of the epidemic. Awareness of the complexity can be achieved through a broad awareness campaign and the operation of credible communication resources and the development of training and education. Urgent action is needed to avert the threat of global environmental imbalances, to reduce risks and to ensure sustainable use of environmental and social resources.

BEVEZETÉS

A világot sújtó járványról szóló hírek már több mint egy éve elárasztanak bennünket. Tavaly augusztusban, illetve idén januárban két kutatócsoport szokatlan módon vette szemügyre a járványt: a rendszertudomány ismereteit hasznosító komplexitás-szemüvegen keresztül. (Wernli et al., 2020; Antulov-Fantulin et al., 2021) A szemüveg használata a járvánnyal kapcsolatosan olyan részletek felismerését teszi lehetővé, amelyek döntő fontosságúak lehetnek nemcsak a járvány leküzdését, hanem a helyreállítást és a következő járványokra való felkészülést illetően is.

VÉLEMÉNY

A járvány mint komplex rendszer

A komplex rendszerekre leginkább az jellemző, hogy azok „nagyértékben összetettek, amelyeket nagyon nagyszámú, egymással kölcsönhatásban álló részelemek építenek fel (amik gyakran maguk is összetettek), és amelyek közötti, ismétlődő kölcsönhatások gazdag, kollektív viselkedést eredményeznek, ami visszahat az egyes részek viselkedésére.” (Rickles & Shiell, 2007) Az elemek kollektív viselkedése olyan új tulajdonságokhoz vezet, ami az egyes részelemek tulajdonságaiból nem kikövetkeztethető. Nézzük, mi indokolja, hogy a Covid-járványt komplex rendszerként szemléljük!

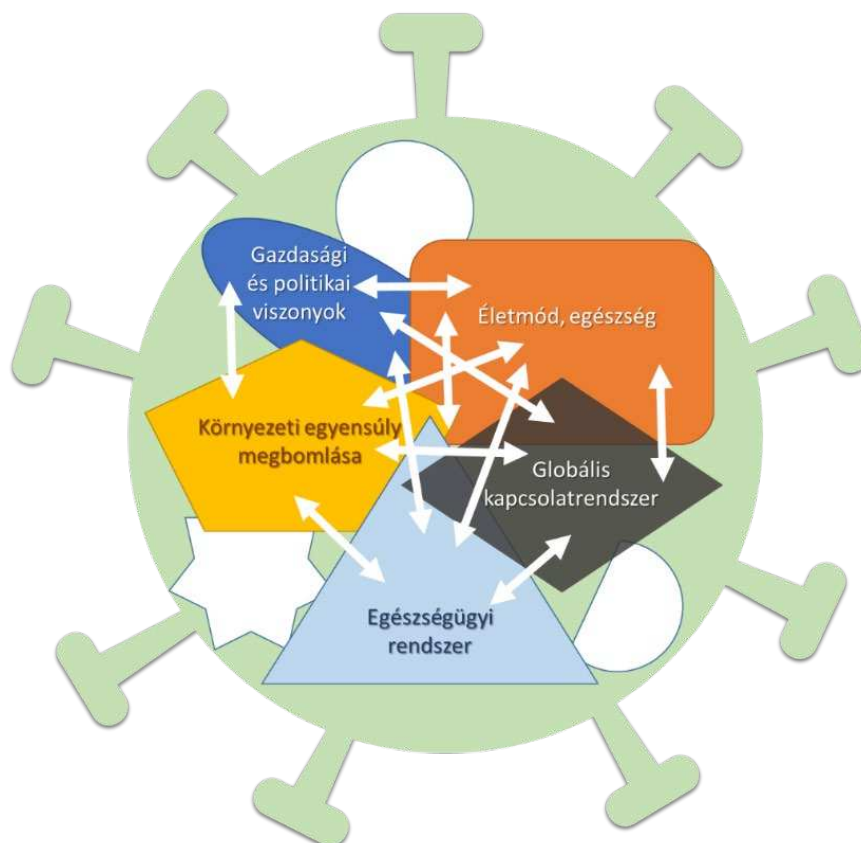
A járvány globális elterjedése a gazdaszervezet és a vírus, valamint egyéb tényezők közti sokféle kölcsönhatás eredménye, ami az emberek, az állatok és a környezet közvetítésével zajlott le. Az egymásra ható tényezők földrajzi, társadalmi vagy politikai szempontból többszintű hálózata

összetett ok-okozati összefüggésekkel írható le. A komplex rendszereket jellemző, közvetlen és közvetett okok között fennálló viszonyrendszer nehezen felismerhető a politikai döntéshozók és a lakosság számára. A járvány korai szakaszában gyorsan kiderült, nincs olyan egyszerű intézkedés, mint például a határok lezárása, ami a járvány megállítására alkalmas lenne. A legtöbb ország emiatt többelémi stratégia alkalmazására kényszerült: tesztelés, kontaktkutatást, karantén és sokféle szociális elkülönítési szabály bevezetése. A komplex oksági viszonyok miatt továbbá kompromisszumokra volt szükség, például az egyéni szabadságjogok korlátozására a járvány gazdasági hatásának mérséklése érdekében.

A globalizáció sokféle új lehetőséget teremtett mind az egyének, mind a gazdasági szereplők számára, azonban ez utat nyitott különböző helyi problémák globális szintű elterjedésének. Ez a jelenség nemcsak földrajzi értelemben játszódik le, jelen esetben a vírus Vuhanból a világ eldugott sarkaiba is eljutott, hanem úgy is, hogy az egészségügyben fellépő probléma átgyűrűzött más szektorokba, például a gazdaságba vagy az oktatásba is. Az egymástól több értelemben távoli szereplők összekapcsolódása rádöbbenette a világot, hogy a globális rendszer szintjén jelentkező nehézségek már nem kezelhetők egy-egy elemre fókuszálva. A földkerekséget átszövő kapcsolatok, csatolások miatt a komplex rendszerként viselkedő világ egy pontján fellépő változás hatása egy másik helyen nagyon nehezen megjósolható. [1. ábra]

A sokelemű, bonyolult oksági kapcsolatok mellett a komplex rendszereknek a járvány szempontjából fontos másik jellegzetessége a nemlineáris, gyakran csak küszöbértéknél beinduló változások.

1. ábra: A Covid-járvány komplexitás-szemüvegen keresztül.



A járvány kialakulásában legjelentősebb, ugyancsak komplex rendszerek színekkel jelölve, fehér alakzatok utalnak egyéb, járványt alakító tényezőkre.

Forrás: saját szerkesztés

Tapasztalhattuk például, hogy a fertőzöttek száma az idővel nem arányosan nőtt vagy csökkent, hanem kisebb-nagyobb meredekségű hullámokban változott. Hasonlóan nemlineáris összefüggésre utal az, hogy a beoltottak számának fokozatos emelkedésével csak a nyájimunitás adott értékénél csökkenhet drasztikusan a fertőzöttek száma. Olvashattunk arról is, hogy a fertőzöttek számának előrejelzéséhez sokféle tényezőre épített modelleket használtak. A nemlinearitás áll jórészt a kiszámíthatatlanság mögött, ugyanakkor a komplex rendszer sokféle kölcsönhatása, az egymást erősítő vagy gyengítő visszacsatolások pedig okai a nemlinearitások nagy részének.

Tovább nehezítik a járványügyi helyzet értékelését egyes intézkedések rejtett vagy késéssel megjelenő következményei. A fertőzöttek demográfiai jellemzése a járvány kezdeti szakaszában már az idősebbek veszélyeztettségére mutatott rá. Az elhízás és a krónikus betegségek kockázati szerepe csak a járvány kezdete után

hónapokkal később igazolódott. A kijárási korlátozások miatt az oktatás és az irodai munkák egy része a virtuális térbe költözött át, ami felpörgette az otthoni tevékenységekhez kapcsolódó szolgáltatásokat, mint a házhozszállítás, vagy az internetes kapcsolatokhoz szükséges technológia biztosítása. Ugyanakkor a távoktatás általánossá válása hosszabb távon növelheti az iskola-elhagyás

arányát, az állandó otthonlét pedig súlygyarapodáshoz és ezáltal krónikus betegségekhez vezethet. Az összezártság hozzájárulhat a mentális egészség megromlásához, ami viszont a párcapcsolatok meggyengülését és a válások számának emelkedését vonhatja maga után. Az ilyen „dominóeffektusok” következményeit nehéz megjósolni, emiatt az intézkedések hatását is bonyolult előre felmérni.

Azt sem tudhatjuk egyelőre, hogy a járvány okozta változások közül mi marad meg hosszabb távon. Egyesek szerint a távmunka és a távoktatás is nagyobb részarányú lesz a járvány után is.

Mások a termelést kiszolgáló beszállítói láncok megrövidítését, a helyi raktárkészletek megnövelését jósolják tartósnak. Várhatóan megtartják majd a járvány alatt felfejlesztett egészségügyi védekezési és ellátási kapacitások egy részét is a járványügyi felkészültség javítása érdekében. Sőt, a járvány utáni helyreállítás során már nem feltétlenül az előző állapot visszaállítása a cél, hanem új, az ellenállóképességet növelő fejlesztéseket valósítanak meg. Erre példa az EU Helyreállítási Terve: „Több, mint egy pusztá helyreállítási terv. Vissza nem térő lehetőség arra, hogy erősebben kerüljünk ki a világjárványból, átalakítsuk gazdaságunkat, és lehetőségeket, munkahelyeket teremtsünk egy olyan Európa számára, amilyenben élni szeretnénk.” (Európai Bizottság, 2020)

Mire jó a komplexitás-szemüveg?

A komplex rendszerek legtöbbször maguk is több komplex rendszerből állnak össze, és ez így van a járvány esetében is. Gondoljunk a SARS-CoV-2 vírusra, ami ugyancsak fehérjékből és RNS örökítőanyagból álló komplex rendszer. A járványban kulcsszerepet játszó egészségügy is komplex rendszer, amelyet többek között a népegészségügybe sorolt járványügy, az alap- és a szakellátás komplex rendszere épít fel. De a példák sorába tartozik még a járványban érintett valamennyi, komplex rendszerként működő szektor is.

A komplex rendszerek eddig nem említett tulajdonsága még az ellenállóképesség vagy az alkalmazkodás képessége. Ez biztosítja, hogy egy rendszer az őt ért külső hatás semlegesítésével változatlan maradjon, vagy a környezet tartós módosulása esetén némi változás árán fennmaradjon. A SARS-CoV-2 vírus mint komplex rendszer a legtöbb gyógyszer hatásának módosulás nélkül ellen tudott állni, de amint a nyájimmuni-

tás valamelyest megnőtt, a mutáció segítette a túlélésében, amit a fertőzések újabb hullámai bizonyítottak. A világ országai mint komplex rendszerek a Covid-járvánnyal szemben nem tudtak ellenállni, alkalmazkodni voltak kénytelenek hozzá. A jövő járványai szempontjából döntő, hogy a világ országai együtt és külön-külön is megnöveljék ellenállóképességüket, állapítja meg az Egészségügyi Világszervezet által létrehozott független testület. (Independent Panel for Pandemic Preparedness & Response, 2021) Az ellenállóképesség vagy adaptáció sikere alapvetően a rendszer és környezete közötti kölcsönhatások monitorozása, értékelése és az eredmények alapján elvégzett módosítás, egyszóval a rendszerszintű tanulás. Erre példa, hogy a járvány idején a tesztelés és kontaktkutatás segítette a fertőzési góccok azonosításához és elszigeteléséhez, illetve a vírusmutációk felismeréséhez, majd a vakcinák mutációkkal szembeni hatásosságának ellenőrzéséhez.

KÖVETKEZTETÉSEK

A Covid-járvány komplex sajátosságainak megértéséhez és az eredményes védekezéshez nélkülözhetetlen feltenni a komplexitás-szemüveget. A sikeres és összehangolt védekezéshez elengedhetetlen, hogy valamennyi érintett tisztában legyen a járvány komplex természetével. A komplexitás felismeréséhez széleskörű ismeretterjesztő kampány és hiteles kommunikációs források működtetése, illetve a képzés és továbbképzés ilyen irányú fejlesztése vezethet. A globális környezet egyensúlyának megbomlása jelentette veszély elhárításához, a kockázatok csökkentéséhez, azaz a környezeti és társadalmi erőforrások fenntartható hasznosítása érdekében sürgősen cselekedni kell. Ehhez a kormányzatok globális összefogása, valamint sokféle szakterület képviselőinek együttműködése nélkülözhetetlen.

Antulov-Fantulin N., Biller-Andorno N., Böttcher L., Berezowski J., Burton-Jeangros C., Blanchet K., Clausin M., Escher G., Flahault A., Fukuda K., Helbing D., Jaffé P.D., Jørgensen P., Kaspiarovich Y., Krishnakumar J., Lawrence R., Lee K., Léger A., Levrat N. et. al. (2021) Building societal resilience to COVID-19 and future pandemics: a synthesis of the literature and a governance framework for action. *Preprint*. [10.13140/RG.2.2.28623.51360](https://doi.org/10.13140/RG.2.2.28623.51360)

Independent Panel for Pandemic Preparedness & Response (2021): COVID-19: Make it the Last Pandemic. <https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/05/COVID-19-Make-it-the-Last-Pandemic-final.pdf>

Európai Bizottság (2020) https://ec.europa.eu/info/strategy/recovery-plan-europe_hu

Rickles, D., Hawe, P., & Shiell, A. (2007). A simple guide to chaos and complexity. *Journal of epidemiology and community health*, 61(11), 933–937. [10.1136/jech.2006.054254](https://doi.org/10.1136/jech.2006.054254)

Wernli, D., Tediosi, F., Blanchet, K., Lee, K., Morel, C., Pittet, D., Levrat, N., Young, O. (2021). A Complexity Lens on the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Health Policy and Management*, (), -. [10.34172/ijhpm.2021.55](https://doi.org/10.34172/ijhpm.2021.55)

Információk a szerzőről:

Vitrai József, független népegészségügyi szakértő, vitrai.jozsef@gmail.com

Innovatív működési és finanszírozási javaslat az egészségfejlesztési irodák számára. Interjú Horváth Krisztiánnal

Innovative operational and funding proposal for Health Promotion Offices.
Interview with Krisztián Horváth

Készítette:	Vitrai József
Kulcsszavak:	egészségfejlesztési irodák; EFI; finanszírozás
Keywords:	Health Promotion Offices; HPO; financing

Beküldve: 2021. 06. 04., doi: [10.24365/ef.v62i3.6550](https://doi.org/10.24365/ef.v62i3.6550)

Horváth Krisztián politológus (Pázmány Péter Katolikus Egyetem, BSc), egészségügyi közgazdász (Eötvös Loránd Tudományegyetem, MSc) és közgazdász (Budapesti Corvinus Egyetem, MSc). 2014 óta számos egészségügyi-népegészségügyi módszertanfejlesztés-fókuszú, EU által társfinanszírozott projektben dolgozott szakértői, szakmai irányítói pozíciókban. Részt vett az ELTE-MSD közös, egy éves HEOR kutatási programjában, mely a hazai tüdőrák-epidemiológia, -túlélés, -betegút, valamint -ellátási költségeket térképezte fel NEAK adatbázis alapján. Tanácsadói tapasztalatokat szerzett a Stratis, Ideas and Solutions és MedEcon cégeknél.

Vitrai József: Kezdjük azzal, hogyan kapcsolódik szakmai karriered az egészségfejlesztési irodák (továbbiakban: EFI-k) világához?

Horváth Krisztián: Az EFI-k „születése” idején még egyetemre jártam, így a legelső idők tapasztalataiból kimaradtam, és talán ezért is kicsit más irányból közelítettem meg aztán a területet. Az ELTE utolsó féléve alatt, 2014 nyarán lehetőségem adódott bekapcsolódni az akkor induló, az egészségügyi módszertanfejlesztést zászlójára tűző TÁMOP-6.2.5-B/13/1 projektbe, ahol számos olyan innovatív gondolattal és módszerrel ismerkedhettem meg pályakezdőként, mely mondhatni, meghatározó élménnyé vált számomra. A személyes szálnál jóval fontosabb, hogy ezek a fejlesztési koncepciók idővel az egészségügyi ágazati gondolkodásban, stratégiai anyagokban is egyre több helyen megjelentek, jelezve a hajlandóságot a változásra.

Egyik ilyen „felismerés” az egészséget meghatározó tényezők összetettsége, ezek kölcsönhatása, valamint az a népegészségügyi szakirodalomban mára elfogadott tény, hogy a lakossági

egészségkultúra pozitív irányba való befolyásol

lására csak több szereplő összehangolt és egymást támogató munkájával van esély. Az EFOP-1.8.0 projekt „A” pilléréhez tartozó munkacsoportban dolgoztam 2016 és 2019 között, melynek feladata az EFI-k működési keretrendszerének, szolgáltatási palettájának és finanszírozásának értékelése és továbbfejlesztése volt, a kapcsolódó ágazati szereplők és természetesen az EFI-k bevonásával. A témához illeszkedik még, hogy a projekt alatt végeztem a Budapesti Corvinus Egyetem esti MSc képzését, és az itt tanultakat, valamint a projekt munkatapasztalatokat igyekeztem ötvözni a szakdolgozatomban, melyben javaslatot tettem az EFI-k jövőbeli működésére.

VJ: Szerinted mi indokolja, hogy az EFI-k fejlesztésre szorulnak?

HK: Nem árulok el nagy titkot azzal, hogy a magyar lakosság egészségi állapotát jellemző mutatók tekintetében hazánk kimondottan

rosszul teljesít nemzetközi összehasonlításban: a 2019-ben mért adatok szerint a férfiak esetében a születéskor várható átlagos élettartam 72,9 év, míg nőknél magasabb: 79,3 év, mely értékek jelentősen elmaradnak az Európai Unió fejlettebb országainak átlagától, de a hasonló történelmi és gazdasági mintákat mutató Visegrádi országok számaitól is. Bár a várható élettartam növekedett Magyarországon az elmúlt évtizedben, aggasztó, hogy a területi és az iskolai végzettségben megfigyelhető egyenlőtlenségek nem csökkentek: akár 14 év várható élettartamkülönbséget is láthatunk az ország fejlettebb, nyugati és fejletlenebb, észak-keleti régiói között. Magyarországon a legnagyobb egészségvesztéseket a népegészségügyi beavatkozásokkal megelőzhető halálozások száma jelenti, ami 2019-ben 100 ezer főre vetítve 252 volt, ami a legmagasabb arány az EU-ban, míg az orvosi beavatkozásokkal elkerülhető halálozás 136 volt 100 ezer főre számítva, ezzel csupán Lettországot sikerült megelőzni. Számos kutatás megállapította, hogy e kedvezőtlen helyzetért felelős betegségek előfordulásának mérséklésére leghatékonyabban a kockázati tényezők visszaszorításával (dohányzás, alkoholfogyasztás csökkentése, mozgásszegény életmód és egészségtelen étrend pozitív irányú változtatása) lehet hatni. Ehhez átfogó, több szintéren megvalósuló, az egészségmagatartás megváltoztatására és egészséges életkörülmények kialakítását támogatni képes, komplex egészségfejlesztési szolgáltatásokra van szükség.

A borús képet mutató lakossági állapot mellett az EFI-k jelenlegi működési környezete sem ideális: hiányzik a támogató és kiszámítható egészségpolitikai „léghő”, mely a hosszú távon megvalósuló, komplex egészségfejlesztési szolgáltatások sikerességének a feltétele. További javítandó területként azonosítottam a dolgozatomban a jelenlegi „on size fits all” finanszírozási módszert, mely nem veszi figyelembe a járási népességszámában és gazdasági fejlettségében mutatkozó különbségeket (minden EFI egységesen évi 25 millió Ft keretből gazdálkodhat), valamint az erős módszertani háttér és minőségbiztosítás is hiányzik, mely az EFI-kben dolgozók munkáját segítené. Az utolsó pont azért is fontos, mert az EFI-ket létrehozó pályázati felhívásokban igen tág keretek közt határozták meg a jelentkezők végzettségét, mely egyrészt pozitív, hisz az egészségfejlesztés interdiszciplinárisnak tekint-

hető, így különböző nézőpontok bevonása előnyös, másrészt viszont heterogén kompetenciájú EFI-khez vezetett.

VJ: Kérlek, röviden foglald össze, milyen előzmények vezettek a jelenlegi helyzethez!

HK: A magyar kormányzat felismerte a hazai egészségügyi és népegészségügyi rendszer hiányosságait, és a lakosság egészségi állapotának javítása érdekében számos kísérleti jellegű kezdeményezés kidolgozását és tesztelését támogatta a 2010-es években, melyek eredményeként körvonalazódott az ún. lakóhelyközeli egészségügyi szolgáltatások (LESZ) modellje. E modell célja a fekvőbetegcentrikus, a betegségeket kialakulásuk után diagnosztizáló és kezelő ellátói struktúra felől való elmozdulás a prevenciót és egészségfejlesztést központba helyező, proaktív, széleskörű szolgáltatásokat nyújtó, megerősített alapellátási szereplők köré szerveződő rendszer irányába. Így az alapellátás megújítását célzó praxisközösségi modell mellett az EFI-k –mint dedikáltan közösségi egészségfejlesztésre, hálózatépítésre fókuszáló, frissen megjelenő szereplők– jól illeszkednek a modell keretrendszerébe.

Az első kezdeményezések Kaposvárhoz és Hódmezővásárhelyhez kötődnek, ezek mint „proto-EFI-k” úttörő szerepet játszottak a később országos szintre bővülő EFI-hálózat feladatrendszerének kialakításában. Jelenleg az országban 111 egészségfejlesztési iroda működik járási szinten, melyek célja a lakosság egészségi állapotának javítása, felhasználva a rendelkezésre álló nemzetközi és hazai jó gyakorlatokat, széleskörű partnerségi hálózatok létesítésével, a járási egészségtervezési feladatokban aktív részvétellel, valamint egyéni és közösségi egészségfejlesztési szolgáltatások biztosításával.

Hasonlóan az egészségügyi és a népegészségügyi területet érintő módszertani/koncepcionális fejlesztésekhez az EFI-k létrehozása is az Európai Unió társfinanszírozásával megvalósult pályázatokhoz kötődik. A pályázatokon sikeresen szereplő szervezetek (melyek közt találunk önkormányzatot, fekvő- vagy járóbetegintézményt) meghatározott ideig vállalták, hogy az EFI-ket üzemeltetik (az úgynevezett fenntartási kötelezettség 3–5 évre szól), de a jelenlegi gyakorlat azt mutatja, hogy ez nem jelent

garanciát a hosszú távú működésre. A heterogén fenntartói háttér (a fekvőbetegintézményekhez kapcsolódó EFI-k esetében az Országos Kórházi Főigazgatóság, OKFŐ a fenntartó) tovább árnyalja a képet, hisz az eltérő pénzügyi mozgástér mellett egy nagy, megyei fekvőbetegintézményben könnyen „eltűnik” az EFI, továbbá potenciálisan a medikalizáció irányába tolódik el a működése. Az EFI-k jogállását tisztázni szükséges, tekintve, hogy a jelenlegi bizonytalan helyzet senkinek sem kedvez, de az egészségügyi szolgáltató jogi státuszba sorolás túlságosan megkötné az EFI-k kezét.

Különösen aggasztó, hogy a fenntartási kötelezettség bizonytalanságával éppen a hosszú távú kiszámíthatóság kerül veszélybe, mely az egészségfejlesztési szolgáltatások kritikus eleme.

VJ: Szakdolgozatban több javaslatot is megfogalmaztál az EFI-kre vonatkozóan.

HK: Több jelentős, az EFI-k működését érintő változást is javaslok annak érdekében, hogy az EFI-k hatékonyan és a helyi szükségletekhez igazodva legyenek képesek ellátni feladataikat. Az ajánlások a nemzetközi kitekintésben azonosított jó gyakorlatok, valamint a kurrens egészségfejlesztési kutatások és módszertanok figyelembevételével készültek, melyek kimondják, hogy egy adott személy egészségét befolyásoló egyéni és társas-fizikai környezeti tényezők összetett, sokelemű rendszert alkotnak, és megváltoztatásukra is csak komplex, hosszú távú beavatkozások alkalmazásával van esély.

Elsőként a jelenleg minőségében és tartalmában heterogén szolgáltatási palettát szükséges felülvizsgálni és egységesíteni, másodsorú létre kell hozni egy központi irányító szervezetet, amely az egészségfejlesztési szolgáltatások minőségbiztosítását és koordinációját képes ellátni, harmadszor a bürokratikus és lokális különbségekre érzéketlen finanszírozási módszertant rugalmasabbá kell tenni.

VJ: Kérlek, foglald össze, hogyan lenne célszerű az EFI-ket bekötni a hazai népegészségügyi rendszerbe!

HK: Meglátásom szerint a jelenleg „szigetszerűen” működő EFI-ket egy egészségfejlesztési

hálózatba (továbbiakban: EH) célszerű szervezni, mely többszintű (országos/térségi/járási) feladatmegosztáson alapuló szervezeti struktúra kialakítását jelenti. Fontos, hogy egyértelmű felelősséggel rendelkezzen az egyes szintek vezetője, és tartozzon beszámolási kötelezettséggel az országos/járási/önkormányzati döntéshozó testület felé. Ahhoz, hogy az EH csomópontjai egyáltalán működőképesek legyenek, és szakmailag megalapozott módszertan szerint működhessenek, megfelelő erőforrásokkal kell rendelkezniük, melyeket közösségi forrásokból célszerű allokálni. (Nem kizárva ezzel a személyes, vállalati felajánlásokat, de a hazai gyakorlat nem azt mutatja, hogy csak ezekre lehetne alapozni kiszámítható és biztonságos működést egy ekkora intézményrendszer esetén.)

Az EH különböző működési szintjei eltérő feladatokat látnának el: a központi (kormányzati) szint célja az iránymutatás, országos célok kijelölése, a helyi kezdeményezések összehangolásának támogatása, a finanszírozási koncepció által megfogalmazott allokációs formulák karbantartása, az EFI-k teljesítményének transzparens értékelése, működésük széleskörű módszertani támogatása. A térségi szint feladata a lokális egészségtervek szakmai és finanszírozási szempontok szerinti összehangolása, míg a járási szinten (EFI-k) valósulnak meg a komplex egészségfejlesztési szolgáltatások. Ez a működési modell nem korlátozza az EFI-ket abban, hogy egy adott szolgáltatást — vagy annak egy elemét — saját maguk valósítsák meg, vagy vásárolják meg a piacról. Értelemszerűen ezt a döntést jobb az eltérő földrajzi és gazdasági környezetben működő EFI-k szintjén meghozni. A megfelelő minőségbiztosítás igénye itt jelenik meg.

