

több
mint

30

éve

az orvostudomány
szolgálatában

Együttműködésben
a MOTESZ-szel



MOTESZ

32. ÉVFOLYAM 11-12. SZÁM



2022. DECEMBER 20.

LEGEARTIS MEDICINAE

ORVOSTUDOMÁNYI FOLYÓIRAT

több
mint **30**
éve

az orvostudomány
szolgálatában



FŐSZERKESZTŐ:

BENCZÚR BÉLA, KAPOCS GÁBOR

EMERITUS FŐSZERKESZTŐ:

FARSANG CSABA, NEMESÁNSZKY ELEMÉR

FELELŐS SZERKESZTŐ:

TÓTH TAMÁS

TUDOMÁNYOS FŐMUNKATÁRS:

BALÁZS PÉTER

SZERKESZTŐK:

ALTORJAY ISTVÁN, AMBRUS CSABA,
BRYZ ZOLTÁN, TORZSA PÉTER, VÁLYI PÉTER

KULTURÁLIS SZERKESZTŐ:

RÉVÉSZI VALÉRIA

TUDOMÁNYOS

TANÁCSADÓ TESTÜLET:

BEDROS J. RÓBERT, BERCZKI DÁNIEL,
CSIBA LÁSZLÓ, FÜLESDI BÉLA,
JERMENDY GYÖRGY, KOVÁCS JÓZSEF,
OLÁH EDIT, PARAGH GYÖRGY,
ZÁMOLYI KÁROLY

**NEMZETKÖZI TANÁCSADÓ TESTÜLET
(INTERNATIONAL ADVISORY BOARD):**

ANTONIO COCA (BARCELONA)
SERAP ERDINE (ISZTAMBUL)
PETER GLOVICZKI (ROCHESTER)
STEPHANE LAURENT (PÁRIZS)
GIUSEPPE MANCIA (MILÁNÓ)
LUIS MARTINS (PORTO)
PETER METZGER (BÉCS)
PETER NILSSON (MALMÖ)
TIHAMER ORBAN (BOSTON)

SZERKESZTŐSÉGI TITKÁR:

BÉRES ANIKÓ

SZERKESZTŐBIZOTTSÁG:

BALOGH SÁNDOR KOMOLY SÁMUEL

BALOGH ZOLTÁN KOVÁCS TIBOR

BÁNFALVI ÁTTILA LAKATOS GERGELY

BLASKÓ GYÖRGY LUKOVICH PÉTER

CSEH KÁROLY MAGYAR ANNA

CSERNI GÁBOR NÉMETH ISTVÁN

DANK MAGDOLNA PINCSÉS ISTVÁN

DEMETER PÁL RÁCZ ISTVÁN

FALUS ANDRÁS ROMICS IMRE

FRECSKA EDE SALAMON DÁNIEL

FUSZEK PÉTER SÁNDOR JUDIT

GÉHER PÁL SCHAFF ZSUZSA

HAJNAL FERENC SINGER JÚLIA

HARKÁNYI ZOLTÁN SOMLAI ZSUZSANNA

HEGEDŰS KATALIN SZILASI MÁRIA

HÓDI GABRIELLA TORNAI ISTVÁN

HOLLÓ GÁBOR TÓTH EDIT ÁGNES

KALÓ ZOLTÁN TÚRY FERENC

KERPEL-FRONIUS SÁNDOR VARGA FATIMA

KIS ADRIÁN VOKÓ ZOLTÁN

WINKLER GÁBOR

A LAM teljes tartalma
ingyenesen elérhető:



LAM (LEGE ARTIS MEDICINÆ)

Orvostudományi folyóirat

ALAPÍTVÁ 1990-BEN A MAGYAR ORVOSLÁS
TUDOMÁNYOS ÉS MŰVÉSZI SZÍNVONALÁNAK
EMELÉSÉRE, A NEMZET EGÉSZSÉGI
ÁLLAPOTÁNAK JOBBÍTÁSÁRA.

Alapítók: dr. Bula Zoltán, dr. Frenkl Róbert,
dr. Kapócs Gábor

Felelős kiadó: Cserni Tímea
Borítótér és tipográfia: Sándor Zsolt
Tördelőszerkesztő: Boldog Dániel
Korrektor: Kulcsár Gabriella
Hirdetéselevétel: Béres Anikó
(beres.aniko@lam.hu)
Pénzügyi vezető: Gál Csongor
(gal.csongor@lam.hu)
Vevőszolgálat: vevoszolgalat@lam.hu

A szerkesztőség és a kiadó címe:
1021 Budapest, Húvösvölgyi út 75/A.
Postacím: 1539 Budapest, Pf. 603
Telefon: 06-1-316-4556, e-mail: lam@lam.hu

Megjelenik évente tízszer. A pontos kézbesítés
érdekében a lakcímváltozást, kérjük, posta-
címünkön jelentsek be, a régi és az új lakcím
feltüntetésével.

A szerzőinknek szóló útmutató elérhető a
www.elitmed.hu honlapon. A tudományos
közlemények kéziratára vonatkozóan az
Orvosi Folyóiratok Szerkesztőinek Nemzetközi
Bizottsága által elfogadott követelményeket
tartjuk irányadónak (Uniform Requirements for
Manuscripts Submitted to Biomedical
Journals). A folyóiratban megjelent közlemé-
nyek a szerzők véleményét tükrözik, amellyel
a szerkesztőség nem feltétlenül ért egyet.
A hozzászólásokat, leveleket rövidítve, szer-
kesztve közöljük.

© LITERATURA MEDICA 2022,

a LifeTime Media Kft. egészségügyi divíziója
Minden jog fenntartva.

A folyóiratban megjelent valamennyi eredeti
írásos és képi anyag közlési joga a kiadót illeti.
A megjelent anyagnak – vagy egy részének –
bármely formában való másolásához, felhasz-
nálásához, ismételt megjelentetéséhez a kiadó
előzetes írásbeli hozzájárulása szükséges. A
kiadó a LAM-ban közölt hirdetések tartalmáért
– sem a kereskedelmi, sem a magánjellegű hir-
detések esetében – nem vállal felelősséget.

A „Lege Artis Medicinæ”, „LAM”,
„Literatura Medica” nevek, valamint az újság
címlapján látható szoboremléme védett.

ISSN 2063-4161 (elektronikus változat)
ISSN 0866-4811 (nyomtatott változat)

Nyomdai munkálatok:
Pauker Nyomdaipari Kft.
Felelős vezető:

Vértes Gábor

magyar
nyomdaipari szövettség

Előfizetésben kézbesíti a Magyar Posta Zrt.
(1900 Budapest). Kézbesítéssel kapcsolatos
információk: 06-1-767-8262.

TABLE OF CONTENTS

LAM 2022;32(11–12):481–560.

LETTER FROM THE EDITOR IN CHIEF

Dear Reader! 485
DR. BÉLA BENCZÚR

LAM-SCIENCE

MEDITATION

Chaos, Crisis, Christmas 486
DR. GÁBOR KAPÓCS

REVIEW ARTICLES

Musculoskeletal pain in Hungarian practice –
examination of clinical characteristics and their
functional correlations 491
DR. LÁSZLÓ HODINKA

Methodology of scientific monitoring of care
in the Outpatient Clinic of Early Childhood Eating
and Sleep Disorders 501
DR. NOÉMI SCHEURING, ILDIKÓ DANIS, DR. JUDIT GERVAI,
DR. ÁGNES GULÁCSI, OLGA ÁGOSTON, MÓNKA SIBA, JUDIT
STADLER, KRISZTINA BALÁZS, DR. KATALIN EGYED, JUDIT KECSKEMÉTI,
DR. LILLA ESZTER HOLLÓSI, DR. LÁSZLÓ SZABÓ

Selection of results of network-based epidemic
spread models 515
DR. ANDRÁS BÓTA, DR. LÁSZLÓ HAJDU, ZOLTÁN BRYN,
DR. MIKLÓS KRÉSZ

ORIGINAL ARTICLE

Hungarian translation and psychometric
properties of a subjective health literacy
questionnaire about the coronavirus 521
HENRIETTA BÁNFAI-CSONKA, DR. BÁLINT BÁNFAI, DR. SÁRA JEGES,
DR. JÓZSEF BETLEHEM

BOOKS

D'Mello JPF (ed.). A Handbook of Environmental
Toxicology: Human Disorders and Ecotoxicology 529
DR. BÉLA DARVAS

MEDICINE AND SOCIETY

Shame and mental health
– Prehistory of the shame-sensitive approach 531
DR. GÁBOR KELEMEN

MOTESZ-PAGES

Long-term care of childhood cancer survivors 542

ASCLEPION

INTERVIEW

Former astronaut who lost 65% of his cardiac muscle 544
SÁNDOR KOVÁCS

FINE ARTS

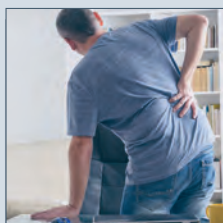
Budapest in Greco fever again 548
ISTVÁN NÉMETH

HISTORY

Doctor Countess 553
DÓRA FALVAY

BOOKS

Irvin D. Yalom, Marilyn Yalom: A matter of death
and life – When the grief expert is mourning 557
DR. ANITA KAZAI



A cél egy mozgásszervi fájdalomtérkép felrajzolása volt a magyar háziorvosi napi gyakorlatból származó adatok alapján.



A matematikai értelemben vett gráfok vagy hálózatok az orvostudomány számára is sokoldalú, szemléletes modellezési eszközt biztosítanak.

FŐSZERKESZTŐI BEKÖSZÖNTŐ

485 Kedves Olvasónk!

dr. Benczúr Béla

LAM – TUDOMÁNY

TÖPRENGŐ

486 Káosz, krízis, karácsony

dr. Kapócs Gábor

ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNYEK

491 Mozgásszervi fájdalmak a hazai gyakorlatban – klinikai jellemzők és funkcionális összefüggéseik vizsgálata

dr. Hodinka László

501 A Koragyermekkorú Evés-alvászavar Ambulancia ellátási modelljét kísérő tudományos nyomon követés módszertana

dr. Scheuring Noémi, Danis Ildikó, dr. Gervai Judit, dr. Gulácsi Ágnes, Ágoston Olga, Siba Mónika, Stadler Judit, Balázs Krisztina, dr. Egyed Katalin, Kecskeméti Judit, dr. Hollósi Lilla Eszter, dr. Szabó László

515 Válogatás a hálózatalapú járványterjedési modellek eredményeiből

dr. Bóta András, dr. Hajdu László, Brys Zoltán, dr. Krész Miklós

EREDETI KÖZLEMÉNY

521 Koronavírushoz kapcsolódó, magyarra lefordított szubjektív egészségértés kérdőív pszichometriai jellemzői

Bánfai-Csonka Henrietta, dr. Bánfai Bálint, dr. Jeges Sára, dr. Betlehem József

KÖNYVISMERTETÉS

529 Felix D'Mello környezettoxikológiai kézikönyve I.

Darvas Béla



Az ambulancián dolgozó szakemberek a kutatási dokumentációt könnyen be tudják építeni diagnosztikai és intervenciós munkáik folyamatába.



A HLS-Covid-Q22 kérdőív magyar nyelven is megbízhatóan alkalmazható a koronavírussal összefüggő szubjektív egészségértés vizsgálatára.



A krónikus szegyen, az előtérben lévő szegyen-elkerülési stratégiák miatt néma és láthatatlan, egyfajta hiány, negatív tér, amit tünetek töltenek ki.



El Greco művein gyakran láthatók torz arányok, hosszúra megnyúlt alakok, amelyeket a 20. század elején egy titokzatos szembetegséggel magyaráztak.

ORVOSLÁS ÉS TÁRSADALOM

- 531 Szegyen és mentális egészség – A szegyenérzékeny megközelítés előtörténete

dr. Kelemen Gábor

MOTESZ-OLDALAK

- 542 A gyermekkori daganatos betegséget túlélők hosszú távú gondozása

ASZKLEPION

INTERJÚ

- 544 Volt úrhajós, aki szívizomzata hatvan százalékát elvesztette

Kovács Sándor

KÉPZŐMŰVÉSZET

- 548 Ismét Greco-láz Budapesten
Németh István

TÖRTÉNELEM

- 553 „Doktor úr”, a grófnő
Falvy Dóra

KÖNYVEKRŐL

- 557 Irvin D. Yalom, Marilyn Yalom: Halálról és életéről – Amikor a gyászszakértő gyászol
dr. Kazai Anita



Új diagnosztikai vizsgálatokat kellett bevezetni a repülő-alkalmasság megállapítása céljából, és egyre fontosabbá váltak a pszichikai alkalmasság kérdései.



Hugonai Vilmát 1897-ben, ötvenévesen avatták az első magyar női orvossá. Főként nőket és szegényeket gyógyított, munkájáért többnyire honoráriumot sem fogadott el.



Kedves Olvasónk!

Az októberi, tematikus hypertonia-lapszám után – ami több szempontból is az egyik kedvenc lapszámom volt – újra a megszokott, színes tematikájú, a hazai orvostársadalom széles rétegeihez szóló év végi összeállítással jelentkezik a LAM Szerkesztősége, amelyből engedjen meg az olvasó egy kis szubjektív kedvcsinálót!

A hálózatalapú járványterjedési modellek fogalmát a Covid-19-pandémia alatti időszakban ismerte meg az általános orvosi (és persze a laikus) közgondolkodás. *Bóta András* és munkatársai közleménye közérthető példákon keresztül ismerteti a személyes kapcsolathálózatok, az egyszerű földrajzalapú hálózatok, valamint a hálózatalapú metapopulációs modellek lényegét, epidemiológiai alkalmazhatóságát.

A leggyakoribb panasz, amivel a betegek a háziorvosukhoz fordulnak, a mozgásszervi fájdalom. Éppen emiatt tarthat számot kiemelt érdeklődésre *Hodinka* tanár úr közleménye, amely a napi gyakorlatban jelentkező fájdalmak jellemzőinek a betegadatokkal való összevetését tűzte ki célul. A tudományos alaposságú elemzés világosan körülhatárolja a háziorvos kompetenciájába tartozó feladatokat, majd az interdiszciplináris megközelítést igénylő problémákat is.

Kelemen Gábor cikke az alábbi bevezetővel indul: „A székely az öntudatra ébredt, pszichológiailag is megszületett ember lelki esékénységének és befejezetlenségének fájdalmas megélése.” A „Székely és mentális egészség” című közlemény igazi történelmi áttekintés a II. világháborútól napjainkig, valódi intellektuális élményt fog jelenteni az olvasónak.

Következő, figyelmet érdemlő közleményünk a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet Madarász utcai Koragyermekkori Evés-Alvászavar Ambulanciájának klinikai protokollját, az ellátás tudományos nyomon követésének modelljét és a szerzők kutatásainak első statisztikai eredményeit mutatja be. A háromrészesre

szánt cikksorozat középső fejezetének célja, hogy módszertani beszámolókkal nyújtson támogatást a kora gyermekkori viselkedési zavarok tudományos felméréséhez, elősegítve a bizonyítékon alapuló orvosi módszertani ajánlások kidolgozását.

Pécsi szerzők közleménye számol be egy kutatásról, amelynek célja a lakosság koronavírushoz fűződő egészségértésszintjének megismerésére alkalmas mérőeszköz, az eredetileg német nyelvű HLS-Covid-Q22 kérdőív magyar populációra való alkalmazási lehetőségének vizsgálata. A kutatás igazolta, hogy a kérdőív a magyar populációban is alkalmazható, ahogy azt is, hogy a hazai lakosság egészségértése sajnos alacsony szinten van, ami hozzájárul a járványügyi helyzet nem megfelelő kezeléséhez és a saját egészségről való gondolkodás alacsony szintjéhez.

Az Aszklepion rovat a hagyományoknak és sokrétű tematikájának megfelelően ezúttal is igen színes összeállítás. Olvashatunk beharangozót többek között az El Greco-kiállításról, illetve megismerhetjük *Hugonai Vilma*, az első magyar orvosnő történetét.

A LAM a korábbi lapszámok főszerkesztői üzeneteinek megfelelően átalakuláson megy keresztül. Ez a változás nem járhat a folyóirat színvonalának csökkenésével – a szerkesztők változtatlanul úgy érzik, hogy az olvasóknak a „legfelső polcokon” kell keresniük lapunkat. Az egészségügyet érintő nehézségek és az általános közérzetünket rontó mindennapi történések idején azt kívánjuk, hogy a legfrissebb LAM lapozgatása, olvasgatása segítsen az olvasónak elfeledni a hétköznapi problémáit és közelebb kerülni az év végi bensőséges családi ünnepek hangulatához.

Boldog karácsonyt és könnyebb új esztendőt kívánok minden olvasónknak!

dr. Benczúr Béla
főszerkesztő



Káosz, krízis, karácsony Gondolatok humánszféra-válság idején

Ismét eljött az év vége, megint nagyon gyorsan eltelt az esztendő. Közeleg a karácsony, a téli napforduló, a hosszú éjszakák és a nyugalom időszaka. A karácsonyi békéé.

Ehhez képest már napok óta azon töprengök, hogyan tudok most, ebben a hazai, európai és globális helyzetben egy igazán karácsonyi Töprengőt írni. Hogyan tudom ezt megtenni úgy, hogy valóban ünnepi legyen, de mégis leírom, ami mostanában foglalkoztat. Nem tudok úgy tenni, mintha ez egy „békebeli” karácsony lenne. Mert a múlt héten aláírták a szociális törvény szégyenteljes módosítását, a minap megszavazták az egészségügyi rendszert gyökeresen átalakító törvénycsomagot és már olvashatók az EU-s helyreállítási terv egészségüggyel kapcsolatos részletei is. És ha ez mind nem lenne elég, a MOK felmérése szerint az egészségügyi törvénycsomag elleni tiltakozásul legalább 4500 orvos akár a felmondását is letétbe helyezné, úgyhogy rendkívüli MOK-küldöttközgyűlés szerveződik januárra. Közben iskolák százai, diákok és tanáraik ezrei tiltakoznak, demonstrálnak, sőt virrasztanak kint a hidegben, bent a hideg folyosókon és lépcsőházakban, meg ülősztrájkolnak és polgárilag elégedetlenkednek. Mindközben az egész ország tűkön ülve várja az uniós pénzcsep megnyitását, az infláció pedig csak vágtat (különösen a szegényebbeket jobban sújtó, úgynevezett maginfláció) – sajnos, ez dönt 25 év után rekordot, és nem jó irányba. A demokráciák elit klubjában pedig – ahol taggá válni nem is olyan régen olyannyira vágytunk, és éppen 25 évvel ezelőtt kezdtük meg rá a felkészülést – szorgalmasan dugdossuk azt a bizonyos fokost közös EU-batárunk kerékküllőjé közé. És akkor még nem említettem a szomszédunkban dúló vérzivatar, azt a rengeteg gyötrelmet, szörnyűséges kegyetlenséget és kínzó emberi szenvedést, amelynek a modern telekommunikáció jóvoltából nap mint nap tanúi lehetünk. És még egy szót sem szóltam az idej, rekordforró

hónapok során növekvő halálozásokról, a globális felmelegedés komplex hatásairól, a természeti katasztrófákról, ezeknek a saját környezetünkre, (mező)gazdaságunkra és egészségünkre gyakorolt drámai hatásairól, a biodiverzitás drámai csökkenéséről – sőt, a sokak szerint már zajló tömeges kihalásról ebben az antropocén korban. Egyszerűen nem tudok olyan lenni, mint az a nevezetes három majom. Pedig egyszerűbb és kényelmesebb lenne úgy csinálni, mintha minden rendben lenne, de sajnos nagyon nincs.

Nézzük csak a hazai egészségügyet! Nagyon nagy a baj. Belülről nézve sokkal rosszabb a helyzet, mint ahogy az kívülről látható. Sokkoló beszámolókat hallunk betegeinktől, rokonainktól, kollégáinktól. Szemelvények az elmúlt hetek „terméséből”:

Egy három hétig háziorvost helyettesítő kollégát valósággal sokkolt (sic!), amit tapasztalt. Egy Budapest környéki kisvárosban három hét szalaglás után látott el egy egyébként XIII. kerületi beteget pangásos veseelégtelenséggel, aki – miközben két szakorvos, sőt még szonográfus is látta – semmiféle ellátást nem kapott. Egy másik beteg jelentős anaémiát mutató laborleletére négy hétig senki sem reagált: a labor nem intézkedett, a háziorvos nem nézte meg a leletet, az ügyelet rá sem pillantott az EESZT-re. Másik esetben nyolc feletti INR-t mért a labor és nem telefonált, így nem is reagálta le senki két napig. Colonicarcinoma-gyanúval sürgősséggel gastroenterológiára utalt betegek csak nyolc héttel későbbre kaptak időpontot – így körülbelül 10-12 hét, míg sor kerülhet a kolonoszkópiára. Ráadásul a nyolc általánost végzett adminisztrátor nem ritkán leordítja a beteg, sőt néha még a vizsgálatot kérő orvos fejét is. Ez most a magyarországi realitás...

Realitás az is, hogy még mindig befektetnek betegeket tíznapos „agyfényesítő” infúziókúrára, amely ugyan ma már köztudottan teljesen felesleges, de még mindig csinálják, „hogy érezze a

beteg (és hozzátartozói) a törődést” – mondják a kollégák egymás között. Hosszan lehetne még sorolni azon idejét múlt kórházi kezeléseket, amelyek ágyszámot növelnek, finanszírozást igényelnek, de a 21. században szakmailag már elavultnak számítanak...

Van olyan kórházi osztály, amelyik 56 ágygal 1365 beteget látott el egy évben, és akad olyan is, amelyik ugyanazon a szakterületen 65-tel 9790-et. Mert egy-egy beavatkozás után, ha 24 óránál tovább kell hospitalizálni a beteget, akkor áthelyezik a területileg illetékes kardiológiai, vagy belgyógyászati osztályra...

Magyarországon a Homogén Betegségcsoportok (HBCS) az 1990-es évek első felében történt bevezetése és finanszírozású célú használata már a kezdetektől fokozatosan torzult, a finanszírozás nem a valós költségeken vagy minőségen alapul; vannak szakterületek, ahol akár 30-50%-kal is elmarad a valós költségektől.

Esélye sincs addig nálunk a tudományos bizonyítékokon alapuló egészségpolitikának, sőt még az adatalapú döntéshozatalnak sem, amíg lényegében lehetetlen az egészségügyi ellátórendszer depersonalizált adataihoz való hozzáférés, ezek elemzése és az eredmények megfelelő időben történő visszatükrözése. A legtöbb szakterületen gyakorlatilag még az olyan viszonylag friss és valid adatok is hiányoznak, mint például az incidencia és a prevalencia. Ráadásul, ami esetleg hozzáférhető, az csaknem bizonyosan finanszírozási céllal lett gyűjtve.

Hosszan, a LAM minden oldalát sűrűn teleírva lehetne még sorolni az egyes ellátási problémákat, helyzeteket, feszültségeket, anomáliákat. Ezek alapján bátran kijelenthető, hogy a magyar egészségügy az elmúlt években nem összeomlott, hanem szilánkjaira esett szét. Sem a betegek, sem hozzátartozóik, sem a rajtuk segíteni kívánó orvosok nem igazodnak el benne. A betegutak átláthatatlanok, tervezhetetlenek, esetlegesek. Egyre több szakterületen, még Budapesten is.

Ebben a helyzetben született meg az év utolsó parlamenti ülésnapján az a bizonyos egészségügyi törvénycsomag, amelyet a médiumok – tévesen – egészségügyi törvénynek neveztek. A szóban forgó törvény ugyanis az *egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról* címet viseli, szemben az 1997. évi CLIV. egészségügyi törvénnyel. Csupán egyetlenegy közös van bennük: mindkettőt a karácsony előtti utolsó ülésnapon fogadták el. Egyébként minden másban alapvetően különböznek, mondhatni, a képzeletbeli jogalkotási spektrum két ellentétes végét képviselik. Az új szabályozás részletes tartalmi ismertetésére és várható hatásainak elemzésére itt nem nyí-

lik mód, most csupán néhány főbb elemét és főként az előkészítés módját emelem ki.

A Magyar Orvosi Kamara (MOK) „Az egészségügyi ellátórendszer megújításához szükséges intézkedésekről” címmel kapta meg a törvény tervezetét 2022. november 2-án, ötnapos véleményezési határidővel. A MOK időben megküldte a szervezeteitől beérkezett észrevételek alapján összegzett véleményét, majd november 9-én konzultációra került sor az illetékes államtitkár és a MOK elnöksége között.

A törvényt sokan a hagyományosan a Belügyminisztérium alá tartozó szervek működéséhez idomuló, egyfajta parancsuralmi rendszert megtestesítő és nem egy betegcentrikus, innovációt és modernizációt, költséghatékony ellátási formákat támogató tervnek látják. Ami ráadásul úgy növeli a kórházcentrikusságot, hogy nem feltétlenül növeli a költséghatékonyaságot.

Látható célja a teljes egészségügyi ellátórendszer centralizációja, egy megyei/régiós struktúra kialakítása. Ez azonban csak fokozni fogja a már eddig is túlzott kórházcentrikusságot. A hazai ellátórendszernek és más (humán)területeknek az elmúlt évtizedben bekövetkezett centralizációja egyáltalán nem javította a közszolgáltatások, az oktatás, a szociális és egészségügyi ellátások színvonalát. A járóbeteg-szakrendelőkben és a városi kórházakban dolgozók centrumkórház általi vezényelhetősége azt a veszélyt hordozza magában, hogy számos egészségügyi dolgozó hagyhatja el a közellátást – erre utal a MOK-felmérés eredménye is. Jobb esetben csak a közellátást hagyják el és nem magát a pályát...

A jogszabály a települési önkormányzatok egészségüggyel kapcsolatos kompetenciáit gyakorlatilag teljesen kiüresíti. A törvény felfogásában az állam egyenlő a (központi) kormányzattal, szemben a települési önkormányzatokkal – ez alapvető államfilozófiai kérdés. A centralizációs törekvésekkel egyértelműen az államszocialista időszak paternalisztikus – túlgondoskodó – államát idézi. Ez az 1970-es évekbeli „kórház-szakrendelő egység”...

Az orvosi bérezés felfelé 40, lefelé 20%-kal való eltéríthetősége több szempontból is aggályos: nem csupán annullálja a miniszterelnökkel történt korábbi megegyezést, hanem a majdan miniszteri rendeletben szabályozandó értékelési szempontok ismerete nélkül lényegében egy biankó csekk. Ráadásul – a jelenlegi körülmények miatt is – ez a rendelet nagy valószínűséggel elsősorban a költségvetési szempontokat fogja előtérbe helyezni.

A közreműködő orvosok, illetve bérnővérek alkalmazásának megtiltása várhatóan csak tovább

fogja fokozni a meglévő humán erőforrás-krízist a közsférában, ezzel növelve a közfinanszírozott ellátások már most is alig kezelhető hiányosságait, és ráadásul tovább fogja növelni a magánegészségügy versenyelőnyét.

A törvény egyik leghangsúlyosabb része az alapellátás régóta megoldatlan problémáit igyekszik orvosolni. Kétségtelen, hogy szükségserűvé vált a háziorvosi praxisok körzethatárainak áttervezése és a tartósan betöltetlen háziorvosi praxisok kérdésének rendezése, hiszen eddig jobban megérte helyettesíteni, mint összevonni a szomszédos praxisokat. Azonban a későbbi orvost, illetve tulajdonost váltó háziorvosi praxisok elvétele az önkormányzatoktól és maguktól a háziorvosoktól, vagyis fokozatos államosításuk azzal jár, hogy egyre több alapellátásban dolgozót az állam alkalmazna, ezzel szükségszerűen elorvasztva egyik legfőbb vonzerejüket, az eddig élvezett viszonylagos autonómiájukat.

Sokak szerint valós veszély a krónikus betegség, a tartós vagy végleges egészségkárosodás miatt öngondoskodásra, önellátásra korlátozottan vagy egyáltalán nem képes embereknek a „szociális”, azaz orvosi felügyelet nélküli ellátásba, vagy rosszabb esetben otthonukban felügyelet nélküli ellátásba kényszerítése, ami könnyen emberi és családi tragédiákhoz, sőt az elkerülhető halálozás növekedéséhez is vezethet. Pedig akár lehetne funkcionális, hatékony, humánus és rendszerszerű megoldás is, ha egy jó közös és humán infrastrukturális adottságú, megfelelően finanszírozott és menedzselte szociális intézményrendszerbe tagolódhatna be. Azonban köztudottan Magyarországon ennek éppen az ellenkezője a helyzet.

Nem lehet az egészségügy (és a szociális szféra) mindig minden mindennel összefüggő rendszeréből egy-egy részt kiragadva, azt tűzoltásjellegű, rövid távú intézkedésekkel érdemben és tartósan jó irányba befolyásolni egy komplex, átfogó, hosszú távú stratégia és egy sokkal részletesebb, minden fő területre kiterjedő reformkonceptió nélkül. Ugyanez igaz magának az előterjesztésnek és a törvényjavaslatnak a véleményezésére is: egy kellő időn keresztül és minden érintett fél – így például a betegek képviselői – bevonásával zajló szisztematikus műhelymunka sokkal több, konkrétabb kritikai észrevételt, alternatív javaslatot tudna felszínre hozni.

Ilyen horderejű döntés előtt a kormánynak elegendő időt kellene szánnia a tervezett intézkedések alapos szakmai és társadalmi megvitatására. Az utolsó (utáni) pillanatban megtartott tájékoztató vagy konzultáció nem egyenlő az egyeztetéssel. Az pedig csak hab a tortán, hogy ez is

ügynevezett sarkalatos törvény lesz, vagyis csak kétharmados többséggel lehet majd módosítani!

Így végül elérkeztünk ahhoz a témához, hogy miben különbözik ez a mostani, az egészségügyi ellátórendszerben alapvető átalakításokat hozó sarkalatos egészségügyi törvénycsomag az 1997. évi CLIV. egészségügyi törvénytől.