VJ: Elképzelésed szerint milyen tevékenységeket kellene az EFI-knek végezniük?

HK: Jelenleg nem áll rendelkezésre az EFI-k munkatársai számára olyan módszertan, amelynek segítségével egységes szempontok és elvek szerint tervezhetik a közösségi egészségfejlesztési szolgáltatásokat. A jelenleg megvalósított szolgáltatások színvonala az összehangolt módszertani útmutatások hiányában igen heterogén,

ezért szükséges szolgáltatáskatalógus kialakítása, amelyben azonos szempontok szerint olyan szolgáltatások szerepelnek, amelyek a rendelkezésre álló bizonyítékok szerint hatásosak, valamint megvalósításukra érdemes a közösségi erőforrások egy részét felhasználni. Az EFI-k feladatai eszerint négy fő kategóriába sorolhatók: 1. Komplex egészségfejlesztési szolgáltatáscsomagok megvalósítása; 2. Részvétel az egészségtervezésben; 3. Hálózatépítés és együttműködés; 4. EFI működtetése. [1. táblázat] Az 1. ponthoz a szolgáltatáskatalógus nyújt útmutatót, melyből az EFI-k a helyi jellemzők szerint „válogathatnak, testre szabhatják”, míg a 2-3-4. pontok horizontális, minden EFI által végzendő feladatokat takarnak.

A hasonló élethelyzetűeket célzó, komplex egészségfejlesztési szolgáltatáscsomagok a meghatározott célcsoport szükségleteit, igényeit kielégítő, különböző szintereken, számos közösségi szereplő együttműködésével megvalósítható szolgáltatások együttese. Az egészség-

fejlesztési szolgáltatáscsomagokat a legnagyobb egészségnyereség elérését ígérő nyolc területre fókuszálva alakítottuk ki. [2. táblázat] Az egészségfejlesztési szolgáltatáscsomagok tartalmaznak egészségfejlesztési szolgáltatásokat, melyek meghatározott célcsoport szükségletein alapuló és igényeit figyelembe vevő, a célcsoport tudását, készségeit, motivációit fejlesztő beavatkozások, valamint az egészséges életmódot támogató környezet kialakításának előmozdítását szolgálják. Az egészségfejlesztési szolgáltatáscsomagok másrészt az egészségfejlesztést támogató cselekvéseket is magukba foglalják, úgymint a szükséglet- és igényfelmérést, a tervezést, a szervezést, a koordinációt, a kommunikációt, a mozgósítást, a meggyőzést, a hálózatépítést és - működtetést, a monitorozást és az értékelést.

A megfogalmazott egészségfejlesztési szolgáltatáscsomagok azért is tekinthetők komplexnek, mert egy szolgáltatáscsomag egyszerre több, egészségveszteséget okozó betegségcsoportra és kockázati tényezőre is fókuszál.

1. táblázat: EFI-k javasolt feladatrendszere

1. Komplex egészségfejlesztési szolgáltatáscsomagok megvalósítása
Kisgyerekek egészségfejlesztése
Fiatalok egészségfejlesztése
Felnőttek egészségfejlesztése
Idősek egészségfejlesztése
2. Részvétel az egészségtervezésben
Járásí egészségterv kidolgozása és megvalósítása
Helyi egészségfejlesztési tevékenységek monitorozása
Komplex közösségi szolgáltatáscsomagok eredményességnek monitorozása
3. Hálózatépítés és együttműködés
Partnerségek kialakítása az egészségfejlesztésben érintett szervezetekkel
Partnerségi munkacsoport működtetése a járásban érintett intézmények, szervezetek, szolgáltatók, döntéshozók bevonásával
Gyakorló közösségek kialakítása, és működésük támogatása
4. EFI működtetése
Éves egészségfejlesztési programterv készítése
Éves, negyedéves beszámolók készítése
EFI működtetése

Forrás: saját szerkesztés, EFOP-1.8.0 projekt alapján

2. táblázat: Szolgáltatáscsomagok felépítése és fókusza

	Hasonló élethelyzetűek csoportját célzó, komplex egészségfejlesztési szolgáltatáscsomagok			
	Kisgyerekeket (0–6) célzó komplex csomag	Fiatalokat (7–19) célzó komplex csomag	Felnőtteket (20–64) célzó komplex csomag	Időseket (65+) célzó komplex csomag
Szolgáltatáscsomagok a legnagyobb egészségnyereség elérését ígérő területeken				
Egészséges táplálkozás	x	x	x	x
Fizikai aktivitás	x	x	x	x
Dohányfüstmentes élet	x	x	x	x
Kábítószerfogyasztás és túlzott alkoholfogyasztás megelőzése	x	x	x	x
Mentálisan kiegyensúlyozott életmód	x	x	x	x
Szülői szerepre való felkészülés és szexuális egészség		x	x	
Sérülésektől és erőszaktól mentes élet	x	x	x	x
Egészséges környezet kialakítása	x	x	x	x
Szintér				
Iskolai	x	x	x	
Munkahelyi			x	
Otthoni	x	x	x	x
Lakóhelykörnyezeti	x	x	x	x

Forrás: saját szerkesztés, EFOP-1.8.0 projekt alapján

VJ: Térjünk át az EFI-k finanszírozásával kapcsolatos javaslataidra!

HK: A jelenlegi modell legproblémásabb pontja a finanszírozás, és annak rugalmatlansága. Először is probléma, hogy az EFI-k nagyon lassan, tapasztalatok szerint majdnem egy éves késéssel kapják meg az adott évi keretösszeget, ezért sokan hitelfelvételre kényszerülnek. Pontosabban a fenntartóik, hisz az EFI-k nem vehetnek fel hitelt közvetlenül. Másodszer a finanszírozás most egyáltalán nem veszi figyelembe a járási különbségeket. Tehát a finanszírozást igyekeztem a javasolt jövőbeli működési modellhez és feladatokhoz igazítani, és két fő részre bontottam. A javasolt finanszírozási modell a jelenlegi egységes, évi 25 millió forintos keret felől egy „hibrid” rendszer felé mozdulna el, mely jobban illeszkedik az EFI-k újragondolt jövőbeli feladataihoz: a minden EFI által egységesen végzendő horizontális tevékenységeket —

állandó költségeket — bázisfinanszírozás fe-

dezné, míg az egyes egészségfejlesztési szolgáltatásokat programfinanszírozás. (A fentebb látható 1. táblázatban mutattuk be a javasolt feladatokat.)

Az egyes EFI-k által elkölthető programfinanszírozási keretet — melyre pályázhatnak — egy központi forráselosztási algoritmus határozná meg, rögzített paraméterek figyelembevételével. Így megmaradna az éves tervezés, de az alapfeladatok elvégzése biztosított lenne a bázisfinanszírozás által, a programfinanszírozás pedig a megpályázott és elnyert szolgáltatásokkal arányos lenne, ezzel ösztönözve a minél több szolgáltatás megvalósítását. A bázisfinanszírozás finomhangolható különböző „szorzók” alapján, például járási lakosság, gazdasági fejlettség, a jelenlegi háziorsvosi finanszírozási rendszerhez hasonlóan. Természetesen a rendelkezésre

álló pénzügyi keret nem végtelen, így egyfajta, a kórházi finanszírozáshoz hasonló TVK (teljes volumenkorlát) által felülről zárt lenne a programfinanszírozási keret.

VJ: Mit gondolsz, mennyire lenne könnyű bevezetni a javaslataidat? Milyen lépések lennének szükségesek a bemutatott fejlesztési koncepció megvalósításához?

HK: A koncepció papíron jól mutat, de tudjuk, hogy a puding próbája az evés. Szerintem a koncepció előmutató, mivel igyekeztem keretbe helyezni a működést és finanszírozást, mindazt a tudást ötvözni, ami eddig „felgyülemlett”. Ezzel

együtt nem gondolom, hogy ez alapján holnap át lehet térni a javasolt modellre, mindenképp tesztelni kellene kicsiben, néhány EFI szintjén. Következő lépés egy workshop lehetne az EFI-k és egészségügyi háttérintézmények részvételével. A finanszírozási paraméterek, szolgáltatások költségének felmérése mindenképp további fejlesztési munkát jelent. Reményeim szerint e munka hozzájárul az EFI-k és tágabb értelemben a hazai népegészségügyi rendszer fejlődéséhez, valamint további gondolkodásra sarkallja a téma iránt érdeklődő kutatókat, népegészségügyi szakembereket és talán a döntéshozókat egyaránt.

Az interjút készítette:

Vitrai József, független népegészségügyi szakértő, vitrai.jozsef@gmail.com

Hogy minden falat számítson: étrendi ajánlás az amerikaiaknak

Make Every Bite Count With the Dietary Guidelines for Americans

Ismertető:	Schmidt Judit
Ismertetett dokumentum:	U.S. Department of Agriculture, U.S. Department of Health and Human Services. (2020) Dietary Guidelines for Americans, 2020–2025. 9th Edition. http://www.dietaryguidelines.gov
Kulcsszavak:	étrend; ajánlás; táplálkozás; Amerika
Keywords:	diet; guideline; nutrition; America

Beküldve: 2021. 06. 14., doi: [10.24365/ef.v62i3.6587](https://doi.org/10.24365/ef.v62i3.6587)

Az általunk fogyasztott ételek és italok nagy hatással vannak az egészségünkre. Az élelmiszerek és az egészség közötti tudományos kapcsolat már évtizedek óta jól dokumentált. Jelentős és egyre szilárdabb bizonyítékok támasztják alá, hogy az egészséges életmód — beleértve az egészséges táplálkozási minták követését — segíthet az embereknek a jó egészségi állapot elérésében és megőrzésében, valamint a krónikus betegségek kockázatának csökkentésében az élettartam minden szakaszában: csecsemő- és kisgyermekkorban, gyermek- és serdülőkorban, felnőttkorban, várandósság és szoptatás idején, valamint idősebb felnőttkorban. Az egészséges táplálkozás alapvető elemei figyelemre méltóan következetesek az egész élettartam és az egészségi állapot alakulása során.

Az 1980-ban megjelent első kiadás óta az Amerikaiaknak szóló étrendi ajánlások (*Dietary Guidelines for Americans*) tudományosan megalapozott tanácsokat adnak arra vonatkozóan, hogy mit kell enni és inni az egészség megőrzése, a krónikus betegségek kockázatának csökkentése és a tápanyagszükséglet kielégítése érdekében. Az étrendi ajánlások közzétételét az 1990. évi Nemzeti Táplálkozásfigyelő és Kapcsolódó Kutatási Törvény (*National Nutrition Monitoring and Related Research Act*) írja elő, amely kimondja, hogy az Amerikai Egyesült Államok Mezőgazdasági Minisztériuma (*U. S. Departments of Agriculture, USDA*) és az Egészségügyi és Humán Szolgáltatások Minisztériuma (*Health and Human Services, HHS*) legalább öt évente közösen tegyen közzé egy jelentést, amely táplálkozási és étrendi információkat,

ajánlásokat tartalmaz a lakosság számára. A törvény (*Public Law 101-445, 7 United States Code 5341 et seq.*) előírja, hogy az étrendi ajánlásoknak a jelenlegi tudományos és orvosi ismereteken kell alapulniuk. Az étrendi ajánlások 2020–2025-ös kiadása a 2015-ös kiadásra épül, a 2020-as étrendi ajánlások tanácsadó bizottságának tudományos jelentésén (*Scientific Report of the 2020 Dietary Guidelines Advisory Committee*) alapuló felülvizsgálatokkal, valamint a szövetségi ügynökségek és a lakossági észrevételek figyelembevételével.

Az étrendi ajánlások a politikai döntéshozók, valamint a táplálkozástudományi és egészségügyi szakemberek számára készültek, hogy segítsenek minden egyénnek és családjuknak az egészséges, kellően tápláló étrend fogyasztásában. Az étrendi ajánlásokban szereplő információkat a szövetségi élelmiszer-, táplálkozási és egészségügyi politikák és programok kidolgozásához, végrehajtásához és értékeléséhez használják. Az ajánlások képezik továbbá a lakosságnak szánt szövetségi táplálkozási oktatási anyagok, valamint az USDA és a HHS táplálkozási programjainak táplálkozási oktatási összetevőinek alapját. Az állami és helyi önkormányzatok, az iskolák, az élelmiszeripar, egyéb vállalkozások, közösségi csoportok és a média szintén felhasználja az étrendi ajánlásokkal kapcsolatos információkat a lakosságnak szóló programok, politikák és kommunikáció kidolgozásához.

Az étrendi ajánlások célja az egészség előmozdítása és a betegségek megelőzése. E népegészségügyi irányultsága miatt az étrendi ajánlások-

nak nem célja, hogy a krónikus betegségek kezelésére vonatkozó klinikai irányelveket tartalmazzon. A krónikus betegségek genetikai, biológiai, viselkedési, társadalmi-gazdasági és környezeti tényezők összetett keverékéből erednek, és az ilyen betegségekben szenvedő emberek egyedi egészségügyi ellátási igényekkel rendelkeznek, amelyek gondos felügyeletet igényelnek az egészségügyi szakemberektől. Az étrenddel és az egészséggel kapcsolatos tudományos bizonyítékok, amelyeket az étrendi ajánlások megalkotása érdekében felülvizsgáltak, reprezentatívak az Amerikai Egyesült Államok lakosságára nézve - az egészséges emberekre, az étrenddel összefüggő krónikus állapotok és betegségek, például a szív- és érrendszeri betegségek, a 2-es típusú cukorbetegség és elhízás szempontjából veszélyeztetett emberekre, valamint néhány olyan emberre érvényesek, akik egy vagy több ilyen jellegű, étrenddel kapcsolatos krónikus betegséggel élnek. Ugyanakkor alapvető fontosságú, hogy a szövetségi ügynökségek, az orvosi szervezetek és az egészségügyi szakemberek az étrendi ajánlásokat úgy igazítsák ki, hogy azok az adott krónikus betegségre vonatkozó egyéni, sokoldalú kezelési terv részeként megfeleljenek a pácienseik sajátos igényeinek.

KÖVETKEZETESSÉG ÉS FEJLŐDÉS

Bár számos ajánlás az idők során viszonylag állandó maradt, az étrendi ajánlások a korábbi kiadásokra épültek, és a tudományos ismeretek bővülésével fejlődtek. Az amerikaiak számára készült 2020–2025-ös étrendi ajánlások (*Dietary Guidelines for Americans, 2020–2025*) három fontos módon tükrözik ezt:

1. Az első annak elismerése, hogy az étrenddel összefüggő krónikus betegségek, mint például a szív- és érrendszeri betegségek, a 2-es típusú cukorbetegség, az elhízás és a rák egyes típusai igen elterjedtek az amerikaiak körében, és jelentős népegészségügyi problémát jelentenek. Ma a felnőttek több mint felének van egy vagy több, az étrenddel összefüggő krónikus betegsége. Ennek eredményeképpen az étrendi ajánlások legutóbbi kiadásai az egészséges egyénekre, valamint a túlsúlyos vagy elhízott, illetve a krónikus betegségek kockázatának kitétt személyekre összpontosítottak. A 2020–

2025-ös étrendi ajánlások egyik alaptétele, hogy egészségi állapotától függetlenül szinte mindenki számára előnyös lehet az étel- és italválasztás megváltoztatása az egészséges táplálkozási szokások kedvezőbb támogatása érdekében.

2. A második a táplálkozási mintákra való összpontosítás. A kutatók és a népegészségügyi szakértők, köztük a regisztrált dietetikusok, mind egyetértenek abban, hogy a tápanyagokat és az élelmiszereket nem külön-külön fogyasztjuk. Az emberek inkább különböző kombinációkban fogyasztják ezeket - ez a táplálkozási minta -, és ezek az élelmiszerek és italok szinergikusan hatnak az egészségre. Az amerikaiak számára készült 2015–2020-as étrendi ajánlások ezt a felismerést ültetik át a gyakorlatba azzal, hogy az ajánlások középpontjában az egészséges táplálkozási szokások követése áll. A 2020–2025-ös étrendi ajánlások továbbviszik ezt a hangsúlyt az egészséges táplálkozási minta egészségének fontosságára, nem pedig az egyes tápanyagokra, élelmiszerekre vagy élelmiszercsoportokra külön-külön.
3. A harmadik, hogy az egész életen át tartó megközelítésre összpontosít. Az étrendi ajánlások ezen kiadása kiemeli az egészséges táplálkozási szokások ösztönzésének fontosságát minden életszakaszban, a csecsemőkortől az idősebb felnőttkorig. Életszakaszonként ajánlásokat fogalmaz meg az egészséges táplálkozási szokásokra vonatkozóan, azonosítva az egyes életszakaszokra jellemző szükségleteket, és figyelembe véve az egészséges táplálkozási szokások azon jellemzőit, amelyeket a következő életszakaszba is át kell vinni. Az 1985-ös kiadás óta először a 2020–2025-ös étrendi ajánlások tartalmazznak ajánlásokat a csecsemők és kisgyermekek egészséges táplálkozási szokásaira vonatkozóan.

AZ AJÁNLÁSOK

A 2020–2025-ös étrendi ajánlások négy átfogó ajánlást tartalmaznak, amelyek az egészséges táplálkozási szokásokra ösztönöznek az élet minden szakaszában, és elismerik, hogy az egyéneknek változtatniuk kell az étel- és italválasztáson az egészséges táplálkozási szokások eléréséhez. Az ajánlások hangsúlyozzák azt is, hogy az

egészséges táplálkozási minta nem egy merev recept. Az ajánlások inkább az alapelemek testre szabható keretét képezik, amelyen belül az egyének személyre szabott és megfizethető választásokat hozhatnak, amelyek megfelelnek személyes, kulturális és hagyományos preferenciáiknak. Az egészséges táplálkozási mintákra számos olyan példát találunk, amelyek az ajánlásokat az egészséges táplálkozás általános módjaira fordítják és integrálják. Az ajánlásokat kulcsfontosságú ajánlások támasztják alá, amelyek további útmutatást nyújtanak az egészséges táplálkozással kapcsolatban az egész élettartam során.

Az amerikaiaknak szóló táplálkozási ajánlások arra hívják fel a figyelmet, hogy minden falat számít. Az alábbiakban a javaslatok összefoglalása következik:

1. Az egészséges táplálkozási minta követése javasolt minden életszakaszban.

Egy életszakaszban — csecsemő-, kisgyermek-, gyermek-, serdülő-, felnőttkorban, várandósság, szoptatás alatt és idősebb felnőttkorban — sem túl korai vagy túl késő egészségesen táplálkozni. Az élet első 6 hónapjában a kizárólag anyatejes táplálás javasolt a csecsemőknek, vagy akár hosszabb ideig is. Ha az anyatej nem áll rendelkezésre, az első életévben a csecsemőknek vassal dúsított tápszer ajánlott. A csecsemőknek a születés után nem sokkal a D-vitamin külső pótlása is szükséges.

Körülbelül hat hónapos korban érdemes bevezetni a csecsemő étrendjébe a tápanyagdús, kiegészítő ételeket. A csecsemőknek a potenciálisan allergén élelmiszereket a többi kiegészítő élelmiszerral együtt javasolt bevezetni. A csecsemőket és a kisgyermekeket ösztönözni érdemes, hogy valamennyi élelmiszercsoportból változatos ételeket fogyasszanak. Az étrendjük akkor optimális, ha vasban és cinkben gazdag ételeket is tartalmaznak, különösen az anyatejjel táplált csecsemők.

A 12 hónapos kortól az idősebb felnőttkorig az egészséges táplálkozási minta követése javasolt az egész élettartam során, hogy kielégítse a tápanyagszükségletet, segítsen elérni az egészséges testtömeget, és csökkentse a krónikus betegségek kockázatát.

2. Személyre szabott és tápanyagdús étel- és italválaszték javasolt a személyes preferenciák, a kulturális hagyományok és a költségvetési megfontolások figyelembevételével.

Az egészséges táplálkozás minden egyén számára előnyös lehet, kortól, faji vagy etnikai hovatartozástól, illetve a jelenlegi egészségi állapottól függetlenül. Az étrendi ajánlások olyan keretet biztosítanak, amelyet az egyéni igényekhez és preferenciákhoz, valamint az Amerikai Egyesült Államok különböző kultúráinak étkezési szokásaihoz kell igazítani.

3. Az élelmiszercsoportokra vonatkozó szükségletek kielégítését a tápanyagban gazdag ételekkel és italokkal javasolt megoldani, az energiaszükségleti kereteken belül.

Az étrendi ajánlások egyik alaptétele, hogy a táplálkozási szükségleteket elsősorban élelmiszerekből és italokból — pontosabban tápanyagban gazdag élelmiszerekből és italokból — kell fedezni. A tápanyagban gazdag élelmiszerek vitaminokat, ásványi anyagokat és egyéb, az egészséget elősegítő összetevőket tartalmaznak, és nem, vagy csak kevés hozzáadott cukrot, telített zsírt és nátriumot tartalmaznak. Az egészséges táplálkozás az élelmiszerek, ételek és italok tápanyagban gazdag formáiból áll, valamennyi élelmiszercsoportból, az ajánlott mennyiségben és az energiaszükségleti kereteken belül.

Az egészséges táplálkozás alapvető elemei a következők:

- Zöldségfélék (sötétzöld, piros és narancs-sárga színekben); bab, borsó és lencse; keményítőben gazdag és egyéb zöldségek.
- Gyümölcsök, különösen a friss, nyers, nem feldolgozott gyümölcsök.
- Gabonafélék, amelyeknek legalább a fele teljes kiőrlésű gabona.
- Tejtermékek, beleértve a zsírtmentes vagy csökkentett zsírtartalmú tejet, joghurtot és sajtot, és/vagy a laktózmentes változatokat, valamint a dúsított szójaitalokat és -joghurtokat mint alternatívákat.
- Fehérjetartalmú élelmiszerek, beleértve a sovány húsokat, a baromfit és a tojást; a tenger

gyümölcsseit; babot, borsót és lencsét; valamint a dióféléket, olajos magvakat és szója-termékeket.

- Olajok, beleértve a növényi olajokat és az élelmiszerekben, például a tenger gyümölcseiben és a diófélékben található olajokat is.

4. A hozzáadott cukrot, telített zsírt és nátriumot tartalmazó ételek és italok mennyiségének, valamint az alkoholtartalmú italok fogyasztása korlátozása javasolt.

Minden életszakaszban szükséges az élelmiszer-csoportokra vonatkozó ajánlások betartása — még a tápanyagban gazdag választékkal is — a napi energiaszükséglet és a nátriumfelvétel nagy részének fedezéséhez. Az egészséges táplálkozásban nincs sok hely az extra hozzáadott cukroknak, telített zsíroknak, nátriumnak, vagy alkoholos italoknak. Kis mennyiségű hozzáadott cukrot, telített zsírt vagy nátriumot hozzá lehet adni a tápanyagban gazdag élelmiszerekhez és italokhoz, hogy segítsen az élelmiszer-csoportokra vonatkozó ajánlások teljesítésében, de az ezekben az összetevőket nagy arányban tartalmazó élelmiszerek és italok fogyasztását korlátozni kell. A határértékek a következők:

- Hozzáadott cukrok – a napi energiafelvételnek kevesebb mint 10 százalékát javasolt kitenniük, 2 éves kortól kezdődően. Kerülendő a hozzáadott cukrokat tartalmazó ételek és italok fogyasztása 2 éves kor alatt.
- Telített zsírok – a napi energiafelvétel kevesebb mint 10 százalékát javasolt kitenniük, 2 éves kor felett.
- Nátrium – kevesebb, mint 2300 mg javasolt naponta, a 14 évesnél fiatalabb gyermekek esetében még kevesebb.
- Alkoholtartalmú italok - az alkoholfogyasztás szempontjából azok a felnőttek, akik már legalisan ihatnak alkoholt, dönthetnek úgy, hogy nem isznak, vagy mértékkel isznak: férfiak legfeljebb napi 2 italra, nők legfeljebb napi 1 italra korlátozzák az alkoholfogyasztást. A kis mennyiségű alkohol-

fogyasztás kedvezőbb hatású az egészségre nézve szemben a nagyobb mennyiséggel. Nem minden felnőttnek javasolt alkoholt fogyasztania, ilyenek például a várandós nők.

A legtöbb ember számára, életkortól és egészségi állapottól függetlenül, az egészséges táplálkozás eléréséhez változtatásokra van szükség az étel- és italválasztásban. E változtatások némelyike egyszerű helyettesítésekkel megvalósítható, míg mások nagyobb erőfeszítést igényelnek. Az étrendi ajánlások ezen kiadása általános útmutatást nyújt a tápanyagban gazdag élelmiszerek, ételek és italok kiválasztásához a kevésbé egészséges választások helyett, és kitér az egyes életszakaszokban - csecsemők és kisgyermek, gyermekek és serdülők, felnőttek, várandós vagy szoptató nők, valamint idősebb felnőttek - élő egyénekre vonatkozó különleges táplálkozási megfontolásokra is.

Az egyének döntenek el, hogy mit és mennyit fogyasztanak, személyes kapcsolataik, a környezet, amelyben élnek, tanulnak, dolgoznak, játszanak és találkoznak, valamint egyéb kontextuális tényezők — beleértve az egészséges és megfizethető élelmiszerekhez való folyamatos hozzáférés képességét — erősen befolyásolják a végleges választásaikat. Az egészségügyi szakemberek, a közösségek, a vállalkozások és iparágak, a szervezetek, a kormányzat és a társadalom más szegmensei mind szerepet játszanak abban, hogy támogassák az egyéneket és a családokat abban, hogy olyan döntéseket hozzanak, amelyek összhangban vannak az étrendi ajánlásokkal, és biztosítják, hogy minden ember hozzáférjen az egészséges és megfizethető élelmiszer-ellátáshoz. Az erőforrások, beleértve a szövetségi programokat, amelyek támogatják a háztartásokat, méretüktől és összetételüktől függetlenül, az egészséges étrend kiválasztásában és az egészséges élelmiszerekhez való hozzáférés javításában, az amerikaiaknak szóló étrendi ajánlások ezen kiadása során kiemelésre kerülnek.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A hazai táplálkozási ajánlásokat megfogalmazó szakemberek és az ezen ajánlások megfogalmazását, kiadását célzó törvényi szabályozást megalkotók számára példaértékű az a rendszeresség és precizitás, amely az amerikaiak számára javasolt étrendi ajánlások kiadását jellemzi. A hazai viszonyokra ezek az ajánlások nem minden esetben vonatkoztathatók száz százalékban, ugyanakkor az ajánlás megalkotásának keret- és szempontrendszer, tartalma, valamint az ekőre csoportosuló nemzeti összhang, amely például a lakosság tájékoztatásában megvalósul, mindenképpen sok tanulsággal szolgál.