A negyedszázaddal ezelőtt elfogadott törvény egy akkor éppen 25 éves, a szocializmus „derekán” született törvényt, az 1972. évi II. törvényt kívánta leváltani, és alapjaiban demokratikus elveken nyugvó, az emberi jogokat és ezen belül is az ügynevezett betegjogokat előtérbe helyező – sőt, azokat pozitívan megfogalmazó –, többek között a diszkriminációmentességet, a szektorsemlegességet, a kisebb-nagyobb közösségek, a társadalom demokratikus működését, az állam, a kormányzat és az önkormányzatok együttműködését, a mindenkori érintettek bevonásával zajló körütekintő döntéshozatalt szabályozta – egy jó nyugat-európai mintákra támaszkodó egészségügyi ellátórendszer kialakításának programusokba öntött stratégiája részeként. A kormány jogalkotási terve szerint hat hónap alatt kellett volna elkészülnie. De már az előkészítés elején (1996 tavaszán) sikerült elfogadtatni az akkori döntéshozókkal, hogy ilyen súlyú társadalmi és szakmai kérdésben, amely az élet és az egészség alapvető ügyével foglalkozik, és gyakorlatilag minden, Magyarországon élő embert – újszülöttől az aggastyánig – a legmélyebben érint, csak a lehető legalaposabb szakmai előkészítő munka és a legszélesebb körű szakmai és társadalmi egyeztetések után lehet egy vállalható, időtálló és jó törvényt alkotni. Így készült el egy kormányhatározat, amely ezt a szűk határidőt kitolta.

Tekintettel a tervezett változtatások paradigmatis voltára és előreláthatóan jelentős társadalmi és szakmai hatásaira, már az előkészítő szakaszban tervezett, aktív kommunikáció zajlott a szakmai és a laikus sajtó révén, sőt még interneten zajló észrevételezésre is lehetőség nyílt (elsőként a magyar közigazgatás történetében), a legérzékenyebb, általában betegjogi témákban pedig elég sűrű volt a megjelenés a telekommunikációban, még talk show-kban is.

A jelentős változtatások miatt a törvény hatálybalépítésére fél évvel később került sor, és számos rendelkezése még ennél is későbbre lett datálva, hogy minden érintettnek kellő felkészülési idő álljon rendelkezésre. Ez a megközelítés vezethetett el ahhoz, hogy az 1997. évi őszi ülésszak utolsó parlamenti ülésén történt végszavazás során, december 15-én késő délután az akkori kormánytöbbséget is meghaladó „igen” szavazatok támogatták a törvény elfogadását.

Talán így már érhető, hogy szerintem miért van ez a két törvény éppen a spektrum két ellentétes végén. A realitás az, hogy ezt az egészségügyet alaposan átszabó törvényt nem így készítették elő és fogadták el. Csak bízni lehet abban, hogy a benne foglalt rendelkezések valid adatok és alapos elemzések alapján, gondos megfontolások és körültekintő mérlegelések után születtek – amelyek azonban számunkra, az érintettek számára jórészt ismeretlenek és egyelőre megismerhetetlenek is. Csak remélni lehet azt, hogy a pár nap múlva hatályba lépő rendelkezések okozta változások legalább az egészségügyi rendszernek azokat a súlyos működési zavarait korrigálni tudják majd, amelyeket az előkészítők és a jogalkotók velük orvosolni akartak. Csupán remélni lehet, hogy azt a jó néhány biankó csekket, amelyek végrehajtási rendeletekként ehhez a törvényhez kapcsolódnak, a következő hónapokban szakmailag jól fogják kitölteni, talán a szakmára és az érintettekre is odafigyelve és őket értően meghallgatva. Bízunk benne. Mert nem maradt más...

Tényleg szerettem volna egy sokkal emelkedettebb, igazán ünnepi hangulatú karácsonyi Töprengővel megajándékozni a kedves Olvasót. Nagyon sajnálom, hogy nem sikerült. Nem tud-

tam olyat írni. Csak ilyet. Bocsánatot kérek azoktól, akiknek ezzel csalódást okoztam!

2022 nagyon sok szempontból szörnyű év volt. Most azonban gondoljunk azokra az eseményekre, élményekre, amelyek a saját személyes és a kisebb-nagyobb közösségünk idejében szép, örömteliek voltak, amelyek jó irányba mutattak, igazi fejlődést jelentettek, egy jobb jövőt alapoztak meg. Gondoljunk arra, hogy ez is lehetséges, és bízunk abban, hogy ha ilyen nehéz körülmények között ezek idén is megtörténhettek, akkor ez jövőre is lehetséges! Higgyük el, hogy rajtunk is múlik, jobba válik-e a világunk!

Egy jobb, élhetőbb, humánusabb és békésebb világ reményében kívánok minden kedves Olvasónknak boldog és békés karácsonyi ünnepeket, valamint igazán eredményes, egészséges és örömteli új esztendőt, bízva abban, hogy jövőre közelebb kerülünk céljaink eléréséhez, és egy boldogabb, teljesebb élet vár ránk – és a Föld minden lakójára.

dr. Kapócs Gábor
alapító-főszerkesztő

Az írás bővebb változata az eLitMed.hu-n olvasható.



Mozgásszervi fájdalmak a hazai gyakorlatban – klinikai jellemzők és funkcionális összefüggéseik vizsgálata

HODINKA LÁSZLÓ

MUSCULOSKELETAL PAIN IN HUNGARIAN PRACTICE – EXAMINATION OF CLINICAL CHARACTERISTICS AND THEIR FUNCTIONAL CORRELATIONS

BEVEZETÉS – Felmérésünk céljával a napi gyakorlatban jelentkező fájdalmak jellemzőinek (regionalitás, erősség és funkcionális következmények) a betegjellemzőkkel (nem, életkor, reumatológiai alapbetegségek, társbetegségek) való összevetését és összefüggéseik elemzését tűztük ki.

BETEGEK ÉS MÓDSZEREK – Nyolcvannégy társvizsgáló rögzítette a mozgásszervi és a társuló betegségeket, a fájdalom fennállásának időtartamát, regionalitását, erősségét és a fájdalom öt területen jelzett következményét (a szokásos életvitel, napi tevékenységek, mozgásképesség és az alvás nehezítettsége, valamint az általuk keltett aggodalom mértéke). Az adatok számszerű értékeit és összefüggéseiket epidemiológiai statisztikai módszerekkel elemeztük.

EREDMÉNYEK – A fájdalom erőssége és a fájdalomkövetkezmények átlagai a degeneratív gerincbetegségek csoportjában voltak a legnagyobbak. A nem mozgásszervi társbetegségek jelenléte nem generált többletfájdalmat vagy funkcionális hátrányt. A fájdalom erőssége és a fájdalomkövetkezmények a három hónapnál régebben fennálló fájdalmak esetében voltak a legsúlyosab-
bak.

KÖVETKEZTETÉS – Felmérésünk adatai olyan többdimenziós koordináta-rendszert képeznek – a fájdalom erőssége, várható funkcionális következményei és fennállási ideje, az alapbetegség, társbetegségek fennállása vagy hiánya és az anatómiai régiók szerint –, amelybe az aktuális beteg elhelyezhető. Ez támpontot adhat az aktuális panasz súlyozásához, az analgetikus stratégia megtervezéséhez és a készítmény megválasztásához.

INTRODUCTION – The aim of our survey was to compare the characteristics of pain in daily practice (regionality, severity and functional consequences) with patient characteristics (gender, age, underlying rheumatological conditions, comorbidities) and to analyse their association.

PATIENTS AND METHODS – Eighty-four co-investigators recorded musculoskeletal and comorbid conditions, duration, regionality, severity and reported consequences of pain in five domains (embarrassing normal way of living, daily activities, mobility, sleep and generated anxiety). The numerical values of the data and their associations were analysed using epidemiological statistical methods.

RESULTS – Pain intensity and mean pain outcomes were the highest in the degenerative spine disease group. The presence of non-musculoskeletal comorbidities did not generate additional pain or functional disadvantage. Pain severity and pain consequences were the highest for pain lasting for more than three months.

CONCLUSION – The survey data form a multidimensional coordinate system - pain severity, expected functional consequences and duration, underlying disease, presence or absence of comorbidities, anatomical regions – into which the current patient can be placed. This can provide a basis for weighting the current complaint, planning the analgesic strategy and the choice of the drug.

**mozgásszervi fájdalom,
funkcionális következmények,
klinikai jellemzők és korrelációik**

**musculoskeletal pain,
functional consequences,
clinical characteristics and correlations**

dr. HODINKA László (levelezési cím/correspondence): Országos Mozgásszervi Intézet, 2. Reumatológiai Osztály;
H-1023 Budapest, Frankel Leó u. 38–40. E-mail: hodinka.laszlo@omint.hu

Érkezett: 2022. november 6.

Elfogadva: 2022. november 24.

<https://doi.org/10.33616/lam.32.0491>

Bevezetés – a mozgásszervi fájdalom mint betegségteher

A betegségteher kifejezés egy meghatározott betegség vagy több kóros állapot összeadódó következményeit, azaz egy közösség fogyatékosságainak szintjét írja le. Ezek a következmények magukban foglalják az egészségi állapotot, a szociális szempontokat és a társadalomra háruló költségeket (1). A betegségterheket globális, regionális és nemzeti szinteken az Egészségügyi Világszervezet és a Világbank által kezdeményezett és fenntartott projektek egészséggazdasági módszerekkel rendszeresen mérik és publikálják. Az egyes szakmák kutatói a megfelelő indikátorok útján mérik a betegségspecifikus adatokat és összefüggéseket. Ezek a tanulmányok hazánkban is segítik az egyedi ellátási stratégiákat és a társadalmi szintű döntéshozatalt (2).

A globális, népegészségügyi jelentőségű betegségterhek a Global Burden of Disease projektek rendszeres jelentései szerint 1990 és 2019 között nagymértékben eltolódtak a nem fertőző betegségek irányába. A mozgásszervi (musculoskeletal, MSK) fájdalmak ebben nem csupán jelentős arányt képviselnek, hanem az utóbbi évtizedben valamennyi mért indikátor szerint a súlyuk is növekedett. Ezt a MSK fájdalmak szerteágazó aspektusait vizsgáló számos tanulmány igazolja (3–10). Az MSK fájdalmak forrásai szerint kiemelkednek a degeneratív gerincbetegségek, leggyakrabban az ágyéki gerinc fájdalmai. A leírt indikátorok szerinti adatok a gerincfájdalmakban szenvedő betegcsoportokban még kifejezettebbek (11–14).

A nemzetközi irodalomban számos tanulmány és metaanalízis részletezi a mozgásszervi fájdalom demográfiai és szociokulturális hátterét, a betegségtársulásokat, a fájdalom anatómiai-patológiai forrásait, a fizikális és a mentális károsodásoknak az életminőségre gyakorolt hatásait. Ezek tárgya széles skálán mozog, a különböző populációkban észlelt regionalitás és fájdalomerozség leírásokon keresztül a genomszintű asszociációk mesterséges intelligencia segítségével végzett elemzéséig (15–18). Hangsúlyozni kell azonban, hogy a globális egészségteher-felmérések népeségi szinten, a populációs epidemiológia eszközeivel a mozgásszervi fájdalmakat is vizsgálják. Az egyes betegek fájdalomjellemezőivel elsőként a háziorvos szembesül. A háziorvos feladata, hogy az individuális fájdalom szindrómákat osztályozza, mérlegelje, és kialakítsa az elsődleges fájdalommenedzselési stratégiát. Ez kiváláglik a közösségi szintű felmérésekből (15).

RÖVIDÍTÉSEK

BPI: Rövid Fájdalom Leltár (Brief Pain Inventory)
 PROMIS: Beteg Által Jelentett Kimenetel Információs Rendszer (Patient Reported Outcomes Information System)
 SF-36: Rand Short Form 36 kérdéses egészségi állapot Kérdőív

Hazánkban számos általános fájdalompatológiai és terápiás tanulmány született, de kis számban jelent meg irányelv-ismertetés és hazai ajánlás (19–21). A fájdalomkvalitásokat bemutató eredeti közlemények azonban csak szórványosan lelhetők fel, ezek elsősorban életminőségi és mentális asszociációkat vizsgáltak (22–24). Ezért terveztük meg itt bemutatott kutatásunkat. Célunk egy mozgásszervi fájdalomtérkép felrajzolása és elhelyezése volt a magyar háziorvosi napi gyakorlatból származó adatok alapján. Vizsgálatunkban a napi gyakorlatban jelentkező fájdalom jellemzőinek (regionalitás, erősség és funkcionális következmények) a betegjellemezőkkel (nem, életkor, reumatológiai alapbetegségek, társbetegségek) történő összevetését és összefüggéseik klinikai epidemiológiai elemzését végeztük.

Betegek és módszerek

Engedélyezett kutatásunk (TUKÉB IV/1934-1/2021 EKV) 12 hónapos szűrési szakaszában 84 háziorvosi és mozgásszervi szakorvosi praxisban 859, elsődlegesen mozgásszervi fájdalommal jelentkező beteg közül 766 adott – tájékoztatás és beleegyezés után, személyes anamnéziszrögzítés és fizikális vizsgálat mellett – a vizsgálati tervnek megfelelően értékelhető válaszokat (266 férfi, 35%, 500 nő, 65%, átlagos életkoruk 56,3 év, az életkorok normáeloszlást követtek). Mozgásszervi diagnózisuk szerint a résztvevőket a BNO-10 XIII. M kódok szerinti alcsoportokba, társbetegségeiket a BNO-10 megfelelő főcsoportjain belül két számkarakteres alcsoportokba soroltuk. A diagnózisok megoszlását az 1. táblázat mutatja be. A 766 vizsgált beteg jelentős hányadánál volt jelen más mozgásszervi betegség (119 beteg, 16%) és általános társbetegség (292 beteg, 38%). Ugyancsak jelentős számban jelentettek egyes betegeknek halmozódó társbetegségeket. A fájdalmas régiók megoszlását a betegek narratív és rajzos megjelölése alapján és a vizsgá-

1. táblázat. Mozgásszervi alapdiagnózisok és társbetegségek megoszlása

Mozgásszervi alapterbetegségek és társbetegségek (százalékos megoszlás és esetszámok)			
Arthritisek M00–M14	1,7	A keringési rendszer betegségei	57
Arthrosisek M15–M25	25,2	Endokrin és metabolikus betegségek	20
Spondylarthritis M45–M46	0,4	A légzőrendszer betegségei	3
Egyéb gerincbetegségek M47–M54	44,9	Az emésztőrendszer betegségei	7
Lágyrész-betegségek M60–M79	27,4	Mentális és viselkedési zavarok	3
Csontbetegségek M80–M89	0,4	Állapotok, tünetek, laboreltérések	10
100% = 766 beteg		100% = 464 társbetegség/292 beteg	
További mozgásszervi betegségek (M) és általános társbetegségek többszörös előfordulása			
1 M társbetegség	99 betegnél	1 általános társbetegség	178 betegnél
2 M társbetegség	17 betegnél	2 általános társbetegség	68 betegnél
3 M társbetegség	1 betegnél	3 általános társbetegség	30 betegnél
4 M társbetegség	2 betegnél	4 általános társbetegség	16 betegnél

ló orvos beosztása szerint (gerincszakaszok, felső és alsó végtag, oldaliság) is rögzítettük. A betegek a fájdalom fennállását négy időtartamban (két napja, hat hete, három hónapja, illetve három hónapnál régebben) jelölhették meg.

A betegek válaszait 10 pontos Likert-skálán rögzítettük. A vizsgálatot megelőző hétre és a megelőző napra vonatkoztatva, a fájdalom funkcionális következményeit az előző hétre vonatkoztatva kérdeztük. A fájdalom mértékét és a rögzítendő funkcionális következményeket a Rövid Fájdalom Leltár (Brief Pain Inventory, BPI, 3, 5, 9A, B, C, F és G kérdések) és a Beteg Által Jelentett Kimeneti Információs Rendszer (Patient Reported Outcomes Information System, PROMIS) ajánlott doménjei közül választottuk: a szokásos életvitel, napi tevékenységek, mozgásképeség, alvás fájdalom miatti akadályozottsága és a fájdalom oka miatti aggodalom kérdésekkel (P13, P19, P135, P119 és P111) (25, 26). Az általunk megfogalmazott hételemű kérdéssor belső konzisztenciája (Cronbach- α) 0,9272 volt.

A következő elemzéseket végeztük: a. az érzékelt fájdalom egyes jellemzőinek pontértékei és a nem összefüggései, b. az érzékelt fájdalom egyes jellemzőinek pontértékei és az életkor összefüggései, c. a funkcionális fájdalomkövetkezmények pontértékei és összefüggéseik az érzékelt fájdalom mértékével.

Folytonos változók esetén meghatároztuk az átlagot, szórást, és az átlag 95%-os konfidencia-intervallumát (CI). Kiszámoltuk továbbá a minimumot, maximumot, a mediánt és a kvartiliseket. Az összefüggéseket részben χ^2 -próbával, illetve ANOVA varianciaanalízissel, a korrelációkat Spearman-féle rangkorrelációval teszteltük, meg-

határoztuk a lineáris regressziós egyenest. Az átlagokat t-próbával (két csoport) is összehasonlítottuk. A részletes statisztikai számításokat az Adatrendező Kft. végezte.

Eredmények

Alapértékek

A fájdalom erősségét a résztvevők a 10-es Likert-skálán 1 és 7 pont között jelölték. A fájdalom foka a vizsgálat előtti héten (átlagos fájdalom) 4,65 volt, a vizsgálat előtti 24 órában 6,63 volt. Az átlagokat az egyes fokozatokat jelző esetszámok határozták meg: így az előző hét átlagát a legtöbb 5 pontot adó 222 beteg determinálta (6 pont: 217, 7 pont: 135 beteg). A vizsgálatot megelőző napra a fájdalomfokozatok magasabbra tolódtak: 5 pontot 196 beteg jelzett, viszont hatot már 242, 7 pontot 166.

Az előző heti fájdalompontszámok nemek közötti megoszlása egyező volt. Minthogy a férfi-nő arány 1:2 volt, a nagyobb fájdalompontszámokat adók százalékos arányát mutatjuk be: férfiak/nők 4 pont 15/17, 5 pont 26/30, 6 pont 32/26, 7 pont 16/18, az átlagok ennek megfelelően 5,21 és 5,25 lettek. A vizsgálatot közvetlenül megelőző napi értékek gyakorlatilag ugyanilyenek voltak.

A fájdalom mértékének életkori megoszlása azt mutatta, hogy az életkor növekedésével a magasabb fájdalomfokozatok válnak gyakoribbá: azaz az idősebbek nagyobb fájdalmakat érzékelnek.

A fájdalom okozta funkcionális hatások átlagos súlyozása a 0–10-es skálán a vizsgálat előtti

2. táblázat. A fájdalom erőssége és funkcionális következményei az egyes alcsoportokban

Fájdalom erőssége és következményei	Mértéke	Életvitel akadályozása	Tevékenységek akadályozása	Mozgásképesség akadályozása	Alvás nehezítése	Aggodalom keltése
a. Mozgásszervi diagnózisok						
Arthrosis	5,23	5,20	5,21	5,17	4,04*	4,70
Degeneratív gerinc	5,34	5,25	5,24	5,26	4,54	4,90
Lágy rész	5,09*	4,89*	4,86*	4,68*	3,74*	4,55
b. Társbetegségek						
Nincs	5,23	5,11	5,07	5,06	4,24	4,74
Csak általános	5,18	5,06	5,09	5,05	4,13	4,59*
Csak mozgásszervi	5,38	5,36	5,39	5,21	4,17	5,15
c. A fájdalmas régiók						
Nyaki gerinc	5,00*	4,65*	4,79	4,60*	4,47	3,98*
Háti gerinc	4,86*	5,00	5,12	5,04	4,44	5,02
Ágyéki gerinc	5,47	5,39	5,34	5,41	4,67	5,04
Felső végtag	5,08*	4,86*	4,85*	4,68*	3,97*	4,42*
Alsó végtag	5,22*	5,15	5,17	5,12	3,63*	4,74
d. A fájdalom fennállási ideje						
2 napja	4,77*	4,82	4,78*	4,90	4,14	4,36
6 hete	5,30*	5,18	5,18	5,10	4,12	4,70
3 hónapja	5,35	5,22	5,22	5,08	4,32	5,05
Régebben	5,60	5,30	5,35	5,28	4,32	5,08

*Szignifikáns különbség (p 0,02-től 0,001-ig) a legmagasabb érték és a csillaggal jelölt alacsonyabbak között.

héten a legnagyobb akadályozottságot a napi tevékenységek doménjében mutatta (6,99 pont). A megszokott életvitel akadályozása 5,12, a mozgásképesség akadályozása 5,07, a fájdalom keltette aggodalom, szorongás 4,79, az alvás nehezítettsége 4,16 pont szintű terhet mutatott.

A fájdalom fokozata és az életvitel, valamint a napi tevékenység akadályozottsága között mindkét esetben erős pozitív kapcsolat van ($p = 0,66$), amely szignifikáns ($p < 0,0001$). A mozgáskészség gátlása esetén $p = 0,63$ ($p < 0,0001$). A fájdalom fokozata és az alvás nehezítése között közepes mértékű pozitív kapcsolat van ($p = 0,53$), amely szignifikáns ($p < 0,0001$). A vizsgálat előtti héten érzékelt fájdalom és az általa okozott aggodalom közötti korreláció szintén közepesen erős ($p = 0,54$, $p < 0,001$).

A fájdalmas régiók a következő arányokban oszlottak meg: nyaki-háti-ágyéki gerinc: 5%, 6%, 37%. A felső végtagon: váll, könyök, kéz: 17%, 6%, 3%, az alsó végtagon: csípő, térd, láb: 5%, 15%, 6%.

A fájdalom jelentett fennállási időtartama (százalékos megoszlás szerint): két napja 21,28, hat hete 47,78, három hónapja 17,23, ennél régebben 13,0 % volt.

Összefüggések

Meghatároztuk a fájdalom mértéke és következményei átlagértékeit a leggyakoribb mozgásszervi alapszervi diagnózisok, további mozgásszervi és általános egyéb betegségek társulása, a fájdalmas régiók és a fájdalom fennállási ideje szerint (2. táblázat).

A fájdalom átlagos erőssége és a fájdalomkövetkezmények átlagai a vizsgálat kezdete előtti héten a degeneratív gerincbetegségek csoportjában voltak a legmagasabbak (kivéve az aggodalom dimenziót). Ez után, nem jelentős eltéréssel az arthrosisos betegcsoport értékei következnek. A lágyrész-betegségek (izmok, inak, bursák) jelentett értékei voltak a legalacsonyabbak, szignifikánsan eltértek a gerincbetegségekben jelentett értékektől, nem szignifikáns mértékben, de számszerűen alacsonyabbak voltak az arthrosisos fájdalompontszámoknál.

Az általános (nem mozgásszervi) társbetegségek jelenléte nem generált többletfájdalmat vagy funkcionális hátrányt. A vezető mozgásszervi – főleg tüneti – diagnózisok mellett jelentett további (főleg anatómiai diagnózissal jelölt) mozgásszervi betegségek esetén azonban min-

den dimenzióban magasabbak voltak az alapdiagnózisokhoz tartozó értékeknél (2. táblázat a és b). Tehát a többszörös mozgásszervi manifesztáció erősebb fájdalmakat keltett.

A fájdalom erőssége és a fájdalomkövetkezmények pontszámai az ágyéki gerincszakaszon voltak a legmagasabbak, szignifikánsan különböztek a nyaki gerinc és a felső végtag fájdalmaitól. Az alsó végtag és a háti gerincszakasz fájdalmai az ágyéki fájdalmak szintjéhez álltak közel (2. táblázat c).

A panaszok fennállási ideje szerint (idő/pontszám 10-es skálán) a fájdalom erőssége és a fájdalomkövetkezmények pontszámai numerikusan a három hónapnál régebben fennálló fájdalmak esetében voltak a legmagasabbak. A számszerű pontértékek egyre alacsonyabbak voltak a fennállási idők rövidege szerint, bár szignifikánsnak csak a kétnapos-hathetes, akut-szubakut és a legrégebbi fájdalom közötti különbség bizonyult (2. táblázat d).

Összegezve: a degeneratív gerincbetegségek között egyértelműen az ágyéki gerincszakasz krónikus fájdalmai és azok fizikális következményei jelentik a legnagyobb mozgásszervi betegségterhet.

Megbeszélés

A mozgásszervi fájdalmat panaszoló – akár új, akár visszatérő – beteggel találkozó orvos első feladata tehát az aktuális fájdalom elhelyezése saját tapasztalati körében. Ez több spektrum, kontinuum mentén történhet. Az első annak megállapítása, hogy a fájdalom fiziológiás, figyelmeztető (akut mechanikus trauma, kezdődő gyulladás, tüneti diagnózis) vagy patológiás (kibontakozó vagy fellobbanó, definitív mozgásszervi betegség, szubakut-krónikus, patoanatómiai diagnózis). A fájdalom lokalizációja szintén annak behatárolásában segít, hogy regionális (többnyire túlzott igénybevétel) vagy több ponton jelentkező (degeneratív vagy gyulladásos rendszerbetegség, kiterjedt, generalizált fájdalom szindróma része). Végül a fájdalom jelzett erőssége meghatározza az analgetikus terápia megválasztását. Mindezek a házi orvos kompetenciájában jelentkeznek. A következő lépés a fájdalom típusának meghatározása: nociceptív, perifériás vagy centrális neuropathiás, nociceptív/neuropathiás vegyes, vagy tisztán centrális fájdalom (27). Ez már szükségszerűen multidiszciplináris feladat, amely a hosszabb távú terápiás tervet is megszabja. Típusosan a krónikus fájdalom az, amelynek monitorozása a házi orvos és a moz-

gásszervi társszakkák együttműködését igényli, azonban egyértelműen a háziorvos kezdeményezi az adekvát konziliáriusok bevonását.

Felmérésünk eredményei közül az ágyéki gerincfájdalmak dominanciája megegyezik a globális betegségteher vizsgálatok mozgásszervi fájdalomprevalenciáinak adataival (3, 4, 6, 11, 13, 14). Egy hazai, nagy létszámú mintán végzett vizsgálat szerint a dél-magyarországi 10 000 fős, célzott mozgásszervi felmérésében a lumbalis gerincfájdalom 44, a csípőfájdalom 22, a térdfájdalom 30%-ban szerepelt. A nők 2–10%-kal többen jeleztek fájdalmat, mint a férfiak, mindkét nemben az 50 év feletti korcsoportokban gyakoribb volt a fájdalom. A fájdalomkövetkezményeket az SF-36 generikus életminőség-kérdőívvel mérték: a fizikális domén átlaga 68,6 (59–81 szélsőértékek), a mentális domén átlaga 73,5 (59–88) volt. Tehát a fájdalom a fizikális képességeket nagyobb mértékben rontja, mint a mentális állapotot (22). (Ez egybevág saját megállapításainkkal).

A másik, 11 500 fős japán populációs egészségfelmérés válaszadóinak 86%-a (9900 személy) számolt be mozgásszervi fájdalomról. A fájdalom erőssége 2 és 9 pont között, és kissé aszimmetrikusan oszlott meg. A leggyakoribb érték 5 pont volt, valamivel kevesebb 3–4 pont, elsősorban a 30–50 éves korosztályban, jóval ritkább 6–9 pontos erősség mellett. Időtartam szerint akut fájdalmat 26%, szubakut (4–8 hét) tartamút 37, három hónaposat 13, ennél régebbit 24% jelentett. A nyaki-háti-ágyéki gerincfájdalmak 20, 10 és 30%-ot, a felső végtag fájdalmai 25, az alsó végtagé 15%-ot képviseltek (28). Saját adatainkra vetítve csak a végtagfájdalmak arányában mutatkozik eltérés.

Két speciális populációban a megterheléssel összefüggő fájdalom dominálón az ágyéki gerincen és az alsó végtagi nagyízületeken jelentkezett. 240 indiai háziasszony fájdalmai a láb, a térd és a csípő között 30, 26 és 10%-ban oszlottak meg. Négy fájdalomfokozatot mértek (1–4 pont), ezek erősség szerinti gyakorisága 37, 34, 12 és 19% volt (16). Mekki zárandokok (1715 személy) akut regionális fájdalomprevalenciája napi 40 kilométer gyaloglás után: boka/lábfej 38, láb 30, ágyéki gerinc 29, térd 22% volt. Az egyéb régiók fájdalmainak gyakorisága 2–15% volt (egy személynek több fájdalmas pontja is lehetett) (17). Ezek az adatok is komparábilisak voltak a saját eredményeinkkel.

A háziorvos feladata, hogy az individuális fájdalom szindrómákat elsőként osztályozza, mérlegelje, és kialakítsa az elsődleges fájdalom-menedzselési stratégiát.

A fájdalom átlagos erőssége és a fájdalomkövetkezmények pontszámai a degeneratív gerincbetegségek csoportjában voltak a legmagasabbak.

A speciális vizsgálóhelyek szerinti összehasonlításához egy reumatológiai praxisból és egy fájdalomklinikáról választottunk egy-egy tanulmányt. A 34 spanyol reumatológiai szakrendelés beteganyagán végzett felmérés szerint 1084 betegből 86% jelzett aktuális fájdalmat, ebből

81% krónikus fájdalom volt. A fájdalmak patoanatómiai eredet szerinti megoszlása: ízületi gyulladás 30, arthrosis 27, lágyrész-érintettség 17, gerincbetegség 9% volt. Fibromyalgia, neuropathiás fájdalom és osteoporotikus eredet egyaránt 4-4%-ban fordult elő. Társbetegséggént a cardiovascu-

laris (27%), a metabolikus (25%), a gastrointestinalis (20%), a pszichiátriai (14%) és a légzőszervi (5%) betegségcsoportokat jelölték meg, néhány százaléknál idegrendszeri, illetve vesebetegség mellett. A fájdalmas régiók: a gerinc és a felső végtag 36-36, az alsó végtag 27%-ot képviseltek. Az újonnan jelentkező betegek átlagos heti fájdalma 5 pont (0,4-6 szélsőértékek), a visszatérőké 4,6 (0,6 és 7 pont között) voltak (29). A vizsgált indikátorok és értékeik ebben a tanulmányban közelítették meg az általunk mértéket.

Finnországban egy fájdalomklinikára 320 kiválasztott mozgásszervi betegét a fájdalomkövetkezmények oldaláról elemezték. A Rövid Fájdalom Leltár kérdőív „tevékenység” és „aggodalom” dimenzióira adott 7 pontszám mint vágáspont mentén négy csoportra osztották (high/low activity vs affectivity, BPI) a betegeket. (A magas pontszám itt is nagymértékű akadályozottságot és aggodalmat jelez.) A csoportonkénti fájdalom átlagos erősségét hasonlították össze. Eredményeik szerint a magas/magas pontszámok esetén az átlagos fájdalom 6,88 pont volt, alacsony tevékenységi akadály/magas aggodalom mellett 6,02, magas tevékenységi akadály/alacsony aggodalom mellett 5,95, az alacsony/alacsony funkcionális következmény csoportban viszont csupán 4,86 volt a fájdalom erőssége (30). Ezek az adatok is összevágának a saját eredményeinkkel, amelyek szerint a fájdalom erőssége és a tevékenységi akadályozottság, valamint a keltett aggodalom között jó korreláció mutatható ki.