Információk a szerzőről:

Schmidt Judit, vállalkozó dietetikus, schjudit@gmail.com

Szakemberek véleménye a klímaválság gyermekekre és fiatalokra gyakorolt hatásáról (szövegű fordítás)

Health Professionals on the Impact of the Climate Crisis on Children and Youth

Fordította:	Kovács Zsuzsanna
Ismertetett dokumentum:	Declaration. Responding to the Impact of the Climate Crisis on Children and Youth. The Role of Child Health Professionals and Organizations In Achieving Climate Justice. <i>The Climate Crisis is a Child Rights Crisis</i> . https://www.issop.org/cmdownloads/issop_declaration_on_climate_change/
Kulcsszavak:	klímaválság; gyermekek; gyermekjogok
Keywords:	climate crisis; children; child rights

Beküldve: 2021. 06. 27., doi: [10.24365/ef.v62i3.6688](https://doi.org/10.24365/ef.v62i3.6688)

Deklaráció a klímaválság gyermekekre és fiatalokra gyakorolt hatásáról A gyermekegészségügyi szakemberek és szervezetek szerepe Klímváltozás és gyermekjogok

BEVEZETÉS

Az ENSZ Gyermekjogi Egyezménye, valamint a Fenntartható Fejlődési Célok rögzítik, hogy a gyermeknek joga van az őt érintő kérdésekben véleményét nyilvánítani. A klímaváltozás különösen ilyen probléma, így a gyermekek és az őket képviselő mozgalmak világszerte követelik, hogy hallgassák meg a klímaváltozással kapcsolatos nézeteiket. Minden ok megvan az aggodalomra – a The Lancet 2019-es beszámolója, valamint számos egyéb szakmai publikáció kimutatta, hogy a klímaváltozás direkt és indirekt hatásai leginkább a csecsemők és gyermekek egészségét és jóllétét, tehát a jövő nemzedékeit veszélyeztetik.

A klímaválság egyúttal a gyermekjogok válsága. A Gyermekjogi Egyezményben és a Fenntartható Fejlődési Célokban megfogalmazott elvek és normák a klímaváltozással kapcsolatos teendők kidolgozásához is irányt mutatnak.

A gyermekegészségügyi szakemberek azok, akik leginkább észlelik a klímaváltozás káros hatásait, ezért különösen fontos, hogy a fiatalokkal együtt tevékenykedjenek és reagáljanak ezekre a veszélyekre. Mint Nemzetközi Szociálpédiátriai Társaság (ISSOP) — a szociálpédiátriai és gyermekjogi

szempontokat összehangolva — támogatjuk a globális éghajlati válság gyermekekre és fiatalokra gyakorolt hatásainak megelőzését és enyhítését szolgáló szakmaközi stratégiák kialakítását.

Elismerjük az őslakos népek ősi bölcsességét, mellyel a környezetet tiszteletben tartva biztosítják minden ember jogait és a bioszférával összhangban élnek. Minden erőnkkel támogatjuk azokat az intézkedéseket, amelyek biztosítják a fenntartható fejlődést bolygónk valamennyi gyermeke számára.

Ezért:

Mivel az ENSZ Éghajlatváltozási Kormányközi Testületének (IPCC) negyedik értékelő jelentése szerint a Föld globális éghajlatváltozáson megy keresztül, melyhez jelentősen hozzájárul az emberi tevékenység; és

Mivel az éghajlatváltozás befolyásolja a közegészségügyet, különösen bizonyos életszokásokra hat, ezen belül fokozottan érinti a szegénységben élő és az alacsony jövedelmű országokban élő gyermekeket; és

Mivel a növekedésben, fejlődésben lévő gyermekek különösen érzékenyek, mert különleges kölcsönhatásban vannak a környezetükkel és az alapvető szükségleteik kielégítésében szüleikre és gondozóikra kell támaszkodniuk; és

Mivel a hőmérsékletemelkedés a gyermekek egészségére különösen kihat, gyakoribbak, súlyosabbak és tovább tartanak az extrém hőhatások, gyakoribbá válnak az étel, víz vagy vektor által terjesztett vagy mikotoxinok által okozott betegségek. A penészgombák, a pollenek valamint a fosszilis üzemanyagok égéstermékei fokozottabban szennyezik a levegőt. Mindezek mentális stresszt is okoznak; és

Mivel az infrastruktúra megsemmisülése, a vízért, élelmiszerért és egyéb erőforrásokért folytatott versenyből fakadó konfliktusok és a lakhely kényszerű elhagyása egyre inkább hatással lesznek a gyermekek egészségére, mentális egészségére és jóllétére; és

Mivel a konfliktusok nemcsak az éghajlatváltozás következményei, hanem előidézői is, ugyanis a természeti erőforrások egyik fő fogyasztója a fegyvergyártás és fegyverkereskedelem; és

Mivel a digitalizáció rengeteg energiát fogyaszt; és

Mivel a katasztrófák a mentális és érzelmi fejlődésben lévő gyermekekre másképp hatnak, mint az érett felnőttekre; és

Mivel a szakemberek szerint a klímaváltozás veszélyezteti a gyermekek mentális egészségét biztosító társadalmi struktúrákat:

Javasoljuk, hogy a regionális, nemzeti és nemzetközi gyermek- és gyermekegészségügyi szervezetek — egészségügyi szakemberekkel, gyermekvédőkkel, a fiatalokkal és családjaikkal együtt — vállalják, hogy egyénileg és együttesen dolgoznak a fosszilis üzemanyagok használatának minimalizálására, a globális szén-dioxid kibocsátás csökkentése érdekében, az éghajlatváltozásnak a gyermekekre gyakorolt hatásait enyhítve egy ökológiailag fenntartható világban.

Mi, mint nemzeti/nemzetközi gyermek-egészségügyi szakmai szervezet javasoljuk, hogy a szakemberek:

- A családokkal történő találkozások során az éghajlatváltozás problémáját is érintsék és személyesen is mutassanak példát.
- Szakmai tevékenységükkel járuljanak hozzá, hogy a klímaváltozás enyhítését célzó stratégiák a gyakorlatban is megvalósuljanak pl.: tiszta levegő és víz, tápláló élelmiszerek, parkokhoz és zöldterületekhez való hozzáférés stb.
- Csökkentsék a szakmai találkozókkal járó szén-dioxid-kibocsátást pl.: részesítsék előnyben a környezetbarát megoldásokat pl.: ne repülővel utazzanak, az ellátást „zöld” létesítményekkel és szervezetekkel valósítsák meg, amelyek elsősorban vegetáriánus, éghajlat-tudatos és helyi eredetű ételeket kínálnak stb.
- A szakmai találkozók szponzorálását tegyék függetlenné a tápszer- és bébiételgyártó cégektől és támogassák az anyatejes táplálást, amely nemcsak a gyermek számára optimális, hanem környezetbarát is.
- Lépjenek fel a gyermekeket, mint fogyasztókat kihasználó, a fogyasztást ösztönző üzletpolitika ellen.
- Utasítsák el a szakmai találkozók üzemanyag-ipar által történő szponzorálását.
- Működjenek együtt azokkal a tudományos és egészségügyi intézményekkel és aktivista csoportokkal, amelyek a klímaváltozás a gyermekek egészségére gyakorolt hatásaival foglalkoznak, azokat elemzik és közzéteszik.
- Tevékenykedjenek az éghajlatváltozás következményei miatt bekövetkező károk kezelésében, ideértve a lakóhelyüket elhagyni kényszerült családok egészségügyi ellátását is (pl.: vektor által terjedő betegségek, hóguta kezelése, oltásokhoz való hozzáférés stb.)
- Vegyenek részt az éghajlatváltozás és az egészségügyi ellátás egyenlőtlenségei közötti összefüggések kutatásában, és járuljanak hozzá ezen egyenlőtlenségek mérsékléséhez.

- Járuljanak hozzá a katasztrófákra való felkészüléshez, különös tekintettel a gyermekekre és fiatalokra.
- Vásároljanak helyi és újrahasznosított termékeket, és kerüljék az eldobható termékeket.
- Támogassák az egyének és családok reprodukciós jogait (családtervezés, megfelelő szexuális ismeretek, elérhető legmagasabb szintű szexuális és reprodukciós egészségügyi ellátás).
- Vegyenek részt klímavédelemmel kapcsolatos oktató, támogató és civil tevékenységekben.

Népszerűsítsék az oktatást:

- Gyermkegészségügyi szakemberek körében az éghajlatvédelem minden aspektusáról: a klímaváltozás tudománya, stratégiák a szén-dioxid-kibocsátás csökkentésére, közvetlen és közvetett hatásai a gyermekek fizikai és mentális egészségére, e hatások megelőzése, hatékony gyermekvédelem.
- A gyermek jogairól minél szélesebb körben, ezen belül arról, hogy a gyermeknek joga van a hangját hallatni az éghajlatváltozás kérdéseiben is (ENSZ CRC 42. cikk).
- A gyermekek és családok körében, az egészségügyi helyiségekben (irodák, klinikák, kórházak), iskolákban, a civil társadalomban és egyéb helyeken, ahol a gyermekek és a felnőttek élnek és tanulnak.
- Szakértőként ismételten hívják fel a megválasztott tisztviselők figyelmét az éghajlatváltozás kockázataira, mely különösen érinti a gyermekek és fiatalok egészségét.
- Civil és szakmai közösségekben támogassák, hogy a gyermekekkel és szervezeteikkel együttműködve javítsák a környezettudatos magatartást.
- Tájékoztassák a szülőket és a gyermekeket a káros média és marketing gyakorlatról, mely a fogyasztást ösztönző üzletpolitikával kizsákmányolja a gyermekeket és emellett hozzájárul a klímaváltozáshoz.
- Tájékoztassanak azokról a mozgalmakról (pl.: *One Health, Planetary Health, Traditional Ecological Knowledge*), amelyek világszerte vizsgálják a klímaváltozás társadalmi, gazdasági, kulturális, ökológiai és filozófiai

okait és javaslatokat dolgoztak ki ellenálló ökoszisztémák fenntartására, a fajok és a biológiai sokféleség védelmére, valamint az emberi jogok és a társadalmi igazságosság érdekében.

Támogassák:

- azokat a helyi, nemzeti és nemzetközi stratégiákat, amelyek csökkentik az üvegházhatást okozó gázok kibocsátását és biztosítják az időjárás szélsőséges fordulataira való felkészülést.
- a fenntartható és megújuló energiatermelést, a közösségi közlekedést, a főleg növényi alapú és regeneratív úton előállított élelmiszereket, valamint a zöldterületekhez való egyenlő hozzáférést.
- a fenntartható, széndioxid-mentes, passzív házak építését és a meglévő lakásállomány korszerűsítését.
- az energiatakarékos módszereket az otthonokban, iskolákban, kórházakban, munkahelyeken stb.
- az alternatív és egészségesebb közlekedési formákat (gyalogos, kerékpár, elektromos járművek, tömegközlekedés).
- a fenntartható fejlődés elveinek gyakorlati megvalósítását.
- a gyermekek és fiatalok klímaváltozással és környezetszennyezéssel szemben kifejlesztett tevékenységét.
- A kórházak és egészségügyi intézmények környezetvédő tevékenységébe vonják be a személyzetet, a pácienseket és családjaikat is.
- Legyenek az egészségügyi intézmények is energiatakarékos, széndioxid-mentes, környezettudatos létesítmények.

A társadalomnak, ezen belül a gyermekegészségügyi szakembereknek ismerniük kell az emberi tevékenység által is kiváltott éghajlatváltozások által okozott globális veszélyt, mely különösen a gyermekek és fiatalok egészségét és jóllétét fenyegeti. Egyéni és közösségi felelősségünk, hogy megakadályozzuk, legalább enyhítsük ezt a hatást, és biztosítsuk a gyermekek alapvető jogait az optimális túlélésre és fejlődésre.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Ismeretes, hogy hazánk az EU országai közül az elsők között ratifikálta a Párizsi Megállapodást. Számos program indult, sajnos azonban a klímavédelmi szempontból hazánk igen gyenge eredményt mutat. A 2021-ben végzett felmérés szerint az értékelt 61 országból az 50. helyen állunk. Ismeretes, hogy a környezeti ártalmak így pl. a légszennyezettség a hazai gyermekpopuláció – különösen a hátrányos helyzetű régiókban élők – számára jelentős egészségi ártalmakat okoz. Ezért különösen fontos, hogy a döntéshozók és az ezen a területen működő civil szervezetek mellett a hazai gyermekegészségügyi szakemberek is járuljanak hozzá a klímavédelemhez:

- mind helyi, mind országos szinten támogassák a klímaváltozás megelőzését célzó programokat, szerezzenek érvényt az egészségügyi szempontoknak,
- személyes példával (közösségi/környezetbarát közlekedés, szelektív hulladékgyűjtés, környezet-tudatos fogyasztási szokások stb.),
- oktatás, nevelés (családok tájékoztatása, iskolai egészségfejlesztési programokban szerepeljen a klímaváltozás témája is).

HIVATKOZÁSOK

Ahdoot S. & Pacheco S.E. (2015). Council on Environmental Health. Global climate change and children's health. *Pediatrics*, 136(5):e1468-84. doi: [10.1542/peds.2015-3233](https://doi.org/10.1542/peds.2015-3233)

American Academy of Pediatrics Council on Environmental Health. (2015). Global climate change and children's health. *Pediatrics*, 136(5):992-997 doi: [10.1542/peds.2015-3232](https://doi.org/10.1542/peds.2015-3232)

Borderstep Institute. <https://www.borderstep.org/digitisation-climate-protection/>

Bhutta, Z. A., Aimone, A., & Akhtar, S. (2019). Climate change and global child health: what can paediatricians do?. *Archives of disease in childhood*, 104(5), 417–418. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2018-316694>.

Burke S.E.L., Sanson A.V. & Van Hoorn J. (2018). The psychological effects of climate change on children. *Curr Psychiatry Rep*, 20(5):35. doi: [10.1007/s11920-018-0896-9](https://doi.org/10.1007/s11920-018-0896-9).

Helldén, D., Andersson, C., Nilsson, M., Ebi, K. L., Friberg, P., & Alfvén, T. (2021). Climate change and child health: a scoping review and an expanded conceptual framework. *The Lancet. Planetary health*, 5(3), e164–e175. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(20\)30274-6](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(20)30274-6)

Kar N. (2009). Psychological impact of disasters on children: review of assessment and interventions. *World journal of pediatrics : WJP*, 5(1), 5–11. <https://doi.org/10.1007/s12519-009-0001-x>

Kiang, K., Graham, S., & Farrant, B. (2013). Climate change, child health and the role of the paediatric profession in under-resourced settings. *Tropical medicine & international health : TM & IH*, 18(9), 1053–1056. <https://doi.org/10.1111/tmi.12153>

Watts, N., Amann, M., Arnell, N., Ayeb-Karlsson, S., Belesova, K., Boykoff, M., Byass, P., Cai, W., Campbell-Lendrum, D., Capstick, S., Chambers, J., Dalin, C., Daly, M., Dasandi, N., Davies, M., Drummond, P., Dubrow, R., Ebi, K. L., Eckelman, M., Ekins, P., ... Montgomery, H. (2019). The 2019 report of The Lancet Countdown on health and climate change: ensuring that the health of a child born today is not defined by a changing climate. *Lancet (London, England)*, 394(10211), 1836–1878. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32596-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32596-6)

Lloyd, S. J., Bangalore, M., Chalabi, Z., Kovats, R. S., Hallegatte, S., Rozenberg, J., Valin, H., & Havlík, P. (2018). A Global-Level Model of the Potential Impacts of Climate Change on Child Stunting via Income and Food Price in 2030. *Environmental health perspectives*, 126(9), 97007. <https://doi.org/10.1289/EHP2916>

Madrid, P. A., Grant, R., Reilly, M. J., & Redlener, N. B. (2006). Challenges in meeting immediate emotional needs: short-term impact of a major disaster on children's mental health: building resiliency in the aftermath of Hurricane Katrina. *Pediatrics*, 117(5 Pt 3), S448–S453. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-0099U>

Majeed, H., & Lee, J. (2017). The impact of climate change on youth depression and mental health. *The Lancet. Planetary health*, 1(3), e94–e95. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(17\)30045-1](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(17)30045-1)

- OHCHR. Understanding Human Rights and Climate Change. <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/ClimateChange/COP21.pdf>
- OHCHR. The impacts of climate change on the rights of the child. <https://www.ohchr.org/EN/Issues/HRAndClimateChange/Pages/RightsChild.aspx>
- Perera, F., Ashrafi, A., Kinney, P., & Mills, D. (2019). Towards a fuller assessment of benefits to children's health of reducing air pollution and mitigating climate change due to fossil fuel combustion. *Environmental research*, 172, 55–72. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2018.12.016>
- Philipsborn, R. P., & Chan, K. (2018). Climate Change and Global Child Health. *Pediatrics*, 141(6), e20173774. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3774>
- Salas, R. N., Jacobs, W., & Perera, F. (2019). The Case of *Juliana v. U.S.* - Children and the Health Burdens of Climate Change. *The New England journal of medicine*, 380(22), 2085–2087. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1905504>.
- Sheffield, P. E., & Landrigan, P. J. (2011). Global climate change and children's health: threats and strategies for prevention. *Environmental health perspectives*, 119(3), 291–298. <https://doi.org/10.1289/ehp.1002233>
- Stanberry, L. R., Thomson, M. C., & James, W. (2018). Prioritizing the needs of children in a changing climate. *PLoS medicine*, 15(7), e1002627. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002627>.
- Swaminathan, A., Lucas, R. M., Harley, D., & McMichael, A. J. (2014). Will Global Climate Change Alter Fundamental Human Immune Reactivity: Implications for Child Health?. *Children (Basel, Switzerland)*, 1(3), 403–423. <https://doi.org/10.3390/children1030403>.
- United Nations. (1989). Convention on the Rights of the Child. Available at: https://treaties.un.org/doc/Treaties/1990/09/19900902%2003-14%20AM/Ch_IV_11p.pdf
- United Nations Children's Fund. (2015) Unless we act now: The impact of climate change on children. UNICEF, New York, NY. https://www.unicef.org/publications/files/Unless_we_act_now_The_impact_of_climate_change_on_children.pdf
- Waterston, T., & Lenton, S. (2000). Public health: Sustainable development, human induced global climate change, and the health of children. *Archives of disease in childhood*, 82(2), 95–97. <https://doi.org/10.1136/adc.82.2.95>.
- Wynes S. & Nicholas K.A. (2017) The climate mitigation gap: education and government recommendations miss the most effective individual actions. *Environ Res Lett*, 12: 074024
- Xu, Z., Etzel, R. A., Su, H., Huang, C., Guo, Y., & Tong, S. (2012). Impact of ambient temperature on children's health: a systematic review. *Environmental research*, 117, 120–131. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2012.07.002>,
- My Green Doctor. <https://www.MyGreenDoctor.org>
- Sustainable Development Goals. <https://sustainabledevelopment.un.org/topics/sustainabledevelopmentgoals>

Információk a szerzőről:

Kovács Zsuzsanna, házi-gyermekorvos, drkovacszsuzsa@gmail.com

Cikkismertetés: A káros gyermekkori élmények hosszú távú egészségügyi következményei és ezek költségei Európában és Észak-Amerikában

Article review: Life course health consequences and associated costs of Adverse Childhood Experiences across Europe and North America

Ismertető:	Devosa Iván
Ismertetett cikk:	Bellis, M. A., Hughes, K., Ford, K., Rodriguez, G. R., Sethi, D., & Passmore, J. (2019). Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across Europe and North America: a systematic review and meta-analysis. <i>The Lancet Public Health</i> , 4(10), e517-e528. doi: 10.1016/S2468-2667(19)30145-8
Kulcsszavak:	egészségügyi következmények; káros gyermekkori élmények; költségek; áttekintő közlemény; metaanalízis
Keywords:	health consequences; adverse childhood experiences; costs; systematic review; meta-analysis

Beküldve: 2021. 03. 26., doi: [10.24365/ef.v62i3.6168](https://doi.org/10.24365/ef.v62i3.6168)

HÁTTÉR

A káros gyermekkori élmények (*Adverse Childhood Experiences, ACE*) és az akár egész életen át tartó rossz egészségi állapot közötti összefüggéseket egyre több tanulmány dolgozza fel. Jelen publikációban a kutatók célja volt, hogy kiszámítsák az egy vagy több ACE jelenlétének tulajdonítható kockázati tényezők és az egészségkárosodás arányát, illetve az ezekhez kapcsolódó költségeket. Az ACE-ek a gyermekeket érintő legintenzívebb stresszforrásokat jelentik, melyeket 10 pontos skálán mérnek: fizikai, érzelmi és szexuális bántalmazás, fizikai és érzelmi elhanyagolás, szerhasználó vagy mentális zavarban szenvedő családtaggal való együttélés, családon belüli kriminalitás, a gyermek bántalmazás szemtanúja, valamint a szülők különélése vagy válása. Az egészségkárosodások, illetve a tanulási nehézségek mellett az ACE-ek az egészségkárosító magatartásformák (többek között a dohányzás, a túlzott alkoholfogyasztás és a drogfogyasztás) kialakulásának magasabb kockázatát is eredményezik. Ugyancsak az ACE-ek állhatnak egyes mentális zavarok, valamint daganatos, illetve szív- és érrendszeri betegségek megjelenése mögött. Az ACE-ek a mentális egészségre gyakorolt káros hatásokon, valamint az egészségkárosító magatartásformák kialakulásán

keresztül eredményezhetik a krónikus betegségek kialakulását.

MÓDSZER

A szerzők metaanalízisük készítése során azon kutatásokat elemezték, melyek felhasznált módszereikben az ACE-szel rendelkező egyének kockázati adatait hasonlították össze az ACE nélküli betegek adataival. A szerzők ugyanebben a témában áttekintő közleményt is írtak, de ennek bemutatására jelen szemle nem terjed ki. A kutatók hat elektronikus adatbázisban (MEDLINE, CINAHL, PsycINFO, Applied Social Sciences Index and Abstracts, Criminal Justice Databases és az Education Resources Information Center) kerestek olyan kvantitatív tanulmányokat, amelyek 1990. január 1. és 2018. július 11. között jelentek meg. További kritérium volt, hogy a tanulmányok vizsgálják az ACE-ek számával összefüggésben a felnőttek rossz egészségi állapotának okait is — mindezt az egészséggel kapcsolatos viselkedésmintákhoz köthetően. Jelen tanulmány szerzői olyan, felnőtteken végzett vizsgálatokat válogattak be kutatásukba, ahol a vizsgálati populációkban: 1. nem volt magas az ACE kockázata, 2. a minta mérete legalább 1 000 fő volt, 3. amelyek ACE-ek gyakoriságát is

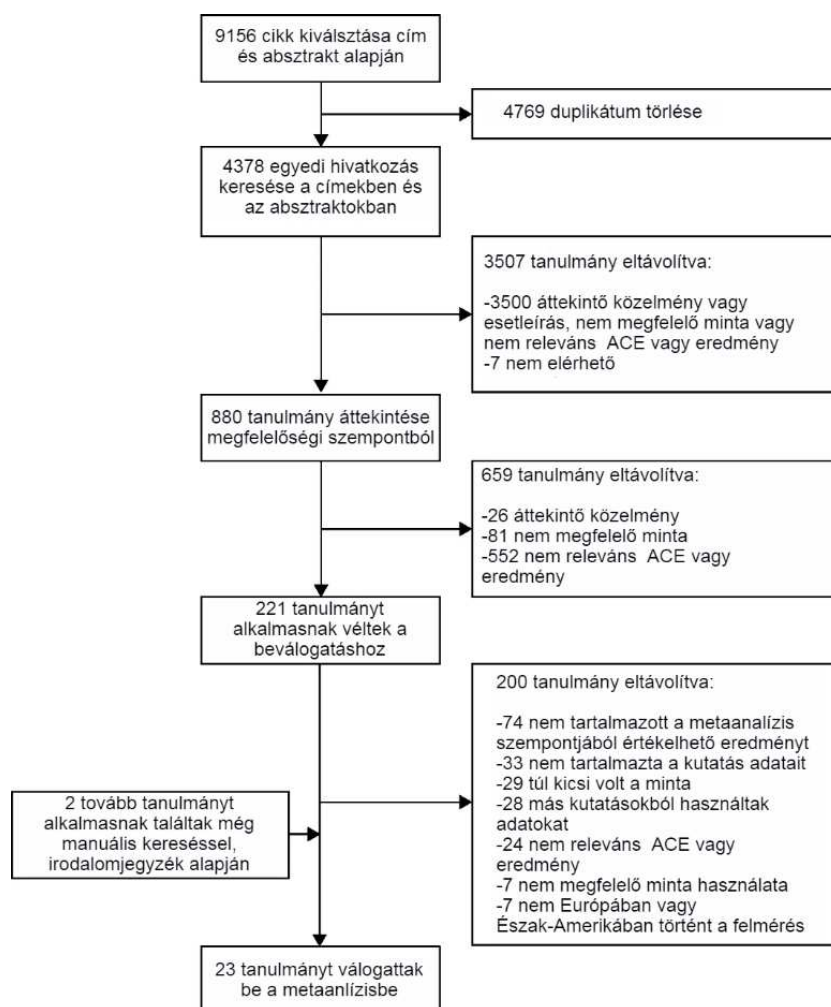
feltüntették. Kiszámították az összesített relatív kockázat¹ értékét az ACE-ekkel összefüggő kockázati tényezők (túlzott alkoholfogyasztás, tiltott kábítószer-fogyasztás, dohányzás és elhízás) és a rossz egészségi állapot (daganatos betegségek, cukorbetegség, szív- és érrendszeri betegségek, légzőszervi betegségek, szorongás és depresszió) felhasználásával. A kutatók ugyancsak kiszámították a relatív kockázat értékét az ACE-ekhez köthető egészségkárosodással töltött korrigált életevek (*disability-adjusted life-years, DALY*), valamint a pénzügyi költségekhez kapcsolódó kockázati hányadok becsléséhez,

továbbá a populációnak tulajdonítható frakció (*population attributable fraction*²) számításához.