Tekintetbe véve, hogy a felmérésünkben gyűjtött adatok szinte teljes mértékben háziorvosi praxisokból származnak, két jól tervezett, skandináv háziorvosi praxisokból származó tanulmányt is választottunk összehasonítási alapul. Kétezer, mozgásszervi panaszokkal követett

beteget választottak ki egy svéd városi és egy falusi praxisból, és három évre visszamenőleg elemezték a dokumentációjukat a fájdalomparaméterek tekintetében. Mozgásszervi fájdalomról anamnesztikusan 1951 (98%), aktuális fájdalomról 765 (37%) beteg számolt be. A városi-falusi betegeket külön és összevonva is értékelték. Általában a falusi populáció kissé rosszabb, a szignifikancia határán mozgó adatokat produkált, ezért itt csak az összevont értékeket mutatjuk be. A nő/férfi arány 53/47%, az életkoruk 18 és 65 év között volt, a 40-65 éves korcsoportba tartozók a fiatalabb korosztályokénál mintegy másfélszer többen voltak. Az egyes régiók fájdalma közül az alsó végtagi fájdalmak a 36-45 évesek között voltak a leggyakoribbak (36%), egyébként ezek és a többi testtáj fájdalma a fiatalabbakban 17-32% közötti, az idősebbekben pedig csak 5-15%-os gyakorisággal szerepeltek. A fájdalmak lokalizációja régiók szerint a következő volt: nyaki gerinc 12%, váll-felső végtag: 37%, háti gerinc 10%, ágyéki gerinc 15%, alsó végtag 35% (több régiót is megjelölhettek). A BNO mozgásszervi főcsoport diagnózisa közül M54 (Gerincfájdalom), M53 (Cervicobrachialgia), M77 (Izom-ín-bursa) és M25 (Ízületi fájdalom) voltak a leggyakoribbak (régión szerinti releváns gyakorisággal). A panaszok súlyosságát nem mérték, arra csak az okok szerint leírt beavatkozások táblázatából lehet következtetni (15).

Húsz norvégiai praxis 969, átlagosan 46,5 éves (20-58 év) betege (közülük 650 nő) fájdalomparamétereit kérdőíves módszerrel gyűjtötték. Mozgásszervi fájdalmat 517 beteg (53%) jelzett, 81%-ban hat hónaposnál régebbi fennállással (0-3 hó: 54%, 3-6 hó: 22%, 6 hónaposnál régebbi: 24%). A fájdalom nélküli kontrollcsoportokhoz mért eltéréseket az esélyhányadossal (odds ratio, OR) értékelték jelentősnek. Fájdalmas pontokat több anatómiai helyről, pontról is jelenthettek, így betegenként átlagosan 3,5 (23%, 0-12 pont között) fájdalmas pontot jelöltek meg, részletesen 0-2: 40%, 3-5: 41%, 6-8: 14%, 9-12: 4% előfordulással. Régiók szerint: nyak-váll-felső végtag 20%, háti gerinc 26%, ágyéki gerinc 46%, alsó végtag 8% (több régiót is megjelölhettek). A fájdalom erőssége szerint (0-10 pontos skálán) 0-2: 46%, 3-5: 38%, 6-8: 15%, 9-10: 1% gyakoriság volt. A fájdalomkövetkezményeket (a Rövid Fájdalom Leltár szerint) valamennyi doménben 2,4 és 2,9 között adták meg. A fájdalmakhoz kapcsolt életminőséget egy finn fejlesztésű kérdőívvel mérték (maximális érték 1,0, 0,9 felett jó életminőség): a fájdalmat jelző betegek válaszai erősen közelítették a kontrollcsoport jó értékeit, néhány mentális dimenzióban estek csak

a 0,9 vágáspont alá (8). Számunkra meglepő az alacsony fájdalomszintet jelzők magas aránya és ennek megfelelően a fájdalomkövetkezmények alacsony fokú súlyozása. Ennek magyarázata a kimutatott, szinte zavartalanul jó életminőség lehet.

Következtetés és gyakorlati hasznosítás

Vizsgálataink adatai nagyszámú háziorvosi praxis napi gyakorlatából származnak. Tanulmányunkkal mintegy tükröt szándékoztunk állítani a háziorvosok elé, amelyben saját köreik tapasztalatait sűrítve és más – nemzetközi – praxisokkal összehasonlítva láthatják. Az itt bemutatott számadatok

azt is bizonyítják, hogy – ellentétben a globális felmérések és a specialista praxisok tanulóival, amelyek elsősorban a krónikus MSK fájdalmakat elemzik – a háziorvosok találkoznak először az akut-szubakut fájdalmakkal és az új betegekkel. Ezért ezek visszajelzése segíthet a MSK fájdalmi panaszok súlyozásában.

A felmérés adatai egy olyan többdimenziós koordinátarendszert képeznek – a fájdalom erőssége, várható funkcionális következményei és fennállási ideje, az alapbetegség, társbetegségek fennállása vagy hiánya, anatómiai régiója tengelyek szerint –, amelybe az aktuális beteg elhelyezhető. Ez támpontot adhat az aktuális panasz súlyozásához, az analgetikus stratégia megtervezéséhez és a készítmény megválasztásához.

Irodalom

- Hessel F. Burden of disease. In: Kirch W (ed.). Encyclopedia of public health. Dordrecht: Springer; 2008. p. 94-6. https://doi.org/10.1007/978-1-4020-5614-7_297
- Boncz I, Kovács GL. A nemzeti egészségbiztosítási adatvagyon használata betegségtéher-elemzésekhez Magyarországon. Orv Hetil 2021;162(Suppl 1):2-5. <https://doi.org/10.1556/650.2021.32151>
- Cieza A, Causey K, Kamenov K, Hanson SW, Chatterji S, Vos T. Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet 2021;396:2006-17. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32340-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32340-0)
- GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet 2020;396:1204-22. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)
- Zimmer Z, Fraser K, Grol-Prokopczyk H, Zajacova A. A global study of pain prevalence across 52 countries: examining the role of country-level contextual factors. Pain 2022;163:1740-50. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002557>
- Liu S, Wang B, Fan S, Wang Y, Zhan Y, Ye D. Global burden of musculoskeletal disorders and attributable factors in 204 countries and territories: a secondary analysis of the Global Burden of Disease 2019 study. BMJ Open 2022;12:e062183. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-062183>
- Finney A, Dziedzic KS, Lewis M, Healey E. Multisite peripheral joint pain: a crosssectional study of prevalence and impact on general health, quality of life, pain intensity and consultation behaviour. BMC Musculoskel Disord 2017;18:535. <https://doi.org/10.1186/s12891-017-1896-3>
- Garnaes KK, Mørkved S, Salvesen Ø, Tønne T, Furan L, Grønhaug G, et al. What factors are associated with health-related quality of life among patients with chronic musculoskeletal pain? A cross-sectional study in primary health care. BMC Musculoskel Disord 2021;22:102. <https://doi.org/10.1186/s12891-020-03914-x>
- Clarsen B, Nylenna M, Klitkou ST, Vollset SE, Baravelli CM, Belling AK, et al. Changes in life expectancy and disease burden in Norway, 1990-2019: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet Public Health 2022;7:e593-605. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00092-5](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00092-5)
- Chen L, Ferreira ML, Nassar N, Preen DB, Hopper JL, Li S, et al. Association of chronic musculoskeletal pain with mortality among UK adults: A population-based cohort study with mediation analysis. EclinicalMedicine 2021;42:101202. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.101202>
- Hoy D, March L, Brooks P, Blyth F, Woolf A, Bain C, et al. The global burden of low back pain: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. Ann Rheum Dis 2014;73:968-74. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2013-204431>
- Øverås CK, Johansson MS, de Campos TF, Ferreira ML, Natvig B, Mørk PJ, et al. Distribution and prevalence of musculoskeletal pain co-occurring with persistent low back pain: a systematic review. BMC Musculoskel Disord 2021;22:91. <https://doi.org/10.1186/s12891-020-03893-z>
- Chen S, Chen M, Wu X, Lin S, Tao C, Cao H, et al. Global, regional and national burden of low back pain 1990-2019: A systematic analysis of the Global Burden of Disease study 2019. J Orthop Transl 2022;32:49-58. <https://doi.org/10.1016/j.jot.2021.07.005>
- Wang L, Ye H, Li Z, Lu C, Ye J, Liao M, et al. Epidemiological trends of low back pain at the global, regional, and national levels. Eur Spine J 2022;31:953-62. <https://doi.org/10.1007/s00586-022-07133-x>
- Wiitavaara B, Fahlström N, Djupsjöbacka M. Prevalence, diagnostics and management of musculoskeletal disorders in primary health care in Sweden - an investigation of 2000 randomly selected patient records. J Eval Clin Prac 2017;23:325-32. <https://doi.org/10.1111/jep.12614>
- Mishra M, Srivastava AK, Srivastava VK. Prevalence and risk of musculoskeletal pain in rural homemakers of North India. Med J DY Patil Univ 2017;10:138-42. <https://doi.org/10.4103/0975-2870.202092>
- Alsehri MA, Alzaidi J, Alasmari S, Alfaqeh A, Arif M, Alo-taiby SF, et al. The prevalence and factors associated with musculoskeletal pain. J Pain Res 2021;14:369-80. <https://doi.org/10.2147/JPR.S293338>
- Tsepilov YA, Freidin MB, Shadrina AS, Sharapov SZ, Elgava EE, van Zundert J, et al. Analysis of genetically independent phenotypes identifies shared genetic factors associated with chronic musculoskeletal pain conditions. Commun Biol 2020;3:329. <https://doi.org/10.1038/s42003-020-1051-9>

19. Hodinka L, Bálint G, Budai E, Géher P, Papp R, Somogyi P, et al. Nem szteroid gyulladáscsökkentők peroralis és transzdermális alkalmazása regionális mozgásszervi fájdalom szindrómákban. *Orv Hetil* 2017;158 (Suppl 3):3-30. <https://doi.org/10.1556/650.2017.30902>
20. Vereckei E, Hodinka L, Poór Gy. Idős reumatológiai betegek hatásos fájdalomcsillapításának kihívásai. *Magy Reumatol* 2021;62:78-88.
21. Forgács-Kristóf K, Major J, Ádám Sz. A krónikus derékfájdalom korszerű diagnosztikája és kezelése a nemzetközi irányelvek tükrében. *Orv Hetil* 2021;162:1951-61. <https://doi.org/10.1556/650.2021.32280>
22. Horváth G, Than P, Bellyei Á, Kránicz J, Illés T. Mozgásszervi panaszok gyakorisága felnőtt és serdülőkorban. (Reprezentatív felmérés a Dél-Dunántúlon 10 ezer fős mintából). *Orv Hetil* 2006;147:351-6.
23. Stoll D, Kása J, Lazár J. Derékfájdalom és depresszió. *Gerincgyógyászati Szemle* 2017;4:126-35.
24. Nagy I, Zsidó AN, Teleki Szidali Sz. A fájdalomkatasztrofizálás, a krónikus fájdalom elfogadása és a reménytelenség hatása az életminőségre, degeneratív gerincbetegségből fakadó krónikus fájdalommal élő nöbetegek körében. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika* 2022;23:113-38. <https://doi.org/10.1556/0406.23.2022.005>
25. Atkinson TM, Mendoza TR, Sit L, Passik S, Scher HI, Cleeland C, et al. The Brief Pain Inventory and Its "Pain At Its Worst in the Last 24 Hours" Item: Clinical trial endpoint considerations. *Pain Med* 2010;11:337-46. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2009.00774.x>
26. Amtmann D, Cook KF, Jensen MP, Chen W-H, Choi S, Revicki D, et al. Development of A Promis Item Bank to measure pain interference. *Pain* 2010;150:173-82. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.04.025>
27. Hodinka L, Vereckei E. A citokinek fájdalomkeltő szerepe a központi idegrendszerben – az anticitokin-terápia közvetlen analgetikus hatása. *LAM* 2020;30:335-42. <https://doi.org/10.33616/LAM.30.028>
28. Nakamura M, Nishiwaki Y, Ushida T, Toyama Y. Prevalence and characteristics of chronic musculoskeletal pain in Japan. *J Orthop Sci* 2011;16:424-32. <https://doi.org/10.1007/s00776-011-0102-y>
29. Plana-Veret C, Seoane-Mato D, Goicoechea García C, Vidal-Fuentes J. Pain assessment in Spanish rheumatology outpatient clinics: EVADOR study. *Reumatol Clin* 2021;17:88-96. <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2019.01.006>
30. Miettinen T, Kautiainen H, Mäntyselkä P, Linton SJ, Kalso E. Pain interference type and level guide the assessment process in chronic pain: Categorizing pain patients entering tertiary pain treatment with the Brief Pain Inventory. *PLoS ONE* 2019;14:e0221437. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221437>



eLitMed.hu

Válogatás az eLitMed.hu orvostudományi portál Klinikum rovatának szemlézéseiből



A nemfüggő tényezők keresése a biológiai és gyógyszerkutatásokban

Az elmúlt évtizedben a tudományfinanszírozók és az akadémiai folyóiratok is elkezdtek megkövetelni, hogy a sejteket és az állatmodelleket alkalmazó alap kutatásokba, valamint a klinikai vizsgálatokba egyaránt vonják be mindkét nemet.

Ennek oka egyrészt az a felismerés, hogy a szexkromoszómák, illetve a hormonprofilok különbségei befolyásolhatják a gyógyszerekre és egyéb eljárásokra adott reakciót. Másrészt a tudósok arra is rájöttek, hogy a mindkét nemet bevonó vizsgálatok precízebb és reprodukálhatóbb eredményt adnak, és olyan kérdések megfogalmazását is segítik, amelyek új utakra vihetik a tudományt.

A Covid-19 közismert példáját adja a nemek eltérő reakciójának: míg több férfi hal meg a betegségben, a nők fogékonyabbak a hosszú Covid kialakulására, írja a nemfüggő tényezők keresésének jelenlegi helyzetéről beszámoló *Nature*-cikk. Mint *Emily Willingham* kifejti, a női résztvevők kizárása a klinikai vizsgálatokból részben a thalidomidtragédia következtében alakult ki: a terhes nők körében alkalmazott szedatívum rengeteg congenitalis rendellenességet okozott, ezért az FDA 1977-ben azt javasolta, hogy a fogamzóképes korú nőket ne vonják be a korai fázisú klinikai vizsgálatokba. A következő évtizedben azonban kiderült, hogy a populáció jelentős részének kihagyása is klinikai következményekkel jár, ezért 1993-tól az USA orvosi kutatásokat finanszírozó ügynöksége, a NIH (National Institutes of Health) elkezdte azt kérni, hogy mégiscsak vonják be a nőket a klinikai vizsgálatokba. Ez 2013-tól az EU előírásaiban is szerepel (az elvárás 2020-ban lépett hatályba). A NIH 2016 óta az alap kutatásokban is elvárja a két nem szerepeltetését, bár a sejteket és állatmodelleket alkalmazó kísérletekben ez nem is olyan egyszerű. Ugyan nem duplázza meg, de a vizsgálatok költségét megnöveli mindkét nem bevonása: átlagosan egyharmaddal kell megnövelni a minta elemszámát ahhoz, hogy az eredmény mindkét nemre releváns legyen.

<https://elitmed.hu/lam/klinikum/a-nemfuggo-tenyezok-kerese-a-biologiai-es-gyogyszerkutatásokban>

A szemlézések az eLitMed.hu orvostudományi portálon a *Rovatok* menüpont alatt találhatóak. A cikkek közvetlen elolvasásához okostelefonjának QR-kód-olvasó alkalmazását irányítsa a kiválasztott cikk melletti kódra.

XXIV. Budapest Diabetes Szimpózium, az MDT évnyitó tudományos ülése

Aquaworld Hotel, Budapest • 2023. február 10–11. (péntek–szombat)

2023. február 10. péntek

15.00 – 15.30 Köszöntő/Bevezető

Dr. Jermendy György: Diabetológiai újdonságok az elmúlt évben – I.

Dr. Wittmann István: Diabetológiai újdonságok az elmúlt évben – II.

Szimpóziumok

15.30 – 16.15 Innováció a 2-es típusú diabetes GLP1-RA kezelésében (Novo Nordisk szimpózium)

Üléselnök: *Dr. Wittmann István*

Dr. Lengyel Csaba: Korai erélyes glykaemiás kontroll jelentősége 2-es típusú cukorbetegségben

Dr. Keresztes Katalin: Kardiometabolikus rizikócsökkentés 2-es típusú cukorbetegségben

16.20 – 17.05 Vitaforum: Miért ugrál a vérnyomásunk? (Richter Gedeon Nyrt. szimpózium)

Aki kérdez: *prof. dr. Kempler Péter*

Aki válaszol: *prof. dr. Ábrahám György*

17.05 – 17.30 Szünet

17.30 – 18.15 Astra-Zeneca szimpózium

Dr. Jermendy György: Üléselnöki bevezető

Dr. Molnár Gergő: Gondolunk időben a krónikus vesebetegségre?

Dr. Várkonyi Tamás: A diabetes kórlefolyásának módosítása

18.20 – 19.05 77 Elektronika Kft. szimpózium

Üléselnök: *Dr. Wittmann István*

Dr. Kis János: CGM – új mérőföldkő a cukorbeteg-gondozásban

Szabó Barnabás: A GlucoMen Day CGM rendszer bemutatása

19.10 – 19.55 A cukorbeteg-gondozás gyakorlati kérdései (SANDOZ szimpózium)

Üléselnök: *Dr. Jermendy György*

Dr. Nádas Judit: A DPP-4-gátó terápia jelenlegi helyzete a T2DM kezelési algoritmusában

Dr. Reiber István: Antilipaemiás kezelés a háziorvosi/diabetológiai gyakorlatban

2023. február 11. szombat

Üléselnök: *Dr. Jermendy György*

09.00 – 09.25 *Dr. Wittmann István:* Metformin: a jelátviteli rendszertől az új terápiás lehetőségekig

09.25 – 09.50 *Dr. Hosszúfalusi Nóra:* GLP-1-receptor-agonista készítmények – bővülő terápiás lehetőségek

09.50 – 10.15 *Dr. Kempler Péter:* Quo vadis neuropathia diabetica? – Hol tartunk ma, mit hozhat a közeljövő?

10.15 – 10.40 *Dr. Molnár Gergő:* SGLT-2-gátlók: a hatékonyság és biztonságosság új adatai

10.40 – 11.10 Szünet

Üléselnök: *Dr. Wittmann István*

11.10 – 11.35 *Dr. Karádi István:* A lipidcsökkentő terápia újdonságai

11.35 – 12.00 *Dr. Jermendy György:* Ektópiás zsírszöveti felhalmozódás a hasnyálmirigyben – a NAFLD (non-alcoholic fatty pancreas disease) klinikai jelentősége

12.00 – 12.25 *Dr. Kiss Róbert:* CABG vagy PCI cukorbetegségben – a választás szempontjai

12.25 – 12.50 *Dr. Lengyel Csaba:* GIP/GLP-1-receptor-agonisták („twincretinek”) – új hatástani csoport a T2DM kezelésében

Zárszó: *Dr. Wittmann István*

Akkreditált rendezvény, továbbképzési pontszám orvosoknak: 30, szakdolgozóknak 12.

Információ, regisztráció: www.stand-art.hu/XXIV-Budapest-Diabetes-Szimpózium

A Koragyermekkori Evés-alvászavar Ambulancia ellátási modelljét kísérő tudományos nyomon követés módszertana

SCHEURING NOÉMI, DANIS ILDIKÓ, GERVAI JUDIT, GULÁCSI ÁGNES, ÁGOSTON OLGA, SIBA MÓNKA, STADLER JUDIT, BALÁZS KRISZTINA, EGYED KATALIN, KECSKEMÉTI JUDIT, HOLLÓSI LILLA ESZTER, SZABÓ LÁSZLÓ

METHODOLOGY OF SCIENTIFIC MONITORING OF CARE IN THE OUTPATIENT CLINIC OF EARLY CHILDHOOD EATING AND SLEEP DISORDERS

Háromrészes cikksorozatunkban a *Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet Madarász utcai Koragyermekkori Evés-Alvászavar Ambulanciájának* klinikai protokollját, az ellátás tudományos nyomon követésének modelljét és kutatásunk első statisztikai eredményeit mutatjuk be. Az osztályos háttérrel is rendelkező ambulancia az egészségügyi szektoron belül – interdiszciplináris ellátási modell keretében – elsőként nyújtott szervezett ellátást hazánkban a kora gyermekkori állapot-, érzelem- és viselkedésszabályozási problémákat mutató csecsemők, kisgyermek és családjaik számára.

In a three-part article series, we present the clinical protocol used by the Early Childhood Eating and Sleep Disorders Outpatient Clinic at Madarász Street of the Heim Pál National Pediatric Institute; a model of the scientific monitoring of the care; and the first results obtained by this monitoring research. The Clinic that also has a hospital background was the first in the Hungarian health care system to provide organized care for families of infants and young children struggling with early childhood emotional and behavioral regulation problems within a framework of interdisciplinary care model.

dr. SCHEURING Noémi: Koragyermekkori Evés Alvászavar Ambulancia, Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet/Early Childhood Eating and Sleep Disorders Outpatient Clinic, Heim Pál National Pediatric Institute; Egészségtudományi Doktori Iskola, Semmelweis Egyetem/Health Science Doctoral School, Semmelweis University, Budapest
 dr. DANIS Ildikó: Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet/Semmelweis University, Institute of Mental Health, Budapest
 dr. GERVAI Judit: TTK Kognitív Idegtudományi és Pszichológiai Intézet/RCNS Institute of Cognitive Neuroscience and Psychology, Budapest
 dr. GULÁCSI Ágnes: Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet/Heim Pál National Pediatric Institute, Budapest
 ÁGOSTON Olga: Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet/Heim Pál National Pediatric Institute, Budapest
 SIBA Mónika: Budapesti Korai Fejlesztő Központ/Budapest Early Intervention Centre Budapest; Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet/Heim Pál National Pediatric Institute, Budapest
 STADLER Judit: Pest Megyei Pedagógiai Szakszolgálat Gödöllői Tagintézmény/Pest County Pedagogical Service Gödöllő Member Institution; Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet/Heim Pál National Pediatric Institute, Gödöllő
 BALÁZS Krisztina: Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet/Heim Pál National Pediatric Institute, Budapest
 dr. EGYED Katalin: ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Pszichológiai Intézet, Fejlődés- és Klinikai Gyermekpszichológia Tanszék/Eötvös Loránd University, Faculty of Educations and Psychology, Institute of Psychology, Department of Developmental and Clinical Child Psychology, Budapest
 KECSKEMÉTI Judit: Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet/Heim Pál National Pediatric Institute, Budapest
 dr. HOLLÓSI Lilla Eszter: Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet/Heim Pál National Pediatric Institute, Budapest
 dr. SZABÓ László (levelező szerző/correspondent): Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet/Heim Pál National Pediatric Institute; Semmelweis Egyetem, Egészségtudomány Kar, Családgondozási Módszertani Tanszék/Semmelweis University, Institute of Health Science, Family Care Methodology Department; 1089 Budapest, Üllői út 86. E-mail cím: szabo.laszlo.md@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0001-7589-3585>

Érkezett: 2022. április 11. Elfogadva: 2022. november 21.

<https://doi.org/10.33616/lam.32.0501>

Második tanulmányunkban az ambulancia klinikai modelljét kísérő tudományos nyomon követés módszertanát ismertetjük. Az ellátás hatékonyságvizsgálata és minőségbiztosítása érdekében is tervezett kutatásunk mérőeszközeinek és eljárásainak bemutatásával szeretnénk hozzájárulni hasonló ellátások kutatási programjainak tervezéséhez és lebonyolításához.

Koragyermekkori Evés-Alvászavar Ambulancia, tudományos nyomon követés, kutatás-módszertani szempontok, mérőeszközök

In the second article, we introduce the methodology of the scientific monitoring of the care in the Outpatient Clinic. By presenting the measurement tools and procedures of the research, which is also designed to assess the effectiveness and quality of the care, we would like to contribute to the planning and implementation of other research programs for similar services.

Early Childhood Eating-Sleep Disorders Outpatient Clinic, scientific monitoring, research methodology, measurements

A *Koragyermekkori Evés-alvászavar Ambulancia* 2017 januárjában kezdte meg működését a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet Madarász utcai épületében. Az ambulancia interdiszciplináris modellben nyújt segítséget a csecsemők és három év alatti kisgyermek evés- és alvásproblémáinak megoldásában. A diagnosztikai és intervenciós protokoll kialakítása a nemzetközi szakirodalomban fellelhető irányelvek, jó gyakorlatok tanulmányozása alapján, valamint a team korábbi klinikai tapasztalatainak és kutatási eredményeinek felhasználásával történt (lásd bővebben cikksorozatunk első részét: LAM 32. évfolyam 6–7. szám, 265–277. oldal). A komplex (belgyógyászati, pszichológiai és gyógypedagógiai) teamworkában megvalósuló szakellátás során a szervi okok orvoslása és kutatása kiegészül a pszichoszociális és viselkedési tényezők felmérésével és támogatásával (lásd bővebben cikksorozatunk első részét). Gyógyító ellátásunk mellett 2018 és 2020 között nyomon követő kutatást is végeztünk részletes adatgyűjtéssel. Írásunk célja az, hogy módszertani beszámolóinkkal támpontokat nyújtsunk a kora gyermekkori viselkedési zavarok tudományos felméréséhez, elősegítve a bizonyítékon alapuló orvosi módszertani ajánlások kidolgozását.

A kora gyermekkori érzelem- és viselkedésszabályozási, ezek közül is leginkább a táplálkozási és alvászavarok etiológiájáról, kezeléséről cikksorozatunk első részében olvashatnak bővebben. Jelen tanulmányban részletesen bemutatjuk az ellátásunkhoz kapcsolódó kutatás (tudományos nyomon követés) módszertanát, ismertetjük a használt mérőeszközöket és eljárásokat, illetve azok illeszkedését az ambulancia klinikai proto-

RÖVIDÍTÉSEK

BNO: Betegségek Nemzetközi Osztályozása
CHIP: Coping Health Inventory for Parents
DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DC: Diagnostic Classification (of Mental Health & Developmental Disorder of Infancy and Early Childhood)
H-MORS-SF: Hungarian version of Mothers' Object Relation Scales – Short Form
MABS: Mother and Baby Scales
SAR: Sleep/Activity Record

kolljához. Cikksorozatunk harmadik részében első elemzéseink eredményeit, a 2018–2020 között vizsgált minta leírását és a klinikai ellátás néhány leíró jellemzőjét tesszük közzé. A használt mérőeszközök pszichometriai sajátosságairól és a vizsgált változók közötti mélyebb összefüggésekről későbbi elemzéseinkben és publikációinkban számolunk be.

Kezelések eredményességének mérése a nemzetközi gyakorlatban – néhány példa

Evészavarok. A gyermekkori táplálási zavarok ellátása során az eredményesség mérését számos tényező nehezíti. Ilyen az evésproblémák heterogenitása (például szelektív evés, nem az életkor-nak megfelelő ételek fogyasztása, növekedési

problémák, alutápláltság), a betegcsoportok (például komplex orvosi esetek, autizmus, életkori különbségek) változatossága, valamint a kimenetel mérésére szolgáló változók különbözősége. Ebből adódóan a kutatás tervezése igen nagy kihívást jelent. A legtöbb nemzetközi vizsgálat intenzív, osztályos kezeléseket elemez (1–3). *Lukens és Silverman* 2014-es összefoglalója (1) 13 kutatást (11 nem randomizált és két randomizált kontrollált vizsgálatot) elemzett, amelyeket 1998 és 2013 között publikáltak a témában. Ezek közül tízben alkalmaztak multidiszciplináris ellátást nappali vagy fekvőbeteg formában; mindegyikben pozitív kimenetele volt az intervencióknak. A járóbeteg-ellátás formájában történő evésterápiákról lényegesen kevesebb publikáció áll rendelkezésünkre, ebből mutatunk be két frissebb példát. *Benton és munkatársai* 2015-ös tanulmányukban (4) a járóbeteg-klinikájukra (Feeding Clinic) érkező, 1–18 év közötti betegek jellemzőit vizsgálták. A kérdőíves adatgyűjtés során demográfiai jellemzőket, korábbi diagnózisokat, szülői panaszokat, az étkezések időtartamát, a beutaló intézményeket és a fogyasztott ételreperatoárt vizsgálták. A leggyakoribb szülői aggodalom a nem megfelelő tápanyagbevitel és súlyfejlődés volt, annak ellenére, hogy a gyermekek túlnyomó része nem volt alultáplált, illetve, hogy az evészavar nagy pszichés terhet jelentett a közvetlen családtagok számára. *Jung és munkatársai* 2016-os publikációja (5) szintén egy járóbeteg formában működő táplálásklinika (Feeding Clinic) betegeinek általános jellemzőit és egészségügyi adatait elemezte. 2010–2014 között a rendelésen részt vevő 143 beteg orvosi dokumentációját vizsgálták retrospektív módon. Az evészavart (viselkedéses evészavar, dysphagia és/vagy súlygyarapodási probléma) és a fennálló egészségügyi jellemzőket orvos állapította meg. A betegek nagyjából fele volt 15 hónap alatti és szintén körülbelül a fele koraszülött. Összesen 93 betegnél (65%) állapították meg evészavart. Összefoglalásként a szerzők hangsúlyozzák, hogy az evészavarok kivizsgálásában és kezelésében mutlidiszciplináris megközelítés ajánlott a problémák összetettsége és orvosi okokkal való összefüggései miatt.