EREDMÉNYEK

A szerzők az első keresés során 4387 közleményt találtak, melyek közül a címek, majd releváns cím esetén az absztraktok áttekintését követően 880 teljes szövegű cikket értékelték. A 880 közleményből mindössze 23 felelt meg a metaanalízis összes kiválasztási kritériumának, azaz az eredetileg kiválasztott 880 publikáció csupán 2,6%-a. [1. ábra]

1. ábra: Metaanalízis folyamata



Forrás: saját ábra az eredeti alapján

¹ A relatív kockázatot az ökológiai, kohorsz, orvosi és intervenció vizsgálatok adatainak statisztikai elemzésében használják, hogy megbecsüljék az expozíció (kezelések vagy kockázati tényezők) és az eredmények közötti kapcsolat erősségét. Ádány R. (2011). Megelőző orvostan és népegészségtan. https://regi.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/0019_1A_Megelőzo_orvostan_es_nepeszsegtan/index.html

² A populációnak tulajdonítható frakció olyan epidemiológiai számítás, amelyet széles körben alkalmaznak a populációkban előforduló expozíció népegészségügyi hatásainak felmérésére. Mansournia M. A., Altman D. G. (2018). Population attributable fraction. *BMJ* 360:k757 doi: [10.1136/bmj.k757](https://doi.org/10.1136/bmj.k757)

A kutatók megállapították, hogy az egyének 23,5%-a (95% CI 18,7–28,5) egy, 18,7% (14,7–23,2) pedig két vagy több pontot ért el az ACE skálán Európában (10 tanulmány adatai alapján). Észak-Amerikában az egy ponttal rendelkező egyének aránya 23,4% (22,0–24,8), míg 35,0%-uk (31,6–38,4) két vagy több pontot ért el az ACE skálán (9 vizsgálat alapján). Az illegális kábítószer-fogyasztás mindkét régióban a kiértékelt összes rizikófaktor közül az leginkább az ACE skálán elért pontokkal társult legerősebben (Európában 34,1%; Észak-Amerikában 41,1%). A populációnak tulajdonítható frakciók alapján mindkét régióban a legjelentősebb egészségproblémaként a mentális zavarok jelentkeztek: Észak-Amerikában a szorongásos esetek körülbelül 30%-át, míg a depressziós esetek 40%-át, Európában mindkét állapot több, mint egyenyedét tulajdonították az ACE-eknek. Az ACE-ekkel összefüggésbe hozható szív- és érrendszeri megbetegedések költségei lényegesen magasabbak voltak, mint az egyéb megbetegedések esetén kalkuláltak, ugyanis ennek az állapotnak lényegesen magasabb a DALY-értéke, azaz több az egészségkárosodással eltöltött évek száma.

Becslések szerint az ACE-eknek tulajdonítható összes éves költség Európában 581 milliárd amerikai dollár (172 000 milliárd forint), Észak-Amerikában pedig 748 milliárd amerikai dollár (221 000 milliárd forint), mely költségek több mint 75%-a a két vagy több ACE-szel küzdő egyéneknél merült fel.

KÖVETKEZTETÉSEK

Európában és Észak-Amerikában felnőttek milliói élnek az ACE-ek örökségével. A kutatás eredményei arra utalnak, hogy az ACE-ek előfordulásának 10%-os csökkenésével évente 3 millió DALY-t vagy 105 milliárd amerikai dollárt (mintegy 31 080 milliárd forintot) takaríthatnánk meg. Számos program elérhető el már most is az ACE-ek megelőzésére és azok hatásainak mérséklésére: a biztonságos és gondoskodásban töltött gyermekkorra fordított kiadások gazdasági szempontból hasznosak lennének, és enyhítenék az egészségügyi ellátórendszerekre nehezedő nyomást.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A hazai szakemberek számára két jelentős következtetést is le lehet vonni: az egyik, hogy egy metaanalízis készítésénél megtévesztő lehet, ha elsősre számtalan olyan cikket, forrást találunk, amely úgy tűnik, hogy elegendő lesz a kutatásunkhoz — jelen tanulmányban is 880 teljes szövegű cikkből csupán 23 (2,6 %) felelt meg a beválogatási kritériumoknak. Természetesen az, hogy hány tanulmányból lehet metaanalízist végezni attól is függ, mennyire jók az áttekintő tanulmányok, amelyek a metaanalízis alapjául szolgálnak és azok sok vizsgálatot foglalnak-e magukba.

A másik, hogy hazánkban is számtalan személy szenved az ACE-ek hatásaitól: valószínűsíthető, hogy mintegy a társadalom negyede küszködik ennek élethosszig tartó következményeivel, hasonlóan a többi európai országhoz. Ennek társadalombiztosítás nehezedő költségei nálunk is igen jelentősek lehetnek, ezért nagyon fontosak azok a kormányzati intézkedések, amelyek a biztonságosabb és védettebb gyermekkor megteremtését tűzték ki célul³. A hazai hiányosságok ellenére számos hatékony program elérhető melyek a hazai szakpolitikák, prevenciós programok alapjául szolgálhatnak a Népegészségügy 3.0⁴ keretein belül is.

Információk a szerzőről:

Devosa Iván, Károli Gáspár Református Egyetem Tanítóképző Főiskolai Kar, Kecskemét, ivan@devosa.hu

³ 94/2018. (V. 22.) kormányrendelet a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről 96.§,143/E.§ és 143/F.§

⁴ 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: A gyermekkori elhízás rendszeralapú megelőzése — N3.0 a gyakorlatban

Article review: System-based prevention of childhood obesity — N3.0 in practice

Ismerető:	Vitrai József
Ismeretett cikk:	Garcia, L., Hunter, R. F., de la Haye, K., Economos, C. D., & King, A. C. (2021). An action-oriented framework for systems-based solutions aimed at childhood obesity prevention in US Latinx and Latin American populations. <i>Obesity reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity</i> , e13241. Advance online publication. doi: 10.1111/obr.13241
Kulcsszavak:	megelőzés; elhízás; gyerekek; rendszerszemlélet; gyakorlat
Keywords:	prevention; obesity; children; systems thinking; practice

Beküldve: 2021. 06. 30., doi: [10.24365/ef.v62i3.6109](https://doi.org/10.24365/ef.v62i3.6109)

BEVEZETÉS

A szerzők kiindulópontja az volt, hogy a különféle beavatkozások ellenére növekszik a gyermekkori elhízás az Amerikai Egyesült Államok (USA) latin-amerikai származású és Latin-Amerikaⁱ lakosságának körében. Ez a tendencia arra utal, hogy olyan tartós és összetett problémával kell szembenézni, ami az egészségügyre és más szektorokra is komoly terhet ró. A komplex és az eddigi megoldásoknak ellenálló probléma hátterében több szinten, sokféle befolyásoló tényező és társadalmi szereplő egymással dinamikus kölcsönhatása azonosítható. Emiatt kedvezőbb eredményeket csakis a rendszertudomány elméletének és módszereinek alkalmazásával lehet elérni.

A rendszertudomány egy interdiszciplináris terület, amely a rendszerek — az egymástól függő elemekből álló integrált egészek — tulajdonságainak tanulmányozásával foglalkozik. A komplex adaptív rendszerek a rendszerek speciális esetei: sok olyan elem vagy komponens alkotja őket, amelyek végletesen összefonódnak, kölcsönhatásba lépnek egymással, kismértékű, vagy egyáltalán nem létező központi koordináció vagy irányítás mellett. Ezek olyan mintákat és működési módokat hoznak létre, melyeket az egyes részelemek nem jelenítenek meg, és

amelyek a rendszer környezetében bekövetkező változásokra reagálva alkalmazkodnak.

A gyermekkori elhízás szintje az USA latin-amerikai származású és a latin-amerikai népességben úgy fogalmazható meg, mint egy olyan komplex adaptív rendszer eredménye, amely magában foglalja az ételmiszer-, iskola- és közlekedési rendszereket, a szociokulturális és környezeti hatásokat, valamint számos más tényezőt, amelyek egymással kölcsönhatásban alakítják az energiabevitelt és -felhasználást.

Például, a komplex adaptív rendszerek elemei azonosíthatók a gyermekkori elhízás megelőzésével kapcsolatos olyan sikeres latin-amerikai kezdeményezésekben, mint a cukrozott üdítők és az egészségtelen ételek megadóztatása Mexikóban, az ételcímkezés Chilében és Ecuadorban, a transzsírsavak csökkentése az argentin ételcímkezésben, valamint a *Ciclovías Recreativas*ⁱⁱ néven ismert nyitott utcák program Kolumbiában. Ezek az elemek magukban foglalták a politika végrehajtását vagy folytatását elősegítő vagy akadályozó visszacsatolási hurkokat; a tudás és a viselkedés elterjedését befolyásoló társadalmi hálózatok jellemzőinek kiaknázását; a rendszerekben bekövetkező radikális változások elősegítését a fordulópont elérésekor; valamint a történelmi kontextus és a rendszer elemei közötti kölcsönhatásból eredő

ⁱ Latin-Amerika megnevezés alatt Mexikót, Közép-Amerikát, a Karib-térséget és Dél-Amerikát értjük.

ⁱⁱ Latin-Amerikában így nevezik azt az eseményt, amikor ideiglenesen elzárnak utcákat az autómotor forgalom elől, így teremtve biztonságos és kellemes környezetet a kerékpárosok, gyalogosok, kocogók vagy görkorcsolyázók számára.

közösségi minták és viselkedésmódok figyelembevételét.

A komplex rendszerek stabilizálódnak, és a külső, zavaró hatásokat semlegesítve képesek fenntartani korábbi állapotukat. Ez azt jelenti, hogy a rendszer átalakítására irányuló erőfeszítések a rendszer „helyreállító” reakcióját váltják ki, ami a probléma kezelésének gyakori kudarcához vezet, ismertebb nevén a rendszer ellenáll a változásnak. A népegészségügy komplex problémáival kapcsolatos jelenlegi szakirodalom nagy része inkább elméleten, mint gyakorlati alkalmazásokon alapul. Az interdiszciplináris és multiszektoriális csoportok (pl. népegészségügyi szakemberek, más ágazatok szakemberei, értékelők, kutatók, közösségi vezetők, döntéshozók és érdekelték) számára kevés, a gyermekkori elhízás kezelésére összpontosító rendszeralapú iránymutatás érhető el. Ez a közlemény egy olyan cselekvésorientált keretrendszert mutat be, amely a gyermekkori elhízás megelőzésére irányuló prevenció tervezése, megvalósítása, értékelése és a teljes rendszer szintjén

bekövetkező változások fenntartása érdekében beépíti és alkalmazza a rendszertudomány elméletét és módszertanát.

RENDSZERSZINTŰ VÁLTOZÁST CÉLZÓ, GYAKORLATORIENTÁLT KERETRENDSZER A GYERMEKKORI ELHÍZÁS MEGELŐZÉSÉRE

A bemutatandó gyakorlatorientált keretrendszer magában foglalja azt a hat szükséges tevékenységet, amelyek tartósan megváltoztatják a gyermekkori elhízást tápláló és fenntartó viszonyokat. A keretrendszert felvázoló 1. ábra az egyes tevékenységeket egymásba akaszkodó fogaskerekként jelöli, körülöttük láthatók azok az alapelvek, amikre az ábrázolt tevékenységek épülnek.ⁱⁱⁱ A feltüntetett alapelveket a szerzők a cikkben pontokba szedve kifejtik. A keretrendszer gyakorlatban való alkalmazását segíti a 2. ábra és a 3. ábra, mert mind a hat tevékenységet, azok eredményeit, valamint az alkalmazott módszereket, elméleteket részletezik.

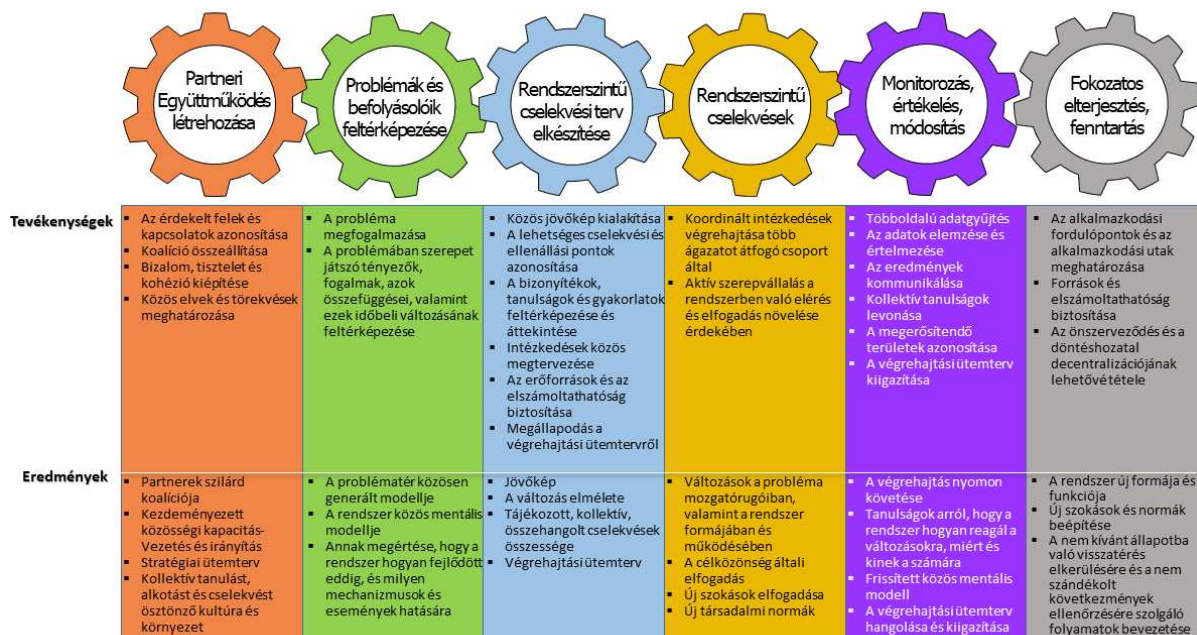
1. ábra: A gyermekkori elhízás rendszerszintű visszaszorítását célzó gyakorlatorientált keretrendszer



Forrás: az eredeti alapján saját szerkesztés

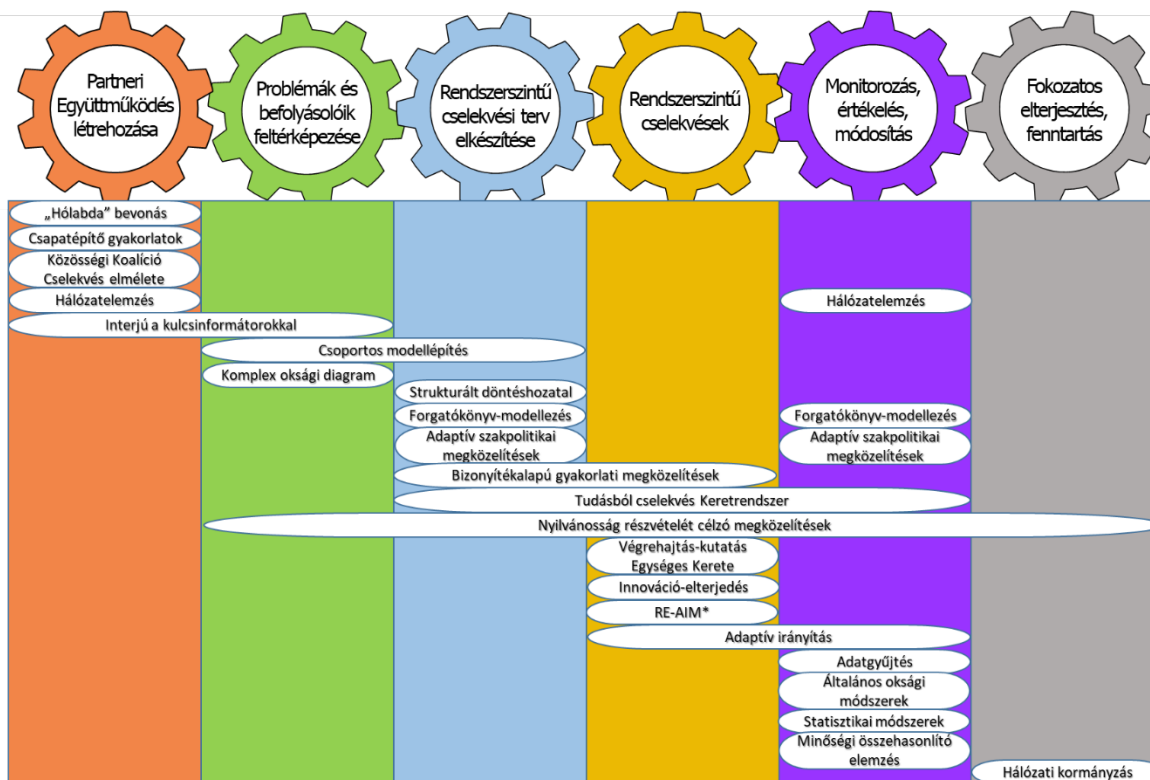
ⁱⁱⁱ Az első tevékenységben jelölt Partneri Együttműködések a közösségi problémák komplexitását felismerő és a megoldáshoz a részvételiséget elengedhetetlennek tartó népegészségügyi kezdeményezések sajátos szervezetei. Részletesebben erről Girán és mtsai. (2021) valamint Vitrai és mtsai. (2021) jelentettek meg közleményeket.

2. ábra: A keretrendszer egyes cselekvési lépéseinek intézkedései és várható eredményei



Források: az eredeti alapján saját szerkesztés

3. ábra: Példák az egyes cselekvési lépések módszereire és megközelítéseire



*RE-AIM: Elérés, hatékonyság, elfogadás, megvalósítás és fenntartás keretrendszer

Források: az eredeti alapján saját szerkesztés

A gyakorlati megvalósítás hat tevékenysége az eredeti cikkben részletesen bemutatásra kerül. A szerzők közleményük végén a gyermekelhízás csökkentését célzó rendszeralapú programok megvalósításának USA-beli nehézségeit veszik számba a szakirodalom áttekintése alapján. A programok végrehajtását szerintük a következők akadályozzák:

- a) a finanszírozási források és ösztönzők hiánya a rendszertudományi megközelítések alkalmazásához;
- b) a rendszerindikátorok és -modellek megértésének vagy az abbéli jártasság hiánya, a kutatások leegyszerűsített (nem kontextuális) modelljeinek, mint pl. a randomizált kontrollvizsgálatok és a laboratóriumi alapú vizsgálati tervek használata;
- c) a rendszeralapú tervezés és értékelés előmozdítására szánt idő és elkötelezettség hiánya;
- d) a megjósolható (feltételezett) és gyakran rövidtávú, objektíven mérhető eredmények preferálása;
- e) a komplexitás túlzott leegyszerűsítése olyan módon, amely aláássa a kontextuális megközelítéseket; és
- f) olyan kutatási és tudományos rendszerek (finanszírozási határidők, tudományos jutalmazási rendszerek, kinevezés és előléptetés), amelyek a nem rendszerorientált kutatási kérdéseket és vizsgálati terveket támogatják.

Megoldásként a szerzők kapacitásfejlesztést javasolnak a kutatásokban, a közösségekben, a szakpolitikában és a helyi programok megvalósításában. A hagyományos, elszigetelt megközelítés helyett a rendszerszemlélet és az érintettek bevonása vezethet csak eredményekhez a gyermekelhízás visszaszorításában.

KÖVETKEZTETÉSEK

Ez a gyakorlatorientált megközelítés a gyermekkori elhízás kezelésére a rendszertudomány segítségével új utat nyit a holisztikus és interdiszciplináris kutatás és tevékenységek felé. A folyamatosan gyarapodó bizonyítékok támogatják a rendszeralapú, gyakorlatorientált keretrendszer alkalmazását a gyermekkori elhízás csökkentése érdekében, tekintettel az eddig elért korlátozott eredményekre. Az ágazatközi és interdiszciplináris együttműködésekre, képzési lehetőségekre, a rendszertudományok befogadására nyitott kutatási kultúrára és a keretrendszer alkalmazását támogató finanszírozási mechanizmusokra van szükség a népegészségügyi erőfeszítések előmozdításához, hogy megállítsák az elhízás növekedését az USA latin-amerikai származású lakosainak körében és Latin-Amerika népességében, továbbá előmozdítsák az egészségügyet.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Az ismertetett írás egy innovatív, de egyben gyakorlati megközelítést javasol a gyermekelhízás eredményes visszaszorítására. Az újszerűség az elhízás problémájának komplex értelmezésében és az érintettek megoldásba történő bevonásában ragadható meg. Erről az új népegészségügyi szemléletről, amit Magyarországon N3.0-ként jelölnek (Vitrai, 2019), jelentek meg már közlemények az Egészségfejlesztés folyóirat hasábjain (Girán és mtsai, 2021; Vitrai és mtsai, 2021). A hazai népegészségügy helyzetéről (Túri és mtsai, 2018), megújításának szükségességéről pedig Vitrai (2019) vitacikkében érvelt ugyanitt. Adatok és érvek sokasága szól tehát a mellett, hogy a magyar lakosság egészségének javításához a népegészségügyben újszerű megközelítés szükséges, és ehhez az ismertetett cikk gyakorlati lépései kiválóan hasznosíthatók. A leírtak gyakorlati alkalmazásának feltétele az erre felkészített népegészségügyi szakemberek mellett a komplex beavatkozásokat támogató népegészségügyi intézményrendszer a szükséges finanszírozással együtt.

HIVATKOZÁSOK

Girán J., Kollányi Zs., Nemesrévi M., Pipicz M., Sándor J., Somhegyi A., Terebessy A., Tóth G., Várfalvi M., Várfi M., & Vitrai J. (2021). Útmutató a gyermekek egészségének javítására megalakuló partneri együttműködés számára. *Egészségfejlesztés*, 62(1), 95-200. doi: [10.24365/ef.v62i1.717](https://doi.org/10.24365/ef.v62i1.717)

Túri G., Horváth K., Kasza K., & Csizmadia P. (2018). Magyarország népegészségügyi rendszere és egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezetei. *Egészségfejlesztés*, 59(2), 62-68. doi: [10.24365/ef.v59i2.265](https://doi.org/10.24365/ef.v59i2.265)

Vitrai J. (2019). Vitaindító: Miért és hogyan kellene a hazai népegészségügyet megújítani? *Egészségfejlesztés*, 60(2), 3-5. doi: [10.24365/ef.v60i2.461](https://doi.org/10.24365/ef.v60i2.461)

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

Vitrai J., Bíró É., Girán J., Kollányi Zs., Pipicz M., Somhegyi A., & Várfalvi M. (2021). Milyen legyen a népegészségügy legújabb iránya? Vitaindító az új népegészségügyi szemlélet sajátosságairól. *Egészségfejlesztés*, 62(1), 81-94. doi: [10.24365/ef.v62i1.716](https://doi.org/10.24365/ef.v62i1.716)

Információk a szerzőről:

Vitrai József, független népegészségügyi szakértő, vitrai.jozsef@gmail.com

Cikkismertetés: Hogyan befolyásolja a férfiasság a mentális problémákkal kapcsolatos segítségkérést?

Article review: How does masculinity relate to men's mental health-seeking behaviour?

Ismerető:	Dolhai Máté
Ismeretett cikk:	Gough B, Novikova I. Mental health, men and culture: how do sociocultural constructions of masculinities relate to men's mental health help-seeking behaviour in the WHO European Region? WHO Regional Office for Europe, 2020, Copenhagen (Health Evidence Network synthesis report 70). Elérés: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332974/9789289055130-eng.pdf
Kulcsszavak:	férfiasság; mentális egészség; kultúra; egyenlőtlenségek; viselkedés
Keywords:	masculinity; mental health; culture; inequalities; behaviour

Beküldve: 2021. 01. 07., doi: [10.24365/ef.v62i3.6107](https://doi.org/10.24365/ef.v62i3.6107)

BEVEZETÉS

A férfiak mentális egészsége a népegészségügyön belül, a régióban és globálisan is kulcsfontosságú terület, amelyen javítani kell. Létfontosságú annak jobb megértése, hogy a férfiak miért és hogyan keresnek segítséget pszichés problémáik miatt, ezért fontos, hogy olyan bizonyítékokat vegyünk figyelembe, amelyek az egészség szélesebb körű meghatározó tényezőit foglalják magukban. Ez indokolja a kutatók témaválasztását, ugyanis jelenleg nincs elérhető áttekintő tanulmány az Egészségügyi Világszervezet (*World Health Organization, WHO*) Európai Régióján belül a férfiasságról alkotott normák (ilyen például az önállóság, függetlenség, vagy az érzelmek kifejezésének nehézsége) és a férfiak pszichés problémáihoz köthető segítségkérő viselkedés kapcsolatáról.

CÉLKITŰZÉS

A szerzők célja volt áttekinteni azokat az elérhető vizsgálatokat, amelyek arra a kérdésre adnak választ, hogy miképp társulnak a férfiassággal összefüggő normák a férfiak mentálhigiéniés segítségkérő viselkedésével. További céljuk volt, hogy a döntéshozóknak ajánlásokat fogalmazzanak meg, milyen módon javíthatják a férfiak mentális jóllétét.

MÓDSZERTAN

A 2009–2019 között publikált tanulmányok keresését a szerzők 4 kategória kulcsszavainak kombinációjával végezték el angol és orosz nyelven:

1. férfiak (men) vagy férfiasság (masculinity) vagy férfi (male) vagy nem (gender),
2. segítségkérés (help-seeking) vagy elköteleződés (engagement) vagy szolgáltatás igénybevétele (service use),
3. mentális egészség (mental health) vagy depresszió (depression),
4. kultúra (culture).

A keresést a következő adatbázisokon végezték: CINAHL, Project MUSE, PubMed, Scopus and Web of Science, CyberLeninka, eLIBRARY.RU, National Electronic Library, Google Academy (orosz nyelven), General Digital Catalogue of the Russian State Library, Scholar.ru, valamint egyes egyetemi könyvtárak adatbázisain (Lomonosov Moscow State University, Higher School of Economics, St Petersburg University). A „szürke” irodalom keresése két nyelven az Ethos, Google és OpenGrey adatbázisokon keresztül történt. Beválasztási kritériumként a gyakori pszichés problémák és segítségkérés, valamint a férfiasságra fókuszáló hangsúly, kizáró kritériumként pedig a címben és absztraktban a szomatikus egészség fókuszusa, a női nem, a segítségkeresés hiánya, valamint a szövegben súlyosabb pszichés zavarok és a férfiasság hangsúlyának hiánya

szerepelt. A keresés eredményeként 3197 angol és 399 orosz nyelvű cikket találtak, melyekből 155, illetve 124 került átolvasásra, majd ezekből 41 közleményt válogattak be az áttekintő elemzésbe.

EREDMÉNYEK

Az elemzés azokat a kulcstémákat hangsúlyozta, amik gátolják vagy támogatják a segítségkérő viselkedést: a hagyományos férfias normák stigmatizálóan tartják a mentális problémákat és az ehhez kapcsolódó segítségkérést, valamint nehezítik a mentális egészségre vonatkozó ismeretszerzés lehetőségét. A normákkal való egyetértés összefüggésben áll a fokozott szerhasználattal és szerabúzással, valamint csökkenti a segítségkérés valószínűségét. Bizonyos körülmények különösen megnehezítik a férfiak segítségkérő jelzéseit, ilyenek lehetnek a hagyományosan férfias munkahelyek (például a tűzoltóság vagy a katonaság). A tanulmány azt találta, hogy a kisebbségi csoportokhoz tartozó férfiak — köztük a menekült és bevándorló, kisebbségi etnikai, őslakos, meleg, biszexuális és vidéki férfiak — körében volt alacsonyabb a segítségkeresés aránya. A segítségkeresés nehézségei általában a kulturális normákhoz (például a mentális betegséggel kapcsolatos családi szégyenérzet), a társadalmi kirekesztéshez, valamint az előítéletekkel és megkülönböztetéssel (például rasszizmus vagy homofóbia) kapcsolatos tapasztalatokhoz kapcsolódtak. A korlátozott egészségműveltség szintén negatív összefüggésben áll a segítségkérő viselkedéssel. A segítségkérés támogatják az olyan közösségek, ahol az érzelmek kifejezése elfogadott, ilyenek a közeli hozzátartozók csoportjai (például feleség/partner, szülők). Egyre több férfi keres az interneten olyan

forrásokat, ahol többet tudhatnak meg a lelki problémákról, emellett egyesek online, anonim módon keresnek segítséget, illetve egyéb bizonyítékok utalnak arra, hogy a férfiakat közismert példaképek ösztönözhetik segítségkérésre. Az áttekintő tanulmány megemlíti, hogy a közelmúltban erőfeszítéseket tettek a nehezen elérhető férfiakat célzó, közösségi szinten szerveződő kezdeményezések kidolgozására: például a házasságuk felbomlása vagy gyász eset után az egyedül élő idősebb férfiak esetében fennállhat a romló mentális egészség és a társadalmi elszigetelődés veszélye. A férfias normákon belül a segítségkérés átkeretezése fokozhatja az intervenciók sikerességét. Az ártalmas, tradicionális férfias szerepek és elképzelések megkérdőjelezése, elhagyása, a férfiak egészségének javulását, valamint a nemi egyenlőség előmozdítását szolgálhatja.

KÖVETKEZTETÉSEK

Az említett normák, nemi szerepek és sztereotípiák gátolják a férfiakat abban, hogy pszichés problémáikkal segítséget kérjenek, a segítségkérést támogató hatásokat is sikerült azonosítani. Az elmúlt években lezajlott egyfajta szemléletváltás: a férfiasság kizárólagos negatív ábrázolása mellett megjelent a másokkal törődő és egészséges férfikép. A férfiasságról alkotott hagyományos nézetekkel való egyetértés, valamint bizonyos társas tényezők (például előítélet, egyenlőtlenység, szegénység) gátolják a segítségkérő viselkedést. Szükség van egy interdiszciplináris programra, ami irányt mutathat regionális kutatásoknak, amelyek tapasztalatai beépíthetőek a mentális egészséget támogató programokba.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Az idézett tanulmány felhívta a figyelmet, hogy a férfiak segítségkérő viselkedésének szempontjából a tradicionálisan férfias normák akadályként hatnak. Ennek ellenére bizonyos módszerekkel elősegíthetjük a pszichés jóllétüket: ilyen lehet a támogató környezet, ahol a segítségkérés elfogadott. Hasonlóan jótékony, ha a kérést férfiasabb viselkedésként keretezzük. A konvencionálisan férfi normák megkérdőjelezése segíthet a férfiaknak sérülékenységük elfogadásában és bátoríthatja segítségkérésüket.

Információk a szerzőről:

Dolhai Máté, Debreceni Egyetem Népegészségügyi Kar, Debrecen, dolhaimate@gmail.com

Cikkismertetés: Egységes országos népegészségügyi rendszer? Johan Béla rosszul látta?

Article review: Uniform national public health system? Did Bela Johan get it wrong?

Ismertető:	Vitrai József
Ismertetett cikk:	Johan B. A társadalom szerepe az egészségvédelmi munkában. Népegészségügy, 1940; 1463-1468.
Kulcsszavak:	népegészségügy
Keywords:	public health

Beküldve: 2021. 02. 01., doi: [10.24365/ef.v62i2.5920](https://doi.org/10.24365/ef.v62i2.5920)

A hazai népegészségügy megerősítése, megújítása időről-időre a szakpolitika kiemelt fontosságú feladatákként merül fel. Aktualitását ma részben a Covid-19-járvány visszaszorításának nehézségei, részben az egészségügyi rendszer folyamatban lévő, a kórházi ellátás, az alapellátás és az egészségfejlesztési irodákat érintő átszervezése jelenti. A nemzetközi tapasztalatok mellett a sajtósárgos magyarországi viszonyok figyelembe vétele megnövelheti annak esélyét, hogy az intézkedések a kívánt célt elérjék. Emiatt hasznos lehet a korábbi ilyen jellegű átalakításokat szemügyre venni, értékelni. Ebben a vizsgálatunkban a magyar népegészségügy 80 éve végrehajtott átszervezését foglaljuk össze Johan Béla belügyi államtitkárként¹ jegyzett írása alapján, és próbálunk napjaink számára hasznosítható tanulságokat megfogalmazni.

A szerző a következő, ma is aktuális kérdéssel indítja cikkét: „...az állam mennyire menjen el gondoskodásban, hogy a területén élő emberek szellemi és anyagi jólétét biztosítsa és azt fenntartsa”? Vagyis „Kérdés: meg lehet-e jelölni az állam ezirányú feladatkörének határait, vannak-e még olyan feladatok, amelyek ezen kívül esnek, s ezeknek a feladatoknak végrehajtása kire vár, kire tartozik.”— folytatja a körbejárando téma meghatározását.

Elsőként az állam szerepét tartja fontosnak tisztázni, és azt a mai olvasók számára is érvényesen — fogalmazza meg: „... az állam a társadalmi ala-

kulatoknak egyik formája, amelyet a társadalom azért alakított ki, hogy azokat a feladatokat, amelyek az ország társadalmára hárulnak, minél célszerűbben, minél gazdaságosabban valósíthassa meg. Tisztában kell lennünk azzal is, hogy e feladatok megoldására szolgáló anyagi eszközök ugyanabból a forrásból: az állampolgárok zsebéből származnak, amit az államnak az adózó polgár adó formájában, egyéb társadalmi alakulatoknak, így az egyesületeknek ugyancsak az állampolgár tagdíj vagy önkéntes adakozás formájában bocsát rendelkezésére.”

A következőkben az állami feladatok közül a szociális és az egészségügyi területre vonatkozóan megállapítja: „A szociális és egészségügyi bajok tanulmányozása fokozatosan kiderítette ezek keletkezésének okát, a megoldás módját. Kiderült, hogy a segítség, mind egészségügyi, mind szociális vonalon *különleges szakértelmet* igényel, és ezért ezt jól csak *szakképzett személyzet* tudja ellátni.” Az eredeti szövegben szereplő kiemelés² szolgál annak felvezetésére, hogy miért veszi át a civil szervezetek feladatait az állami közegészségügy. Mielőtt ennek részleteit felidézni, előbb visszatérünk a szerző eredeti gondolatmenetéhez, a megelőzés, az egészségvédelem fontosságának hangsúlyozásához: „Kiderült az is, hogy a szociális nyomor pillanatnyi enyhítésénél, a betegség gyógyításánál ésszerűbb a nyomor, a betegség *megelőzése*. ... Felsorolhatnók a különböző fertőző betegségek

¹ Az egészségügy irányítása ez idő tájt a Belügyminisztérium alá tartozott, azaz az említett miniszterek támogatták a szolgálat fejlesztését. Emlékeztetőül, Johan Béla ezt a cikket belügyi államtitkárként közölte.

² A további idézetekben megjelenő dőlt betűs kiemelés is az eredeti írásmód tükörképe, saját kiemelés nem alkalmazok. V.J.

elleni védőoltásokat, kutak rendbehozatalát, az élelmiszerek ellenőrzését — mint olyan rendszabályokat, amelyekkel járványokat, betegségeket megelőzhetünk, amelyekkel az emberek egészségét védeni tudjuk. Nem lehet kérdéses az, hogy ezeknek a közegészségügyi és egyben egészségvédő tevékenységeknek a keresztülvitele az *állam feladatkörébe* tartozik. ... Nem vitatható tehát, hogy ezekkel az államnak kell foglalkoznia, amelynek rendelkezésre állanak az eszközök, hogy az emberek egészségének védelme érdekében rákényszerítthesse akaratát azokra, akikben nincs meg a felelősségérzet embertársainak egészségével szemben.”

Az államtitkár itt áttér a civil szervezetek egészségvédelemmel összefüggő feladataira: „Ezekkel kapcsolatban a *társadalomnak szerepe*: az emberek figyelmeztetése, a szükséges rendszabályok ismertetése, s annak elősegítése, hogy az emberek ne törekedjenek az érdeklükben hozott rendszabályok alól kibújni.” Az állam és a társadalmi szervezetek e területen kívánatos munkamegosztása „a civilizációnak természetes velejárói” — állítja.

„Vannak azonban az ember egészségvédelmének olyan ágazatai is, amelyek kezdete majdnem minden országban *társadalmi iniciatívának* gyümölcse. Ide sorolom a gyermekvédelmet, különösen pedig a csecsemőknek és ezzel kapcsolatban az áldott állapotban lévő anyáknak védelmét.”

Éppen ezen a területen vállalt feladatokat a főként városokban tevékenykedő Országos Stefánia Szövetség: „A társadalom megértése, a hatóságok támogatása és kiváló vezetőinek lelkes munkája 25 év alatt naggyá fejlesztette ezt az egyesületet. Anyagi eszközeit a társadalomtól törekedett megszerezni. A társadalom — hála a Stefánia fiókszövetségekben tömörült lelkes szövetségi tagoknak — áldozott is erre a célra. Ez azonban nem bizonyult elégségesnek.” További forrásokat a városok és községek biztosítottak, majd az I. világháborút követően a támogatásba az állam is egyre nagyobb mértékben bekapcsolódott.

A civilek után megjelenik a másik, az állami szereplő: „A városok anya- és csecsemővédelmének megszervezése után a falvakra került volna sor. Ekkor kiderült, hogy különösen a kisebb

falvakban — anyagi és célszerűségi okokból — nem lehet kizárólag az anya- és csecsemővédelem céljaira külön szervezetet felállítani, hanem ezt a munkát együtt kell megoldani az idősebb korosztályok betegségei és a népbetegségek (tuberkulózis, veneriás betegségek) elleni küzdelemmel. Így alakult ki a magyar falvak igényeinek és lehetőségeinek megfelelően 1927 óta a *zöldkeresztes egészségvédelmi szolgálat*, amely — hála elsősorban vitéz Kozma Miklós és vitéz Keresztes-Fischer Ferenc belügyminiszterek megértésének — gyors iramban terjedt.”

Johan ezt követően felvázolja, miért döntöttek úgy, hogy a két szervezet munkamegosztásában gyökeres fordulatot kezdeményeznek. „Így fejlődött egymás mellett ez a két egészségvédelmi szervezet: az egyik főleg a városokban, a másik főleg a falvakban. Az egyik csak az anyák és csecsemők védelmével, a másik az egészségvédelem összes ágaival foglalkozott. Mind a kettőnek meg volt a körülírt feladatköre és munkalehetősége. A Stefánia Szövetség a társadalom széles köreire támaszkodott, orvosai, védőnői a Szövetség alkalmazottai voltak; a hatóságokkal, elsősorban a hatósági orvosi karral, kapcsolata — társadalmi alakulás lévén — laza volt. A „Zöld Kereszt” a munkáját hatósági szervekre — az állam, illetve a hatóságok által alkalmazott orvosokra és védőnőkre — alapította, szervezete szorosan beilleszkedett a közegészségügyi szolgálat szervezetébe. Ezzel szemben kapcsolata a társadalommal sajnos laza volt. Ennek hátrányait ismertük, s minden eszközt megragadtunk, hogy a kapcsolatot a társadalommal szorosabbá tegyük, csak egyre nem tudtuk magunkat elszánni: arra, hogy egy új egyesületet alakítsunk és azt a „Zöld Kereszt” mögé állítsuk. Nem tettük ezt azért, mert nem akartunk a sok meglévő mellé még egy új egyesületet alakítani, mert mindig reméltük, hogy sikerül a két intézményt egységesíteni és az ország népének egészségvédelmét *egy intézmény keretében, egységes rendszerben* kiépíteni.”

Itt érdemes Johan érvelését megszakítani, és egy-két megjegyzést fűzni az előzőek értelmezéséhez. A változtatáshoz vezető egyik felismert probléma az volt, hogy a hatósági szervezet nem tudott szoros kapcsolatot kiépíteni a társadalommal. A másik, csak utalásként jelzett probléma a nem egységes szervezet hiánya volt. Az írásban erre vonatkozóan nem találunk

említést, hogy ez miért jelentett gondot az egészségügy vezetőinek.

Visszatérve a cikkben ezt követően bemutatott döntéshez: „Az elhatározó lépések ez év őszén megtörténtek: a belügyminiszter a Stefánia Szövetség orvosait és védőnőit a Szövetségtől 1941 január 1-től átveszi és a védőnőket a zöldkeresztes védőnőkkel közös státuszba sorozza. ... Az egészségvédelmi munka a jövőben az egész országban — Budapest kivételével — a „Zöld Kereszt”-es egészségvédelmi szolgálat szervezetében az Országos Közegészségügyi Intézet irányítása alatt fog tovább folyni. A Stefánia Szövetség, mint társadalmi szerv, továbbra is fennmarad. Működését az anya- és csecsemővédelmen kívül az összes egészségvédelmi problémákra kiterjeszti. Fiókszövetségeit ott is megszervezi, ahol eddig a „Zöld Kereszt” egészségvédelmi szolgálat — társadalmi háttér nélkül — működtek. A Szövetség új célkitűzései a szeptemberben elfogadott új alapszabályaiban és új nevében: „Országos Egészségvédelmi Szövetség” jutnak kifejezésre.” Az átalakulás jelentőségét a szerző így értékeli: „...hazánk közegészségügyi szervezetében kevés olyan nagyfontosságú elhatározó lépés történt, mint ez...”.

Az átalakítást kritikusan fogadónak Johan a következőket üzentte: „Téves az az itt-ott hallott felfogás, hogy az egészségvédelmi munkának 1941. január 1-én bekövetkező egységesítése feleslegessé teszi a társadalom részvételét ebben a munkában. Az egészségvédelemnek az állami irányítás alatt folyó szervezését kísérje mindenütt párhuzamosan a helyi társadalom megszervezése. Ahol a zöldkeresztes egészségvédelmi szolgálat megkezdte munkáját, ott ezzel egyidejűleg alakuljon meg az Országos Egészségvédelmi Szövetség helyi fiókja is és kapcsolódjék bele a munkába. A hatósági és a társadalmi erők ilyen összefogása tudja csak megoldani azt a sokféle egészségügyi és szociális kérdést, amelyek az egészségvédelmi munka közben felmerülnek.”

Johan ezzel a társadalomnak, a civil szervezetnek címzett utasítással és annak indoklásával zárja írását.

Az egészség védelme állami felelősség, amiben a társadalmi szervezetekre segítő szerep hárul — foglalható össze Johan válasza az írása elején feltett kérdésére. A múlt század második felében ez az álláspont az életmód krónikus betegségek kialakulásában játszott szerepének felismerésével párhuzamosan megváltozott, és egyre inkább az egyéni felelősség hangsúlyozása került előtérbe. Az állam feladata az egészséges életmódhoz szükséges tudás biztosítása egészségneveléssel és kommunikációval — vélték, és vélik sokan ma is. Azonban az „inga” vagyis az állami felelősség visszatérését jelentette a 2000-es évek elején az Egészségügyi Világszervezet tanulmánya (2008), mely ismét (lásd a Lalonde jelentést (1974), vagy az Ottawai Chartát (1986)) rámutatott a társadalmi-gazdasági tényezők egészségmeghatározó jelentőségére. Az egyéni kívüli faktoroknak, összefoglalóan a környezetnek az egészséges életmódot támogató vagy éppen gátló szerepe miatt a központi és helyi kormányzatoknak, valamint más ágazatoknak meghatározó súlyuk van. Jól példázza ezt a szemléletet Waterlander és munkatársai (2020) megállapítása: „A gyermekkori túlsúly és az elhízás megelőzése és a kapcsolódó tényezők, beleértve a rossz táplálkozást, a rossz alvást, a túlzott képernyőhasználatot és az elégtelen fizikai aktivitást, összetett egészségproblémáknak minősülnek. Az ezek mögötti összetevők többszörösek, változatosak és dinamikusak, a biológiai paramétereiktől és a személyes viselkedéstől kezdve a fizikai, gazdasági, szociokulturális és politikai környezetig terjednek.” Ma tehát a nyugati kultúra individualizmusához közelebb álló egyéni felelősség hangsúlyozása helyett az egészség komplexebb, azaz egyéni tulajdonságok és a környezet általi meghatározottsága került a figyelem középpontjába.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Elvitathatatlan, hogy az egységes közegészségügy — mai szakkifejezésekkel egészségvédelem, egészségfejlesztés és betegségmegelőzés rendszerének — 1940-es évekbeli megteremtése mérföldkövet jelent a hazai népegészségügy történetében. Hiszen feltételezhetően erre vezethető vissza a korábbi ÁNTSZ és a jelenlegi védőnői rendszer is. Viszont ma is aktuális kérdés, vajon ilyen egységes rendszer megvalósítható-e úgy, hogy az kellőképpen eredményes és egyúttal gazdaságos is legyen? A válasz

minden bizonnyal nem. A fejlett népegészségüggyel rendelkező országokat tanulmányozva³ azt állapíthatjuk meg, hogy a feladatok (egészségfejlesztés vagy betegségmegelőzés), a helyi körülmények (például az ellátandó terület nagysága), a finanszírozási források (állami, helyi, magán) és egyéb, heterogenitást jelentő tényezők nem egységes, hanem sokszínű népegészségügyi rendszerek működtetését kényszerítik ki.

Amikor a hazai népegészségügyi rendszer megerősítése, megújítása szóba kerül, a nemzetközi tapasztalatok mérlegelésén túl célszerű visszatekinteni a zöldkeresztes egészségvédelmi szolgálat létrehozásának körülményeire is. A hosszú időn át eredményesen működő civil szervezet, a Stefánia Szövetség „átalakítása” vajon megerősítette volna a közegészségügyi szolgálat hiányolt társadalmi kapcsolatait, sikerrel vonta volna be a lakosságot az egészség megőrzése, fejlesztése érdekében? Bizonyossággal nem tudjuk e kérdéseket megválaszolni, hiszen az 1941 elején elindított rendszer eredményességének értékelése az ismert történelmi helyzet miatt nem lehetséges.

Mai tudásunk alapján azonban úgy vélhetjük, hogy a civileket (beleértve a szakmai, karitatív vagy érdekvédelmi közösségeket) nem tudják a népegészségügyi feladatokat „hivatalból” ellátó szervezetek helyettesíteni. Azonban a lakosság eredményes tájékoztatása, mozgósítása az érintetteket képviselő civil szervezeteken keresztül valósítható meg leginkább hatékonyan. A népegészségügy jelenlegi elmélete és gyakorlati tapasztalatai egyaránt bizonyítják, sikeres népegészségügyi tevékenység csakis valamennyi érintett részvételével, együttműködésben képzelhető el (Heerdegen, 2020; Vitrai, 2020). Ahhoz, hogy a partnerek körültekintően, megfontoltan tudjanak közreműködni az őket érintő döntésekben, és kellőképpen motiváltak legyenek azok végrehajtásában, az érintettek erre való felkészítését az állami vagy önkormányzati népegészségügyi intézményrendszernek kell felvállalnia — egységesen mindenütt, az egész országban.

HIVATKOZÁSOK

Egészségügyi Világszervezet (1986): Ottawa Charter for Health Promotion, The 1st International Conference on Health Promotion, Ottawa, 1986.

Egészségügyi Világszervezet (2008): Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

Heerdegen A.S. (2020): Transforming capacity-strengthening in an era of sustainable development. *Int J Public Health* 65, 1519–1520. doi:10.1007/s00038-020-01490-4

Lalonde M. (1974): A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada, 1974.

Vitrai J. (2020): Cikkismertetés: [Mi a népegészségügy és a népegészségügyi rendszer meghatározása?](#) *Egészségfejlesztés*, 61(4):54-57. doi:10.24365/ef.v61i4.610

Waterlander, W. E., Luna Pinzon, A., Verhoeff, A., den Hertog, K., Altenburg, T., Dijkstra, C., Halberstadt, J., et al. (2020): A System Dynamics and Participatory Action Research Approach to Promote Healthy Living and a Healthy Weight among 10–14-Year-Old Adolescents in Amsterdam: The LIKE Programme. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(14), 4928. doi:10.3390/ijerph17144928

Információk a szerzőről

Vitrai József, független népegészségügyi szakértő, vitrai.jozsef@gmail.com

³ Részletesebben lásd az [Egészségfejlesztés](#), 2018;59(2) tematikus különszámát.

Cikkismertetés: Mi is az „Egy az egészség”?

Article review: What is „One Health”?

Ismertető:	Vitrai József
Ismertetett honlap:	Centers for Disease Control and Prevention. One Health Basics. https://www.cdc.gov/onehealth/basics/index.html (Elérve: 2021. 05. 31.)
Kulcsszavak:	„Egy az egészség”; környezet; globalizáció; fenntarthatóság
Keywords:	“One Health”; environment; globalization; sustainability

Beküldve: 2021. 05. 31., doi: [10.24365/ef.v62i3.6543](https://doi.org/10.24365/ef.v62i3.6543)

MI IS AZ „EGY AZ EGÉSZSÉG”?

Az „Egy az egészség” olyan szemlélet, amely felismeri, hogy az emberek egészsége szorosan összefügg az állatok és a közös környezetünk egészségével, azokkal egységet, egységes egészet alkot. Az „Egy az egészség”-megközelítés nem új keletű, de az utóbbi években egyre fontosabbá vált. Ennek oka, hogy számos tényező megváltoztatta az emberek, állatok, növények és környezetünk közötti kölcsönhatásokat.

Az emberi népesség növekszik, és új földrajzi területekre terjeszkedik, amelynek hatásaként több ember él szoros kapcsolatban vadon élő, valamint haszonállatokkal és háziállatokkal egyaránt. Az állatok fontos szerepet játszanak az életünkben, legyen szó élelemről, rostokról, megélhetésről, utazásról, sportról, oktatásról vagy társaságról. Az állatokkal és környezetükkel való rendszeres és közvetlen érintkezés több lehetőséget ad arra, hogy a betegségek átterjedjenek az állatok és az emberek között.

A Földön komoly változások történtek az éghajlat és a földhasználat terén. Míg az előbbi részben, addig az utóbbi teljes egészében emberi tevékenység, mint például az erdőirtások és az intenzív mezőgazdaság következménye. A környezeti feltételek megváltoztatása és az élőhelyek megzavarása új lehetőségeket nyújthatnak a betegségek állatokra átterjedésére.

Az emberek, állatok és állati termékek mozgása a nemzetközi utazás és kereskedelem miatt megnőtt. Ennek eredményeképpen az országhatárok többé már nem állják útját a betegségeknek, amelyek így a világ minden táján gyorsan elháríthatnak.