Alvászavarok. Az alvászavarok vizsgálatát megnehezíti többek között az egységes definíció hiánya: fontos megkülönböztetni a diagnosztikai rendszerekbe (például DSM, BNO, DC) foglalt és leírt klinikai alvászavart az enyhébb alvási-alatási problémáktól. Az előbbi a gyermekkori alvásproblémákkal kapcsolatos vizsgálatokban ritkán szokták alkalmazni. A kutatásokban általában az összes alvásidőt, az éjszakai ébredések számát és az elalvási nehézséget szokták változó-

ként elemezni, és ezeket gyakran szülői beszámolókra alapozzák. Technikai eszközökkel (például aktivitásmérő) rögzített objektív adatokat ritkán használnak (6). *Field* 2017-es összefoglaló tanulmányában (7) a megelőző néhány év publikációi alapján tekinti át a csecsemőkori alvásproblémák és az azokkal kapcsolatos intervenciók evidenciáit. A vizsgált intervenciók módszerek között konzultációk, extinkciókról (kioltásos tanulási helyzetekről), illetve a lefekvés idejének csökkentéséről szóló edukáció, internetalapú intervenció és éjszakai masszázis szerepeltek. Az összefoglaló elemzés szerint néhány vizsgálatban érték el tartós javulásokat, míg másokban rövid távú eredményt találtak. Azonban ezekben a kutatásokban jelentős módszertani problémák álltak fenn, például a szülői beszámoló kizárólagos használata, továbbá a vegyes életkori csoportok és a lehetséges befolyásoló tényezők kontrollálása tekintetében. *Reuter és munkatársainak* friss, 2020-as összefoglaló tanulmányában (6) az alvásproblémák viselkedésterápiás intervencióinak evidenciáit tekintették át. 476 angol nyelvű publikációból, amelyek 2007–2017 között jelentek meg, 12 felelt meg a feltételeiknek (randomizált kontrollált vizsgálat vagy metaanalízis, vizsgálati csoportonként minimum 20 alany). Öt esetben találtak mérsékelt rövid távú hatást viselkedésterápiás eljárások esetében, míg az edukációs módszerekre nem volt következetes evidencia. (A masszázs hatását vizsgáló kutatások alacsony minőségűek voltak.) Információhiányt állapítottak meg a különböző kultúrák közötti intervenciókkal, az apák szerepével, a hat hónappal fiatalabb, a magas kockázati csoportba tartozó csecsemőkkel és az extinkciót alkalmazó módszerek következményeivel kapcsolatban.

Keves olyan módszertani tanulmányt olvashatunk, amelyben a kutatók részletesen beszámolnak mind a diagnosztikai folyamat, mind a klinikai intervenciók, mind pedig a szülői beszámoló felméréséről, nyomon követéséről az ellátások során. Tanulmányunkkal ezért is szeretnénk részletes módszertani információkat közölni a hazai ellátás és kutatás inspirálása érdekében.

Az ambulancia ellátási modelljét kísérő tudományos nyomon követés módszertana

A 2017-ben induló ambulancián a gyógyító ellátás mellett 2018-tól részletes adatgyűjtéssel kutatómunkát is végeztünk. Közvetlenül az ambulancia indítását követően kezdte meg együttműködését az a csapat (gyakorlati és elméleti szakemberek, fejlődéskutatók), akik a klinikai

A kutatási dizájnt a klinikai protokoll kialakítása után úgy terveztük meg, hogy az szerves részét képezze a diagnosztikai és a kezelési folyamatnak.

munka tudományos nyomon követését, a táplálkozási és alvászavarokkal érkező gyerekek tüneteinek és környezeti hátterének felmérését, az ambulancián folyó munka dokumentálását, valamint az ellátási protokoll hatékonyságának mérését tűzték ki célul. A kutatásban az volt a célunk, hogy leíró adatokat szerezzünk e speciális, jól körülhatárolható populáció tüneteiről, szociodemográfiai hátteréről és fontosabb életúti és környezeti történéseiről, valamint az, hogy a szülőktől és a szakemberektől szerzett információkat felhasználjuk az ellátás hatékonyságának mérésére és a minőségbiztosítási szempontok érvényesítésére.

A kutatási dizájnt a klinikai protokoll kialakítása után úgy terveztük meg, hogy az szerves részét képezze a diagnosztikai és a kezelési folyamatnak (lásd alább részletezve), illetve mind a szülők, mind a szakemberek gyorsan és hatékonyan tudják rögzíteni a fontos információkat.

A kutatás tervezése 2017 júniusától 2018 januárjáig zajlott, majd 2018 tavaszán pilotvizsgálatokat folytattunk (108 fővel), amelynek tapasztalatai alapján véglegesítettük a szülői kérdőíveket és az intervenciók lépéseiről és elágazásairól szóló dokumentációs csomagot. (Az első öt hónapban jelentkező 108 csecsemő/kisgyermek közül 82 jelentkező kapott ellátást kizárólag táplálási probléma miatt. Evés- és alvászavar együttes előfordulását kilenc kisgyermeknél láttuk. Kizárólag alvászavar diagnózissal 14 esetben találkoztunk. Viselkedési zavarral egy, míg obstipáció diagnózissal két beutalás történt.)

A végleges mérőeszközökkel az adatfelvétel 2018. július 1-jén indult, és 2020. december 31-én zárult le. A kutatásba a szülők önkéntesen és anonim módon csatlakozhattak, ehhez a részletes szóbeli és írásbeli tájékoztatást (lásd alább) követően írásos beleegyezésüket adták. A 30 hónapos kutatási időszak alatt összesen 718 gyermek és családja fordult meg ambulanciánkon, és ezek közül összesen 608 esetben nyertünk kutatási adatokat is (608 esetben rendelkezünk orvosi anamnézis kérdőívvel és a betegútról szóló dokumentációval, a bemeneti szülői kérdőíveket pedig 384 gyermek szülei töltötték ki). A fennmaradó 110 esetben a gyermek nyugtalansága vagy egyéb családi, ellátási tényezők miatt nem volt lehetőség a kutatás bemutatására és az informált beleegyezésen alapuló csatlakozásra.

A szülők tájékoztatása és az adatkezelés

Az ambulancia tevékenységéhez kapcsolódó, az érzelmi és pszichoszociális tényezők szerepét is feltáró kutatásban a részvétel önkéntes volt. A szülők tudták, hogy beleegyezésük a folyamat bármely szakaszában, szóban vagy írásban indoklás és hátrányos következmények nélkül visszavonható. A kutatásba az olyan, ambulanciánkra, illetve osztályos kivizsgálásra jelentkező családokat vontuk be, ahol a csecsemő/kisded evés- és/vagy alvászavar tüneteit mutatta. Tájékoztattuk a szülőket arról, hogy evés- és alvászavar tünete esetén gyakran felmerülhetnek a háttérben érzelmi és lelki tényezők is, és az ambulancia kutatási tevékenységének részeként e hatások vizsgálatát is tervezzük.

A belgyógyászati orvosi vizsgálatot és dokumentációt (608 fő) követően egy bemeneti szülői kérdőívet töltöttek ki a szülők (384 fő). A kitöltés megközelítően 40 percet vett igénybe, és egy alkalommal történt. A kitöltött kérdőívek válaszait anonim módon (név és személyes adatok nélkül, csupán kódszámmal ellátva), a kutatásban részt vevő családok teljes csoportjára, elektronikusan, Excel táblázatokban archiváltuk. A szülői kérdőívekben foglalt információkat nem használtuk a klinikai diagnosztikai és a kezelési folyamatban, azok független információkat tartalmaztak, amelyek a feldolgozás után a klinikai folyamatok minőségbiztosítása érdekében visszacsatolhatók.

A szülőket arról is tájékoztattuk, hogy a programban való részvétel során a munkatársak a kezelés folyamatáról és eredményeiről rövid feljegyzéseket készítenek kódszámmal ellátott dokumentációs lapokon. A kutatás során minden kutatási anyagon (kérdőíveken, dokumentációs lapokon stb.) csakis a családok azonosító kódszáma szerepelt. A kódok és a személyes adatok csupán egyetlen dokumentumban szerepelnek együtt, amelyet a kutatás vezetője tárol és titkosan kezel. A szülőnek vagy törvényes képviselőnek a gyermek nevében – a fenti tájékoztatást követően – írásos beleegyezését kellett adnia a kutatásban való részvételhez.

A kérdőíveket, dokumentációs lapokat papír alapon, titkosan tároljuk, az adatokat – csakis a kódszámok feltüntetésével – elektronikusan archiváltuk, és az elemzéseket csoportosan végezzük.

Mérőeszközök

A következőkben részletesen ismertetjük a kutatási protokoll felépítését, mérőeszközeit,

eljárásait. Mivel kutatásunkat kettős céllal indítottuk, egyrészt feltáró jelleggel szeretnénk volna képet kapni az ambulanciánkhoz forduló családok pszichoszociális háttérjellemzőiről, illetve a gyermekek tüneteiről, másrészt szeretnénk volna nyomon követni az ambulancián folyó munkát, és ennek dokumentációjával hozzájárulni az ambulancia működési hatékonyságának megítéléséhez, fontos volt mérőeszközöinket és eljárásainkat a klinikai protokollhoz igazítani. A rendszer kidolgozásában építettünk az Egészséges utódokért projekt (8) kérdőívcsomagjaira, illetve a részt vevő fejlődéskutatók korábbi kutatásaiban nyert tapasztalatokra, azonban az új fókuszpontok bevezetésével újabb mérőeszközöket is beépítettünk. (A mérőeszközrendszer az ambulancia és a kutatási projekt vezetőjénél, dr. Scheuring Noéminél érhető el.)

Az alábbiak tartalma és logikája akkor a leginkább nyomon követhető, ha az olvasó először megismeri az ambulancia klinikai protokollját (lásd cikksorozatunk első részét).

Orvosi anamnézis kérdőív és a kötelező elektronikus dokumentációs rendszerből kinyerhető adatok

Az *orvosi anamnézis kérdőívet* minden olyan gyermek esetében kitöltötték a gyermekgyógyászok, akiknek szülei a programba kerüléskor engedélyt adtak az adatgyűjtésre (összesen 608 gyermek esetében). Az orvosok ebből a kérdőívben rögzítették a legfontosabb anamnesztikus adatokat. A kérdőív főbb témáit az *1. táblázatban* olvashatják.

Emellett – a későbbi kérdésfeltevések és elemzések céljából – a kötelező orvosi dokumentációs rendszerből olyan adatok is kinyerhetők, amelyeket az orvosi ellátás protokollja során automatikusan és kötelező jelleggel dokumentáltunk (például orvosi vizsgálatok, beavatkozások, eredmények, az ambulancia látogatásának gyakorisága stb.).

Orvosi dokumentációs lap a gyermek pszichomotoros fejlettségére, szenzoros ingerfeldolgozására és pszichoszociális kapcsolati jellemzőire vonatkozóan

Az anamnézis kérdőív kitöltése mellett az orvosi vizsgálatok, megfigyelések és rövid konzultációk után a gyermekgyógyászok annál a gyermeknél, ahol felmerült további gyógypedagógiai és/vagy pszichológiai felmérés/vizsgálat szükségessége, rögzítették:

1. táblázat. Az orvosi anamnézis kérdőív főbb témái

A panaszok és a tünetek leírása
Korábbi (akár más intézményben történt) diagnosztikai, kezelési történet
A várandósság, a szülés és a korai gyermekágy lefolyása
A gyermek születési és jelenlegi testi fejlődési paraméterei
Megelőző betegségek, orvosi kezelések, kórházi tartózkodások
Gyógyszerszedés

2. táblázat. A bemeneti szülői kérdőívcsomag törzskérdőívének témái röviden

Szociodemográfiai jellemzők (végzettség, családi állapot, gyermekek a családban, munkahelyi és anyagi helyzet)
Segítség a gyermekgondozásban, nevelésben, társas támogatás
A szülő egészségi állapota, egészség-magatartása, hangulata
Várandósság és szülés
Internethasználat, információforrások a gyermekgondozással, neveléssel kapcsolatban
A gyermek jelzéseinek, viselkedésének értelmezése, megnyugtató
Sírás, nyűgösködés
Stresszel teli életesemények és támogatás

– a gyermek pszichomotoros fejlettségi szintjéről (megfigyelés alapján) és szenzoros ingerfeldolgozásáról (kilenc tételes gyorskérdőív alapján) szóló benyomásait, valamint

– a pszichoszociális, kapcsolati és viselkedési működés problémáira utaló jeleket.

A gyermekgyógyászok az anamnézisfelvétel, a fizikális vizsgálat, megfigyelés tapasztalataik és e két dokumentációs lap alapján határozták meg a további diagnosztikai irányokat és ellátási tervet, vagyis azt, hogy a gyermek az orvosi (és esetleg dietetikai) ellátás keretében marad-e, vagy indokoltak-e további felmérő vizsgálatok a gyógypedagógiai és/vagy a pszichológiai ellátás keretein belül.

Bemeneti szülői kérdőívcsomag

A bemeneti kérdőívcsomagot azoknak a szülőknek adtuk át, akik nemcsak az orvosi kutatási programban való részvételre, hanem a szülői kérdőívek kitöltésére is vállalkoztak. Összesen 384 gyermek esetében nyertünk kérdőíves adatokat.

A bemeneti kérdőívcsomagnak két változatát használtuk. Az azonos részek (törzskérdőív – 2. táblázat, adaptált skálák – 3. táblázat) mellett az evésproblémákkal érkező gyerekek szülei egy részletesebb evéskérdőívet (4. táblázat), míg az

3. táblázat. A bemeneti szülői kérdőívcsomag adaptált skáláinak rövid leírása

Az én gyermekem / Szülő-csecsemő kapcsolat skála [Mothers' Object Relation Scales – Short Form (H-MORS-SF)] (9)

A 14 tételes kérdőív a szülő szubjektív megítélése segítségével ragadja meg a gyermeki sajátosságokat (a gyermek pozitív érzelmeit és dominánsnak vélt viselkedését), ezáltal következtethetünk a szülő gyermekéről alkotott reprezentációjára is. A gyakorlati munkában hatékonyan alkalmazható gyorsított angol–magyar együttműködésben, több mintán végzett kutatómunka eredménye. Két héttételes skálája a *gyermek dominanciája (invasion)* és a *gyermek pozitív érzelmei (warmth)* dimenziók. A szerkesztési folyamatot és a kérdőív Budapesti Családvizsgálatban (10) mért skálamutatóit magyarul is olvashatják (11), illetve a validálási munkákról több nemzetközi cikk is beszámol (12–14). A kérdőívet magyarországi nagymintán először az Egészséges Utódokért projektben validáltuk (15). Ha az eszközt szűrőmódszerként alkalmazzuk, a szülői percepcióban mutatkozó jelentősen alacsony pontszám a pozitív érzelmei skálán és a jelentősen magas pontszám a dominanciaskálán kockázatot jelenthet a szülő-gyermek kapcsolat alakulására nézve.

Mama-gyermek skálák [Mother and Baby Scales (MABS) globális skálái; 16; magyar változat: 17]

A mérőeszközt a szerzők eredetileg az anya-újszülött/ fiatal (2 hetes – 3 hónapos) csecsemő összehangolódásának tanulmányozására dolgozták ki, különös tekintettel etetés, alvási, ébredési helyzetekre. A vizsgálati időszakban anyai naplók alapján mérték a csecsemő etetés alatti ingerlékenységét/nyugtalanágát és az etetés/alvás rendszerességét. Ezenkívül 3–3 általános kérdésre adott válasz alapján globális skálákon – *Könnyű, Rendszeres, Anyai önbizalom* – információt nyertek a gyermek negatív érzelmi hangoltságáról, viselkedésének rendszerességéről és az anya gyermekgondozással kapcsolatos magabiztosságáról általában. A jelen vizsgálatban ezeket a globális skálákat használtuk, és a vizsgált életkort korábbi tapasztalataink alapján a kisgyermekkorra is kiterjesztettük. A globális skálák kérdéseire adott válaszok pontszámai –3-tól +3-ig terjednek, a skálák pontszámai a 3–3 kérdés pontszámainak összege adja. Az átlagos tulajdonságú babák és önbizalmú anyák skálapontszámai a 0 érték közelébe esnek, ettől pozitív irányba térnek el a „könnyebb”, „rendszeresebb” és negatív irányba a „nehezebb”, „rendszertelenebb” gyermekek. Hasonlóképpen a nullánál nagyobb számok nagyobb, a negatív számok pedig kisebb „anyai önbizalomra” utalnak.

Szülők megküzdése egészségügyi problémákkal (Coping-Health Inventory for Parents, CHIP, 18; magyar változat: 19)

A kérdőívet a krónikus beteg gyermekek gondozásával, nevelésével megterhelt szülők megküzdési stratégiáinak vizsgálatára dolgozták ki. Fontos megjegyezni, hogy míg az eredeti, észak-amerikai kérdőívet tartósan súlyos beteg (például cereбрális paresis, cystás fibrosis) gyermekek szülei által kitöltött kérdőívekkel validálták, az ambulancián megjelenő szülők gyermekei között nagyon kevesen voltak tartósan betegek vagy fogyatékkal élők. A szerzők engedélyével készült magyar kérdőív (CHIP-HU) 45 tételt (egy-egy megküzdési viselkedésről szóló mondatot) tartalmaz (például *Megbeszéltem érzéseimet és aggodalmaimat a párommal; Kimozdulok otthonról; Beszélgetek azonos helyzetben lévő személyekkel/szülőkkel*), amelyek hasznosságát magára vonatkoztatva a szülő négyfokú Likert-skálán pontozza. Az előzetes eredmények szerint a 45 tétel hasonló módon csoportosult, mint az eredeti (USA) kérdőívben, három alapvető megküzdési módot reprezentálva. Ezek: 1. a *családi integritás és együttműködés fenntartása, a helyzet optimista felfogása*; 2. a *társas támogatás, az egyéni önbecsülés és pszichés stabilitás fenntartása*; 3. az *egészségügyi helyzet megértése hasonló helyzetű szülőkkel és az egészségügyi szakemberekkel való kommunikáció révén*. A CHIP-HU validálása a jelen mintában folyamatban van.

alvásproblémákkal érkező gyerekek szülei egy részletesebb alvaskérdőívet (5. táblázat) töltöttek ki. A hozott panaszok és a vezető tünetek orientálták azt, hogy melyik témát milyen mélységben kérdeztük ki.

Célunk az volt, hogy a szülői beszámolókat egybevegyük a szakemberek megítélésével, illetve ezek az információk hozzájáruljanak a további diagnosztikai és kezelési eljárás megtervezéséhez, valamint a kimeneti kérdőívek (lásd alább) és az ellátási dokumentációk segítségével a program objektív (szakemberek által észlelt) és szubjektív (szülők által észlelt) hatékonyságát is mérjük.

Napirend és alvásnapló (21; The Sleep/Activity Record alapján)

A diagnosztikai és a kezelési folyamat során – ahol ez indokolt volt – néhány esetben *részletes napirend- és alvásnaplót* töltöttünk ki a szülők-

kel. A napló három egymást követő napon (két hétköznap és egy hétvégi nap) rögzíti a gyermek viselkedését nappal és éjjel is. A naplóban óránként kell meghatározni a szülőnek, hogy a gyermek éppen milyen viselkedést mutat (ébredzik/forgolódik, sír, eszik, játszik, alszik), illetve e viselkedésformák közben milyen a hangulata (négyfokú skálán: vidám – élénk – szomorú – sír).

Gyógypedagógiai dokumentációs csomag

A gyógypedagógiai dokumentációs csomagot akkor töltötték ki a gyógypedagógusok, ha egy gyermek az orvosi vizsgálatok és konzultációk alapján gyógypedagógiai ellátásban is részesült. E dokumentációs csomag mérőeszközeinek összefoglalását a 6. táblázatban olvashatják.

A dokumentációs lapon azt is jelölni kellett, hogy a gyógypedagógiai fejlesztés saját hatáskörében történt-e, vagy továbbküldték-e a családot

korai fejlesztő központokba, illetve azt, hogy a probléma rendeződött-e a programból kikerülve.

Pszichológiai dokumentációs csomag

A pszichológiai dokumentációs csomagot akkor töltötte ki a pszichológus, ha egy gyermek az orvosi vizsgálatok és konzultációk alapján pszichológiai ellátásban is részt vett. E dokumentációs csomag mérőeszközeinek összefoglalását a 7. táblázatban olvashatják.

A dokumentációs lapon azt is jelölni kellett, hogy a problémák megoldására szolgáló konzultáció/terápia saját hatáskörben történt-e, vagy a program egy másik szülő-csecsemő konzulense dolgozott tovább a családdal, vagy egyéb ellátóhelyre (és hová) küldték-e tovább a családot. Jelölni kellett azt is, hogy a pszichológiai ellátásból kikerülve a probléma és a család pszichés állapota, működése rendeződött-e.

Dietetikai dokumentációs csomag

A dietetikai dokumentációs csomagot akkor töltötte ki a dietetikus munkatárs, ha egy gyermek és családja esetében az orvosi vizsgálatok és konzultációk vagy más szakember konzultációs folyamata alapján a dietetikai ellátás is indokolt volt. Mivel a dietetikai felmérés a program bármely szakaszában történhetett, ennek pontos dokumentálása is fontos volt. A *dietetikai felmérés strukturált interjújának*, valamint az *evésnapló* értékelésének kulcstémái a 8. táblázatban olvashatók.

A dokumentációs lapon a szakember azt is jelölte, hogy történt-e tanácsadás, konzultáció a szülővel, illetve sor került-e továbbküldésre más szakemberhez.

Evésnapló (29, 30)

Néhány esetben – azoknál, akik dietetikai vizsgálaton és tanácsadáson is részt vettek – *részletes evésnaplót* is vezettek a szülők. A napló három egymást követő napon (két hétköznapi és egy hétvégi nap) rögzíti a gyermek étkezéseit nappal és éjjel is. A naplóban az öt nappali főétkezés (reggeli, tízórai, ebéd, uzsonna, vacsora) kapcsán és három éjszakai (késő esti, éjjeli és kora hajnali) időszakban kell meghatározni a szülőnek, hogy a gyermek mikor, milyen ételeket fogyasztott, milyen mennyiségben (grammban, darabban, milliliterben kifejezve). Az egyes étkezések során a gyermek viselkedését is rögzíteni kell, illetve meg kell adni a folyadékbevitel fajtáit (anyatej, víz, gyümölcsle, tej/kakaó, tápszer, egyéb) és mennyiségét is.

4. táblázat. A részletes evéskérdőív témái

Mikor kezdődött és mióta tart az evésprobléma?
Van-e gyarapodási probléma?
A szoptatás kérdéskörei
Kiegészítő tápszer, hozzátáplálás
Napi étkezések száma
Igény szerinti etetés
Önálló étkezés
Ivás gyakorisága és fogyasztott italok
A <i>Csecsemőkori evésviselkedés kérdőív</i> (20 alapján) rövidített, módosított változata: az evés közbeni problémás viselkedések felmérése
Figyelemelterelés evés közben
Álometetés
Ételetutasítás, szenzoros ételaverzió, új ételek elfogadása
Az evés erőltetése
Szülői magabiztosság a gyermek éhség- és jóllakottság jeleinek olvasásában, az evésviselkedés kezelésében

5. táblázat. A részletes alváskérdőív témái

Mikor kezdődött és mióta tart az alvásprobléma?
Esti elalvás, reggeli ébredés, napközbeni pihenések
Esti rutin, az elaltatás módszerei, ideje
Éjszakai ébredések száma és ébredések ideje; a gyermek jelzései, viselkedése ilyenkor
A visszaaltatás módszerei
Az alvás helye

Viselkedési, gondozási, nevelési nehézségek kérdőív (8 alapján)

A viselkedési kérdőívet a diagnosztikai folyamat után azoknál a családoknál töltötte ki szakember, akik viselkedési nehézségek miatt konzultációra jöttek vissza az intézménybe. A kérdőív egyszerű zárt kérdésekkel méri fel a gyakori kora gyermekkori érzelmi és viselkedésszorongások jelenlétét, a gondozási helyzetekben való szülő-gyermek együttműködés nehézségeit, valamint a különböző állapotok, problémák esetén felkéréselt szakembereket, szolgáltatásokat és informális támogatási formákat (családtagok, barátok stb.).

A kimeneti szülői kérdőív

A szülői kimeneti kérdőívet a programból való kikerülés alkalmával 96 szülő töltötte ki. A be-meneti íveket kitöltő szülők közül azok töltöt-

6. táblázat. *A gyógypedagógiai dokumentációs csomag mérőeszközeinek rövid leírása***Evésfejlődési táblázat (22 alapján; források: 23–25)**

A táblázat annak megállapítására és nyomon követésére szolgál, hogy az evéssel kapcsolatos viselkedésformák (reakciók, evési minták, ivás, helyzet, állag, önállóság, súlygyarapodás stb.) szerint milyen életkori szinten áll a gyermek. A profilból kirajzolódik, ha általános vagy egy-egy területre vonatkozó fejlődési késés tapasztalható az életkornak megfelelő evésviselkedés fejlődésében.

Szenzoros érzékenység és a szenzoros integráció problémái kérdőív (26, 27 alapján)

A kérdőív több szülői kérdés és megfigyelés alapján kódolja a szenzoros ingerfeldolgozás problémáit az érintés/tapintás, a látás, a hallás, az ízlelés/szaglás, a mozgás és egyensúly, a szociális és érzelmi területeken. Az eredményekből kirajzolódik, ha egy gyermeknek olyan fokú szenzoros ingerfeldolgozási problémája van, amelynek gyógypedagógiai fejlesztése indokolt.

SEED Fejlődési Skála (28)

A fejlődési skála segítségével – megfigyelés és több interaktív feladat alapján – kódolható a gyermek életkori fejlettségi szintje a szociális-érzelmi, a nagymozgásos, a finommotoros, az adaptációs/gondolkodási, a receptív és az expresszív nyelvi, az étkezési és az öltözködési/higiéniai fejlődés területein.

7. táblázat. *A pszichológiai dokumentációs csomag mérőeszközeinek rövid leírása***Brunet–Lezine-teszt**

A pszichológus a fejlődési teszt alapján rögzítette azokat a fejlődési területeket (mozgás, finommotorika, értelmi fejlődés, beszéd, szociális fejlődés, figyelmi működés), ahol a fejlődés meglassúbbodott vagy eltérő volt.

Pszichoszociális állapotfelmérés

A pszichoszociális állapotfelmérést követően a dokumentációs lapon rögzítésre került, hogy vannak-e nehezített szülői pszichés állapotra, magabiztosságra, önértékelésre, partnerkapcsolati problémákra, családi működés zavaraira, illetve a szülő-gyermek kapcsolati zavarra utaló jegyek.

8. táblázat. *A dietetikai felmérés és értékelés jellemző témái***Strukturált interjú**

Naponta hányszor és pontosan mikor étkezik a gyermek?

Átlagosan mennyi időbe telik egy étkezés?

Milyen típusú ételeket fogyaszt a gyermek?

Napirend vagy igény szerint étkezik-e a gyermek?

Folyamatosan vagy megszakításokkal étkezik-e a gyermek?

Milyen testhelyzetben étkezik?

Van-e különbség abban, hogy ki eteti a gyermeket?

Vannak-e közti étkezések, és milyen típusú ételeket, italokat fogyaszt ilyenkor?

Ki készíti az ételeket?

Eszik-e rendszeresen együtt a család?

Evési napló értékelése

Megfelelő-e az étkezések mennyisége?

Átlagosan hány kalóriát jelent a bevitt ételmennyiség?

Mennyi lenne az ideális a gyermek életkorában?

Megfelelő-e az étkezések minősége?

Az egyes tápanyagcsoportok (tésztafélék/kenyér/keksz, húsfélék, tejtermékek, zöldség/gyümölcs) milyen arányban szerepelnek az étrendben?

ték ki a kimeneti kérdőívet is, akik gyermekeikkel öt vagy annál több alkalommal vettek részt ellátásunkban. Összesen 96 kimeneti szülői kér-

dőívet archiváltunk, amelyekben a bemeneti kérdőívben is szereplő néhány „tükörfkérdésre” adtak választ a szülők: elégedettség a gyermek fejlődésével kapcsolatban; etetési, alvási problémákkal kapcsolatos kérdések; az elmúlt időszak megterhelő eseményei és a megküzdés hatékonysága; Szülő-gyermek kapcsolati skála (H-MORS-SF; 3. táblázat); Mama-gyermek skála (MABS; 3. táblázat).

A kimeneti kérdőív célja az volt, hogy összehasonlítsuk a bemenetkor és a kimenetkor tapasztaltakat, a beszámolók vélhetően jótékony különbségeit, és a jótékony változások összefüggéseit egyéb háttértényezőkkel és a programban biztosított ellátások formáival, gyakoriságával, tartalmával. Erre az összehasonlításra csupán abban a csaknem 100 fős alcsoportban nyílik lehetőség, akiknek többalkalmas ellátásban volt részük ambulanciánkon.

A programból való kikerülés íve

A folyamat lezárását követően, amit bármelyik, a programban részt vevő szakember (gyermekgyógyász, illetve pszichológus vagy gyógypedagógus szülő-csecsemő konzulens) kezdeményezhetett a szülőkkel egyetértésben, egy rövid kérdőívben kellett jelezni, hogy milyen állapotban (például

9. táblázat. A klinikai ellátás során alkalmazott dokumentációk és adatgyűjtés logikai váza

Ellátási protokoll	Kutatási lépések és adatgyűjtés
Orvosi kivizsgálás és kezelés (minden gyermek esetében) – orvosi anamnézis és fizikai vizsgálat – orvosi konzultáció – szükség esetén orvosi terápia – szükség esetén szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció	Orvosi kutatási dokumentáció (minden gyermek esetében) – orvosi anamnézis kérdőív – gyógypedagógiai lap – orvosi rész (gyanúk) – pszichológiai lap – orvosi rész (gyanúk) – elektronikus dokumentációs rendszerből: szakorvosi vizsgálatok
	Szülői bemeneti kérdőív a pszichoszociális és környezeti jellemzőkről (minden gyermek esetében) Felvétel a diagnosztikai folyamat elején
	Napirend és alvásnapló (indokolt esetekben) Felvétel diagnosztikai és a kezelési folyamat során indokolt esetben
Pszichológiai vizsgálat és konzultáció/terápia (indokolt esetekben) – fejlődépszichológiai vizsgálat – pszichodiagnosztikai konzultáció – szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció – szülőkonzultáció – szupportív beszélgetések	Pszichológiai kutatási dokumentáció (indokolt esetekben) – pszichológiai lap
Gyógypedagógiai vizsgálat és konzultáció (indokolt esetekben) – megfigyelés és szűrés – szenzoros érzékenységvizsgálat – fejlődési vizsgálat (SEED skála, Bayley III-vizsgálat) – edukáció – szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció – terápiaik ismertetése, ajánlása	Gyógypedagógiai kutatási dokumentáció (indokolt esetekben) – gyógypedagógiai lap
Dietetikai vizsgálat és konzultáció (indokolt esetekben) – dietetikai felmérés és tanácsadás – dietetikai elemzés és tanácsadás – dietetikai kontroll és utógondozás	Dietetikai kutatási dokumentáció (indokolt esetekben) – dietetikai lap – evésnapló
	Viselkedési, gondozási, nevelési nehézségek kérdőív (indokolt esetekben)
Szakápolók munkája (indokolt esetekben) – orvosi vizsgálat alapján felmerülő ápolási tennivalók – a szülők gondozási ismereteinek felmérése, ami megfigyeléssel és kikérdezéssel történik – tanácsadás a napi tevékenységek terén és gondozási témákban. • evésmegfigyelés – előre meghatározott szempontok szerint videófelvételen rögzítve • támogató szaksegítség evés helyzetekben	
Folyamat lezárása a szülővel egyetértésben (végezheti orvos, pszichológus, gyógypedagógus, szülő-csecsemő/kisgyermek konzulens)	Folyamat lezárásának lapja (minden gyermek esetében) – programból való kikerülés íve (a folyamatot lezáró szakember dokumentálja)
	Szülői kimeneti kérdőív a távozási állapotról, elégedettségéről és kapcsolati, gondozási jellemzőkről Felvétel a programból való kikerülés idején

gyógyult/tünetei rendeződtek, stagnál és máshol kezelik tovább, nem jött vissza kontrollra stb.) távozott a gyermek és családja a programból. A programba érkezés és a távozás dátuma, valamint az ambulancia látogatásának gyakorisága is

szerepelt az íven. A kötelező elektronikus dokumentáció alapján azok az adatok is kigyűjtésre kerülhetnek, hogy az interdiszciplináris teamwork mely szolgáltatásában hány alkalommal vettek részt az egyes családok.