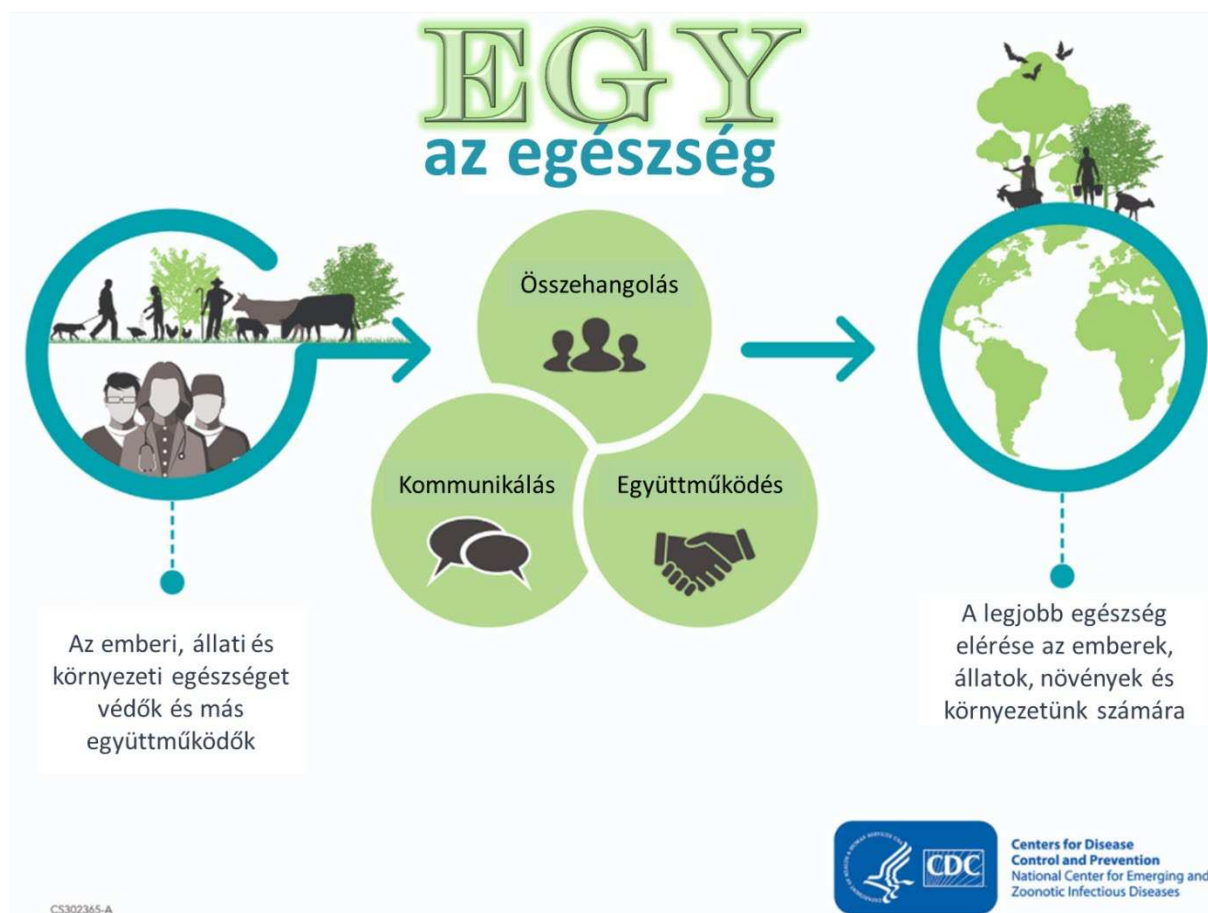
Ezek a változások a már ismert vagy újonnan megjelenő, állatról emberre terjedő betegségek (zoonózisok) szétszóródásához vezettek. Ilyenek például a veszettség, a szalmonellafertőzés, a nyugat-nílusi vírusfertőzés, a Q-láz (*Coxiella burnetii*), az anthrax, a brucellózis, a Lyme-kór, az ebola.

Az állatok is fogékonyak lehetnek bizonyos emberi betegségekkel és környezeti ártalmakkal szemben. Emiatt néha korai figyelmeztető jelként szolgálhatnak emberi betegségek megjelenésére. A madarak például gyakran elpusztulnak a nyugat-nílusi vírustól, mielőtt az ugyanazon a területen élő emberek megbetegednének a vírushozzásban.

MELYEK A GYAKORI „EGY AZ EGÉSZSÉG”-PROBLÉMÁK?

Az „Egy az egészség” kérdéskörébe tartoznak a zoonózisok, az antimikrobiális rezisztencia (AMR, mikrobák, azaz baktériumok, vírusok, gombák elleni szerekkel szembeni ellenállóképesség összefoglaló neve), az élelmiszerbiztonság, az állatok által terjesztett betegségek, a környezet-szennyezés, valamint az emberek, az állatok és a környezet által közösen okozott egyéb egészségkockázatok. Még a krónikus betegségek, a mentális egészség, a sérülések, a munkahelyi egészség és a nem fertőző betegségek területén is hasznos hozhat az „Egy az egészség”-megközelítés, amely elősegíti a tudományágak és ágazatok közötti együttműködést.

1. ábra: Az „Egy az egészség”-konceptió illusztrálása



Forrás: az eredeti magyar szöveggel

HOGYAN MŰKÖDIK AZ „EGY AZ EGÉSZSÉG”-MEGKÖZELÍTÉS?

Az „Egy az egészség” egyre inkább elismert az Egyesült Államokban és világszerte, mint az ember-állat-környezet határterületen jelentkező egészségproblémák, köztük a zoonózisok elleni küzdelem hatékony módja. A CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) az „Egy az egészség”-megközelítést alkalmazza az emberi, állati, környezeti egészség- és más releváns tudományágak és ágazatok szakértőinek bevonásával a népegészségügyi veszélyek megfigyelésében és visszaszorításában, valamint annak vizsgálatában, hogy a betegségek hogyan terjednek az emberek, állatok, növények és a környezet között.

A sikeres népegészségügyi beavatkozásokhoz az emberi, állati és környezet-egészségügyi partnerek együttműködésére van szükség. A humán-

egészségügy (orvosok, ápolók, népegészségügyi szakemberek, epidemiológusok), az állategészségügy (állatorvosok, segítő szakemberek, mezőgazdasági dolgozók), a környezetvédelem (ökológusok, vadon élő állatok szakértői) és más szakterületek szakembereinek kell kommunikálniuk, együttműködniük és összehangolniuk a tevékenységeiket. Az „Egy az egészség”-megközelítés további fontos szereplői lehetnek a bűnüldöző szervek, a politikai döntéshozók, a mezőgazdaság, a közösségek és még a kedvtelésből tartott állatok tulajdonosai is. Egyetlen személy, szervezet vagy ágazat sem képes egyedül kezelni az állat-ember-környezet határterületén felmerülő problémákat.

Az összes ágazat közötti együttműködés előmozdításával az „Egy az egészség”-megközelítés a legjobb egészséget érheti el az emberek, az állatok és a növények számára egy közös környezetben.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A nemzetközi szakirodalomban egyre inkább elfogadottá vált „Egy az egészség” megközelítést a magyar szakembereknek is figyelembe kellene venniük mind a népegészségügy, mind a környezetvédelem és a klímaváltozás területén. A Föld élettelen és élő világa egyetlen nagy és összetett rendszert alkot, elemei egymásra hatással vannak. Ennek a komplexitásnak jól felismerhető jeleit láthatjuk egyre gyakrabban, mint például a felmelegedés következtében délről Európába bevándorló szúnyogok által terjesztett trópusi betegségek magyarországi megjelenése, vagy a vadállatokról emberre terjedő SARS-CoV-2 vírus okozta világjárvány. A hazai lakosság egészségének javítására irányuló tevékenységek tervezésekor és megvalósításakor nem hagyható figyelmen kívül az ember és környezete közötti interakció.

Információk a szerzőről:

Vitrai József, független népegészségügyi szakértő, vitrai.jozsef@gmail.com

Cikkismertetés: Okoznak az egészségyenlőtlenségek biológiai elváltozásokat?

Article review: Do health inequalities cause biological embodiment?

Ismertető:	Vitrai József
Ismertetett cikk:	Vineis P., Delpierre C., Castagné R., Fiorito G., McCroy C., Kivimaki M., Stringhini S., Carmeli C. & Kelly-Irving M. (2020). Health inequalities: Embodied evidence across biological layers. <i>Social Science & Medicine</i> , 246:112781. doi: 10.1016/j.socsci-med.2019.112781
Kulcsszavak:	egészségyenlőtlenségek; biológiai elváltozás; kockázati tényezők
Keywords:	health inequalities; biological embodiment; risk factors

Beküldve: 2021. 06. 13., doi: [10.24365/ef.v62i3.6586](https://doi.org/10.24365/ef.v62i3.6586)

HÁTTÉR

A legfontosabb nem fertőző betegségek és kockázati tényezők (például az elhízás, a magas vérnyomás, a cukorbetegség, a dohányzás, a mozgásszegény életmód, az egészségtelen táplálkozás és a túlzott alkoholfogyasztás) tekintetében a társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek jól dokumentáltak. Egy kulcsfontosságú kutatási kérdés azonban megválaszolatlan maradt: vajon létezik-e olyan, az emberi szervezetben kimutatható további biológiai elváltozás, ami az egészségyenlőtlenségek hátterében álló társadalmi-gazdasági körülményektől és a már említett kockázati tényezőktől független? Mivel az élethosszig tartó társadalmi-gazdasági körülmények véletlenszerűen nem befolyásolhatók, az egyik út a bizonyítékok különböző biológiai szintjeinek vizsgálata, beleértve a molekuláris változásokat is.

MÓDSZER

Ebben a módszertani tanulmányban a szerzők beszámolnak a hátrányos társadalmi-gazdasági helyzet, valamint a) az egészség hosszú távú

változásaival, a kockázati tényezők figyelembevételével és a nélkül; b) a betegségekre való fogékonyságot növelő biológiai közvetítő tényezőkkel, mint például a gyermekkori elhízással; c) a köztes, vérben kimutatható biomarkerekkel¹ és omikai² mérésekkel (transzkriptomika, DNS-metiláció, gyulladásos fehérjék, allosztatikus terhelés³); és d) az immunitással való összefüggéseiről. A szerzők *Lifepath* konzorciumában ezeket az elemzéseket számos kohorszvizsgálatban — országban, kontextusban, valamint az életút különböző szakaszaiban — mintegy 1,7 millió alanyon végezték el. A fő cél azon feltételezés tesztelése volt, hogy az egyes biológiai szinteket (halál, funkcionális kimenetek, DNS, RNS, fehérjék, fertőzések) különböző típusú torzítások és zavaró tényezők jellemzik, és hogy a különböző biológiai szinteken talált hasonló eredmények megerősítik az ok-okozati összefüggések értékelését.

EREDMÉNYEK

Az eredmények a társadalmi egyenlőtlenségek és a kedvezőtlen egészségi kimenetek következetes összefüggéseit mutatják, amelyek a

¹ A biomarkerek olyan vérből vagy vizeletből kinyert sejt- vagy molekuláris összetevők, amelyek az egészségi állapotnak vagy a szervezet működésének megfelelőségét jelzik. Szokásosan mért biomarker a koleszterin- vagy a vércukorszint.

² Az omika olyan tudományág, ami a szervezet vagy a sejtek struktúráját, funkcióját és a sejtek változásában szerepet játszó biomolekulák mennyiségi jellemzését végzi. Ilyenek pl. az öröklődést vizsgáló genomika, a fehérjék funkcióját vizsgáló proteomika.

³ A hosszabb ideig fennálló testi-lelki terhelés, másképpen krónikus stressz hatására kialakuló biológiai elváltozások.

gyulladásos biomarkerekre, a DNS- vagy RNS-alapú markerekre, a fertőzésekre, a funkcionális mutatókra és a halálózásra terjednek ki. Bár az egyes összefüggések mindegyikéhez más-más zavaró tényezők tartoznak, a dózis-válasz kapcsolat mégis következetesen megfigyelhető, ami a többszintű megközelítés erejét mutatja.

KÖVETKEZTETÉSEK

Ez az új bizonyíték a társadalmi hátrány biológiai elváltozásokban történő megjelenését támasztja alá, a betegségek ismert, főként viselkedéses kockázati tényezőinek hatása mellett.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Az ismert cikk felhívja a figyelmet arra, hogy a hátrányos társadalmi-gazdasági helyzet, akár csak a krónikus stressz, biológiai elváltozások formájában „nyomot hagy” a szervezetben. Emiatt ezek az egyének fogékonyabbak és egyúttal kevésbé ellenállóak lesznek a betegségekkel szemben. A fenti elváltozások részben a viselkedési kockázatok hatását közvetítik, részben azoktól függetlenek. Ezért az egészségügyenlőtlenségek elemzésekor nem elegendő a viselkedési kockázatokra történő korrigálás, a „rejtett” biológiai elváltozásokat biomarkerek elemzésbe történő bevonásával lehet kimutatni. Másik fontos tanulság, hogy csupán a viselkedési kockázatok szűrésével az egészségi állapotról nem lehet megbízható információhoz jutni, mivel a korábbi, az egészségi állapotot rontó hatások okozta biológiai elváltozások csak a biomarker-vizsgálatokkal kimutathatók.

Információk a szerzőről:

Vitrai József, független népegészségügyi szakértő, vitrai.jozsef@gmail.com

Cikkismertetés: Mik az egészségügy teendői az Egyesült Királyságban?

Article review: What to do for the United Kingdom's health system?

Ismerető:	Vitrai József
Ismertett cikk:	McKee, M., Dunnell, K., Anderson, M., Brayne, C., Charlesworth, A., Johnston-Webber, C., Knapp, M., McGuire, A., Newton, J. N., Taylor, D., & Watt, R. G. (2021). The changing health needs of the UK population. <i>Lancet (London, England)</i> , S0140-6736(21)00229-4. Advance online publication. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00229-4
Kulcsszavak:	lakosság egészsége; egészségpolitika; Covid-19 járvány
Keywords:	population health; health policy; COVID-19 pandemic

Beküldve: 2021. 05. 22., doi: [10.24365/ef.v62i3.6130](https://doi.org/10.24365/ef.v62i3.6130)

Ez az egészségpolitikai dokumentum részletesen áttekintette az Egyesült Királyság (*United Kingdom, UK*) lakosságának jelenlegi egészségi állapotát és a változó egészségügyi szükségleteket, valamint megvizsgálta, hogy milyen jövőbeli kihívások azonosíthatók. Ezekből a megfontolásokból, valamint a tanulmányban idézett 120 szakcikk, -dokumentum alapján a neves szerzők több következtetést fogalmaztak meg.

Először is, a várható élettartam jelentős javulása ellenére számos fizikai és mentális egészségügyi mutató elmaradást mutat más magas jövedelmű országokhoz képest. Ezt a kedvezőtlen állapotot az okozza, hogy minden korosztályban, de különösen gyermekkorban és időskorban a lakosság körében magas a megelőzhető megbetegedések aránya, melyek igazságtalanul oszlanak meg a társadalomban. Mivel a UK-ban viszonylag magas a Covid-19-nek tulajdonítható többlethalalozási arány, a várható élettartamban a UK és más fejlett országok közötti különbség valószínűleg növekedni fog.

Másodszor, a jövőben a munkaképes lakosság számának csökkenésére kell számítani, különösen, ha a jelenlegi bevándorlási politika folytatódik, és jelentősen nő a komplex multimorbiditással élők száma. Ez a fejlődési pálya a szükségletek és a kielégítésükre szolgáló kapacitás közötti eltérést fog eredményezni, mind a munkaerő rendelkezésre állása, mind a fenntartható finanszírozás gazdasági alapjának biztosítása révén. E problémák kezelése érdekében nagyobb hangsúlyt kell fektetni a megelőzésre és az egészség-

fejlesztésre, amely több ágazatot átfogó megközelítéssel kezeli a rossz egészségi állapot társadalmi, politikai és kereskedelmi okait. Kifejezetten foglalkozni kell azzal a döntő szereppel, amelyet az Országos Egészségügyi Szolgálat (*National Health Service, NHS*) játszhat azáltal, hogy egészségbarát munkáltatóként példát mutat, csökkenti a krónikus betegségek kockázati tényezőit, elősegíti az egészséges öregedést, erősíti a bizalmat és támogatja a társadalmi szerepvállalást. Az NHS azonban egyre inkább olyan környezetben működik, amelyben más ágazatok — kiemelten a szociális ellátás — támogató szerepe csökken az általános megszorítások következtében.

Végezetül számos olyan közvetlen fenyegetés van, amely hatással van a lakosság egészségére és a szolgáltatásnyújtásra. Kulcsfontosságú, hogy a UK-nak stratégiát kell kidolgoznia a Covid-19 világgjárvány szélesebb körű és hosszú távú egészségügyi következményeinek enyhítésére. Ezenkívül a UK-nak az Európai Unióból való kilépése, a növekvő antimikrobiális rezisztencia és a fokozódó éghajlatváltozás mind olyan nagy kihívások, amelyek jelentős következményekkel járnak az NHS-re nézve. Más előre nem látható kockázatok, mint például a gazdasági visszaesés vagy egyéb társadalmi krízis hatással lennének az NHS-re, de ezekre nehéz előre tervezni. Ehelyett a hangsúlyt egy rugalmas és megelőzősközpontú egészségügyi szolgáltatás kiépítésére kell helyezni, hogy az NHS jobban felkészült legyen a jövőbeli kihívásokra.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Érdemes lenne a vezető magyar népegészségügyi szakembereknek is egy hasonló „számvetést” végezniük, és mielőbb következtetéseket levonni a lakosság egészségének elemzése, valamint a Covid-19 járvány tapasztalatainak értékelése alapján. Minden valószínűség szerint a hazai szakértők is olyan következtetésekre juthatnak, hogy „nagyobb hangsúlyt kell fektetni a megelőzésre és az egészségfejlesztésre, amely több ágazatot átfogó megközelítéssel kezeli a rossz egészségi állapot társadalmi, politikai és kereskedelmi okait”.

Információk a szerzőről:

Vitrai József, független népegészségügyi szakértő, vitrai.jozsef@gmail.com

Cikkismertetés: Az ultrafeldolgozott élelmiszerek fogyasztása és a szív-érrendszeri halálozás kapcsolata

Article review: The association between consumption of ultra-processed foods and cardiovascular mortality

Ismerető:	Devosa Iván
Ismeretett cikk:	Zhong, G. C., Gu, H. T., Peng, Y., Wang, K., Hu, T. Y., Jing, F. C., & Hao, F. B. (2021). Association of ultra-processed food consumption with cardiovascular mortality in the US population: long-term results from a large prospective multicenter study. <i>International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity</i> , 18(1), 1-14. https://doi.org/10.1186/s12966-021-01081-3
Kulcsszavak:	ultrafeldolgozott élelmiszerek; szív-érrendszeri mortalitás; hosszú távú eredmények; multicentrikus vizsgálat
Keywords:	ultra-processed food; cardiovascular mortality; long-term results; multicenter study

Beküldve: 2021. 05. 09., doi: [10.24365/ef.v62i3.5995](https://doi.org/10.24365/ef.v62i3.5995)

HÁTTÉR

Az ultrafeldolgozott élelmiszerek¹ mára meghatározóvá váltak a globális élelmiszerrendszerben. Továbbra is ellentmondásos, hogy fogyasztásuk összefüggésben van-e a szív-érrendszeri halálozással, ráadásul az Amerikai Egyesült Államok lakosságát célzó vizsgálatokban kevés adat található az ultrafeldolgozott élelmiszerekről és a fogyasztásukhoz köthető szív- és érrendszeri megbetegedésekről. Jelen tanulmány célja, hogy megvizsgálja az ultrafeldolgozott élelmiszerek fogyasztása és a szív-érrendszeri halálozás közötti összefüggést az Egyesült Államok lakosságának körében.

MÓDSZER

A prosztata-, tüdő-, vastagbél- és petefészekrák-szűrés vizsgálatból (PLCO - Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial), mely 1991 és 2001 között zajlott, 55–74 éves 91 891 fő résztvevőből kohorszt hoztak létre. Az érendi adatokat egy validált, 137 tételes

élelmiszerfogyasztás-gyakorisági kérdőív segítségével gyűjtötték, amelyben az ultrafeldolgozott élelmiszereket a NOVA-osztályozás szerint határozták meg. Cox-regressziót használtak a szív-érrendszeri halálozás kockázati arányainak (HR) és 95%-os konfidenciaintervallumainak (CI) kiszámítására, emellett alcsoportelemzéseket végeztek a lehetséges hatásmódosítók azonosítására.

EREDMÉNYEK

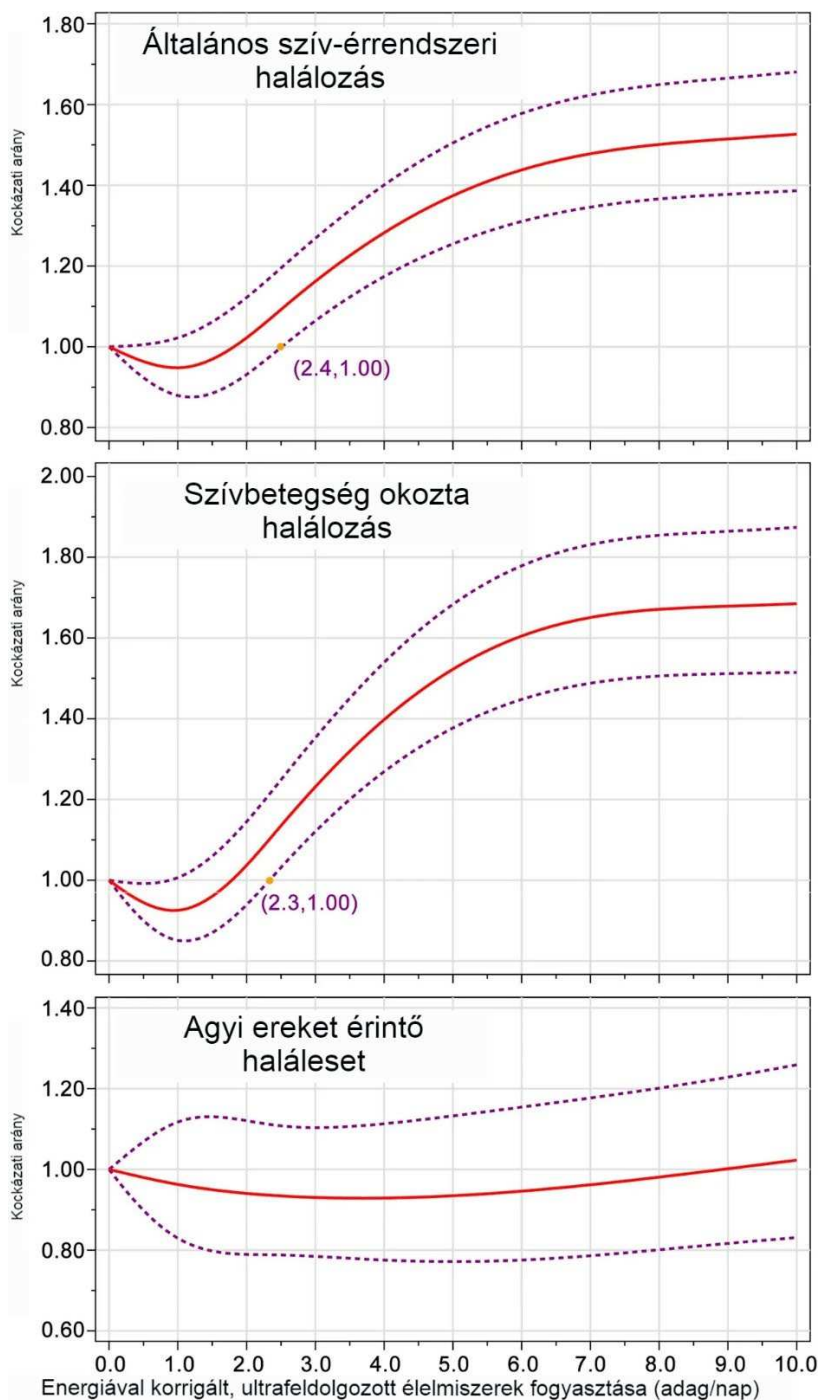
A 13,5 éves átlagos követési idő után 5 490 szív- és érrendszeri halálesetet dokumentáltak, köztük 3 985 szívbetegségben és 1 126 agyi ereket érintő betegségben bekövetkezett halálesetet. A teljesen kiigazított modellben az ultrafeldolgozott élelmiszerek fogyasztásának legmagasabb és legalacsonyabb ötödébe (kvintilisébe) tartozó résztvevőknél magasabb volt a szív- és érrendszeri betegségek és a szívbetegségek okozta halálozás kockázata, de nem volt magasabb az agyi ereket érintő betegségek rizikója. Nemlineáris dózis-válasz mintázatot figyeltek meg a

¹ Az ultra-feldolgozott élelmiszerek többnyire vagy teljes egészében adalékanyagokból és élelmiszerekből származó anyagokból készülnek. Általában fogyasztásra készek, rendkívül kedvező árúak, ízletesek és energiasűrűek, intenzíven forgalmazzák, és vonzó módon csomagolják őket. Az ultrafeldolgozott élelmiszerek mára dominánssá váltak a globális élelmiszerrendszerben. Az Egyesült Államokban az ultra-feldolgozott élelmiszerekből származó energia aránya elérte az 58,5%-ot a 2007–2012 közötti időszakban.

teljes szív-érrendszeri és szívbetegség okozta halálozás tekintetében, és küszöbhatást is megfigyeltek 2,4 adag/nap, illetve 2,3 adag/nap ultrafeldolgozott élelmiszer-fogyasztásnál; a küszöbértékek alatt nem volt szignifikáns össze-

függés a két kimenetel tekintetében. [1. ábra] Az az alcsoportelemzések azt mutatták, hogy az ultrafeldolgozott élelmiszerek okozta megnövekedett halálozási kockázat szignifikánsan magasabb volt a nőknél, mint a férfiaknál.

1. ábra: Nemlineáris dózis-válasz elemzések az energiával korrigált, ultrafeldolgozott élelmiszerek fogyasztásáról és a szív- és érrendszeri halálozásról a teljes vizsgált populációban



A referenciaszintet 0 adag/napban határozták meg. A piros folytonos vonal a nemlineáris trend, a lila szaggatott vonal pedig a megfelelő, 95%-os konfidenciaintervallumot jelöli.

Forrás: saját szerkesztés az eredeti alapján

KÖVETKEZTETÉSEK

Az ultrafeldolgozott élelmiszerek túlzott fogyasztása a szív- és érrendszeri, valamint a szívbetegség okozta halálozás megnövekedett kockázatával jár. Ezek a káros hatások a nők esetében kifejezettebbek lehetnek. A bemutatott eredményeket más populációkban és környezetben is meg kell ismételni: amennyiben azok megerősítik a korábbiakat, úgy a globális

élelmiszerrendszerben az ultrafeldolgozott élelmiszerek fogyasztásának korlátozása alkalmazható és eredményes stratégia lehetne a szív-érrendszeri betegségek globális terheinek csökkentésére, ellensúlyozva az ultrafeldolgozott élelmiszerek növekvő dominanciáját. A jövőbeli tanulmányoknak fel kell tárniuk a háttérmechanizmusokat, emellett részleteiben meg kell vizsgálniuk a nemek közötti különbségeket a megfigyelt összefüggésekben.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A probléma hazánkban is kiemelt jelentőségű: a fenti adatok alapján a sokat kritizált NETA, azaz „chipsadó” emelése is akár észszerű lépés lehet, hiszen az egészség fontosságának meg kell előznie a gazdasági érdekeket. Természetesen ez komoly ellenállást fog kiváltani első reakcióként. Azonban, ha a NETA emelésével párhuzamosan a fogyasztók megismerik, hogy az ultrafeldolgozott és cukrozott élelmiszerek milyen komoly veszélyt jelentenek az egészségi állapotukra, van esély a fogyasztói szokások változására hazánkban is. Mindemellett társadalmi szempontból is számottevő pozitív változást hozna az egészségügyi kassza jelentősen csökkenő kiadása, az egészséges életévekben eltöltött hosszabb időszak, melynek a szükséges prevenció lépéseihez a NETA emelése további forrásokat biztosíthatna.

Információk a szerzőről:

Devosa Iván, Károli Gáspár Református Egyetem Tanítóképző Főiskolai Kar, Kecskemét, ivan@devosa.hu

Cikkismertetés: Hogyan változott az elhízás megjelenítése az Egyesült Királyság sajtójában 2008 és 2017 között?

Article review: How did the frame of obesity in the press of the United Kingdom change between 2008 and 2017?

Ismertető:	Mezővári Kata
Ismertetett cikk:	Baker, P., Brookes, G., Atanasova, D., Flint, S. W. (2020). Changing frames of obesity in the UK press 2008–2017. <i>Social Science & Medicine</i> , 264, p. 113403. doi: 10.1016/j.socscimed.2020.113403
Kulcsszavak:	elhízás; sajtó; narratíva; stigmatizáció
Keywords:	obesity; media; framing; stigma

Beküldve: 2021. 07. 01., doi: [10.24365/ef.v62i3.6664](https://doi.org/10.24365/ef.v62i3.6664)

BEVEZETÉS

Az elhízás mindig is sokat tárgyalt téma volt az Egyesült Királyság sajtójában, az elmúlt években az ezzel kapcsolatos jelentések száma a kétszeresére nőtt. Az, hogy a média milyen szavakkal ír le, milyen narratívába foglal egy-egy témát, nagyban befolyásolja a társadalom hozzáállását. A tanulmány a 2008-tól 2017-ig terjedő tízéves periódusban íródott cikkek alapján vizsgálja azt, hogy az Egyesült Királyságban a média milyen narratívát használ az elhízás leírásakor és ez miként változott az évek során.

ELMÉLETI HÁTTER

A sajtónak az Egyesült Királyságban is jelentős szerepe van a társadalom véleményformálásában társadalmi, politikai és kulturális kérdésekben. A tudományos, illetve egészségügyi problémák tárgyalásánál különösen nagy szerepe van annak, hogy az adott témát milyen kontextusba helyezi a szerző, mivel a tömegeket elérve egyfajta edukáció is történik ezáltal. A brit sajtó az elhízás kialakulásáért különböző tényezőket tesz felelőssé attól függően, hogy milyen szavakat használ, azaz milyen narratívával írja le azt. A tanulmányban arra derült fény, hogy miként változott az elhízás leírása a tízéves periódus alatt.

Meglévő kutatások a médiában három fő narratívát azonosítottak: egyéni életmód, biomedikális és társadalmi. Az eddigi tanulmányok alapján legtöbbször az egyéni életmód narratívát használták az elhízás leírása során. Ez azt jelenti, hogy az egyént tekintették felelősnek az elhízásért, valamint a fizikai aktivitás hiányát és a helytelen táplálkozást helyezték középpontba. Ez az álláspont nem ösztönzi a politikai vezetést és a nagyvállalatokat arra, hogy felelősséget vállaljanak, elismerjék, hogy az elhízás az egyén viselkedésén túlmutató egészségügyi probléma is lehet. Ez a narratíva az érintettek stigmatizációjához vezet és rontja társadalmi megítélésüket.

Az elhízás médiában történő másik megjelentési módja a biomedikális narratíva. Az elhízást biológiai vagy genetikai rendellenességként mutatja be, amelyet leginkább orvosi vagy tudományos eszközökkel lehet megoldani. Ez a szemléletmód kevésbé tűnik stigmatizálónak, hiszen az elhízás okaként nem az önkontroll hiányát említi. A legújabb kutatások során ezzel kapcsolatban mégis azt találták, hogy a biológiai narratívát népszerűsítő cikkek sem mentesek a megbélyegzéstől, hiszen az orvosi kezelések hatástalanságát az egyén kitartásának hiányára vezetik vissza.

A harmadik, sajtóban megjelenő narratívában a társadalmi felelősség kérdése is megfogalmazódott, kiemelve a politikai vezetés, az ipar és az oktatás szerepét az elhízást előidéző környezetben. Az elhízásnak ez a megközelítése enyhíti a többi narratívában felmerülő megbélyegzés egy részét, mert az egyének ebben van a legkisebb szerepe.

Az elhízás narratíváját és reprezentációját korábban is vizsgálták, azonban jelen tanulmány igyekszik az eddigi eredményeket több szempontból kibővíteni. Míg a korábbi tanulmányok főként tartalmi szempontból vizsgálták a sajtót, jelen tanulmány az első, amely nyelvészeti technikákat alkalmaz az elhízás reprezentációjának longitudinális elemzésében. Úgy közöl eredményeket arról, hogy a sajtó narratívája hogyan változott az évek során, hogy nem csak a tartalomra, hanem a kifejezési módra is összpontosít.

MÓDSZER

Az elemzést egy célzottan összeállított cikkgyűjteményen végezték, mely azokat a közleményeket foglalta össze, melyek a 2008 és 2017 közötti 10 éves időszakban az Egyesült Királyság sajtójában jelentek meg és tartalmazták az „elhízott” vagy „elhízás” kifejezéseket. Tizenegy világszerte ismert lapból — mint a The Times, a The Guardian vagy a The Telegraph — gyűjtöttek össze cikket, egy olyan online hírchivek segítségével, amely az újságok online és nyomtatott változatait egyaránt tartalmazta.

Az elemzés első fázisában a cikkgyűjteményt 10 kisebb alcsoportra osztották, amelyek mindegyike egy-egy év sajtóanyagát tartalmazta, így ezek időben elkülöníthetővé és egymással összehasonlíthatóvá váltak. Ebből egyértelműen kiderült, hogy 2017-ben sokkal több szó esett az elhízásról, mint 2008-ban. Mivel a kutatók főként arra voltak kíváncsiak, hogy miként változott az elhízás ábrázolása az évek alatt, ezért 745 individuális kulcsszót gyűjtöttek ki, melyeket jelentésük szerint 27 fő kategóriába soroltak. A legtöbb kategória az elhízás már korábban vizsgált narratíváiba volt sorolható: egyéni életmód, biomedikális és társadalmi.

EREDMÉNYEK

Az összes kategória évenkénti említésének számszerű ábrázolásának segítségével trendvonalak rajzolódtak ki. Tizenhat kategória trendvonala emelkedést mutatott, ezek említése gyakoribb lett, mint például „egészség”, „életmód”, „okok”, „segítség”. Tizenegy kategória trendvonala csökkenő tendenciát mutatott, gyakorisága csökkent, például „politika”, „oktatás”, „sport”, „gyermek”.

A változások közül kiemelhető az elhízás fokozott problematizálása, betegségekkel hozták összefüggésbe, valamint az egészségügyi ellátásra gyakorolt hatása is gyakrabban került szóba. A tudományos narratíva gyakorisága is egyre inkább növekedett. Azzal kapcsolatban is egyre több vita folyik, hogyan lehet az egyéneket fogyásukban segíteni. A legnagyobb változás az, hogy egyre nagyobb hangsúlyt kap az étrend, az egyének által elfogyasztott ételek típusa és mennyisége, valamint az előbbieket és az elhízás közötti összefüggések, valamint a személyes választással, életmóddal kapcsolatos egyéb tényezők.

Továbbá az élelmiszeripar szerepének megvitatása az idők során egyre kevesebb teret kapott a médiában, az egyéb gazdasági és társadalmi tényezők, például a szegénység és az egyenlőtlenségek szintén. Az elhízást kevesebbet tárgyalták politikai témaként, ami arra enged következtetni, hogy a vizsgált időszakban a sajtó a kormányzati politikát kevésbé tartja fontosnak, mint korábban. A gyermekkori elhízás szintén kevésbé került a közlemények középpontjába, csakúgy, mint az iskolák és a tanárok szerepe az elhízás prevenciójában.

Ezek az eredmények bizonyos szempontból az elhízás körüli egyéni életmód narratíva növekedésére utalnak, különösen az „életmód” és az „élelmiszer” kategóriákba tartozó cikkek számának növekedésével. Az olyan kategóriákba tartozó cikkek száma, mint a „biológia”, „betegség”, „egészségügy” és „kutatás”, idővel növekedtek, ami azt jelzi, hogy egyre nagyobb az érdeklődés a biomedikális narratíva iránt, amely ellentétes az egyéni életmód narratívával. Mindkét narratíva

együttes növekedése azt sugallja, hogy a sajtó idővel az elhízás okait inkább az egyén, mintsem a társadalom felelősségének tulajdonítja. Ezt az elméletet támasztja alá, a „politika”, az „üzlet” és a „társadalom” témakörök csökkenő tendenciája is.

KÖVETKEZTETÉS

Az eredményekből azt látjuk, hogy a vizsgált időszakban az Egyesült Királyság médiája ellentmondásos képet festett az elhízásról: egyre inkább problémának tekintették, mind az egyén, mind az egészségügy szempontjából. A kétféle megközelítés (az elhízás biomedikális probléma, illetve kialakulásának oka személyes felelősség) ábrázolásában közös, hogy a problémát az egyénen belülre helyezik. Az elhízás okainak és megoldásának középpontjában sokkal inkább az egyén akarata és cselekedetei állnak, mint az olyan intézményeké, mint a politikai vezetés, vagy az élelmiszeripar. Ezek az egymást kiegészítő mintázatok egy szélesebb körű neoliberalis

jelenség részeinek tekinthetők, amely jelenleg az Egyesült Királyságban a társadalmi élet szinte minden aspektusát irányítja, az egészségügyet érintő kérdéseket is.

A vizsgált időszakban az Egyesült Királyságban a 16 év feletti, túlsúlyos vagy elhízott egyének aránya 61%-ról 64,3%-ra nőtt. Ez arra enged következtetni, hogy az elhízás okairól az Egyesült Királyság sajtójában ebben az időszakban folytatott fokozott vita nem sok hatással volt a probléma megoldására.

Ez rávilágít arra, hogy az elhízással kapcsolatos tudományos bizonyítékok, valamint a média ábrázolása nincs összhangban. A sajtó és a tudomány összehangolása — mivel a média tömeget képes elérni — hozzájárulhatna az elhízással kapcsolatos közvélemény formálásához, az elhízás összetett okainak megértéséhez. Ez segíthet a testsúllyal kapcsolatos stigmák és diszkrimináció csökkentéséhez a társadalomban, ahol jelenleg a leegyszerűsítő, hibáztatáshoz vezető attitűd jellemző.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A médián keresztül szakmailag hiteles egészségügyi edukációra Magyarországon is nagy szükség lenne. Különösen igaz ez az elhízással kapcsolatban. Az elhízásról alkotott társadalmi vélekedés megváltoztatásáért hazánkban az egészségügyi szakemberek is sokat tehetnek, elsősorban úgy, hogy empátiával fordulnak az érintettek felé, akik nagy számban veszik igénybe az egészségügyi szolgáltatókat, nem feltétlenül testsúlyukkal kapcsolatban. Az a tudományos tény, hogy az elhízás komplex kezelést igénylő krónikus betegség, jelenleg még nem terjedt el kellőképpen, pedig ez lenne az alapja annak, hogy az érintett betegek stigmatizáció nélkül, megfelelő kezelésben részesüljenek. Hasonló felmérés tudomásunk szerint Magyarországon még nem készült, pedig nagy szükség lenne rá. Egy hasonló felmérés segíthetne jobban megértenünk, hová kell munkánk során nagyobb hangsúlyt fektetni annak érdekében, hogy az egyéni felelősségén túl a társadalmi felelősségvállalás is arra a szintre emelkedjen, amivel sikeresen tehetünk az elhízás további járványszerű terjedése ellen.

Információk a szerzőről:

Mezővári Kata, Trantor '99 Bt. Anyagcsere Centrum, Csepel, mezovari.k@gmail.com

Cikkismertetés: Az észak-karolinai Egészséges Élelmiszer-kiskereskedelmi Program étrendi hatásai az "élelmiszersivatagokban" élőkre

Article review: The dietary impact of the North Carolina Healthy Food Small Retailer Program on people live in food deserts

Ismerető:	Patay Panna Réka
Ismeretett cikk:	Jilcott Pitts, S. B., Wu, Q., Truesdale, K. P., et al. (2021). A four-year observational study to examine the dietary impact of the North Carolina Healthy Food Small Retailer Program, 2017–2020. <i>International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity</i> , 18(44) https://doi.org/10.1186/s12966-021-01109-8
Kulcsszavak:	egészséges kiskereskedés; élelmiszerkörnyezet; egészségügyi politika; élelmiszer-sivatag, gyümölcsök és zöldségek
Keywords:	healthy corner stores; food environment; health policy; food desert; fruits and vegetables

Beküldve: 2021. 07. 02., doi: [10.24365/ef.v62i3.6747](https://doi.org/10.24365/ef.v62i3.6747)

HÁTTÉR

Az észak-karolinai Egészséges Élelmiszerkiskereskedelmi Programot (*Healthy Food Small Retailer Program*, továbbiakban, HFSRP) 250 000 dolláros éves költségvetéssel iktatták törvénybe, amely legfeljebb 25 000 dollár támogatást biztosított a kritériumoknak megfelelő kisboltok részére egészséges ételek és italok (továbbiakban egészséges élelmiszerek) tárolására alkalmas eszközbeszerzésre. A bemutatott cikk egy olyan megfigyeléses természetes kísérletet ismertet, amely dokumentálja a HFSRP hatását a boltok élelmiszerkínálatára, illetve a vevők vásárlási szokásaira és étrendjére.

MÓDSZER

A szerzők megvizsgálták a HFSRP-ben részt vevő és a kontroll boltok közötti különbségeket keresztmetszeti, a kisboltokban vásárlók által alkotott mintákból, bolti megfigyelések és helyszíni felmérések (1 261 vásárló, 22 boltban, 2017–2020 között, 499 vásárló a HFSRP boltban és 762 vásárló a kontroll boltokban) összevetésével,

az alábbiakra való tekintettel: 1) az egészséges élelmiszerek bolti elérhetősége, minősége és ára, 2) „táska-ellenőrzés”: a vásárolt ételek és italok egészségessége és 3) a vásárlók önbevalláson alapuló és objektíven (Veggie Meter[®]-rel) mért étkezési szokásainak változása. Az észlelt különbségeket (HFSRP vs. kontroll boltok) a bolt Egészséges Élelmiszer Ellátottsága (*Health Food Supply*) és az Egészséges Étkezés Index-2010 (*Healthy Eating Index-2010*) pontszám tekintetében ismételt varianciaanalízissel értékelték. Az intervenció étrendre gyakorolt hatását „különbségek különbsége” módszerrel mérték, beleértve a becsült részvételi valószínűséget is.

EREDMÉNYEK

Javulás volt tapasztalható az egészséges élelmiszerek boltszintű kínálatában a program indulása utáni első 12 hónapban a HFSRP-ban részt vevő boltok esetében, míg a kontroll boltokban nem. A programban részt vevő boltokban 2017 és 2019 között nőtt az egészséges élelmiszerek elérhetőségét, minőségét és árát értékelő pontszám, míg a kontrollboltokban csökkent. Az

¹ Jilcott Pitts, S., Jahns, L., Wu, Q., Moran, N., Bell, R., Truesdale, K., & Laska, M. (2018). A non-invasive assessment of skin carotenoid status through reflection spectroscopy is a feasible, reliable and potentially valid measure of fruit and vegetable consumption in a diverse community sample. *Public Health Nutrition*, 21(9), 1664–1670. doi:10.1017/S136898001700430X

önbevalláson alapuló gyümölcs- és zöldségfogyasztás (adag/nap) a statisztikai szignifikancia határán változott, de a várthoz képest ellenkező irányba, azaz a kontroll boltokban nagyobb mértékben nőtt, mint a programban részt vevő boltok vásárlóinál. A Veggie Meter®-rel mért gyümölcs- és zöldségfogyasztásban nem volt szignifikáns különbség a programban részt vevő és a kontroll boltokban vásárlók között.

A HFSRP tartósan nem javított a vásárlási és étkezési szokásokon, ennek oka lehet a program időtartama; a részt vevő boltok vártnál kisebb száma; az egészséges élelmiszerek beszerzésének és tárolásának nehézsége a kereskedések számára; valamint a fogyasztók oktatásának és tájékoztatásának elmaradása. A tanulmány erőssége, hogy nagy és változatos mintát használt és objektív mérésekkel is vizsgálta a fogyasztók vásárlását, illetve a gyümölcs- és zöldségfogyasztását az önbevalláson kívül. Vizsgálta az élelmiszervivatagokⁱⁱ lakosságának viselkedését is, ugyanakkor gyengesége, hogy a vizsgált csoportok eltértek összetételben és viselkedésben is.

KÖVETKEZTETÉSEK

Bár a HFSRP jó lépéseket tesz az egészséges élelmiszerek elérhetőségéért a rosszul ellátott területeken, egyéb faktorokra nem kínált megoldást: a vásárlók oktatása, az árazás ösztönzése, hirdetés, elhelyezés és az egészségesebb élelmiszerek elosztása a kisboltokban. A program jövőbeli ismétlése esetén több figyelmet kell fordítani a tágabb összefüggésekre és a bizonyítékokon alapuló megközelítésekre, hogy népszerűsítsék az egészségesebb élelmiszerek fogyasztását, beleértve a további technikai segítséget a kiskereskedőknek és a vásárlók ösztönzését. Maga a program alulfinanszírozott volt a végrehajtó és az értékelő személyzet tekintetében. Ezek mellett a pénzügyileg nyereséges modellek és ellátási láncok megalkotása is kritikus a hasonló kezdeményezések sikerének szempontjából.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Hazánkban is vizsgálendő lehet a kistérségek, leszakadó térségek kisboltjainak választéka, az általuk forgalmazott egészséges élelmiszerek köre és annak bővítési lehetőségei, de fontos tanulság az HFSR program eredményeiből, hogy nem elég csupán a kisboltok technológiai fejlesztésére összpontosítani. Komplex szemléletmód nélkül, amely a teljesség igénye nélkül magába foglalja a fenntarthatóságot is figyelembe vevő beszerzést, a megfelelő árazási modellt és ellátási láncot, illetve a fogyasztók oktatását és ösztönzését is, kétséges az effajta kezdeményezések sikere. Ezen kívül meggondolandó az élelmiszervivatagokra jellemző alacsonyabb jövedelmekhez igazított, szakemberek által kialakított egészséges élelmiszerek körének meghatározása. Vizsgálható továbbá, milyen ösztönző módszerekkel lehet élelmiszer-nagykereskedéseket, áruházláncokat támogatni az élelmiszervivatagok jobb ellátása érdekében.

HIVATKOZÁSOK

Dutko, P., Ver Ploeg, M., Farrigan, T. (2012). *Characteristics and Influential Factors of Food Deserts*. Economic Research Report Number 140. https://www.ers.usda.gov/webdocs/publications/45014/30940_err140.pdf

Információk a szerzőről:

Patay Panna Réka, dietetikus, patay.panna@gmail.com

ⁱⁱ Az Amerikai Egyesült Államok Mezőgazdasági Minisztériuma (United States Department of Agriculture) szerint élelmiszervivatagnak tekinthetők azok a területek, ahol a lakosságnak korlátozott hozzáférése van az egészséges, megfizethető árú élelmiszerhez. Ezek a területek jellemzően az alacsonyabb jövedelmű népesség, illetve kevesebb és kisebb, a lakosság jelentős részétől nagy távolságra található élelmiszer-kiskereskedés (Dutko, Ver Ploeg és Farrigan, 2012).

Cikkismertetés: Hogyan változott a dohányzás és betegségterhe 1990 és 2019 között?

Article review: How has the burden of smoking and disease changed between 1990 and 2019?

Ismerető:	Vitrai József
Ismeretett cikk:	GBD 2019 Tobacco Collaborators (2021). Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable disease burden in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. <i>Lancet (London, England)</i> , S0140-6736(21)01169-7. Advance online publication. doi: 10.1016/S0140-6736(21)01169-7
Kulcsszavak:	dohányzás; halálozás; betegségteher; elvesztett egészséges életek
Keywords:	smoking; mortality; disease burden; disability-adjusted life-years

Beküldve: 2021. 06. 21., doi: [10.24365/ef.v62i3.6638](https://doi.org/10.24365/ef.v62i3.6638)

HÁTTÉR

A világszerte jelentkező dohányzási járvány felszámolása a globális egészségügy egyik meghatározó kihívása. A dohányzás visszaszorítására irányuló nemzeti és nemzetközi erőfeszítések irányításához időben és átfogó becslésekre van szükség a dohányhasználat elterjedtségére és a dohányzásnak tulajdonítható betegségterhekre vonatkozóan.

MÓDSZEREK

A szerzők a *Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study* keretében 1990 és 2019 között 204 országra és területre vonatkozóan becsülték meg a füstképzéssel járó dohányzás prevalenciáját és a dohányzásnak tulajdonítható betegségterhet kor és nem szerint. Több, dohányzással kapcsolatos mutatót modelleztek 3 625 országos reprezentatív felmérés adatai alapján. Elvégezték a szakirodalom szisztematikusan áttekintését és Bayes-féle metaregressziós eljárásokkal 36 ok-okozati összefüggésben álló egészségügyi kimenetelre vonatkozóan megbecsülték a jelenlegi és korábbi dohányosok nemlineáris dózis-válasz kockázati görbéit.

Közvetlen becslési megközelítést alkalmaztak a dohányzásnak tulajdonítható terhek becslésére, így a dohányzás egészségre gyakorolt hatásaira a korábbiaknál átfogóbb becslést tudtak adni.

EREDMÉNYEK

2019-ben globálisan 1,14 milliárd (95%-os megbízhatósági intervallum 1,13–1,16) személy volt a felméréskor dohányos, akik 7,41 billió (7,11–7,74) cigaretta-egyenértéknyi dohányt fogyasztottak. Bár a dohányzás előfordulása 1990 óta jelentősen csökkent mind a 15 éves és idősebb férfiak (27,5%-os [26,5–28,5] csökkenés), mind a nők (37,7%-os [35,4–39,9] csökkenés) körében, a népességnövekedés következtében a dohányosok összlétszáma jelentősen megnőtt az 1990-es 0,99 milliárról (0,98–1,00). Magyarországon a dohányzás gyakorisága nőknél 18,4%-kal (6,32%–29,4%) csökkent 1990 és 2019 között, míg férfiaknál a csökkenés mértéke 21,7% (15,6%–27,2%) volt.

Világszerte 2019-ben a dohányzás 7,69 millió (7,16–8,20) halálesetet okozott és 200 millió (185–214) elvesztett egészséges életévért volt felelős, és a férfiak körében a halálozás vezető kockázati tényezője volt (a férfiak halálozásának

20,2%-a [19,3–21,1]).¹ A dohányzás okozta 7,69 millió halálesetből 6,68 millió [86,9%] az aktív dohányosok körében következett be.

MEGBESZÉLÉS

Beavatkozás hiányában a dohányzásnak tulajdonítható évi 7,69 millió haláleset és 200 millió elvesztett egészséges életév száma a következő évtizedekben növekedni fog. A dohányzás

gyakoriságának csökkentése terén jelentős előrelépés figyelhető meg valamennyi régióban és a fejlődés minden szakaszában lévő országban, de a dohányzás visszaszorítása terén még mindig nagy különbségek tapasztalhatók. Az országok világos és sürgető feladata erős, bizonyítékokon alapuló szakpolitikák elfogadása annak érdekében, hogy felgyorsítsák a dohányzás elterjedtségének csökkentését, és polgárai számára jelentős egészségi előnyöket biztosítsanak.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Szakértői becslések igazolják, a dohányzás még ma is komoly terhet jelent a magyar társadalom számára. A dohányzás visszaszorítására hozott hazai jogszabályok és a néhány éve elindított leszokástámogatási programok, úgy látszik, nem kielégítőek: a 2019-ben elvégzett Európai Lakossági Egészségfelmérés adatai szerint 2014 óta nem csökkent a naponta dohányzók aránya Magyarországon. Nemzetközi tapasztalatok igazolják a levonható következtetést: csakis az elsődleges megelőzést célzó, sokféle, több szinten és összehangoltan megvalósított beavatkozások hozhatnak értékelhető eredményt.

A magyar lakosság dohányzása miatt igen jelentős gazdasági hátrányok is kimutathatók: a dohányzáshoz kapcsolódó közvetlen és közvetett kiadások 2010-ben meghaladták a 440 milliárd forintot (Bakacs és mtsai, 2012). A legfrissebb becslés szerint 2017-re a kiadások mintegy harmadával nőttek, és meghaladták a 652 milliárd forintot (Joó, Bakacs és Vitrai, 2020). A gazdaságot, az ország versenyképességét erősen megterhelő kiadások is alátámasztják, hogy a dohányzás visszaszorítása kiemelt népegészségügyi feladat.

HIVATKOZÁSOK

Bakacs M., Balku E., Bodrogi J., Demjén T., Joó T., Vámos M., Vitrai J. és Vokó Z. (2012). *A dohányzás társadalmi terhei Magyarországon. Kiemelt megállapítások. Budapest, Országos Egészségfejlesztési Intézet.* http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/dohanyzas_tarsadalmi_terhe_OEFI_2012_.pdf

Global Burden of Disease Collaborative Network. (2020) *Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Results.* Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>

Joó T., Bakacs M. és Vitrai J. (2020) *A dohányzás okozta betegségek társadalmi terhei Magyarországon.* [Még nem közzétett kézirat]. Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ.

Információk a szerzőről:

Vitrai József, független népegészségügyi szakértő, vitrai.jozsef@gmail.com

¹ 2019-ben Magyarországon a dohányzásnak tulajdonított halálozás becsült értéke 27 119 (22 530–32 431) fő volt, ami 100 ezer főre vetítve 328 haláleset jelentett. Az elvesztett egészséges életévek száma 100 ezer főre vetítve 7 454 (6287–8854) volt. 1990-hez képest a halálozás aránya mintegy 17%-kal, az elvesztett egészséges életévek aránya 23%-kal csökkent. A magyar férfiaknál a dohányzásnak tulajdonított halálozás az összes halálozás 27%-át tette ki, ami mindössze 3%-kal kisebb, mint 1990-ben volt (GBD, 2019).