A klinikai protokoll és a kutatás találkozási pontjai

A kutatási ívek és eljárások kidolgozásánál, meghatározásánál az egyik fő célunk az volt, hogy az ambulancián dolgozó szakemberek a kutatási dokumentációt könnyen be tudják építeni diagnosztikai és intervenciós munkáik folyamatába. A 9. táblázatban a klinikai protokoll (lásd bővebben cikksorozatunk első részét) logikájához és időbeliségéhez igazítva mutatjuk be a kutatás mérőeszközrendszerét.

Zárszó

Kutatásunk a Koragyermekkorai Evés- és Alvászavar Ambulancia szakmai tevékenységét követi nyomon kérdőíves és dokumentációs módszertannal, a szülők és az ellátást végző szakemberek bevonásával. Ennek során a problémák hátterében fellelhető rizikófaktorok felmérése központi kérdés, a téma megközelítése, valamint az ellátások tervezése, szervezése szempontjából. A klinikai modellhez rendelhető kutatási terv és mérőeszközrendszer részletes ismertetése lehetőséget nyújt más intézmények, munkacsoportok számára ellátásaik és azok tudományos nyomon követésének megtervezéséhez, kivitelezéséhez. Bízunk abban, hogy klinikai protokollunk bemutatásával (lásd bővebben cikksorozatunk első részét), illetve az ellátáshoz kapcsolódó kutatási adataink elemzésével (lásd bővebben cikksorozatunk harmadik részét) hasznos eredményekkel járulhatunk hozzá hazai jó gyakorlatok, interdiszciplináris ellátási modellek kialakításához a kora gyermekkorai evés- és alvászavarok támogatásának szakterületén.

TÁMOGATÁS

Az ambulancia klinikai munkáját és a kutatást a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet Madarász utcai részleg Gyermekkor Alapítványa és a Heim Pál Gyermekkórház Fejlesztéséért Alapítvány támogatta.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Köszönettel tartozunk a hozzánk forduló családoknak, akik kutatási programunkban is aktívan részt vettek, és ezzel hozzájárultak ahhoz, hogy többet tudjunk meg a kora gyermekkorai evés- és alvászavarokról, valamint e problémák ellátásának hatékony eljárásairól. Köszönettel tartozunk Kardos Zoltánné egészségügyi operátor kolléganőnknek, aki a kezdetektől kitartó figyelemmel és alaposan tevékenykedik az ambulancia szerteágazó adminisztrációs munkájában, a kutatásban, a családokkal való kapcsolattartásban, valamint az előjegyzések szervezésében. Szeretnénk megköszönni Berény Gabriella egészségügyi koordinátorunk együttműködését is, aki elkötelezett és pontos munkájával meghatározó szerepet játszott az ambulancia interdiszciplináris munkáját tükröző kutatásunk adatrögzítésében és az adatok rendszerezésében, ezenkívül pedig az ambulancia tevékenységének is aktív részese.

MUNKAMEGOSZTÁS, ENGEDÉLY

Az ambulancia klinikai munkájában részt vevő interdiszciplináris team vezetője dr. Scheuring Noémi, tagjai a kutatás ideje alatt Ágoston Olga, Balázs Krisztina, dr. Egyed Katalin, dr. Gulácsi Ágnes, dr. Hollósi Lilla Eszter, Kecske-méti Judit, Siba Mónika és Stadler Judit voltak. Az ambulancia klinikai munkáját nyomon követő kutatás megszervezése és a kísérő kutatás ötlete dr. Scheuring Noémi, dr. Gulácsi Ágnes és dr. Szabó László munkája. A kutatás módszertani tervezésének koordinálását dr. Danis Ildikó és dr. Gervai Judit, az adatbázis előállításának és ellenőrzésének koordinálását dr. Gervai Judit végezte, míg a klinikai munka és az adatgyűjtés összehangolásáért dr. Scheuring Noémi vállalt felelősséget. A kutatás tervezésében, a mérőeszközrendszer kialakításában és a cikksorozat megírásában valamennyi szerző részt vett.

A kutatást a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet Kutatási Etikai Bizottsága KUT-1/2017. iktatószám alatt engedélyezte.

Irodalom

1. Lukens CT, Silverman AH. Systematic review of psychological interventions for pediatric feeding problems. *J Pediatr Psychol* 2014;38:903-17. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsu040>
2. Sharp WG, Volkert VM, Scallion L, McCracken CE, McElhanon B. A systematic review and meta-analysis of intensive multidisciplinary intervention for pediatric feeding disorders: how standard is the standard of care? *J Pediatr* 2017;181:116-124.e4. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.10.002>
3. Krom H, de Winter JP, Kindermann A. Development, prevention, and treatment of feeding tube dependency. *Eur J Pediatr* 2017;176(6):683-8. <https://doi.org/10.1007/s00431-017-2908-x>
4. Benton K, Swenny C, Cox S, Fraker C, Fishbein M. Pediatric outpatient feeding clinic: If you build it, who will come? *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 2015;39(7):855-9. <https://doi.org/10.1177/0148607114537072>
5. Jung JS, Chang HJ, Kwon JY. Overall profile of a pediatric

- multidisciplinary feeding clinic. *Ann Rehabil Med* 2016; 40(4):692-701.
<https://doi.org/10.5535/arm.2016.40.4.692>
6. Reuter A, Silfverdal SA, Lindblom K, Hjern A. A systematic review of prevention and treatment of infant behavioural sleep problems. *Acta Paediatr* 2020;109(9):1717-32.
<https://doi.org/10.1111/apa.15182>
 7. Field T. Infant sleep problems and interventions: A review. *Infant Behav Dev* 2017;47:40-53.
<https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2017.02.002>
 8. Scheuring N, Danis I, Németh T, Papp E, Czinner A. Az Egészséges utódokért projekt 2010-2011. A koragyermek-kori regulációs zavarok vizsgálata céljából indított első hazai szűrőprogram kutatás-módszertani háttere. *Gyermekgyógyászat* 2012;63(6):320-5.
 9. Oates J, Gervai J. Mothers' perceptions of their infants. *J Prenat Perinat Psychol Health* 2019;33:282-300.
 10. Gervai J. A Budapesti Családvizsgálat. *Alk Pszich* 2005;7: 5-13.
 11. Danis I, Oates JM, Gervai J. A szülő-gyermek kapcsolat kérdőíves felmérésének lehetőségei. *Alk Pszich* 2005;7:27-37.
 12. Oates J, Gervai J, Danis I, Lakatos K, Davies J. Validation of the Mothers' Object Relations Scales Short-Form (MORS-SF). *J Prenat Perinat Psychol Health* 2018;33(1):38-50.
 13. Milford R, Oates JM. Universal screening and early intervention for maternal mental health and attachment difficulties. *Community Pract* 2009;82(8):30-3.
 14. Davies J, Slade P, Wright I, Stewart P. Posttraumatic stress symptoms following childbirth and mothers' perceptions of their infants. *Infant Ment Health J* 2008;29(6):537-54.
<https://doi.org/10.1002/imhj.20197>
 15. Danis I, Scheuring N, Gervai J, Oates JM, Czinner A. A rövidített Szülő-csecsemő Kapcsolat Skála magyar változatának (H-MORS-SF) pszichometriai mutatói nagy mintán. *Psych Hung* 2012;27(6):392-405.
 16. Wolke D, St. James-Roberts I. Multi-method measurement of the early parent-infant system with easy and difficult newborns. *Adv Psych* 1987;46:49-70.
[https://doi.org/10.1016/S0166-4115\(08\)60345-3](https://doi.org/10.1016/S0166-4115(08)60345-3)
 17. Gervai J, Lakatos K, Ney K, Tóth I. Mama-gyermek skálák (Mother and Baby Scales (MABS) – Global Scales) magyar változata. *Nem publikált kézirat*; 1996.
 18. McCubbin HI, McCubbin MA, Patterson JM, Cauble AE, Wilson LR, Warwick W. CHIP - Coping Health Inventory for Parents: An assessment of parental coping patterns in the care of the chronically ill child. *J Marr Fam* 1983;45:359-70.
<https://doi.org/10.2307/351514>
 19. Gervai J, Ágoston O, Danis I. Szülők megküzdése egészségügyi problémákkal (Coping-Health Inventory for Parents, CHIP) magyar változata. *Nem publikált kézirat*; 2018.
 20. Arts-Rodas D, Benoit D. Feeding problems in infancy and early childhood: Identification and management. *Paediatr Child Health* 1998;3(1):21-7.
<https://doi.org/10.1093/pch/3.1.21>
 21. St. James-Roberts I. The origins, prevention and treatment of infant crying and sleeping problems. An evidence-based guide for healthcare professionals and the families they support. *Routledge*; 2012.
<https://doi.org/10.4324/9780203126103>
 22. Váró A. Evésfejlődés táblázat. Budapesti Korai Fejlesztő Központ. *Nem publikált kézirat*.
 23. Arvedson JC, Brodsky L. Pediatric swallowing and feeding: Assessment and management. 2nd Edition. Early Childhood Intervention Series. *Delmar: Cengage Learning*; 2002.
 24. Broek Y. Basic Bobath Foundation Course. *London: The Bobath Centre*; 2011.
 25. Winstock A. Eating and drinking difficulties in children: A guide for practitioners. *Speechmark*; 2005.
 26. DeGangi GA. Pediatric disorders of regulation in affect and behavior. 2nd Ed. *Academic Press*; 2017.
<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-810423-1.00005-2>
 27. Kranowitz CS. Zűr-zavaros gyermek. *Studio Nagy Bt.*; 2012.
 28. Tóth A. A SEED Fejlődési Skála mint a 0-4 éves korú gyermekek egyik vizsgáló eljárása az eltérő fejlődésmenet diagnosztikájában. *Gyermeknevelés* 2015;3(2):104-12.
<https://doi.org/10.31074/gyntf.2015.2.104.112>
 29. Veresné Bálint M. Gyakorlati dietetika. *Budapest: Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar*; 2006.
 30. Barna M. Táplálkozás – Diéta. *Budapest: Medicina*; 1996.

Honlap

The Sleep/Activity Record (SAR): <https://www.pcrprograms.org/product/sleep-activity-record/>

Az AbbVie Kft. VENCLYXTO® (venetoklax) készítménye nyerte el a Magyar Kísérletes és Klinikai Farmakológiai Társaság rangos szakmai elismerését, „Az Év Gyógyszere 2021” díjat

A krónikus lymphoid leukaemia (CLL) és az akut myeloid leukaemia (AML) gyógyszeres kezelésében az „Év Gyógyszere” jelentős innováció.

A Venclyxto® (venetoklax) újszerű hatásmechanizmusának köszönhetően jelentős innovációt hozott a célzott terápiás daganatgátlók palettájára. A venetoklax CLL-ben, fix idejű kombinációs terápiákkal hosszú, akár éveken át tartó progressziómentes túlélést biztosít, AML-ben pedig, szintén kombinációs kezeléssel, valódi hiánypótló alternatíva az intenzív kemoterápiára alkalmatlan betegek számára.

A Magyar Kísérletes Klinikai és Farmakológiai Társaság (MFT) kitüntetését a Semmelweis Egyetemen megrendezett ünnepélyes átadón *prof. dr. Ferdinandy Pétertől*, a Társaság elnökétől *dr. Józsa Gábor*, az AbbVie Kft. ügyvezetője vette át.

Az Év Gyógyszere Díj

Az 1996-ban alapított díj célja, hogy támogassa azon készítmények, valamint új terápiás eljárások ismertségét, bevezetését, amelyek a leginkább érdemesek arra. A pályázatok értékelését külső szakértők bevonásával külön bíráló bizottság végzi. Az általuk elkészített szakvélemény ismeretében, az MFT vezetőségének javaslata alapján a közgyűlés dönt arról, hogy az adott évben mely készítmény kapja meg a díjat.

„A pályázatok értékelése során nemcsak a hatásmechanizmus újdonsága számít, hanem az is, hogy mennyire betegbarát, költséghatékony, illetve hiánypótló az adott gyógyszer. Az AbbVie Kft. készítménye amellest, hogy új megvilágításba hozta mind a programozott sejthalál, mind a terápiás válasz szerepét a leukaemia elleni küzdelemben, a kezelésmentes időszakoknak köszönhetően a betegek számára kedvező terápiás alternatívát jelent” – mondta el *prof. dr. Ferdinandy Péter*, az MFT elnöke, a Semmelweis Egyetem tudományos és innovációs rektorhelyettese, a Farmakológiai és Farmakoterápiás Intézet igazgatója.

A szakma részéről, előadásában *prof. dr. Illés Árpád*, a Magyar Hematológiai és Transzfúziológiai Társaság elnöke az alábbiakban foglalta össze a venetoklaxszal kapcsolatos legfontosabb gyógyszerhatástani és klinikai információkat:

A Venclyxto® (venetoklax) valódi innovációt hozott a CLL (krónikus lymphoid leukaemia) és az AML (akut myeloid leukaemia) gyógyszeres kezelésében. Innovatív hatásmechanizmusa új megvilágításba hozta a programozott sejthalál (apoptózis) szerepét a krónikus lymphocytás leukaemia (CLL) és az akut myeloid leukaemia (AML) elleni küzdelemben. A tumoros sejtek extrém hosszú túlélését mitochondriumaik felszínén egy BCL-2 nevű fehérje nagymértékű kifejeződése segíti. A venetoklax a BCL-2 fehérjéről kompetitív antagónizmussal leszorítja azokat az apoptózis megindításához szükséges fehérjéket, amelyek felszabadulása révén a programozott sejthalál elleni védekezése a daganatos sejteknek hirtelen megszűnik, és az inten-

zív, intrinsic apoptózis indukció gyors tumoros sejtpusztuláshoz vezet.

A venetoklax ez idáig az egyetlen, szájon át szedhető, úgynevezett „first-in-class best-in-class” BCL-2-gátló gyógyszer. Újszerű hatásmechanizmusa révén mind monoterápiában, mind pedig obinutuzumabbal, illetve rituximabbal kombinálva a CLL elsővonalú, illetve másod- és többedvonallú kezelésében egyaránt képes a mély terápiás válasz (nem detektálható, minimális residuais betegség) nagyarányú és hosszú távú elérésére. Ennek köszönhetően a venetoklax kombinációi a CLL első vonalában obinutuzumabbal 12 ciklus után, relabáló/refrakter CLL-ben pedig rituximabbal 24 hónap után felfüggeszthetők. A fix hosszúságú venetoklax + anti-CD20 kombinációk, összhangban az alkalmazási előírásban foglaltakkal, az újrakezelés lehetősége révén ki- és bekapcsolható, intermittáló terápiás stratégiát tesznek lehetővé CLL-ben hosszú, akár éveken át tartó kezelésmentes időszakokkal. Ezek a kezelésmentes időszakok számtalan előnnyel járnak, elsősorban a beteg számára, de a finanszírozó számára is, hiszen költséghatékonyság szempontjából is kedvező terápiás alternatívák. Az a tény, hogy a venetoklax + anti-CD20 kombinációk kemoterápiamentes, fix hosszúságú kezeléseket biztosítanak CLL-ben, jelenleg a legfontosabb differenciációs tényező a venetoklax számára, minden egyéb, a CLL kezelésében alkalmazott gyógyszerhez képest.

A venetoklax forradalmi előrelépést jelent az indukciós kemoterápiára alkalmatlan AML-ben szenvedő betegek számára is. Azacitidinnel kombinálva szignifikáns túlélési előnyt hoz az azacitidin-monoterápiához képest. A klinikai hatásosság mögött ez esetben is a különleges hatásmechanizmus áll, illetve egy olyan speciális szinergia a venetoklax és az azacitidin között, amelynek eredményeképpen a kombináció nem csupán a daganatos sejtek (AML-blastok) szaporodását gátolja a vérben és a csontvelőben, hanem az AML kialakulásáért felelős leukaemiás őssejtek energiatermelését is hatékonyan gyengíti, késleltetve ezzel a betegség progresszióját. A venetoklax-azacitidin kombinációs terápia a jövőben az indukciós kemoterápiára alkalmatlan AML-es betegek egy része számára is elhozhatja a csontvelő-transzplantáció és ezzel a teljes túlélés további, szignifikáns meghosszabbodásának reményét.

A Venclyxto® újszerű hatásmechanizmusának köszönhetően, eddig regisztrált alkalmazhatóságai jelentősen meghosszabbított túléléseket eredményeznek jó életminőségben, mindkét daganattípusban.

Hivatkozások:

VENCLYXTO™alkalmazási előírás (EMA)
Jones CL, et al. Inhibition of Amino Acid Metabolism Selectively Targets Human Leukemia Stem Cells. Cancer Cell 2018;34:724-40.
<http://www.abbvie.com/oncology>

HU-VNCLY-220005

A lezárás dátuma: 2022. május 19.

Válogatás a hálózatalapú járványterjedési modellek eredményeiből

BÓTA ANDRÁS, HAJDU LÁSZLÓ, BRYZ ZOLTÁN, KRÉSZ MIKLÓS

SELECTION OF RESULTS OF NETWORK-BASED EPIDEMIC SPREAD MODELS

A matematikai értelemben vett gráfok vagy hálózatok sokoldalú, szemléletes modellezési eszközt biztosítanak más tudományterületek számára, többek között az orvostudomány számára is. Ebben a közleményben a fertőző betegségekkel kapcsolatos hálózati modelleket ismertetjük röviden. Az ismert, a tudományterület szakirodalmában meglévő eszközökön felül a fertőzési folyamatot kiválóan lehet modellezni hálózatokkal is. A téma életszerűségét kiválóan bizonyítja a használt modellek sokszínűsége, az alkalmazások sokoldalúsága és a témával kapcsolatos tudományos közlemények nagy száma. A téma méretéből adódóan ebben a közleményben csak a hálózatalapú járványterjedési modellek alapfogalmait és alapvető típusait tudjuk ismertetni, valamint néhány gyakorlati példával szemléltetjük alkalmazhatóságukat.

Graphs, or networks in a mathematical sense, provide a flexible modelling tool available for other scientific fields, including among others medicine. In this publication, we give a brief overview of infectious disease related network modelling. While there are known tools in the literature of this scientific field, the process of infection spreading can be modelled perfectly with networks too. The potential of the topic is proven by the diversity of applied models, the versatility of applications and the large number of scientific publications in this field. Due to the size of the field, in this article we can only explain the basic concepts and basic types of the epidemic spreading models and provide some practical examples of their use.

**hálózatok, járványterjedés,
kompartmentális modellek, epidemiológia**

**networks, epidemic spread,
compartmental models, epidemiology**

dr. BÓTA András (levelező szerző/correspondent): Luleå University of Technology;
97187 Luleå, Svédország. E-mail: andras.bota@ltu.se

dr. HAJDU László: InnoRenew CoE, Izola; University of Primorska, Koper; Szlovénia

BRYZ Zoltán: Társadalomtudományi Kutatóközpont Szociológiai Intézet/Centre for Social Sciences, Institute of
Sociology, Budapest, Magyarország

dr. KRÉSZ Miklós: InnoRenew CoE, Izola; University of Primorska, Koper; Szlovénia; Department of Applied
Informatics, University of Szeged, Szeged, Magyarország

Érkezett: 2022. május 30.

Elfogadva: 2022. november 19.

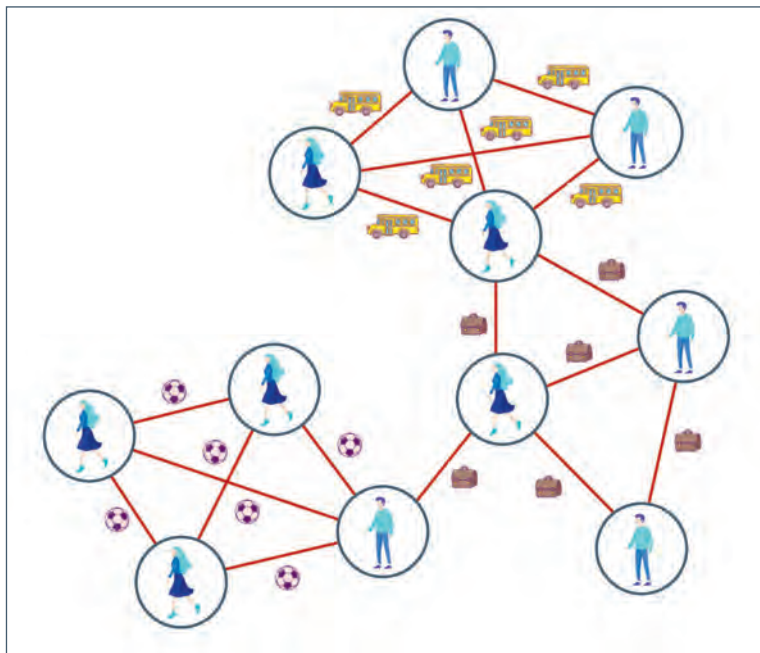
<https://doi.org/10.33616/lam.32.0515>

Háttér

A 21. században az informatika és a tömegkommunikációs hálózatok fejlődése lehetővé tette a tudományos adatok és eredmények cseréjét és megosztását országokon, földrészekén és kontinenseken keresztül. Az adatok megosztása különösen fontos, amennyiben globális folyamatokat akarunk modellezni. Ezek közé tartozik a járványok terjedésének vizsgálata, például a társadalmi és éghajlati determinánsok vizsgálata az influenza (1, 2) vagy a Zika-vírus (3) terjedésében, az akár kontinenseken átívelő fertőzési útvonalak

RÖVIDÍTÉSEK

GIIM: generalized inverse infection method
(általánosított inverz fertőzési eljárás)
SEIR: susceptible-exposed-infectious-removed model (fogékony-lappangó-fertőzött-eltávolított modell)
SI: susceptible-infectious model (fogékony-fertőzött modell)
SIR: susceptible-infectious-removed model (fogékony-fertőzött-eltávolított modell)



1. ábra. Személyes kapcsolati hálózat. A pontok személyeket jelölnek, az élek pedig valamilyen fizikai kapcsolatot közöttük. Az ábra többféle kapcsolattípust is illusztrál



2. ábra. Egyszerű földrajzalapú hálózat. A pontok földrajzi területeknek felelnek meg, míg az élek a területek közötti mobilitást jelzik. Minden ponthoz egy időben pontosan egy állapot tartozhat, tehát egy terület (és a hozzá tartozó populáció) lehet fogékony (*S*), fertőzött (*I*) vagy eltávolított (*R*)

azonosítása (4, 5), vagy nagy pontosságú modellek és szimulációk készítése (6).

Ebben a közleményben az epidemiológia, a diszkrét matematika és a hálózatok kutatás metszetében található új eredmények némelyikével ismertetjük meg az olvasót, különös tekintettel a gyakorlati alkalmazásokra. A hálózatok kutatás és a hálózatalapú modellezés gyökerei a gráfelmélethez vezethetők vissza, ami a diszkrét matema-

tika, ezen belül a kombinatorika részterülete. A tudományterület alapja a gráf vagy hálózat fogalma, amely nagyon egyszerűen összefoglalható: a gráf pontokból és a pontokat összekötő élekből áll. Ez az absztrakt fogalom a gyakorlatban rendkívül rugalmas modellezési eszközt ad a kutató kezébe. Hálózatokkal ábrázolhatók például gének és proteinek közötti interakciók (7), táplálékláncok (8), vállalatok közötti tranzakciók (9) stb. A tanulmány szempontjából két hálózattípus bír nagyobb jelentőséggel: a személyes kapcsolathálózatok (1. ábra), amelyekben a pontok embereknek felelnek meg, az élek pedig valamilyen interakciót jelentenek az emberek között. Illetve a közlekedési (utazási, mobilitási) hálózatok egy alkategóriája, amelyben a pontok valamilyen földrajzi egységek, például városok, megyék, országok, az élek pedig a földrajzi egységek között utazó emberek vagy vadállatok mobilitását reprezentálják (2. és 3. ábra). Érdeemes észrevenni, hogy egyik hálózati definíció sem egyértelmű. Hogy pontosan mit értünk interakció vagy mobilitás alatt, az adott alkalmazás határozza meg. A következő alfejezetekben részletesebben is megismerkedünk ezekkel a hálózattípusokkal és alkalmazásaikkal a járványterjedés kontextusában. A hálózatok kutatás területéről óriási mennyiségű tudományos közlemény áll rendelkezésre, és az összefoglaló közlemények száma is magas. A meglévő művek közül angol nyelven talán Newman már klasszikusnak tekinthető *The structure and function of complex networks* című írása (10), magyar nyelven pedig Barabási *A hálózatok tudománya* című tankönyve (11) ajánlható bevezető írásként.

Az epidemiológia részben az egészség-magatartáshoz és a betegségekhez kötődő befolyásoló tényezők időbeli és térbeli eloszlásával foglalkozik. Egyik legnagyobb ága a betegségekhez kapcsolódó különböző rizikófaktorok vizsgálata, amelyek lehetnek biológiaiak vagy környezeti, ebbe beleértve meteorológiai, társadalmi, vagy gazdasági tényezőket. Az egyik ilyen determináns az egyének mozgási mintázata (*movement pattern*), amely mind a rövid, mind pedig a hosszú távolságú esetben hozzájárul a fertőző betegségek terjedéséhez. A fertőző betegségek epidemiológiája előszeretettel használ matematikai eszközöket. Ezek lehetnek egyszerűbb statisztikai elemzések vagy függvényapproximációk, de ennél összetettebb eszközök is. A modern járványtani modellezés egyik legsokoldalúbb és leginkább használt eszközei a kompartmentális modellek. A Kermack és McKendrick által először 1927-ben publikált modell a populációt fogékony (*Susceptible*), fertőzött (*Infectious*), valamint a felépült és az elhalálozott egyéneket összevonva

az eltávolított (*Removed*) csoportokba, kompartmentekbe osztotta, a csoportok közötti dinamikát pedig egyszerű differenciálegyenletekkel határozta meg (12). A modellhez később a lappangó állapotot jelképező (*Exposed*) kompartment kapcsolódott. Az eredeti modellből levezetett modellcsalád, beleértve a susceptible-infectious (SI), susceptible-infectious-removed (SIR), susceptible-exposed-infectious-removed (SEIR) modelleket, a század hátralévő részében a járványtan meghatározó, pontos, és ennek következtében domináns eszközévé vált (13).

A legtöbb hálózatalapú járványterjedési modell ugyancsak kompartmentális modelleket használ, többek között azért, mert ezek a modellek könnyen értelmezhetők hálózatokon is. A legelső olyan modell, amely hálózatalapú kompartmentális modellnek tekinthető, Kempe, Kleinberg és Tardos nevéhez köthető (14), habár az általuk definiált modell egyszerűbb, mint a legtöbb hagyományos kompartmentális modell, illetve egy másik tudományterület keretein belül alkalmazták. Az általuk bevezetett modell, valamint a többi hálózatalapú modell közös jellemzője, hogy a kompartmenteket valamilyen módon a hálózat pontjaihoz rendeli, és a kompartmentek közötti átmenetet a pontokkal az éleken keresztül közvetlen kapcsolatban lévő más pontok állapota, tehát a hálózat struktúrája befolyásolja. Tanulmányunkban a hálózatalapú járványterjedési modelleket három nagyobb kategóriába csoportosítjuk:

1. személyes kapcsolathálózatok,
2. egyszerű földrajzalapú hálózatok,
3. hálózatalapú metapopulációs modellek.

A közlemény további részében ismertetjük és gyakorlati példákon keresztül szemléltetjük a modelltípusok felépítését és tulajdonságait.

Személyes kapcsolathálózatok

Az első típus, amelyet bemutatunk, a személyes kapcsolati hálózatok alapján felépíthető modell, amely esetén a pontok az embereknek, a kapcsolatok, vagy más néven élek pedig valamilyen személyes interakciónak felelnek meg. Ez az interakció jellemzően valamiféle földrajzi alapú közelséget ír le, tehát az ábrázolt kapcsolat az egyének között jelenthet személyes találkozást, fizikai interakciót, vagy akár adott időben egyazon helyen történő tartózkodást. A pontok között futó élek vagy kapcsolatok gyakran rendelkeznek valamilyen tulajdonsággal, amely leírhatja a kapcsolat jellegét, pontos kezdetét és végét, erősségét vagy bármely más jellemzőjét. Lokális szinten és az emberi kapcsolatok szintjén ez a típusú modell



3. ábra. Hálózatalapú metapopulációs modell. A pontok földrajzi területeknek felelnek meg, míg az élek a területek közötti mobilitást jelzik. A pontoknak megfelelő alpopulációkon belül a hagyományos kompartmentális modellek szerint valósul meg a járványterjedés. Az ábrán a SIR modellt tüntettük fel, de bármilyen más modell is alkalmazható. Az alpopulációk közötti terjedést a hálózat élei modellezzik

fejezheti ki a legpontosabban egy adott járvány terjedését. Napjaink technológiai fejlődésének ellenére az egyének személyes kapcsolatainak ilyen jellegű naplózása nehézkes, amennyiben a populáció minden szegmensét le akarjuk fedni, hiszen nem mindenki használ például okostelefont vagy internetet. A személyes kapcsolati hálózatok esetében egy pontos modell felépítéséhez a populáció minden egyedének a pontos követésére lenne szükség, ami komoly adatvédelmi és etikai kérdéseket vet fel.

Általánosságban elmondható, hogy a tömegközlekedés mint közlekedési forma fontos szerepet játszik egy járvány terjedésében. Ennek, valamint az előzőekben tárgyalt adatvédelmi problémáknak köszönhetően a személyes kapcsolati hálózatok a szakirodalomban jellemzően tömegközlekedéssel kapcsolatban jelennek meg, ahol a tömegközlekedési társaság képes utasainak úgynevezett smart jegyekkel történő azonosítására és a tömegközlekedési hálózat használata közben létrejövő, utasok közötti személyes kapcsolatok naplózására. A tömegközlekedéssel kapcsolatban a legelterjedtebb ábrázolási mód az együtt utazási hálózati modell, amelynek során a pontok a gráfban az utasokat jelölik. Két utas akkor van összekötve éllel, ha együtt utaztak egy adott járaton. Ebben az esetben a közöttük lévő kapcsolat tulajdonságai általában az együtt utazás kezdete, vége, ideje, valamint a járat, ahol az utazás történt. Az ilyen jellegű kapcsolati hálózatokra épített járványterjedési modellek kiterjedt információt adhatnak egy adott város tömegközlekedési

hálózatának egy adott járvány esetén betöltött szerepéről és veszélyeztetett pontjairól.

Az első példánkban (15) a szerzők három kínai nagyváros metróút használó utasainak kapcsolati hálóját építik fel az ott használt elektronikus jegyrendszer adatainak segítségével. Ered-

A legtöbb hálózatalapú járványterjedési modell ugyancsak kompartmentális modelleket használ, többek között azért, mert ezek a modellek könnyen értelmezhetők hálózatokon is.

ményeik megerősítik azt a megfigyelést, hogy a tömegközlekedési hálózat kritikus szerepet játszik bizonyos fertőző betegségek terjedésében, illetve, hogy a sok kontakttal és nagy kontakthosszal rendelkező utasok terjesztik legjobban a fertőzést, ők „szuperfertőzők”. A szerzők azt is vizsgálják, hogy milyen immunizációs vagy oltási stratégiák alkalmasak leginkább a terjedés csök-

kentésére. Az eredményeik szerint a célzott, sok kontakttal rendelkező utasok immunizációja a leghatékonyabb, ugyanakkor rávilágítanak arra, hogy részletes utazási adatok és az ehhez kapcsolódó elemzés hiányában az ilyen utasok azonosítása lehetetlen. A gyakorlatban megvalósítható oltási stratégiák közül a legforgalmasabb állomások utasainak oltását, illetve az egyszerű véletlenszerű oltási stratégiát vizsgálják, azonban ezek hatékonyságát nem találják elégségesnek.

A második tanulmányban (16) a szerzők Szingapúr buszhálózatát vizsgálják, ugyancsak az ott használt elektronikus jegyrendszer adataiból felépített kapcsolati háló segítségével. A kapcsolati hálón egy, a Covid-19-hez hasonló fertőzőképeségű járványt szimulálnak (tehát a járvány nem valós adatokon alapszik és nem tükrözi pontosan a Covid-19 terjedését, de ez nem is célja a szerzőknek). A szimulációhoz egy egyéni szinten definiált SEIR modellt használnak: alpopulációk helyett minden utashoz tartozik egy állapot. A tanulmány célja, hogy különböző nem farmakológiai intervenciók hatását vizsgálják az R reprodukciós számra nézve: kötelező maszkhasználat és kézfertőtlenítés, járatritkítás, buszok kapacitásának korlátozása, bizonyos buszvonalak megszüntetése, utasok egyenletesebb elosztása a járatok között vagy szuperfertőző utasok szelektív korlátozása. Eredményeik szerint messze a leghatékonyabb és legfájdalommentesebb beavatkozás a kötelező maszkhasználat és kézfertőtlenítés. A közösségi közlekedés szempontjából hatékony még a buszok kapacitásának korlátozása, illetve a gyakran frekvenciált útvonalak részleges megszüntetése vagy korlátozása.

Egyszerű földrajzalapú hálózatok

A személyi kapcsolati hálók nehezen térképezhetők fel nagy pontossággal, különösen a nagyobb földrajzi léptékű alkalmazásoknál. Szerencsére ezt a korlátot többféleképpen át lehet lépni összetett, absztrakt modellek használatával. Ebben a fejezetben a legegyszerűbb ilyen modell típust mutatjuk be. Az egyszerű földrajzi hálózatok a kompartmentális modellekhez hasonlóan populációkkal dolgoznak, ugyanakkor ezeket a populációkat földrajzi területekhez rendelik. A modell felbontásától függően ezek a területek lehetnek városok, megyék, országok, vagy más földrajzi értelemben körülhatárolt területek. A hálózat pontjai ezeket a területeket, illetve a rajtuk élő populációkat reprezentálják, a hálózat élei pedig a területek közötti mobilitási vagy utazási mintázatokat jellemzik. Ezek lehetnek légiközlekedési útvonalak, hajózási útvonalak, de gyakran több utazási formát összefoglaló absztrakt, aggregált mobilitásértékek is. Az egyes területek közötti (humán vagy vadállat-) mobilitás mérhető felmérésekkel, vagy mintavétellel becsülhető. Az előző fejezetben megismertekhez hasonlóan ezeknél a hálózatoknál is kapcsolhatók mennyiségek az élekhez, és általában a területek közötti utazók számát vagy a különféle okok miatt ingázók számát mérik, vagy egy ezeket becsülő arányszámot adnak meg. A fejezetben tárgyalt modelleket azért nevezzük egyszerűnek, mert a pontokhoz hozzárendelt populációk csak részben felelnek meg a járványtanban alkalmazott kompartmentális modelleknek, működésükben inkább az előző fejezetben megismert kapcsolati hálózatokhoz hasonlítanak. Minden ponthoz adott időpillanatban pontosan egy állapot tartozhat; tehát egy terület (és a hozzá tartozó populáció) lehet fogékony (S), fertőzött (I) vagy immunis (R). Ez a korlátozás csökkenti az ilyen modellek alkalmazhatóságát, azonban bizonyos esetekben ez a hálózattípus is megfelelő modellezési eszköznek bizonyulhat, mégpedig a betegségek a földrajzi területeken értelmezett első megjelenésének modellezésében vagy ugyancsak a földrajzi területeken értelmezett felfutási időszak (*epidemic onset*) modellezésében. A fejezet hátralévő részében az utóbbi feladatokra mutatunk példát.

Az első tanulmányban a szerzők a Zika-vírus első megjelenését modellezik az amerikai kontinens országainál, az Egyesült Államok államainál és más tengerentúli területeknél a 2015–2016-os járvány során (3). A tanulmányban szereplő hálózatalapú modell pontjai az előbbi földrajzi területek, a köztük lévő élek pedig légi közlekedési

útvonalakat és a rajtuk átfolyó utasok számát jellemzik. A tanulmányban a szerzők a GIIM modelleszaladot alkalmazták, amelynek elsődleges célja, hogy a földrajzi területekhez és a köztük lévő útvonalakhoz egy kockázati értéket rendeljen, másodlagos célja pedig, hogy megállapítsa az e kockázati értékek és választott magyarázó változók közötti kapcsolatot. A magyarázó változók ebben a tanulmányban különböző szocioökonómiai és környezeti változók. A tanulmány megállapításai szerint a 2015–2016-os Zika-járvány leggyorsabban a nagy népsűrűségű és alacsony fejlettségű területeken terjedt el, illetve az ezekre a területekre vezető légi útvonalak voltak a legkockázatosabbak. A területek közötti utazók száma azonban nem volt meghatározó tényező. Ez arra utal, hogy a vírus terjedéséhez a terjedési útvonal megléte és kisszámú utazó is elégséges.

Hasonló módszertannal dolgozik a második példánk is (2). Ebben a tanulmányban a 2009-es A/H1N1 influenzajárvány földrajzi terjedését vizsgálják Svédország kistérségei között. A tanulmány ugyanúgy a GIIM modelleszaladot alkalmazza, csak a kisrégiók közötti mobilitási mintázatokat egy nagy mintaszámú felmérés alapján becsülik, illetve nem a vírus első megjelenését, hanem a járvány felfutását (*epidemic onset*) modellezzik. A magyarázó változók ugyanúgy szocioökonómiai és környezeti változók. A tanulmány megállapításai megerősítik a szakirodalomból ismerteket, miszerint a járvány nagy népességű területeken gyorsabban terjed, illetve az olyan meteorológiai tényezőknek, mint a páratartalom, meghatározó szerepük van (2).

Hálózatalapú metapopulációs modellek

A fertőző betegségek epidemiológiájának gyakran használt eszközei közé tartoznak a metapopulációs modellek. Ezek a modellek a teljes populációt bizonyos szempontok mentén, gyakran földrajzi alapon alpopulációkra osztják. Az alpopulációkon belül a járványterjedés a hagyományos kompartmentális modellek szabályai szerint történik, azonban a metapopulációs modellek lehetővé teszik, hogy az alpopulációk között is megvalósulhasson valamilyen terjedési folyamat. Ez a modelltípus könnyen átültethető hálózatokra: a hálózat pontjai alpopulációknak felelnek meg, míg a hálózat élei az alpopulációk közötti terjedést valószínűsítik meg, leggyakrabban az előző alfejezetben ismertetett populációmobilitási mintázatok segítségével. A pontokon, avagy alpopulációkon belül viszont a hagyomá-

nyos kompartmentális modellek szerinti terjedés valósul meg. Ez a modelltípus a hagyományos kompartmentális modellek földrajzi értelemben vett kiterjesztéseként értelmezhető, valamint nagy pontosságú terjedési modellek építésére is alkalmas. Ez a modelltípus a szakirodalomban leggyakrabban használt eszköz.

Moulay és Pigné tanulmányukban (17) a *chikungunya* vírus terjedését modellezzik Reunion szigetén. A tanulmány érdekessége, hogy a vírus terjedését mind az emberi populációban, mind a vektor- (ázsiai tigrisszúnyog) populációban modellezzik. Munkájukban részletes, kétszintű, hálózatalapú metapopulációs modellt használnak, amelyben a humán és a korlátozott mértékű szúnyogmobilitást egy hálózat reprezentálja. Modelljüket a 2005–2006-os chikungunyajárvány adataival validálják. Eredményeik szerint a modell jó pontossággal közelíti a valós eseményeket. A szerzők hangsúlyozzák a humán mobilitás fontosságát a járvány terjedésének modellezésénél.

Talán a legismertebb hálózatalapú metapopulációs modell a *Gleamviz* ingyenesen letölthető szoftvercsomag (18). A *Gleam* egy globális modell, három fő komponensből áll. A populációs réteg 25×25 kilométeres cellákra bontva ábrázolja a világ populációját. A hálózatalapú mobilitási réteg az emberi mozgást modellezi két alszinten. A hosszú távú mozgást a globális légi közlekedési hálózat segítségével ábrázolja, amely tartalmazza a repterek közötti utasok számát akár napi szintre lebontva. A rövid távú mozgást több mint 40 ország statisztikai adatai alapján reprezentálja a szoftver.

Az epidemiológiai réteg segítségével pedig tetszőleges kompartmentális modellt hozhatunk létre állítható paraméterekkel. A szoftvert nagyobb léptékben először a H1N1-világjárvány modellezésére alkalmazták (18), de azóta is rendszeresen találkozhatunk vele a szakirodalomban.

Konklúziók

Tanulmányunkban a járványterjedési modellek alapfogalmait és alapvető típusait mutattuk be bevezető jelleggel. Az itt definiált három nagy hálózattípus sem fedi le az összes lehetséges alkalmazást. Bizonyos ágensalapú modellek vagy

Bizonyos ágensalapú modellek vagy mikroszimulációk például tartalmazhatnak hálózatalapú komponenseket interakciók modellezésére.

mikroszimulációk például tartalmazhatnak hálózatalapú komponenseket interakciók modellezésére (19). Ezenfelül tanulmányunkban csak a szigorúan vett járványterjedési modellekkel foglalkoztunk. A hálózatalapú modellezés alkalmazható más, járványtannal kapcsolatos területeken is, például a kórokozó-genomika (epigenomics) (4, 5) vagy a gyógyszerkutatás (20) területén.

Ahogy a Covid-19-járvány rávilágított a járványtani kutatások fontosságára, a technológia, és azon belül a hálózatok kutatás, az adattudomány (data science) és a mesterséges intelligencia fejlődése rámutatott arra, hogy új, hatékony és hatásos módszerek, modellek és technikák állnak rendelkezésre az orvostudományi és azon belül a járványokkal kapcsolatos új feladatok megoldá-

sára, illetve a meglévő módszerek javítására. Ezek közül tanulmányunkban a hálózatalapú módszerekből adunk ízelítőt, de érdemes hangsúlyozni, hogy a gépi tanulás is óriási, kiaknázatlan potenciállal bír a járványtannban és a hozzá közel álló tudományokban (21).

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Hajdu László és Krész Miklós köszönetet mond a nak az Európai Bizottságnak az InnoRenew CoE projekt (pályázati azonosító: #739574) támogatásáért, amely a Horizont 2020 Widespread Teaming programjának keretében valósul meg, valamint a Szlovén Köztársaságnak (a Szlovén Köztársaság és az Európai Regionális Fejlesztési Alap befektetési támogatásáért).

Irodalom

- Morris SE, Freiesleben de Blasio B, Viboud C, Wesolowski A, Bjørnstad ON, Grenfell BT. Analysis of multi-level spatial data reveals strong synchrony in seasonal influenza epidemics across Norway, Sweden, and Denmark. *PLoS One* 2018;13(5):e0197519. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197519>
- Bóta A, Holmberg M, Gardner L, Rosvall M. Socioeconomic and environmental patterns behind H1N1 spreading in Sweden. *Scientific Reports* 2021;11(1):1-14. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-01857-4>
- Gardner LM, Bóta A, Gangavarapu K, Kraemer MU, Grubaugh ND. Inferring the risk factors behind the geographical spread and transmission of Zika in the Americas. *PLoS neglected tropical diseases* 2018;12(1):e0006194. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0006194>
- Grubaugh ND, Ladner J, Kraemer M, et al. Genomic epidemiology reveals multiple introductions of Zika virus into the United States. *Nature* 2017;546:401-5. <https://doi.org/10.1038/nature22400>
- Grubaugh ND, Faria NR, Andersen KG, Pybus OG. Genomic insights into Zika virus emergence and spread. *Cell* 2018;172(6):1160-2. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2018.02.027>
- Tizzoni M, Bajardi P, Poletto C, Ramasco JJ, Balcan D, Gonçalves B, et al. Real-time numerical forecast of global epidemic spreading: case study of 2009 A/H1N1pdm. *BMC Medicine* 2012;10:165. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-10-165>
- Jeong H, Mason S, Barabási A-L, Oltvai ZN. Lethality and centrality in protein networks. *Nature* 2001;411:41-2. <https://doi.org/10.1038/35075138>
- Cohen JE, Briand F, Newman CM. Community food webs: Data and theory. New York: Springer; 1990. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-83784-5>
- Bóta A, Csernenszky A, Györfly L, Kovács G, Krész M, Pluhár A. Applications of the inverse infection problem on bank transaction networks. *Central European Journal of Operations Research* 2015;23(2):345-56. <https://doi.org/10.1007/s10100-014-0375-2>
- Newman ME. The structure and function of complex networks. *SIAM review* 2003;45(2):167-256. <https://doi.org/10.1137/S003614450342480>
- Barabási AL. A hálózatok tudománya. Libri 2017.
- Kermack WO, Anderson GM. A contribution to the mathematical theory of epidemics. *Proceedings of The Royal Society of London. Series A, Containing papers of a mathematical and physical character* 1927;115(772):700-21. <https://doi.org/10.1098/rspa.1927.0118>
- Li MY. An introduction to mathematical modeling of infectious diseases. Vol. 2. Cham, Switzerland: Springer; 2018. p. 1-33. https://doi.org/10.1007/978-3-319-72122-4_1
- Kempe D, Kleinberg J, Tardos É. Maximizing the spread of influence through a social network. In: *Proceedings of the ninth ACM SIGKDD international conference on knowledge discovery and datamining* 2003. pp. 137-46. <https://doi.org/10.1145/956750.956769>
- Qian X, Sun L, Ukkusuri SV. Scaling of contact networks for epidemic spreading in urban transit systems. *Scientific Reports* 2021;11:4408. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-83878-7>
- Mo B, Feng K, Shen Y, Tam C, Li D, Yin Y, Zhao J. Modeling epidemic spreading through public transit using time-varying encounter network. *Transportation Research Part C: Emerging Technologies* 2021;122:102893. <https://doi.org/10.1016/j.trc.2020.102893>
- Moulay D, Pigné Y. A metapopulation model for chikungunya including populations mobility on a large-scale network. *Journal of Theoretical Biology* 2013;318:129-39. <https://doi.org/10.1016/j.jtbi.2012.11.008>
- Tizzoni M, Bajardi P, Poletto C, Ramasco JJ, Balcan D, Gonçalves B, et al. Real-time numerical forecast of global epidemic spreading: case study of 2009 A/H1N1pdm. *BMC Medicine* 2012;10(1):1-31. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-10-165>
- Frias-Martinez E, Williamson G, Frias-Martinez V. An agent-based model of epidemic spread using human mobility and social network information. In 2011 IEEE third international conference on privacy, security, risk and trust and 2011 IEEE third international conference on social computing. *IEEE* 2011. pp. 57-64. <https://doi.org/10.1109/PASSAT/SocialCom.2011.142>
- Recanatini M, Cabrelle C. Drug research meets network science: Where are we? *Journal of Medicinal Chemistry* 2020;63(16):8653-66. <https://doi.org/10.1021/acs.jmedchem.9b01989>
- El-Rashidy N, Abdelrazik S, Abuhmed T, Amer E, Ali F, Hu JW, El-Sappagh S. Comprehensive survey of using machine learning in the COVID-19 pandemic. *Diagnostics* 2021;11(7):1155.

Koronavírushoz kapcsolódó, magyarra lefordított szubjektív egészségértés kérdőív pszichometriai jellemzői

BÁNFAI-CSONKA HENRIETTA, BÁNFAI BÁLINT, JEGES SÁRA, BETLEHEM JÓZSEF

HUNGARIAN TRANSLATION AND PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF A SUBJECTIVE HEALTH LITERACY QUESTIONNAIRE ABOUT THE CORONAVIRUS

BEVEZETÉS – Az egészségértés fogalma egyre gyakrabban fordul elő, nemcsak tudományos körökben, hanem a hétköznapiakban is. A megfelelő egészségértés elengedhetetlen annak érdekében, hogy megfelelő döntéseket hozzunk az egészségünkkel és az egészségügyi ellátórendszerrel kapcsolatosan. Kutatásunk célja a lakosság koronavírushoz fűződő egészségértésszintjének megismerésére alkalmas mérőeszköz, az eredetileg német nyelvű HLS-Covid-Q22 kérdőív magyar populációra való alkalmazási lehetőségének vizsgálata. **MÓDSZER** – A lefordított kérdőív nyelvi validálását követően egyetemi hallgatók 120 fős mintáján töltöttük ki a kérdőívet, majd az adatokon exploratív faktoranalízissel dimenzióelemzést végeztünk és pszichometriai jellemzőket számítottunk.

EREDMÉNYEK – A Cronbach- α -érték a teljes kérdőív tekintetében 0,938, míg az alindexek esetén a következőképp alakult: hozzáférés- α = 0,786, megértés- α = 0,899, értékelés- α = 0,865 és alkalmazás- α = 0,846. A kérdőív Spearman–Brown-féle koefficiens-együtthatója 0,866, a Guttman „split-half” együttható pedig 0,861. A Bartlett-teszt eredménye szignifikáns lett ($p < 0,001$), a Kaiser–Meyer–Olkin-kritérium értéke 0,876. A létrehozott négy faktor az eredeti 22 változó varianciájának 67,08%-át fedi le.

KÖVETKEZTETÉSEK – A pszichometriai jellemzők alapján a HLS-Covid-Q22 kérdőív magyar nyelven is megbízhatóan alkalmazható a koronavírussal összefüggő szubjektív egészségértés vizsgálatára. A koronavírus továbbra is a mindennapjaink része,

INTRODUCTION – The concept of health literacy occurs more and more often not only among researchers but also in our everyday life. A good health literacy level is essential to make relevant decisions about our health and the health care system. The aim of our research is to validate the possible implementation of Hungarian version of the German HLS-Covid-Q22 questionnaire, which explores the level of health literacy about the coronavirus in the general population.

METHODS – After the linguistic validation of the translated questionnaire a sample of 120 university students responded the items. Afterward, we performed the exploratory factor analysis and computed psychometric variables.

RESULTS – The Cronbach- α value was 0.938 for the entire questionnaire, while the sub-indexes were as follows: accessing α = 0.786, understanding α = 0.899, appraising α = 0.865 and applying α = 0.846. The Spearman–Brown coefficient of the questionnaire was 0.866, and the Guttman “split-half” coefficient was 0.861. The result of the Bartlett test proved to be significant ($p < 0.001$), the value of the Kaiser–Meyer–Olkin criterion was 0.876. The 4 factors created cover 67.08% of the original 22 variables.

CONCLUSION – Based on the statistical analyses, the Hungarian version of the HLS-Covid-Q22 questionnaire can reliably be used for measuring the subjective perception of health literacy about the coronavirus. The coronavirus remained a part of our everyday life thus, it is essential to

BÁNFAI-CSONKA Henrietta (levelező szerző/correspondent): Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Sürgősségi, Egészségpedagógiai és Ápolástudományi Intézet/University of Pécs, Institute of Emergency Care, Pedagogy of Health and Nursing Sciences, Pécs; H-7621 Pécs, Vörösmarty u. 4. E-mail: csonka.henrietta@pte.hu
dr. BÁNFAI Bálint, dr. JEGES Sára, dr. BETLEHEM József: Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Sürgősségi, Egészségpedagógiai és Ápolástudományi Intézet/University of Pécs, Institute of Emergency Care, Pedagogy of Health and Nursing Sciences, Pécs

Érkezett: 2022. július 19. Elfogadva: 2022. december 5.

<https://doi.org/10.33616/lam.32.0521>

ezért nélkülözhetetlen a megfelelő védekezési stratégiák kialakítása. Ehhez pedig fontos a lakosság koronavírussal kapcsolatos egészségértésszintjének ismerete, amelynek egyik eszköze lehet a HLS-Covid-Q22 kérdőív.

egészségértés, mérőeszköz, validálás, HLS-Covid-Q22, koronavírus

develop appropriate defense strategies. In order to do it, we need to learn the level of health literacy among the general population. The HLS-Covid-Q22 questionnaire is one of the suitable means to achieve this specific knowledge.

health literacy, measurement tool, validity, HLS-Covid-Q22, coronavirus

A koronavírus a hivatalos jelentések szerint 2019 decemberében jelent meg először Vuhan városában (1), azonban egy később alkalmazott modellszámítás szerint a vírus már korábban, október és november között (a legvalószínűbb időpont november 17.) terjedni kezdett (2). Ez a vírusvariáns a koronavírus-család új típusa, amely komoly légzőszervi megbetegedéseket és további ismeretlen, hosszú távú következményeket okoz az emberi szervezetben (3–5). A pandémia nemcsak az egészségügyi rendszerre volt hatással, hanem a világ gazdaságában is jelentős károkkal járt. Ezek a hatások hazánkat is elérték, miután a vírus 2020 márciusában nálunk is megjelent és járványhelyzetet okozott (6). Világszerte mind ez ideig 562 392 674 esetet jelentettek, és a fertőzés 6 375 624 halálos esetet eredményezett (7). Mivel a pandémia új helyzetet teremtett, számos új fogalmat is be kellett vezetni a köztudatba. Az információk számos forrásból zúdulnak az emberekre, ezzel egy úgynevezett „infodemic” (information epidemic, információjárvány) létrejöttét erősítve, amelynek következtében laikus számára nehéz eldönteni, hogy mely információkban bízhat, és melyek azok, amelyeket kétkedve kell kezelnie. A kritikus gondolkodás képessége ezekben az időkben elengedhetetlennek bizonyul (8–10). Mivel ez az információáradat elsődlegesen az egészségüghöz kapcsolódik, ezért a jó döntések meghozatalához alapvető a megfelelő egészségértés. Több kutató véli úgy, hogy az egészségértési szint felmérése rendkívüli fontosságú a megfelelő – a járvánnyal kapcsolatos, a társadalmat érintő – intézkedések meghozatalához (11, 12).

Az egészségértés segíti az embereket a dezinformációk kiszűrésében, a megfelelő információforrás megkeresésében és ezek eredményeként a lehető legjobb döntés meghozatalában az egyén egészségével és a Covid-19-járvánnyal kapcsolatban (9, 11, 13). Az alacsony egészségértési szint növeli a kórházi kiadásokat (14, 15) és rontja a beteg betegségével kapcsolatos kilátásait

RÖVIDÍTÉSEK

Covid-19: coronavirus disease 2019 (koronavírus-betegség 2019)

HLS-Covid-Q22: coronavirus related health literacy measurement (koronavírussal összefüggő egészségértést felmérő kérdőív)

PTE: Pécsi Tudományegyetem

(16, 17), továbbá szoros összefüggést mutat a szociodemográfiai és ökonómiai, valamint az iskolázottsági mutatókkal (17–20). Népeség Gallup vizsgálatok kimutatták, hogy Európa (17), Észak-Amerika (21) és Ázsia (22) lakossága nagy részének nehézséget okoz az egészségügyi információk közötti eligazodás. A European Health Literacy Survey (HLS-EU) kutatása rávilágított, hogy az általuk vizsgált nyolc országban a lakosság majdnem 50%-a rendelkezik korlátozott egészségértéssel (17). Magyarországon korábbi kutatások alapján ezek a számok hasonló arányban oszlanak meg (23, 24). Egy másik korábbi kutatás bizonyította az egészségértés és a Covid-19-től való félelem kapcsolatát, miszerint a magasabb egészségértési szinttel rendelkezők kevésbé félnek a vírustól, a hozzá társuló fertőzéstől (25), valamint ez a fajta tájékozottság a betegséggel kapcsolatba hozható depresszió ellen is védőfaktornak tekinthető (26). Ahhoz, hogy valaki megértse a Covid-19-fertőzéssel kapcsolatos ajánlásokat, használja a védőfelszerelést és kiigazodjon az információ áradatában, elengedhetetlen a vírussal kapcsolatos megfelelő egészségértési szint. Ennek felmérésére hoztak létre Németországban egy, a vírussal kapcsolatos digitális és szubjektív egészségértést felmérő kérdőívet (27).

Az ismertett háttér tekintetében fontosnak tartjuk, hogy hazánkban is elérhetővé váljon ez a német nyelven validált kutatási eszköz. Jelen

vizsgálatunk célja a HLS-Covid-Q22 kérdőív magyar nyelvű validálása volt a hazai alkalmazhatóság és a nemzetközi összehasonlíthatóság megteremtése érdekében.

Módszerek

Minta

A magyar nyelvű kérdőívet – az előzetes egyetemi kutatási engedélyek beszerzését követően (15121-8/2019/EÜIG, PTE/8733-2/2022) – egyetemi hallgatók körében töltöttük ki. A Pécsi Tudományegyetem hallgatói különböző tudományterületekről és képzési szintekről vettek részt a kutatásban 2022 tavaszán. Összesen 120 embernek küldtük ki a kérdőívet online formában, ebből 113 érkezett vissza, azonban 13 kérdőívet a hiányos kitöltés miatt kizártunk. A mintánkat kényelmi mintavétel során értük el, előzetes felhívást téve közzé egy közösségimédia-oldalon.

Kutatási eszköz

A kérdőívet online módon, a Survio kérdőívszerkesztő program segítségével szerkesztettük meg. A kérdőív közvetlen linkjét a hallgatók tájékoztató levél kíséretében, az egyetemi tanulmányi rendszeren keresztül kapták meg a saját e-mail-címükre. Az online kérdőív kitöltése önkéntes volt.

A kérdőív a HLS-Covid-Q22 mellett a digitális egészségértésre, szociodemográfiai adatokra és tanulmányokra vonatkozó kérdéseket is tartalmazott. A kérdőívbe nem került más validáló konstrukció, mivel a témában korábban nem készült más magyar nyelvű kérdőív, amivel összehasonlítható lett volna.

A HLS-Covid-Q22 kérdőív bemutatása

A kérdőív 22 kérdést tartalmaz, amelyek négy aldimenzióra oszlanak: hozzáférés (hat kérdés), megértés (hat kérdés), értékelés (öt kérdés) és alkalmazás (öt kérdés). A válaszadónak egy 1-től 4-ig terjedő skálán kellett eldöntenie, hogy mennyire könnyű, illetve nehéz számára a kérdés (1 – nagyon könnyű, 2 – inkább könnyű, 3 – inkább nehéz, 4 – nagyon nehéz). A skála értékelése a következőképpen alakult: 2,5: inadekvát egészségértési szint; >2,5 – <3: problémás egészségértési szint; 3: elégséges egészségértési szint (27).

A HLS-Covid-Q22 kérdőív magyar nyelvre fordítása

Első lépésként az eredeti kérdőív szerkesztőitől írásos engedélyt kértünk a mérőeszköz magyar nyelvű validálására. Az engedély megérkezését követően kezdtük meg a fordítási munkát, amelyet az „Eortc Quality of Life Group Translation Procedure” (28) alapján végeztünk. A magyar nyelvű kérdőívet az 1. táblázat ismerteti. A kérdőívet két független szakfordító német nyelvről magyar nyelvre fordította, majd egy harmadik független fordító a magyar nyelvhasználat figyelembevételével összesítette a két szöveget. Ezt követően két másik szakfordító az így kapott kérdéseket visszafordította német nyelvre. Ezekből is készült egy összevetés, majd pedig az eredetivel való összehasonlítás. Mivel minimális eltérések voltak (szinonimahasználat), ami nem befolyásolta a megértést és a kérdés értelmét, ezért elfogadtuk a fordított változatot. Ezt követően a kérdőívet nyelvi szempontból, tíz fő bevonásával pilot vizsgálatnak vetettük alá. Két főtől nem érkezett észrevétel, a többiek részéről egy-egy szóhasználati módosítási javaslat történt. Ezeket a javaslatokat elfogadtuk, a kérdőívet javítottuk. Ezt követően ismét tíz fő kitöltötte a kérdőívet, akik közül öten az első körben is kitöltők voltak. Három fő részéről érkezett visszajelzés újabb szavak módosítására, amelyek összességében könnyebbé tették az értelmezhetőséget. Ezeket módosítottuk. Ezt követően újból tíz fő kitöltötte a kérdőívet. Közülük senki nem tett észrevételt, így a kérdőívet nyelvi szempontból véglegesnek tekintettük.

A megfelelő egészségértés elengedhetetlen annak érdekében, hogy megfelelő döntéseket hozzunk az egészségünkkel és az egészségügyi ellátórendszerrel kapcsolatban.