Cikkismertetés: Az egészség kereskedelmi meghatározói

Article review: Commercial determinants of health

Ismerető:	Tarkó Klára
Ismeretett cikk:	Maani, N., Collin, J., Friel, S., B Gilmore, A., McCambridge, J., Robertson, L. and P Petticrew, M. (2020). Bringing the commercial determinants of health out of the shadows: a review of how the commercial determinants are represented in conceptual frameworks. <i>European Journal of Public Health</i> , Volume 30, Issue 4., pp. 660–664, doi: 10.1093/eurpub/ckz197
Kulcsszavak:	egészség társadalmi meghatározói; egészség kereskedelmi meghatározói; egészség egyenlőtlenségek
Keywords:	social determinants of health; commercial determinants of health; health inequalities

Beküldve: 2021. 07. 03., doi: [10.24365/ef.v62i3.6748](https://doi.org/10.24365/ef.v62i3.6748)

Az „egészséget meghatározó kereskedelmi tényezők” (*commercial determinants of health*, *CDOH*) meghatározás a dohány-, alkohol-, élelmiszer- és italgártóipar és hasonló vállalatok szerepét hangsúlyozza a nemfertőző betegségek kialakulásában. Ezek a tényezők mintha nem kapnának kellő hangsúlyt, amikor az egészséget meghatározó társadalmi tényezőkről van szó. Ez a gondolat indította a szerzőket arra, hogy megvizsgálják az egészséget meghatározó tényezőket magukba foglaló létező keretrendszereket, hogy azok tartalmazzák-e, és ha igen, milyen módon az egészséget meghatározó kereskedelmi tényezőket.

A szerzők a dokumentumelemzés módszerét alkalmazták. A „társadalmi meghatározók” és „keretrendszer” keresőparaméterek alkalmazásával a Medline-on 2000. január 1. és 2017. szeptember 6. között megjelent tudományos cikkek közül választottak ki 615 tanulmányt, majd pedig a Google Scholar és a kiszűrt tudományos cikkek irodalomjegyzékei alapján azonosítottak nem tudományos jellegű forrásokat (például szakpolitikai dokumentumokat) és 2000 előttről származó keretrendszereket. A kapott lista továbbá kiegészítésre került a szerzők által ismert további keretrendszereket tartalmazó dokumentumokkal. Az elemzendő mintha bekerült minden olyan dokumentum, amely a különféle meghatározók integrálását bemutató fogalmi keret grafikusán megjelenített ábráját vagy diagramját tartalmazta. Azokat a keret-

dokumentumokat választották ki, amelyek egyértelműen rögzítik a népesség egészségi állapota és/vagy az egészség terén mutatkozó egyenlőtlenségek és ezek vonatkozó tényezőinek (az egyénitől a társadalmiig) kapcsolatát.

A dokumentumokból a szerzők a társadalmi meghatározók 48 fogalmi keretrendszerét azonosították, melyek közül csak egyetlen egy tartalmazott egyértelműen kereskedelmi szereplőket, mégpedig az élelmiszeripar vonatkozásában és táblázatos formában megjelenítve. 10 olyan tanulmányt találtak, amelyben valamilyen formában szó esett a kereskedelmi meghatározókról, és 14 olyat, amely a vállalati befolyásra vagy a negatív hatásokra hozott példát. 12 tanulmány tárgyalta a magánszektor pozitív, egészségjavító szerepét, vagy szövegesen és/vagy ábra formájában.

A vizsgált keretrendszerek többségében csak kismértékben vagy egyáltalán nem ismerték fel a kereskedelmi szereplők egészségre gyakorolt hatásának, vagy abban játszott szerepének jelentőségét, inkább a tágabb értelemben vett strukturális meghatározókra fókuszáltak, olyan általános kifejezések használatával, mint a „gazdasági meghatározók”. Még azokban az esetekben is, amikor a gazdasági tevékenység és a kereskedelem szerepelt egy fogalmi ábrában, a hangsúly általában az általános makroökonómiai környezetre került, és nem arra, hogy az egyes kereskedelmi szereplők, például a transznacionális

vállalatok hogyan befolyásolhatják a kereskedelmi megállapodásokat, ösztönözhetik a fogyasztói keresletet, biztosíthatják a foglalkoztatást, alakíthatják a munkakörülményeket, alakíthatnak ki partnerséget az állami szektor vállalataival, nyújthatnak egészségügyi szolgáltatásokat vagy befolyásolhatják a szakpolitikát és a szabályozókat. Olyan keretrendszerek is akadtak, amelyek egyáltalán nem tartalmazták a gazdasági meghatározókat.

Néhány esetben, ha szerepeltek is kereskedelmi tényezők a szövegben indirekt módon, például a dohányzás vagy az alkoholfogyasztás említésével, ezek életmódbeli tényezőkként kerültek feltüntetésre, nem említve a fogyasztásukat ösztönző (hozzáférhetőség, ár, reklám) kereskedelmi szereplőket.

Bár a kereskedelmi tényezők általában nem jelennek meg a fogalmi ábrákban, 10 tanulmány esetében a szöveges leírás azonban hosszabban tárgyalja azokat. Például a jól ismert Dahlgren és Whitehead-féle szivárvány modell tárgyalja a globalizációt és a főbb pénzügyi szereplők befolyását, valamint konkrét hivatkozásokat közöl az egyenlőtlenségeket előidéző kereskedelmi meghatározók kapcsán. A kutatás alapján egyértelműen bebizonyosodott, hogy a kereskedelmi szereplők fontossága alábecsült, nem jelennek meg egyértelműen, vagy egyenesen hiányoznak

az egészség társadalmi meghatározóit leíró legtöbb jól ismert fogalmi keretrendszerből. Ez főként azoknak a keretrendszereknek az esetében a legszembetűnőbb, ahol a vállalati befolyás potenciálisan jelentős befolyással bírhat — például egy, a gyermekkori fogszuvasodás kapcsán kidolgozott keretrendszer esetében, amely nem tartalmazza a cukros termékek marketingjének szerepét. A kereskedelmi meghatározók láthatatlansága és kimaradása a keretrendszerekből azért jelent problémát, mert elkendőzi a kereskedelmi szektor felelősségét és hozzájárulását az egészséggyenlőtlenségekhez és a lakosság egészségkárosodásához, és más társadalmi meghatározókra tereli a figyelmet, aminek következtében a politikaalkotók, a gyakorló szakemberek és a kutatók figyelme nem a megfelelő tényezőkre fog irányulni.

A szerzők következtetése szerint a népegészségügynek minél előbb újra kellene gondolnia a társadalmi meghatározók meglévő keretrendszereit, nagyobb hangsúlyt fektetve az egészség kereskedelmi meghatározóira. Arra is szükség van, hogy a politikai döntéshozók megköveteljék, hogy a nagy befolyással bíró kereskedelmi szereplők felelősséget vállaljanak a tevékenységükért. Ennek hiányában a magánszektor, különösen a nagy transznacionális vállalatoknak az egyéni magatartást és a lakosság egészségi állapotát befolyásoló szerepe rejtve marad.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Egészségünket számtalan tényező befolyásolja, melyek közül a társadalmi meghatározók játszik a legfontosabb szerepet. Minden társadalmi változás, legyen az kedvező vagy kedvezőtlen irányú, hatással van arra, ahogyan élünk, milyen objektív körülményekkel rendelkezünk, milyen lehetőségekkel bírunk és milyen választásokat teszünk magunk és környezetünk érdekében. Folyamatosan szembesülünk a bennünket bombázó hangzatos kereskedelmi hirdetésekkel, melyek egy jobb élet, az egészség ígérete vagy éppen a spórolás jegyében vesznek rá bennünket egy-egy termék megvásárlására, egy pozitívum kiemelésével, és az azt gyakorlatilag lenullázó számos negatívum elhallgatásával. A kereskedelmi hirdetések útvesztőjében még azok is eltévedhetnek, akik kielégítő egészségműveltséggel rendelkeznek, az egészségműveltségben (is) meglévő egyenlőtlenségek pedig predestinálják, hogy az egészségünk szempontjából nem mindig pozitív döntést hozunk. Az egészségműveltség növelése mellett így valóban nagyon nagy felelőssége van azoknak a kereskedelmi szereplőknek is, akik termékeiket reklámozzák, valamint azoknak a hatóságoknak és politikaalkotóknak is, akik szabályozzák és felügyelik a reklámok valóságtartalmát.

Információk a szerzőről:

Tarkó Klára, Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Kar, Alkalmazott Egészségtudományi és Környezeti Nevelés Intézet, tarko.klara@szte.hu

Könyvismertetés: Konyhanyelven a mellrákról – táplálkozási útmutató az érintetteknek

Book review: Simply about breast cancer – dietetic guidance for the affected

Ismertető: Moharos Melinda

Ismertetett könyv: Arató Györgyi: Konyhanyelven a mellrákról. Budapest, PrintPrix Nyomda, Szerzői kiadás, 2020.

Kulcsszavak: kemoterápia; mellrák; diéta; emlődaganat; dietetikus

Keywords: chemotherapy; breast cancer; diet; dietitian

Beküldve: 2021. 06. 30., doi: [10.24365/ef.v62i3.6737](https://doi.org/10.24365/ef.v62i3.6737)

Az emlődaganat az egyik leggyakoribb daganatos megbetegedés hazánkban, nagyjából minden 9–10. nő érintett lesz benne élete során. Az érintetteknek laikusként nagyon nehéz megfelelően tájékozódni az új helyzetben, hiszen felfoghatatlanul sok információval találkoznak, ezek jelentős része pedig nemhogy nem segít, hanem fokozott kockázatot jelent az állapotukra nézve. Egy dietetikus, aki maga is daganatos volt, könyvbe rendszerezte az evidence-based (bizonyítékokon alapuló) információkat, kipróbált gyakorlati tippet és recepteket, amelyek segítenek mindig az adott terápiához és aktuális állapothoz igazítani az életmódunkat, táplálkozásunkat.

SAKMAISÁGGAL A TÉMÁRÓL EGY ÉRINTETTŐL

A szerző Arató Györgyi dietetikus, egészségügyi szaktanár, miután maga is érintett lett, alaposan elmélyedt a mellrákra vonatkozó hazai és nemzetközi ajánlásokban, valamint a saját maga által is kipróbált, különböző táplálkozási „praktikák”-ban. Már az előszóban tisztázza, hogy önmagában a táplálkozás nem fogja meggyógyítani a rákot, azonban a megfelelő étrenddel, életmódbeli „trükkökkel” jelentősen enyhíthetők az esetleges mellékhatások, gyorsabb lehet a gyógyulás és a regeneráció. Az évek alatt szerzett információkat, tapasztalatokat összegyűjtötte és – egészségügyi szakemberként – szakmai szemmel könyv formájában rendszerezte.

KONYHANYELVEN AZ ÉRINTETTEKNEK

A kötet az átlagemberek számára készült. A szöveg jól érthető, orvosi kifejezésektől mentes, valóban az ételek nyelvére van lefordítva, receptekkel, mintaétrenddel kiegészítve, hogy a gyakorlatban, a mindennapi életben is hasznos legyen a mellrákban szenvedők számára.

A könyv első felében a szakirodalom és a szerző saját tapasztalatai alapján a különböző terápiához kapcsolódó táplálkozási ajánlások, konkrét, hasznos tippek olvashatók, a második fele pedig mintarecepteket tartalmaz. Mivel a kezeléseket, valamint az ezekkel járó stressz egyaránt okozhatnak fogyást és hízást, így a hagyományos recepteknek energiadús és energiaszegény változata is megtalálható a könyvben. Kiemelt szempont volt, hogy az ételek egyszerűek, gyorsan elkészíthetők legyenek. Számos gyakorlati tippet is kap az olvasó, például hogyan lehet az adott adag ételt dúsítani (pl. tápszerekkel), vagy éppen energiaszegényen elkészíteni.

A kiadvány mégsem receptkönyv elsősorban, hanem inkább megbízható információkat és komplex szemléletmódot közvetítő kötet. Olyan alapismeretekkel gazdagít, amelyek alapján megfelelő kritikával kezelhetők az interneten vagy épp az orvosi váróban a betegek közt terjedő „városi legendák”, tévhitek. Az olvasó a könyv segítségével olyan gyakorlati tudásra tehet szert, amellyel a már megszokott, családi recepteket is át tudja alakítani az aktuális egészségi, tápláltsági állapotának megfelelően.

Az onkológiai és táplálkozás-élettani részeket Dr. Horváth Zsolt PhD klinikai onkológus és Dr. Biró Lajos PhD egyetemi docens lektorálta.

és gyakorlati használatát (amennyiben szükséges az ételek dúsítása).

TÁPLÁLKOZÁSI TIPPEK A TERÁPIÁK SZORÁN

A könyv gyakorlatiasan vezeti végig az olvasót az egyes terápiákon. Bevált életmódi tanácsokat ad, például hogyan készüljünk fel a kemoterápiára, mi minden legyen otthon, olyan szempontok szerint, amire a betegek általában nem szoktak gondolni, és az orvosoknak pedig érthető módon nincs kapacitásuk ilyen mélységben foglalkozni ezzel a témával.

Sorra veszi az összes lehetséges mellékhatást, és kipróbált, működő tippeket ad arra, hogyan lehet ezeket enyhíteni. Időrendben rendszerezi az információkat: mit tegyünk, mire figyeljünk a terápia előtt, két kemoterápia közben és a kezelés után. Hasonlóan alaposan kalauzol végig a műtétek, a sugár- és az antihormon-terápia kérdéskörén is.

Daganatos betegségben mindig kihívás a megfelelő testtömeg elérése és/vagy megtartása. Nemcsak a fogyás, de gyakran a nem várt hízás (pl. az antihormon-terápia miatt) még további stresszt és frusztrációt is okoznak. Mindkét esetben jól felépítve magyarázza el a szerző, csodadiéták nélkül, hogy mely esetben mire kell nagyon odafigyelni, melyik alapanyagot mire cseréljük le ésatöbbi. Az ételek minden esetben egyszerű hozzávalókból állnak, gyorsan elkészíthetők, könnyen emészthetők, emellett finomak is. Külön fejezet tartalmazza a tápszerek megismertetését

KIEGÉSZÍTŐ TÉMÁK

Nem jellemző, hogy szóba kerül a daganatos betegek diétái során, de az élelmiszerbiztonság kiemelten fontos, mert a legyengült szervezet sokkal sérülékenyebb, sokkal érzékenyebb az esetleges fertőzésekre, erről is készült külön fejezet.

Az étrendkiegészítők és alternatív terápiák hihetetlen bősége az egyik legnehezebb kérdés a betegek számára, legalábbis táplálkozás szempontjából. A legnépszerűbbeket sorra is veszi a könyv, és tudományos igényességgel, objektíven ismerteti a hátteret. Legyen szó az oxigénnel dúsított vízről, a megadózisú C-vitaminról, a gombakivonatokról vagy éppen a B₁₇-vitaminról ésatöbbi.

RECEPTEK

A könyv második felében található a receptgyűjtemény. A kötetre jellemző logikus tagoltság itt is érvényesül. A reggelik, levesek és feltételek, köretek és egytálételek mellett ugyanúgy helye van az italoknak, szendvicseknek, sőt a nasolni valók, desszertek is képviselik magukat. Minden egyes recept 3 külön variációban készült el: energiaszegény, hagyományos és energiadús módon. Mindegyik verziónál megtalálható a hozzávalók mellett a kiszámolt energia- és tápanyagtartalom is.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Megfelelő étrenddel, ha nem is gyógyítható a rák, de jelentősen jobb életminőség érhető el. A szerző szándéka szerint minden sorstársa talál a könyvben a maga számára olyan hasznos információt, tippet, amellyel – a lehetőségekhez képest – elviselhetőbbé tehető ez a hosszú, terápiás időszak.

A dizájn is fontos szerepet kap a kötetben, amelyet az igényes tördelés és a szép ételfotók miatt is jó érzés kézbe venni.

Információk a szerzőről:

Moharos Melinda, vállalkozó dietetikus, melinda.moharos@gmail.com

Cikkismertetés: Kommunikáció életet veszélyeztető betegséggel diagnosztizált gyermekekkel és serdülőkkel

Article review: Communication with children and adolescents about the diagnosis of their own life-threatening condition

Ismertető:	Cseke Zsófia Flóra
Ismertetett cikk:	Stein A, Dalton L, Rapa E, et al. Communication with children and adolescents about the diagnosis of their own life-threatening condition. Lancet. 2019 March 16;393(10176): 1150-1163. doi: 10.1016/S0140-6736(18)33201-X
Kulcsszavak:	kommunikáció; gyermek; serdülő; diagnózis közlése; életet veszélyeztető betegség
Keywords:	communication; child; adolescent; communicaton of diagnosis; life-threatening condition

Beküldve: 2021. 01. 19., doi: [10.24365/ef.v62i3.6173](https://doi.org/10.24365/ef.v62i3.6173)

A fenti tanulmány az életet veszélyeztető betegségekkel diagnosztizált gyermekekkel és serdülőkkel való kommunikáció módjára összpontosított. Kihangsúlyozta egy átfogó és bizonyítékon alapuló program, irányelv megalkotásának szükségességét, ami segítségül szolgálhat az egészségügyi szakemberek számára a jobb és hatékonyabb kommunikációban, illetve információközlésben. A szakemberek számára az egyik legnehezebb feladat ugyanis az, amikor egy gyermek vagy serdülő életet veszélyeztető betegségének tényét közölniük a beteggel, illetve hozzátartozóival.

A betegellátásban részt vevők kommunikációja kiemelten fontos a súlyosan beteg gyermekekkel és serdülőkkel, valamint családtagjaikkal. Ennek javítása az alacsony, közepes jövedelmű és fejlett országokban egyaránt kívánatos. A korlátozott erőforrásokkal rendelkező, alacsonyabb jövedelmű országokban ezen terület fejlesztése azért rendkívül fontos, mert a gyermekhalandóság igen magas.

Jelen tanulmány szerzői figyelembe vették azt is, hogy a kommunikáció megtervezése és kivitelezése során sokat számít a gyermek vagy serdülő életkora, hiszen a beteg kognitív és érzelmi fejlettsége meghatározza a halállal és betegséggel kapcsolatos megértőképességet.

A kutatás három fő kérdéskört vizsgált: 1) Milyen érzelmi, viselkedéses és társas kimenetelei vannak a terminális vagy életet veszélyeztető betegségekkel kapcsolatos kommunikációnak a gyermekekre és serdülőkre nézve? Milyen hatással van ez a fajta információközlés a beteg gyermekek és serdülők kezelésben való együttműködésére, az adott betegségek előmenetelére? 2) Milyen tényezők, akadályok és kihívások befolyásolhatják a kommunikáció folyamatát? 3) Van-e bármilyen preferenciája a gyermekeknek, szülőknek és gondviselőiknek az életet veszélyeztető diagnózisok közlését illetően?

A tanulmány szakirodalmi áttekintése alapján számos olyan adat ismert, melyekből leszűrhető, hogy a betegség körüli bizonytalanság (mely a rossz vagy gyenge kommunikációból is fakadhat) rosszabb betegségkimenetellel járhat, valamint csökkentheti az életminőséget. A silány kommunikáció, a nem megfelelő tájékoztatás ronthatja a beteg együttműködését a kezelés során, valamint növelheti a betegség átadásának, terjedésének valószínűségét (például HIV-fertőzött fiatalok nem megfelelő tájékoztatása → merész, kockázatos magatartásformák → a HIV-fertőzés terjedése). Azonban a jó kommunikáció nem csak emiatt bizonyult a szakirodalom szerint kardinálisnak: a szakemberek hatékony és megfelelő kommunikációja nagyobb bizalmat, így jobb együttműködést és személyes kapcsolatot eredményezhet.

A gyermekeket és serdülőket érintő életet veszélyeztető állapotok kommunikációjának sikeressége leginkább a gyermek, a szülő, illetve a gondviselő, valamint az egészségügyi szakember triádján múlik. Sok esetben a szülők vagy gondviselők képeznek hidat a gyermek és az egészségügyi dolgozók között, valamint fontos információk tárházával rendelkeznek a gyermeküket illetően, ami hasznos lehet a gyógyítás során.

Ami a gyermekek, serdülők, családjuk és az egészségügyi dolgozók preferenciáját illeti az életet veszélyeztető állapotok kommunikálásáról: kiemelendő a közlés módja, annak formája (például az ellátásban résztvevők által használt nyelvezet, a konzultáció megfelelő időzítése, a beszélgetés helyszíne, stb.); a közlés tartalma (például információk a betegségről és a

lehetséges kezelésről, a prognózis, az informált döntéshozatal szabadsága és támogatása); valamint a beteg gyermek esetleges jelenléte a tájékoztatás során.

Mindezek alapján egy nemzetközi szakértőkből (életet veszélyeztető diagnózissal rendelkező gyermekekkel és serdülőkkel dolgozó klinikusok és kutatók) álló csoport, egy két napos műhelymunka keretein belül az összegyűjtött szakirodalom, a korábban publikált ajánlások, illetve személyes klinikai tapasztalataikat elegyítve létrehoztak egy keretrendszert, vázlatot a hatékony kommunikáció ismérveiről. A kutatók és szakemberek azonban hangsúlyozták, hogy ezek csupán irányelvek, és nem alkalmazhatóak minden betegnél és minden szituációban.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Mindenképpen fontos figyelembe venni a beteg életkorát, állapotát, valamint betegségének stádiumát, hisz ezek mind befolyásolják a diagnózis közlésének körülményeit. Hazánkban érdemes lenne fejleszteni az orvos-beteg kommunikációt is, különösen az erősen hierarchikus és paternalisztikus egészségügyi berendezkedés miatt. Továbbá célszerű lenne magyarországi adatok gyűjtése (például interjúk, kérdőívek felvétele a gyermek, illetve serdülő betegekkel és családtagjaikkal). Ez azért is lenne fontos, mert a hazai kulturális és családi tényezők, valamint a betegségmagatartás sajátosságainak figyelembevételével új és hatékony kommunikációs módszerek kialakítására nyílna lehetőség

Információk a szerzőről:

Cseke Zsófia Flóra, Debreceni Egyetem Népegészségügyi Kar, Debrecen, zsopicseke96@gmail.com

30 éves a Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége

The Hungarian Dietetic Association is 30 years old

Szerző:	Schmidt Judit
Kulcsszavak:	dietetikus; táplálkozástudomány; MDOSZ; jubileum; konferencia
Keywords:	dietitian; nutrition science; MDOSZ; anniversary; conference

Beküldve: 2021. 07. 27., doi: [10.24365/ef.v62i2.6875](https://doi.org/10.24365/ef.v62i2.6875)

Harminc éves jubileumát ünnepli idén a dietetikusok érdekvédelmi szakmai szervezete, a Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége (MDOSZ). A közel 2000 főt számláló szövetség tagjai főiskolát végzett dietetikusok és egyetemet végzett táplálkozástudományi szakemberek, akik az egészségügy különböző területein túl az ételmezei-vezetésben, a megelőzésben dolgoznak, valamint segítik az élelmiszeripari cégek munkáját is. A szövetség célja a lakosság egészségi állapotának javítása a helyes táplálkozás és életmód népszerűsítésével, az egészségmegőrző táplálkozási szokások kialakításának előmozdítása, valamint a táplálkozással összefüggő betegségek kezelésében való részvétel.

A DIETETIKUSKÉPZÉS MÚLTJA

Hazánkban a dietetikusok főiskolai képzése több mint negyvenöt éves múltra tekint vissza. A dietetikus végzettséget négy év tanulás után lehet megszerezni a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karán, a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Karán vagy a Debreceni Egyetem Népegészségügyi Karán. A diploma három területre ad jogosítványt: megelőzés, ételmezei-vezetés és klinikai dietetika. A Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége (MDOSZ) 1991-ben azért alakult meg, hogy képviselje és összefogja a dietetikus szakmát, továbbá ismereteiket a lakosság szolgálatába állítsa. Az MDOSZ tagja az Európai Dietetikusok Szövetségének (European Federation of the Associations of Dietitians, EFAD) és a Dietetikusok Világszövetségének (International Confederation of Dietetic Associations, ICDA) is.

JUBILEUMI AKTIVITÁSOK

A jubileum kapcsán a szövetség a [Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége - Terítéken az egészség](#) Facebook oldalon közzétett, a szövetség történetét, s a dietetikusok működését ismertető posztokkal, videókkal, az [okostanyer.hu](#) oldalon hetente megjelenő, a szövetség vezetősége által javasolt receptekkel, valamint az [MDOSZ](#) honlapján is megjelenő friss hírekkel emlékezik meg az elmúlt 30 év eseményeiről. A havi rendszerességgel megjelenő [Táplálkozás Akadémia Hírlevél](#) is külön számban foglalkozik a dietetikus szakma, valamint a szövetség történetével.

SAKMAI KONFERENCIA

2021. október 16-án, szombaton a Semmelweis Egyetem Markusovszky Dísztermében megrendezésre kerülő szakmai konferencia keretében a színvonalas előadások mellett jubileumi ünneppel is készül a kerek születésnap alkalmából. A konferencia tervezett programja a [szövetség honlapján](#) olvasható, a részvétel előzetes [regisztrációt](#) követően lehetséges. A szervezők 2021. október 5-ig várják a jelentkezéseket a szabad helyek függvényében. Amennyiben a járványügyi helyzet nem teszi lehetővé személyes részvétellel történő konferencia megtartását, az esemény online kerül megrendezésre.

HIVATKOZÁSOK

Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége: A táplálkozáshoz szinte mindenki ért, pedig csak a dietetikusok! Szakmai szervezetük, a Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége éppen 30 éves (Sajtóközlemény).

MDOSZ XXII. Szakmai Konferencia. „A ma kihívásai a táplálkozástudományban”. <http://mdosz.hu/hun/wp-content/uploads/2021/07/mdosz-konferencia-2021-program.pdf>

Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége: Táplálkozási Akadémia Hírlevél. 14. évfolyam, 6. szám – 2021. június. Dietetika: a táplálkozás tudománya és művészete. <http://mdosz.hu/hun/wp-content/uploads/2021/06/mdosz-taplalkozasi-akademia-hirlevel-2021-06-dietetika-a-taplalkozas-tudomanya-es-muveszete.pdf>

Információk a szerzőről

Schmidt Judit, vállalkozó dietetikus, a Magyar Dietetikusok Országos Szövetségének vezetőségi tagja, schjudit@gmail.com