Statisztikai eljárások

Az adatfeldolgozás során a mérőeszközök megbízhatóságát (reliabilitás) és érvényességét (validitását) IBM SPSS 22.0 program használatával elemeztük. Leíró statisztikai eljárásokat alkalmaztunk a minta szociodemográfiai és tanulmányi adatainak elemzésére (átlag, szórás, százalékos megoszlás), a HLS-Covid-Q22 pontszámainak elemzésére pedig középérték-számítást végeztünk.

1. táblázat. A HLS-Covid-Q22 kérdőív magyar nyelvű változata

Ön szerint mennyire könnyű, illetve nehéz...	Nagyon könnyű	Inkább könnyű	Inkább nehéz	Nagyon nehéz
1. ...az interneten a koronavírusról információt találni?	1	2	3	4
2. ...az interneten olyan viselkedési módokról információt találni, amelyek segítenek a koronavírus-fertőzés megelőzésében?	1	2	3	4
3. ...újságokban, folyóiratokban vagy a televízióban olyan viselkedési módokról információt találni, amelyek segítenek a koronavírus-fertőzés megelőzésében?	1	2	3	4
4. ...információt találni arról, hogyan ismerhetem fel, hogy valószínűleg koronavírus-fertőzést kaptam?	1	2	3	4
5. ...megtudni, hol kaphatok szakszerű segítséget koronavírus-fertőzés esetén?	1	2	3	4
6. ...információt találni arról, hogy személy szerint mennyire vagyok veszélyeztetett a koronavírus által?	1	2	3	4
7. ...az orvosom, a gyógyszerészem vagy az ápolószemélyzet koronavírus elleni védekezéssel kapcsolatos utasításait megérteni?	1	2	3	4
8. ...a hatóságok koronavírus elleni védekezéssel kapcsolatos utasításait megérteni?	1	2	3	4
9. ...családtagok vagy barátok koronavírus elleni védekezéssel kapcsolatos tanácsait megérteni?	1	2	3	4
10. ...a médiában megérteni az arra vonatkozó tájékoztatást, hogy hogyan védekezhettek a koronavírus-fertőzéssel szemben?	1	2	3	4
11. ...megérteni, amit a koronavírus kockázatairól az interneten találok?	1	2	3	4
12. ...megérteni, amit újságokban, folyóiratokban vagy a televízióban a koronavírus kockázatairól találok?	1	2	3	4
13. ...felmérni, hogy a koronavírusról, illetve a koronavírus-járványról a médiában adott tájékoztatás megbízható-e?	1	2	3	4
14. ...felmérni, hogy milyen viselkedési módok járnak a koronavírus-fertőzés különösen nagy kockázatával?	1	2	3	4
15. ...felmérni, hogy milyen óvintézkedéseket kellene tennem a koronavírus-fertőzés ellen?	1	2	3	4
16. ...felmérni, hogy mennyire vagyok személy szerint veszélyeztetett a koronavírus által?	1	2	3	4
17. ...felmérni, hogy lehetek-e koronavírus-fertőzött?	1	2	3	4
18. ...a médiában kapott információ alapján eldönteni, hogy hogyan védekezhettek a koronavírus-fertőzéssel szemben?	1	2	3	4
19. ...az orvosom vagy a gyógyszerészem utasításait követni azzal kapcsolatban, hogy hogyan reagáljak a koronavírusra?	1	2	3	4
20. ...az orvosomtól vagy a gyógyszerészemtől kapott információ alapján eldönteni, hogy hogyan reagáljak egy esetleges koronavírus-fertőzésre?	1	2	3	4
21. ...a médiából szerzett információ alapján eldönteni, hogy hogyan reagáljak egy esetleges koronavírus-fertőzésre?	1	2	3	4
22. ...úgy viselkedni, hogy másokat ne fertőzzek meg?	1	2	3	4

A kérdőív belső konzisztenciáját Cronbach- α (29) és Spearman–Brown (30) korrelációs együtthatók segítségével értékeltük. A belső konzisztenciát számszerűsítő Cronbach- α értékét 0,70 és 0,95 között tekintettük elfogadhatónak (29). A konstrukciós érvé-

nyesség vizsgálatokor alkalmazott faktorelemzés során a Bartlett-teszt eredményét és a Kaiser–Meyer–Olkin-kritérium-értéket is számítottuk (31). A dimenziók közti összefüggések kimutatására Pearson-féle korrelációt alkalmaztunk (32).

Eredmények

A vizsgált populáció elemzése

A kérdőív validálásához a mintánkat 100 fő adta. A minta csaknem háromnegyed részét nők alkották (74%). Az átlagéletkor $28,7 \pm 9,917$ év volt. A tanulmányok miatt nagyobb arányban élnek most megyeszékhelyen a hallgatók, mint eredeti lakóhelyükön. A minta 77%-a nem él gyermekkel egy háztartásban. 14%-uk rendelkezik munkahellyel, ebből 57,1%-uknak a munkahelye nem függ össze a tanulmányaival. A minta 75%-ának az átlagkeresete átlagon aluli (havi 270 ezer forint alatti). A válaszadók többsége a Pécsi Tudományegyetem tíz kara közül a Bölcsészeti és Társadalomtudományi (21%), valamint az Egészségtudományi Karra (22%) jár. A hallgatók többsége nappali munkarendben (63%) és alapképzési szinten (53%) tanul. A szocioökonómiai és a tanulmányokra vonatkozó adatokat az 2. táblázat mutatja be részletesen.

A kérdőív megbízhatósága

Első lépésben a Cronbach- α -értéket számítottuk ki. Ez a teljes kérdőívre nézve $\alpha = 0,938$, amely az optimális 0,950-hez igen közeli érték. Az alindexekkel tartalmi szempontból azonosítható fő dimenziókra ezek az értékek: a hozzáférés (6 kérdés) $\alpha = 0,786$, a megértés (6 kérdés) $\alpha = 0,899$, az értékelés (5 kérdés) $\alpha = 0,865$, az alkalmazás tekintetében (5 kérdés) $\alpha = 0,846$.

A kérdőív Spearman–Brown-féle koefficiens együtthatója 0,866, a Guttman „split-half” együttható pedig 0,861. Az alindexekre vonatkozó értékeket a 3. táblázat tartalmazza.

A kérdőív érvényessége

A konstrukciós érvényesség vizsgálatakor alkalmazott faktorelemzés során a Bartlett-teszt eredménye szignifikáns lett ($p < 0,001$; $\chi^2 = 1629,292$; $df = 231$), a Kaiser–Meyer–Olkin-kritérium értéke 0,876. Az adatok tehát kielégítik a faktoranalízis alkalmazhatóságának kritériumát.

Az egynél nagyobb saját értékek alapján végzett vizsgálat eredménye szerint az első négy

2. táblázat. A szocioökonómiai és a tanulmányokra vonatkozó adatok összesítése

Szocioökonómiai adatok		
Nem	Férfi Nő	26 (fő) 74 (fő)
Életkor		$28,07 \pm 9,917$ év
Származás	falu város megyeszékhely	32 (fő) 36 (fő) 32 (fő)
Lakhely	falu város megyeszékhely	28 (fő) 24 (fő) 48 (fő)
Gyermek a háztartásban	igen nem	23 (fő) 77 (fő)
Munkahely	igen nem	14 (fő) 86 (fő)
Tanulmányokkal összefügg-e?	igen nem	8 (fő) 6 (fő)
Átlagkereset	átlagon aluli (270 ezer forint alatt) átlagos (270 ezer–290 ezer forint között) átlagon felüli (290 ezer forint felett)	75 (fő) 9 (fő) 16 (fő)
Tanulmányokra vonatkozó adatok		
Egyetem	Pécsi Tudományegyetem	100 (fő)
Kar	Állam- és Jogtudományi Kar Általános Orvostudományi Kar Bölcsészeti- és Társadalomtudományi Kar Egészségtudományi Kar Gyógyszerésztudományi Kar Közgazdaságtudományi Kar Kultúrtudományi, Pedagógusképző és Vidékfejlesztési Kar Műszaki és Informatikai Kar Művészeti Kar Természettudományi Kar	11 (fő) 10 (fő) 21 (fő) 22 (fő) 4 (fő) 9 (fő) 8 (fő) 9 (fő) 2 (fő) 4 (fő)
Munkarend	nappali levelező távoktatás	63 (fő) 36 (fő) 1 (fő)
Képzési szint	alap mester osztatlan doktori	53 (fő) 16 (fő) 24 (fő) 7 (fő)

faktor, tartalmát és a benne szereplő azonos itemeket is figyelembe véve, az eredeti kérdőív alindexeinek jól megfeleltethető. A négy faktor az eredeti 22 változó 67,08%-át fedi le.

3. táblázat. Megbízhatósági együtthatók a kérdőív különböző dimenzióiban

	Összesített	Hozzáférés	Megértés	Értékelés	Alkalmazás
Cronbach- α	0,938	0,786	0,899	0,865	0,846
Spearman–Brown-féle koefficiens	0,866	0,706	0,836	0,877	0,829
Guttman „split-half” együttható	0,861	0,696	0,836	0,864	0,801

4. táblázat. Korreláció az összesített egészségértés és alindexei között

Kérdőív és aldimenziói	Hozzáférés	Megértés	Értékelés	Alkalmazás
HLS-Covid-Q22	0,846*	0,839*	0,879*	0,887*
Hozzáférés	1	0,629*	0,661*	0,646*
Értékelés	–	1	0,561*	0,675*
Felmérés	–	–	1	0,794*

*p < 0,001 (two-tailed) n = 100 fő

5. táblázat. Átlagpontszámok és az egészségértés mértéke a különböző dimenziókban

	Átlag (pont)	Inadekvát (%)	Problémás (%)	Elégséges (%)
Összesített HL	3,08 ± 0,56	15	28	57
Hozzáférés	3,12 ± 0,56	18	17	65
Megértés	3,16 ± 0,68	19	15	66
Értékelés	2,95 ± 0,70	26	18	56
Alkalmazás	3,11 ± 0,68	21	14	65

Az egészségértés értékelése

A Pearson-féle korreláció az összesített HL-index és az alindexek, valamint az alindexek között is magas volt ($r = 0,846 - 0,887$) (4. táblázat).

Az összesített egészségértési átlag a minta esetében $3,08 \pm 0,56$ pont. Az átlagpontszám alapján a minta az elégséges kategóriába esik. Minden alindex esetén a válaszadók több mint fele az elégséges kategóriába esik (5. táblázat).

Megbeszélés

Jelen vizsgálatunk eredeti célja a HLS-Covid-Q22 kérdőív magyar nyelvű validálása volt. Ehhez első lépésben a nyelvi validálás után exploratív dimenzióelemzéssel ellenőriztük, hogy a mintánk alapján nyert faktorok tartalmi szempontból megfeleltethetők-e az eredeti kérdőív aldimenzióinak.

Ezután a Cronbach- α -értékek segítségével és a Guttman-féle „split half” tesztekkel megvizsgáltuk a kérdőív egésze és az aldimenziók megbízhatóságát. A Cronbach- α -értékek az összesített HL-index és az alindexek kapcsán is hasonlóan magas szintet mutatnak, mint az eredeti kérdőív validálásánál kapott értékek (27). Ezek alapján a kérdőív alkalmasnak látszik a szubjektív egészségértési szint felmérésére, de természetesen más, objektív mérőeszköz (például Newest Vital Sign) (33) alkalmazásával kiegészítve kaphatunk teljesebb képet az egyén egészségéről.

A hazai népesség egészségértése alacsony szinten van (23), ami hozzájárul a járványügyi hely-

zet nem megfelelő kezeléséhez és a saját egészségről való gondolkodás alacsony szintjéhez (17). Kutatások kimutatták, hogy a Covid-19-járvány alatt, a terjedés megfékezése szempontjából nagy az egyének felelőssége (34, 35), azonban az alacsony egészségértés gátolhatja az emberek megfelelő viselkedési szokásainak kialakítását (35). Eredményeink kimutatták, hogy a válaszadók 43%-a az inadekvát (15%) és a problémás (28%) kategóriába sorolható. Ez az eredmény hasonló az általános egészségértés mérésekor (23) és az eredeti nyelvű kérdőív validálásakor kapott eredményekhez (27).

Kutatásunkat fontosnak tartjuk, hiszen a mérőeszköz magyar nyelven való elérhetővé tételével képet kaphatunk a koronavírushoz kapcsolható egészségértés szintjéről, ami hozzájárulhat a védekezési intézkedések megfelelő szinten történő közléséhez, ismertetéséhez a lakosság felé. Továbbá az, hogy egyetemi hallgatók mintáján teszteltük a kérdőívet, segítséget nyújt abban, hogy a különböző szakok hallgatóinak egészségértési szintjét számukra specifikus módon tudjuk fejleszteni, hogy tanulmányaik befejezését követően már megfelelő egészségértéssel rendelkezve használhassák az egészségügyi ellátórendszert.

Erősségek

A magyar lakosság számára nem áll rendelkezésre kifejezetten a koronavírussal kapcsolatos egészségértés-kérdőív. Célszerű a más nyelven már teljeskörűen validált és kutatásokban kipróbált kérdőívet választani, és megkísérelni azt a magyar populációra adaptálni. A kutatás ennek a

folyamatnak az első lépése. Az eredmények biztatóak, mert a magyarra lefordított kérdőív pszichometriai mutatói igen hasonló értékeket mutatnak, mint az eredetié, valamint az exploratív faktoranalízis eredményeként létrejött dimenziók csaknem minden esetben ugyanazokat az itemeket tartalmazzák nagy faktorsúllyal, mint amelyeket az eredeti kérdőív alindexei.

Limitációk

A validálás során a minta elemszáma viszonylag alacsony volt. A kérdőívet a PTE hallgatói töltötték ki, akik bár különböző karokat és szakterületeket képviseltek, a minta a magyar lakosság egészére nem reprezentatív, így a kérdőív érvényeségi köre is korlátozott.

Konklúzió

A kisebb figyelem ellenére is, a koronavírus-terjedés továbbra is a mindennapjaink része. Ezért tartjuk fontosnak a megfelelő mérőeszköz használatát a koronavírus és az egészségértés kapcsolatának vizsgálatára. Eredményeink alapján a HLS-Covid-Q22 kérdőív magyar nyelven is alkalmas a koronavírushoz kapcsolódó szubjektív egészségértés mérésére.

ANYAGI TÁMOGATÁS

A tanulmány az Innovációs és Technológiai Minisztérium ÚNKP-21-3 kódszámú Új Nemzeti Kiválóság Programjának a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Alapból finanszírozott szakmai támogatásával készült.

Irodalom

- Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet* 2020;395:497-506. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5)
- Roberts DL, Rossman JS, Jarić I. Dating first cases of Covid-19. *PLOS Pathog* 2021;17:e1009620.
- European Centre for Disease Prevention and Control. ECDC Communicable Disease Threats Report (CDTR). Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Communicable-disease-threats-report-21-mar-2020-PUBLIC.pdf> (accessed: 22. May 2022.).
- Liu Y, Yan LM, Wan L, Xiang TX, Le A, Liu JM, et al. Viral dynamics in mild and severe cases of Covid-19. *Lancet Infect Dis* 2020;20:656-7. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30232-2](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30232-2)
- Hua J, Shaw R. Corona Virus (Covid-19) "infodemic" and emerging issues through a data lens: The case of China. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17:2309. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072309>
- Abdel-Latif MMM. The enigma of health literacy and Covid-19 pandemic. *Public Health* 2020;185:95-6. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.06.030>
- Worldometer. Covid-19 coronavirus pandemic. Available from: <https://www.worldometers.info/coronavirus/> [accessed: 12. July 2022.]
- Zarocostas J. How to fight an infodemic. *Lancet* 2020;29;395(10225):676. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30461-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30461-X)
- Ashrafi-Rizi H, Kazempour Z. Information diet in Covid-19 crisis; a commentary. *Arch Acad Emerg Med* 2020;8:e30.
- Ashrafi-Rizi H, Kazempour Z. Information typology in Coronavirus (Covid-19) crisis; a commentary. *Arch Acad Emerg Med* 2020;8:e19.
- Paakkari L, Okan O. Covid-19: health literacy is an underestimated problem. *Lancet* 2020;5(5):e235-e296. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30086-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30086-4)
- Yusefi AR, Barfar E, Daneshi S, Bayati M, Mehralian G, Bastani P. Health literacy and health promoting behaviors among inpatient women during Covid-19 pandemic. *BMC Women's Health* 2022;22:77. <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01652-x>
- Okan O, Sørensen K, Messer M. Covid-19: A guide to good practice on keeping people well informed. *Conversation* 2020;19. Available from: <https://theconversation.com/covid-19-a-guide-to-good-practice-on-keeping-people-well-informed-134046> [accessed: 13. Jun 2022.]
- Eichler K, Wieser S, Brügger U. The costs of limited health literacy: A systematic review. *Int J Public Health* 2009;54:313-24. <https://doi.org/10.1007/s00038-009-0058-2>
- Palumbo R. Examining the impacts of health literacy on healthcare costs. An evidence synthesis. *Health Serv Manag Res* 2017;30:197-212. <https://doi.org/10.1177/0951484817733366>
- Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Ann Intern Med* 2011;155:97-107. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>
- Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: Comparative results of the European Health Literacy Survey (HLS-EU). *Eur J Public Health* 2015;25:1053-8. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>
- N'Goran AA, Pasquier J, Deruaz-Luyet A, Burnand B, Haller DM, Neuner-Jehle S, et al. Factors associated with health literacy in multimorbid patients in primary care: a cross-sectional study in Switzerland. *BMJ Open* 2018;8:e018281. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018281>
- Ylitalo KR, Meyer MRU, Lanning BA, During C, Laschober R, Griggs JO. Simple screening tools to identify limited health literacy in a low-income patient population. *Medicine* 2018;97(10):e0110. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000010110>
- Kutner M, Greenberg E, Jin Y. The health literacy of America's adults: results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy National Center for Education Statistics 2006. Available from: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED493284.pdf>. [accessed: 15. Marc. 2022]
- Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA. Institute of Medicine (US) Committee on Health Literacy. Health literacy: A prescription to end confusion. Washington (DC): National Academies Press (US); 2004: Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK216032/> [accessed: 15. Jun 2022]
- Duong TV, Aringazina A, Baisunova G, Nurjanah, Pham TV, Pham KM, et al. Measuring health literacy in Asia: Validation of the HLS-EU-Q47 survey tool in six Asian countries. *J Epidemiol* 2017;27:80-6. <https://doi.org/10.1016/j.je.2016.09.005>
- Koltai JA, Kun E. Hungarian health literacy in international comparison. (A Magyarországi egészségértés nem-

- zetközi összehasonlításban). *Egészségfejlesztés* 2016;62:3-20. [Hungarian]
<https://doi.org/10.24365/ef.v57i3.62>
24. Bánfai-Csonka H, Bánfai B, Jeges S, Gyebnár B, Betlehem J. Health literacy among participants from neighbourhoods with different socio-economic statuses in the southern region of Hungary: a pilot study. *BMC Public Health* 2020;20:1060.
<https://doi.org/10.1186/s12889-020-08959-0>
 25. Nguyen HT, Do BN, Pham KM, Kim GB, Dam HTB, Nguyen TT, et al. Fear of Covid-19 scale-associations of its scores with health literacy and health-related behaviors among medical students. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17:4164.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17114164>
 26. Nguyen HC, Nguyen MH, Do BN, Tran CQ, Nguyen TTP, Pham KM, et al. People with suspected Covid-19 symptoms were more likely depressed and had lower health-related Quality of Life: The potential benefit of health literacy. *J Clin Med* 2020;9:965.
<https://doi.org/10.3390/jcm9040965>
 27. Okan O, Bollweg TM, Berens EM, Hurrelmann K, Bauer U, Schaeffer D. Coronavirus-related health literacy: A cross-sectional study in adults during the Covid-19 infodemic in Germany. *Int J Environ Res Public Health* 2020;30:17 (15):5503. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155503>
 28. Kulíš D, Bottomley A, Velikova G, Greimel E, Koller M. EORTC Quality Of Life Group Translation Procedure. EORTC, 2017 Available from: file:///E:/PhD/Kutat%C3%A1s_%C3%BAj/Valid%C3%A1l%C3%A1s%20cikkek/translation%20procedures.pdf [accessed: 13. Jun 2022]
 29. Terwee CB, Bot SD, de Boer MR, van der Windt DA, Knol DL, Dekker J, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol* 2007;60:34-42.
<https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2006.03.012>
 30. Thorndike RL. Reliability. In: Lindquist EF (ed.) Educational measurement. 2nd edn. Washington, DC: American Council on Education; 1971. pp. 560-620.
 31. Csallner AE. Introduction how to use SPSS program. (Bevezetés az SPSS program használatába) Available from: http://www.jgypk.hu/tamop15e/tananyag_html/spss/a_faktoranalzis_megvalthatsgnak_felttelei.html [accessed: 10 July 2022] [Hungarian]
 32. Boncz I. Research methodology (Kutatásmódszertani alapismeretek). Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Pécs, 2015. Available from: https://www.etk.pte.hu/protected/OktatasiAnyagok/%21Palyazati/sport/Kutatasmodszertan_e.pdf [accessed: 21. Jun 2022] [Hungarian]
 33. Mátyás G, Vincze F, Bíró É. Validation of Health Literacy Questionnaires in Hungarian Adult Sample (Egészségműveltséget mérő kérdőívek validálása hazai felnőttmintán). *Orv Hetil* 2021;162(39):1579-88. [Hungarian]
<https://doi.org/10.1556/650.2021.32212>
 34. Chu DK, Duda S, Solo K, Yaacoub S, Schunemann H. Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and Covid-19: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2020;395:1973-87.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31142-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31142-9)
 35. Abel T, McQueen D. Critical health literacy and the Covid-19 crisis. *Health Promotion International* 2020;35(6):1612-3.
<https://doi.org/10.1093/heapro/daa040>



Válogatás az eLitMed.hu orvostudományi portál Idegtudományok rovatának szemlézéseiből



Antiepileptikumok hatékonysága és biztonságossága post-stroke epilepsiában

A stroke-ellátás fejlődésével a stroke mortalitása világszerte drámai mértékben csökken. A stroke fontos késői szövődménye a post-stroke epilepszia (PSE), amelynek gyakorisága 7% körüli a stroke-túlélőkben. Az idősek (65 felettiek) korosztályában az új epilepsziás rohamok mintegy 30–49%-a a PSE-nek tulajdonítható. A rohamok nagyarányú ismétlődése és a körülbelül 20%-ot elérő gyógyszer-rezisztencia negatív hatással van a stroke-túlélők gyógyulására és életminőségére. A jelenleg elérhető antiepileptikumok (AED-k) közül egyik sem bír igazoltan preventív hatással a PSE megjelenésére, így a primer gyógyszeres prevenció nem javasolt, ugyanakkor a magas ismétlődési valószínűséggel járó első nem provokált (spontán) rohamot követően szekunder prevencióként az AED-k használata megfontolandó.

Noha a PSE incidenciája magas, eddig nem született olyan ajánlás, amely a PSE-ben javasolt AED-kről szólna. Az a kevés randomizált, kontrollált vizsgálat, amely az AED-k PSE-ben való használatát elemezte, nem talált egyértelműen előnyös szert a PSE kezelésére.

Winter és munkatársai a Seizure-ben megjelent vizsgálatukban két nagy stroke-regiszterből származó adatokat elemeztek a PSE kezelésében használt különböző AED-k hatékonysága és biztonságossága vonatkozásában. A vizsgálok az ILAE definíciójának megfelelően stroke-ot követő strukturális epilepsziaként diagnosztizáltak minden olyan esetet, amelyekben legalább egy spontán roham jelentkezett legalább egy hónappal a stroke-ot követően. Rohamentességgként definiálták azt, ha egy betegnek a 6. és a 12. hónapos kontrollvizsgálat között nem volt rohama. Minden, a vizsgálatban szereplő beteg AED-monoterápiában részesült.

<https://elimed.hu/ilam/idegtudomanyok/antiepileptikumok-hatekonysaga-es-biztonsagossaga-post-stroke-epilepsziaban>

A szemlézések az eLitMed.hu orvostudományi portálon a *Rovatok* menüpont alatt találhatóak. A cikkek közvetlen elolvasásához okostelefonjának QR-kód-olvasó alkalmazását irányítsa a kiválasztott cikk melléti kódra.

Felix D'Mello környezettoxicológiai kézikönyve I.

D'Mello JPF (ed.). A Handbook of Environmental Toxicology: Human Disorders and Ecotoxicology. Wallingford, Oxfordshire, UK: CABI 2019. p. 1-621. (ISBN-13: 978-1786-69467-5 – ePDF és ePub megjelenés is.)

Írta: Darvas Béla

Felix J. P. D'Mello 1964-ben végzett a Nottinghami Egyetemen. 1968-ban helyezkedett el az Edinburgh School of Agriculture intézetében és kezdte meg ott kutatásait. Nyugdíjba vonulása óta is több kitűnő könyvet szerkesztett a CABI Publishing számára, köztük *A Handbook of Environmental Toxicology: Human Disorders and Ecotoxicology* című kiadványt is. A szóban forgó kötet 40 fejezetből áll, amit a bolygó különböző pontjain élő szakspecialisták írtak. Jelen méltatásban a kiemelt környezetegészségügyi területeket mutatom be.

Természetes eredetű vegyületek

Fitotoxinok

A fitotoxinok a növények védekezési célra termelt, változatos szerkezetű vegyületei (allelokemikáliák). Az emlősökre gyakorolt hatásuk közé tartoznak a hüvelyesek fehérjei által okozott emésztési zavarok, a maniőka cianogenikus glikozidjai (linamarin – *Manihot esculenta*) okozta görcsös bénulás és felismerési problémák, a káposztafélék glükoszínolát-bomlástermékei (pajzsmirigyzavarokat okozó vegyületek) által kiváltott goitrogén aktivitás, a lóbabban (*Vicia faba* – az arab országokban gyakori élelmiszer) található pirimidin-glikozidokkal kapcsolatos favizmus, a gyapotmag *gossypol*-tartalma által okozott kardiotoxicitás és reprodukció rendellenességek, a zellerfélékben és más növényekben (például kaukázusi medvetalpban, *Heracleum mantegazzianum* és a Szosznovszkij-medvetalpban, *Heracleum sosnowsky*) termelődő furanokumarinokkal való érintkezést követő phytodermatitis (kontakt bőrgyulladás), valamint a saspáfrányban található *ptaquiloside* (rizómáiban jelentős a hatóanyag-tartalom, és ez főként a legelő állatokat veszélyezteti) által kiváltott rosszindulatú betegség. Az alacsonyabb rendű szervezetek számos fitotoxin metabolizálására változatos detoxifikációs mechanizmusokkal rendelkeznek.

Mikotoxinok

A mikroszkopikus gombák által termelt toxinok komoly egészségügyi veszélyeket rejtenek. Nem egy közülük raktározás során szaporodik fel. A RASFF (Rapid Alert System for Food and Feed) adatbázisában az import élelmiszerek vizsgálatakor az élelmiszerekben előforduló patogének (elsősorban *Salmonella* fajok) után a második leggyakoribb kifogásolási ok a mikotoxinszennyezettség. Közülük az aflatoxinok a legveszélyesebbek, amelyeket trópusi-szubtrópusi országokból beszállított élelmiszerekben (például pisztácia, földimogyoró, aszalt füge, kukorica) találunk leginkább. Az *Aspergillus flavus* egyes törzsei mérsékelt égövi klímához alkalmazkodtak, és Ukrajna után Magyarországon is megjelentek a kukoricában, illetve az ezzel táplált tehének tejében.

A *Fusarium* fajok előfordulása a hazai gabonafélékben mindig is jelentős volt. Az anyarozs (*Claviceps purpurea*) termeli az ergotalkaloidokat, míg a fő *Fusarium*-mikotoxinok közé a zealalenon és a fumonizin vegyületek tartoznak. Az *Alternaria alternata* szintetizálja az alternariolt és az altenuent. Az *Aspergillus* és *Penicillium* fajok élelmiszerromlást okozó gombák, amelyek a betakarítás utáni tárolási körülményekhez kapcsolódnak. Az *Aspergillus flavus* és az *Aspergillus parasiticus* termeli az aflatoxinokat, de az *Aspergillus ochraceus*, a *Penicillium viridicatum* és a *Penicillium cyclopium* szintetizálja az ochratoxin A-t (OTA). A *Penicillium citrinum* és a *Penicillium expansum* a citrinin fő forrásai, az utóbbi pedig a patulint is termeli. A káros hatások széles spektrumát hozták összefüggésbe a krónikus expozícióval (ez Indiában és az afrikai országokban gyakori), beleértve a karcinogenezist, a hepatitist, a nefrotoxikus hatásokat és a hormonmoduláns zavarokat. Az élelmiszerekben lévő aflatoxinok növelhetik a hepatitis B-vírus rákkeltő potenciálját. Ezenkívül azt feltételezik, hogy az afrikai gyermekek kwashiorkor (minőségi éhezésre visszavezethető hiánybetegség) nevű be-

tegsége az aflatoxikózis megnyilvánulása lehet. Mindazonáltal a toxikológiai besorolásban az aflatoxin B1-et az IARC '1' csoportba jelölték rákkeltő anyagként, amely kifejezetten a máj, a tüdő és az epehólyag rosszindulatú daganatát okozhatja. Dél-Afrikában epidemiológiai bizonyítékok is összekapcsolják az emberi nyelőcsőrák előfordulását a fumonizinekkel való étrendi expozícióval. Kínában ezt a csoportot az elsődleges hepatocelluláris rák lehetséges kockázati tényezőjeként említik. Az OTA-t összefüggésbe hozták a balkáni (és a tunéziai) endémiás nephropathia incidenciájával, de az OTA citrininnel való együttes előfordulása a két mikotoxin közötti kölcsönhatásra utal.

Cianobaktérium-toxinok

A kékmoszatok felszaporodása a tavakban elpusztítja a különféle életformákat, vagyis ökológiai katasztrófát okoz. Hazánkban a Keszthelyi-öbölben is előfordul az *algavirágzás* nevű esemény, amelynek domináns fajai a Balatonban a *Cylindrospermopsis raciborskii*, az *Aphanizomenon* nevű kékalga és a nyurga fecskemoszat (*Ceratium furcoides*).

A cianobaktériumok (*Cyanobacteria* – fotoszintetizáló kékmoszatok) alacsony molekulatömegű toxikus vegyületek széles skáláját állítják elő, amelyek mérgezők. Ez utóbbiakat a cianobaktérium-törzsek aprólékos szűrése révén azonosítják. Molekuláris hatásmechanizmusuk változó, akut hatásuk többnyire hepatotoxikus (nodularin) és neurotoxikus (anatoxin A, saxitoxin). A cianobaktérium-toxinoknak való hosszú távú kitettség emberen számos egészségügyi mellékhatással társul, az elsődleges májraktól a neurodegeneratív betegségekig. Különböző útvonalakon keresztül történő cianobaktérium-toxinoknak való kitettség fellépésének és a cianobaktériumok tömeges és gyors felszaporodásának toxikológiai kiértékelése sürgető az emberi és állati egészségre gyakorolt káros hatások minimalizálása miatt.

Mezőgazdasági eredetű vegyületek

Klórozott szénhidrogének

A klórozott szénhidrogén alapú rovarirtó szerek – közülük a legismertebbek a DDT, a HCH (lindane), a camphechlor, a dieldrin és az endosulfan – jelentős múlttal rendelkeznek a mezőgazdaságban és a háztartási irtószerek körében. Esetükben hamar jelentkezett a perzisztencia, ami a

kémiai stabilitásukból fakad, s amely lehetővé tette számukra a hosszú távú hatásokat. A DDT bomlási félideje évszázados nagyságrendű. Az anyatej zsírfraekciójában a mai napig kimutathatók a DDT bomlástermékei, a DDE és a DDD. Sajnos ugyanazok a tulajdonságok, amelyek kívánatossá tették ezeket a vegyületeket, végül a bukásukhoz vezettek. Bioakkumulációra (feldúsulás egy szövetféleségben) és biomagnifikációra (feldúsulás a tápláléklánc mellett) hajlamosak. Akut hatásuk szerint idegmérgek, krónikus hatásuk szerint hormonmodulánsok, így ezen az úton járulnak hozzá a hormonfüggő ráktípusok kialakulásához. A lindane γ -HCH '1' besorolását humán rákkeltő. Európában a DDT, míg Észak-Amerikában a camphechlor előfordulása jelentős. Ez utóbbi környezeti mérése rendkívül nehéz.

Szerves foszforsavészterek

A perzisztens klórozott szénhidrogének korszaka után a foszforsavészterek és az inszekticid-karbamátok kora következett. Ezek balesetveszélyessége különösen a fejlődő országokban szedett sok áldozatot a gyerekek köréből. Extrém módon mérgezők, ami jelentős közegészségügyi kockázatot jelentett. A későbbiekben a piretroidok következtek, amelyek a változó testhőmérsékletű gerincesekre (halak, kétélűek, hüllők) extrém módon mérgezők. A neonikotinoidok megjelenésével a beporzó rovarok kerültek a célkeresztbe. Az idegmérgek krónikus hatásai közé tartozik gyermekkorban az idegfejlődés zavara, ami chlorpyrifos esetében csökkent IQ-val járhat, valamint felnőtteknél a neuropathiák előfordulása vált gyakoribbá.

Glyphosate

A bolygón a legnagyobb forgalmat produkáló totális gyomirtó, de állományszárításra (betakarítás-gyorsítás) is használják. A mezőgazdasági géntechnológia kiemelt terméke, ami nélkülözhetetlen a *glyphosate*-tűrő GM-növényekhez. A *glyphosate* toxikológiai problémái elég súlyosak ahhoz, hogy ebben a fejezetben már bizonyított tényeket kellett volna hangsúlyozni. Az IARC minősítette '2A' rákkeltőnek, és a Roundup készítményt a non-Hodgkin lymphoma gyakoriságának emelkedésével kapcsolta össze (eredeti formázó anyaga *POEA* volt). Kaliforniában a tartósan Roundupot használó, a gyártó Monsantoét perlő *non-Hodgkin* lymphomások első és másodfokon sorra nyerték meg a pereiket. A magyar onkológusok a kérdésben a mai napig nem foglaltak állást.

(Folytatása következik.)

ORVOSLÁS ÉS TÁRSADALOM

Szégyen és mentális egészség A szégyenérzékeny megközelítés előtörténete

KELEMEN GÁBOR

SHAME AND MENTAL HEALTH – PREHISTORY OF THE SHAME-SENSITIVE APPROACH

A tanulmány a szégyenérzékeny gyakorlat előtörténetét vázolja. Az akut, krónikus és egészséges szégyenhez való köznapis és pszichoterápiás viszonyulásmód változásának áttekintése a II. világháború végétől napjainkig terjed. A nemzetközi tendenciák taglalását az első hazai kezdeményezések bemutatása követi. Luna Dolezal munkái alapján a szerző ismerteti a szégyenérzékeny gyakorlat főbb szempontjait. Arra a következtetésre jut, hogy a mentális egészségügyi szolgálatok kulcsfontosságú feladata a felesleges szégyen megelőzésére és szégyenérzékeny kezelésére való felkészültség.

This paper provides a delineation of the prehistory of shame-sensitive practice. The overview of changes of the everyday and psychotherapeutic approaches to acute, chronic and healthy shame ranges from the WWII to the present day. Exploration of international trends is followed by the presentation of first Hungarian initiatives. Based on Luna Dolezal's works, the author describes the main aspects of shame-sensitive practice. He concludes that preparation for the prevention of unnecessary shame and the sensitive treatment of shame is a key task of mental health services.

**szégyenérzékeny,
akut és krónikus szégyen,
egészséges szégyen, mentális egészség,
pszichoterápia**

**shame-sensitive,
acute and chronic shame,
healthy shame, mental health,
psychotherapy**

dr. KELEMEN Gábor (levelezési cím/correspondence):
CGL Bromley Drug and Alcohol Service, 35 London Road BR1 1DG UK.
E-mail: gabor.kelemen@cgl.org.uk

Érkezett: 2022. november 27. Elfogadva: 2022. december 2.

<https://doi.org/10.33616/lam.32.0531>

A szégyen az öntudatra ébredt, pszichológiailag is megszületett ember lelki eseményiségének és befejezetlenségének fájdalmas megélése. *Akut*, de nem letaglózó változatában a test szinte néma sikolyaként tapasztalt jelzése annak, hogy sérült a közösségünk és az értékeink iránti lojalitás. E figyelmeztetés jótékony változásra, törődésre motiválhat minket. *Krónikusan* „túladagolt” formában a szégyen a „nem vagyok elég jó” folyamatos, pangó és bénító érzése. Az elfogadhatatlan, határsértő megnyilvánulásunkat jelző *átmeneti* szégyen egészséges. Ellenben az önbizalmunkat, önbecsülésün-

ket aláásó, bennünk az értéktelenség, selejtesség időtlen érzetét keltő *tartós* szégyen egészségkárosító. Ebben az esetben az ember egyszerűen feladja az önnön fejlődéséért folytatott küzdelmet. Arra a következtetésre jut, hogy „nincs értelme folytatni, hiszen a szégyenemet újabb és még több szégyen követi” – ahogy ezt a 2022-es év irodalmi Nobel-díjasa, *Annie Ernaux* fogalmazta meg *Szégyen* című regényének végén (1, 139. oldal).

Habár a szégyen és megszégyenítés szótöve megegyezik, a két fogalom jelentése eltérő. A *megszégyenítés* többnyire stigmatizáló, kirekesztő és

megalázó műveletekkel kapcsolatos. Ennek békeidőbeli módszerei fokozatosan humanizálódtak a modernitás korában. Ma már nemcsak a kalodába zárás, pellengérre állítás és testi kínzás tiltott, de a családon belüli erőszak, a gyermekek és felnőttek bántalmazása elleni fellépés is törvényszabta követelmény. Ugyanígy tilos bármiféle kínzó megszegényítő

„A szégyenemet újabb és még több szégyen követi” – fogalmazta meg *Szégyen* című regényében a 2022-es év irodalmi Nobel-díjasa, Annie Ernaux.

eszköz alkalmazása a beteggel való biztonságos, bizalmas kapcsolat és partneri viszony fenntartására törekvő orvosi gyakorlatban. A szégyen kiváltója inkább a helytelenítés, rosszsallás és csalódottság, ami jöhet a külvilágból, s lehet az egyén „belső hangjából” eredő (2).

Az itt következőkben a szégyen problematikáját a mentális egészség fókuszá-

ba helyező *szégyenérzékeny* felfogást megalapozó főbb előzményeket tekintem át a II. világháború végétől napjainkig.

A szégyenről való gondolkodásmód formálódása a II. világháború utáni másfél évtizedben

A szégyenről folyó diskurzus II. világháború utáni története felfogható a kibontakozó kultúr-antropológiai szemléletet szociálpszichológiai és memoáriródmegközelítéssel gazdagító, a *terápiás dimenzió* kikristályosodása felé tartó tendenciaként. E folyamat során, fokról fokra alapvetően változott az a mód, ahogyan ma ehhez a témakörhöz viszonyulunk. A II. világháború legborzalmasabb eseményeit, a nyilvánossá váltakat (holokauszt, kamikaze harcmódor) és a megaláztak által – részben az áldozat hibáztatásától való rettegés miatt – mélyen titkoltakat (milliónyi nő bestiális megerőszakolása) egyaránt a civilizáció terén a legfejlettebbeknek tekintettek közé tartozó országok fegyveresei valószínűsítették meg. Az emberek értetlenül és zavarodottan néztek közelmúltjuk többé-kevésbé közhírré vált abszurd cselekményeire. Néhány gondolkodó a szégyenben látott magyarázó erőt.

Az egyik első olyan értelmezés, amely a *szégyenkultúrában* keresett indokot, az amerikai kulturális antropológus, *Ruth Benedict* (1887–1948) 1946-ban megjelent *Krizantém és kard* című könyve volt (3). A II. világháború katonailag két legerősebb vesztese, Japán és Németország

különböző módon dolgozta fel a nemzeti büszkeségét ért megrázkódtatást. *Benedict* ezt részben azzal magyarázta, hogy míg a magukat megadó német katonák nem szégyenültek meg, sőt a környezetük továbbra is dicsőséges harcosoknak tekintette őket, addig a japánok esetében a becsület összekapcsolódott a halálig tartó küzdelemmel. A japán hadvezetés sok ezer kamikaze feláldozásával próbálta elvenni az amerikaiak harci kedvét. Az a japán katona, aki fogságba esett, többé nem járhatott emelt fővel; korábbi életéhez képest „élőhalott” volt. A japánok szégyenfoltját csaknem egy csapásra lemosta az, amikor a császár – a Hirosimát és Nagaszakit ért atomtámadás után – 1945. augusztus 15-én bejelentette Japán megadását a szövetségeseknek. Az emberek felülemelkedhettek a „szívem megszakad a szégyentől” kétségbeesésén. A szégyen hajtóereje előtt immár új kijárat nyílt meg, egy olyan béke világáé, amelyben a japánok szabadon élhettek a *krizantém eleganciájával* és a *kard szilajságával*. Mindezt az tette lehetővé, hogy az amerikaiak – tanulva az I. világháború utáni megalázó békekötések újabb világháborúhoz vezető következményeiből – arra törekedtek, hogy a vereség tényéből a megalázás szimbólumait eltávolítva vegyék elejét a bosszúálló hangulatnak. Ennek érdekében szabad kezét adták a japánoknak országuk közigazgatása, gazdasága és nemzetpolitikája újjáépítésében. *Benedict* úgy vélte, hogy ezt a becsületet visszaadó bizalmat Japán hagyományos szégyenkultúrája szavatolta. A két évvel az amerikai megjelenés után japánra lefordított könyvből Japánban mintegy kétmillió példány kelt el, jelezve, hogy *Benedict* empatikus elmefuttatása, függetlenül annak tudományos értékétől, igen pozitív visszhangra talált a szigetország olvasóközönségében.

Más volt a helyzet a négy győztes szövetséges által felosztott Németországban, ahol végleg elbukott az önmegvalósítás ideálját addig megtestesítő *Adolf Hitler*. Elszakadtak a történelmi múlthoz kötődés szálai. A náciizmus mint a fasizmus egy változata a két világháború között az elvakult uralomvágyban és az erőszak fanatikus üzésében talált ideológiai eszközt a német tömegek mozgósítására. A legyőzött nemzet elfordult múltjától. A náci múlt tabuvá vált. A megszegényülésnek felfogott vereség traumájának feldolgozása és a felelősséggel való szembenézés itt csak másfél évtizeddel a háború után kezdődött.

A II. világháború utáni első európai könyv, amely a szégyen kérdését, méghozzá a túlélő szégyenének fényében alaposan megvizsgálta, az Auschwitz-túlélő olasz *Primo Levi* (1919–1987) *Ember ez?* című, 1947-ben megjelent műve (4).

Levi könyve nehezen talált kiadóra. Mindössze kétezer példányban nyomtatták, és ez is alig fogyott. Levi könyve a szégyen többféle arcáról, megjelenési formájáról tudósít. A túlélés szégyenéről (amiatt, hogy mások haltak meg helyettük), a mások helyett szégyenkezéséről, az iparszerűvé tett megszégyenítésről, a nem cselekvés gyalázatáról, a hallgatás miatti restelkedésről, az elfojtás szégyenéről, a szégyen kitörölhetetlenségéről és a szégyentelenné válásról. A szégyentől szenvedésben fogant könyv ugyan megmutatta, hogy a holokauszt lehet irodalmi megjelenítés tárgya, de ennek felidézése nemcsak a túlélőkben, hanem mindenki, aki csak valamilyen megneszelője, értesültje volt a korabeli barbárságnak, túrhetetlen szégyenérzetet keltett. A halálgyárként működő táborok lakóinak egyik tipikus álma volt az, hogy a fogolynak sikerül megszabadulni és hazatérni az otthonába. Ám amikor beszámol szeretteinek az átélt szörnyűségekről, azok nem hisznek neki, sőt sarkon fordulnak, és szó nélkül faképnél hagyják őt. Az elbeszélő, aki a táborban a benne lévő emberi értékek és személyiségének elvesztése szégyenletes fájdalomtól szenvedett, s akinek visszaemlékezése feltépte a szégyen sebeit, ekkor ráadásul amiatt is megszégyenült, hogy mindezt megpróbálta elmondani. Levi azzal szembesült, hogy hiába talált irodalmi nyelvet a hihetetlennek tűnő, de valóságos események kifejezésére, az erről való elbeszélést rémálomnak minősítette a közönség. Ugyanakkor megjelentek a tárgyi dokumentumok és a túlélők elbeszélését egyaránt hamisítványnak tekintő *holokauszttagadók*. Levi számára az írás nemcsak a holokauszttagadás elleni harc lehetősége volt, hanem terápiás eszköz is lelki békéjének visszanyerése érdekében. Abban, hogy a szégyen nemcsak a felépülés útját álló, eltávolítandó akadály, hanem a fejlődés motorja is lehet, Levi nemigen hitt. A *poszttraumás növekedés* koncepciója és fogalma, az a felismerés, hogy a lelki csapásokat átélő és azok emlékével küzdő emberek életük pozitív átalakulását tapasztalhatják, egy évtizeddel Levi halála után kezdett elterjedni a köztudatban és a pszichoterápia világában.

Erik Erikson (1902–1994) 1950-ben megjelent tanulmánykötete, a *Gyermekek és társadalom*, elsősorban az *Ember nyolc szakasza* című fejezete révén (5), nemzetközi hírnevet hozott a szerzőnek. Az eriksoni pszichoszociális fejlődésmélet a freudi pszichoszexuális teória számottevő továbbfejlesztésének tűnt. Az ember fejlődésének nyolc szakaszból a második az autonómia kialakításának periódusa, amelynek elakadása *szégyenhez* vezet, állítja Erikson. Ez a szakasz 18

hónapostól három és fél éves korig tart. Az eredetileg *Hombberger* névre hallgató Erikson Németországban nevelkedett, majd Bécsben élt, ahol *Anna Freud* köréhez csatlakozott. Noha semmilyen diplomával nem rendelkezett, Freud lánya felvette pszichoanalitikus tanítványai közé. Bécsben megismerkedett egy ott szociológiát tanuló kanadai táncművésznővel, Joannal. Joan, anyja betegsége miatt, Amerikába utazott. Ott vette észre, hogy várandós. Visszatért Bécsbe. Erikson ódzkodott a házasságtól, és csak barátai rábeszélésére adta be a derekát. A pár 1933-ban, Hitler hatalomra jutása után, amikor Berlinben már Freud könyveit égették, hamarosan Amerikába költözött. A vezetéknévét immár Eriksonra változtató pszichoanalitikus a Harvard Egyetem orvoskarán jutott oktatói álláshoz. Idővel lehetőséget kapott terepmunka folytatására amerikai indián törzsek körében, ahol a gyermekek szocializációjának folyamatát figyelte meg. A saját eredeti német kultúrája és az indián törzsek (szíu és jurok) nevelési szokásainak összevetése alapján alakította ki saját gondolatrendszerét. A pszichoszociális elmélet szerint immár egész életen át tartónak felfogott egyedfejlődést nem a libidó (nemi vágy) energiája hajtja, hanem a biológiai érés találkozik a társas, illetve kulturális környezet elvárásaival. Ez a szociális elvárás a második fejlődési szakaszban a *toalett-tréningben* testesül meg. A fejlődési folyamat központi szervező elve az eriksoni modellben nem az Ödipusz-komplexus, hanem az *identitás*.

Az írásnak, amint ez Erikson halála után világhosszá vált, ahogy Primo Levi, úgy az ő esetében is szégyent feldolgozó, terápiás hatása volt. 1944-ben, amikor Levi az auschwitzi haláltáborban sínylődött, az anyai ágon zsidó származású Erikson szégyenletes módon, születése után azonnal egy lelencek számára fenntartott intézetbe adta negyedik, Down-szindrómával született gyermekét, Neilt. Mielőtt még a nehéz szülés után mély álomba zuhant feleség, Joan felébredt volna, Erikson aláírta az intézményi elhelyezéshez szükséges összes dokumentumot. A kimerültségből lábadozó Joan már nem láthatta gyermekét. Joan sokszorosan megszégyenült. Úgy érezte, hogy „mongol idiótának” nevezett gyermeke megszületéséért őt tették felelőssé. Ráadásul, férje kihagyta őt a gyermeke jövőjét megpecsételő döntésből. Ezt a döntést csak Joan aláírásának hamisításával lehetett foga-

Abban, hogy a szégyen nemcsak a felépülés útját álló, eltávolítandó akadály, hanem a fejlődés motorja is lehet, Primo Levi nemigen hitt.

natosítani. Az okirat-hamisítás bűntény, amit Joan a férje helyett is szégyellt. Joan nem tett bejelentést, amiért bizonyára szintén restelkedett. Tetézte a szégyent, hogy gyermekeiknek azt hazudták, az öccsük, Neil halva született, ugyanakkor gyászszertartásra, temetésre nem került sor. Az incidens válságba sodorta a házasságot. Joan válni készült. A bizalmát veszített Joant Erikson rábeszélte egy bentlakásos pszichoterápiára. A házasság túlélte a krízist. A bizalom újjáépítésének terepévé az emberi fejlődés nyolc szakaszát előfeltételező elmélet kidolgozásának közösen végzett munkája vált. Ebben Joan nemcsak kritikusként, hanem munkatársként is szerepel (6, 7). Az elmélet szerint az ember fejlődése a bizalomépítéssel és a remény erényének

Anders *prométheuszi* szégyennek nevezte azt az érzést, amit az ember termékeinek kifogástalansága és a saját tökéletlensége közti szakadék miatt érez.

megszerzésével kezdődik. Az Erikson házaspár bizalmat és reményt újjáépítő munkájának gyümölcse, a pár szimbolikus gyermeke, az Erikson számára világhírt hozó könyv hat év kihordási idő után született meg. Erikson a kötet olvasmányossá tételéért adózott elismeréssel Joannak. A bizalomból és reményből az apja világhírnevéről mit sem tudó Neil egyáltalán nem részesült. Neil sosem láthatta szülei és testvérei otthonát, akik a temetésére sem mentek el, amikor 21 éves korában elhunyt.

Jóllehet Eriksonnak igen kevés mondanivalója volt a szégyenről, *Gerhardt Piers* (1908–1978) és *Milton Singer* (1912–1994) közös könyvben, 1953-ban publikált, a szégyenről szóló tanulmányaikban (8) fontosnak tartják azt, hogy kitérjenek Erikson szégyennel kapcsolatos elmefuttatására. A szerzők kiemelik, hogy őket megelőzően csupán *Alexander Ferenc* és Erik Erikson mert szembeszállni Freudnak azzal az 1930-ban megfogalmazott tételével, hogy a bűnérzet a kultúra evolúciójának legfontosabb kérdése. Szerintük viszont a szégyen semmivel sem kevésbé jelentős az egyedi és a társadalmi fejlődésben egyaránt, sőt progresszív és öngyógyító szerepe is lehet.

Az 1950-es évek legátfogóbb, szégyennel foglalkozó monográfiáját *Helen Merrel Lynd* (1896–1982) adta közre 1958-ban (9). Lynd egyrészt a regényirodalomban és költészetben, többek közt *Dosztojevszkij*, *Rilke*, *Shakespeare*, *Tolsztoj* és *Virginia Woolf* műveiben tanulmányozta azt, ahogy az alkotók – írásaik hősein keresztül – pózokban, szerepekben és eszményített ügyekben keresik a szégyenről való kommunikációt, a

szégyen kifejezésének és megosztásának kódjait. Másrészt Lynd az eriksoni pszichoszociális megközelítés antropológiai és szociális oldalának továbbfejlesztésére tett erőfeszítéseket. E törekvése kapcsán figyelt fel *Erving Goffman* (1922–1982) a szégyen és a társas viszonyok összefüggéseivel foglalkozó munkáira (10, 11), ám azok beható elemzésére nem vállalkozott. Goffman az 1950-es évek közepén megjelent, a szégyent az orvos-beteg kapcsolatra is kitérő benyomáskeltés, illetve „arculati munka” keretében elemző művei csak az 1960-as évek elejétől kezdtek közfigyelmet kapni.

Az 1950-es évek szégyen kutatással kapcsolatos hozadéka volt továbbá *Günther Anders* (1902–1992) *Az emberi lény elavultsága* című, 1956-ban német nyelven publikált könyve. Az Eriksonnal egyidős Anders első feleségével, *Hannah Arendt*tel együtt *Heidegger*től tanult filozófiát. 1933-ban elmenekült Németországból, ahová csak 1950-ben tért vissza második, amerikai felesége oldalán. Anders szerint a tökéletlen emberiség a mindennapi életet átható és alapvetően megváltoztató elektronika és automatizálás korában folyamatosan szégyenkezik az általa előállított termékek kínosan magas színvonala, tökéletessége miatt. A tüzet az istenektől ellopó és az embereknek adó titánról Anders *prométheuszi szégyennek* nevezte azt a lidérces érzést, amit az ember termékei kifogástalansága és a saját tökéletlensége közti egyre szélesedő és mélyülő szakadék miatt érez. Noha Prométheusz neve „előrelátót” jelent, Anders megállapítja, hogy a korlátlan fejlődés eszményében fanatikusan hívó modern embert éppen ellenkezőleg, a katasztrófa felé vezető tendenciák észrevételének hiánya, az előrelátás képességének bénultsága, az *apokaliptikus vakság* jellemzi (12). Anders szerint az atombomba előállításával és 1945-ben történt hirosimai és nagaszaki bevetésével az emberiség történetének utolsó korszaka vette kezdetét. Anders látnoki mondatainak kidolgozottsága éles ellentétben áll azzal a csenddel és hallgatással, ahogy a holokauszt szégyenéhez viszonyult. Azzal, hogy Anders kitért a német nép elmaradt gyászának szóba hozása elől, maga is hozzájárult a kollektív emlékezés elfojtásához. Az Amerikában időző Anders megúsza a hitleri Németország korabeli feldolgozóipari csúcsteljesítményként értékelhető halálgyárait. Emiatt a túlélés szégyene személyes élménye lehetett. Anders azonban a múlt gyásza helyett a gyászos jövővel foglalkozik. Munkája talán a szégyen kutatás inspirálójává válhatott volna, ha vállalja az érzelmileg kétségtelenül fájdalmas és megterhelő önreflektív munkát.

A szégyen napirendre kerülése az 1960-as években

A náci Németország kapitulációja után nyugati és szovjet zónára osztott, megszállt területek náciatlantításnak és átnevelésnek kitett lakossága néhány inséges év után gazdaságilag talpra állt, sőt az 1949-ben megalakult Nyugat-Németországban egyfajta *Wirtschaftswunder* (gazdasági csoda) vette kezdetét. A hagyomány krízisére gyógyírt hozó, átgondolt mentális felépülés – egy pár visszhangtalan kísérlettől eltekintve – viszont csak jóval később lendült mozgásba. A hagyomány krízise fagyossá, barátságtalanná és lelkiileg otthontalanná tette a németeket (13). Hannah Arendt (1906–1975) volt az első, aki 1945-ben felismerte és a *Szervezett bűnösség és egyetemes felelősség* című dolgozatában elemezte azokat a politikai körülményeket, amelyek a német nép kollektív bűnösségének leszögezéséhez vezettek. Minthogy Hitler mindenkit berántott a háborúba, a győztesek képtelenek voltak megkülönböztetni a náci és nem náci németeket. Arendt számos olyan, erős bűnértéssel sújtott német emberrel találkozott, aki szégyellte azt, hogy német. Noha Arendt nem nevezte meg a mások (hozzátartozók, közösség) bűnösségét mintegy „átvévő” helyettesítő bűntudat jelenségét, jól érzékelte a kollektív bűnösség elvének tarthatatlanságát, és hajlott arra, hogy az emberiség, illetve egyes emberek miatt érezzen elemi erejű szégyent. Ezt a szégyent pozitívnak, a szolidaritás tartalékának tekintette. Hamarosan Arendt egykori mentora, Karl Jaspers (1883–1969) is közreadta *A bűnösség kérdése* című kötetét. Jaspers fiatal korában vaskos pszichopatológiai könyvével vált ünnepest pszichiáterrre. A közben karriert váltó és a filozófia színpadán világhírt szerző Jaspers sem az 1913-ban kiadott pszichiátriai könyvében, sem pedig az 1946-ban publikált szerzeményében nem hozza szóba a szégyen témáját. Habár sokoldalúan (büntetőjogi, politikai, morális és metafizikai szempontból) boncolgatja a bűnösség tárgykörét, a bűnértésről nincs mondanivalója (14). Arendt bírálta azt, hogy Jaspers elhanyagolja az embertelen sérelmeket elszenvedett, ártatlan áldozatok iránti jóvátétel kérdését. Erre Jaspers azt válaszolta, hogy Arendt a költészet területére tévedt egy olyan ügyben, amelyre a vonatkozó szaktudományoknak kellene választ adniuk. Ezt a tárgyat még Shakespeare sem tudná megfelelően megformálni, tette hozzá Jaspers a nyomaték kedvéért (15).

Jaspers ebben tévedett. Éppen egy író, Günter Grass (1927–2015) volt az, aki 1959-ben meg-

jelent *A bádogdob* című regényével képes volt megtörni a németiség szégyenről való hallgatásának jegét, és elindítani az 1960-as évek olvadását. A véletlen úgy hozta, hogy az 1953-ban újjászerveződött, Frankfurti Iskolának nevezett Társadalomkutatási Intézet vezető munkatársa, Theodor Adorno (1903–1969), röviddel *A bádogdob* megjelenése után a *Mit jelent a múlt feldolgozása* című, az egyik legnagyobb német rádióban egy órán át felolvasott és több illusztris helyszínen előadott dolgozatában szintén megkísérelte megragadni a témát. Adorno beszélt az áldozatok és elkövetők bűnértéséről, illetve ezek elfojtásainak módjairól, amit az intézet interjús vizsgálataiból szűrt le. A náciizmus nemcsak a múlt szégyenletes öröksége, hanem a jelent is fenyegeti, állítja a gyógy módként megbékéléshez vezető képzést és önreflexiót ajánló Adorno (16).

Grass a náciak által megrontott, dagályos és propagandisztikus nyelv megújítását célul tűző 47-es csoport tagjaként írt, ünnepest regénye nyomán műltfeldolgozó művek sora született. A groteszk-szürrealisztikus nyelvű és stílusú regény főhőse az abnormalis náci világ mindennapi életét mutatja be a növekedésében hároméves korában megrekedt, a felnőtté válást szándékosan elodázó főhős elbeszélésének tükrében. Az író lépésről lépésre ragadja magával és viszi vissza az olvasót abba a szégyenteljes múltba, amelyet szinte mindenki tagadott. Az olvasó hozzá sem fogott volna a könyv olvasásához, ha Grass nem egy izgalmas és színes fedősztorival ragadja meg a figyelmét, hogy aztán tovább csalja a múlt kiábrándító, ijesztő és undorító világára való emlékezésig. Ez a világ és Grass hősnéke története a regényben az 1950-es évek elején ér véget (17). Grass közben megpróbálta megtalálni az optimális tempót ahhoz, hogy végül saját szégyenét is becsülettal beismerje és megossza sokmillió olvasótáborával. Erre az esemény után több mint hat évtizedre volt szüksége. Ehhez még akkor sem volt elég elszántsága, amikor 1999-ben megkapta az irodalmi Nobel-díjat. Végül 2006-ban, 79 éves korában, *Hagyománytás közben* című önéletrajzi regényében teszi nyilvánossá azt az addig mélyen szégyellt titkát, hogy tizenöt éves korában önként jelentkezett a náci tengeralattjáró-flottához, ahová ugyan nem vették fel, ám besorozott katonaként egészen 1945-ig hitt Hitler végső győzelemében. Aztán a mélyreható szégyen szenvedése nehezedett rá, amit semmivel nem tudott enyhíteni (18). Grass val-

Günter Grass 1959-ben megjelent *A bádogdob* című regényével képes volt megtörni a németiség szégyenről való hallgatásának jegét.

A tagadás lefejtésének munkája során válik érzékelhetővé a bűnérzet, amely eltakarja a szegényt, ami viszont elfedi és megbénítja a gyászt.

lomása a lélek szégyentelen lemeztenítéseként hatott. A „brutális” önfelfedést követő, Grass ért támadások világosan jelezték, hogy mennyire nem veszélytelen a szabadság gyakorlásának ez a hiteles módja. Ezzel az utolsó beismeréssel vált teljessé az összekapcsolódás Grass írásban megtalált öngyógyítása és ama társadalmi terápiás hatás között, amit a saját indítékot nyíltan és bátran bevalló őszinte beszéd képes egybekötni. Ez a progresszív hagyományhántás. A harag, ellenségeskedés és tagadás lefejtésének munkája során válik érzékelhetővé a bűnérzet, amely eltakarja a szegényt, ami viszont elfedi és megbénítja a gyászt.

Grass és a 47-es csoport kisugárzása előkészítette a talajt ahhoz, hogy a német nép szembenézzen nemzetiszocialista múltjával. A felkészülésben több mozzanat hatott közre. A német pszichoanalitikusok zöme még a háború előtt elhagyta Németországot, és a pszichoanalízis csak lassan kezdett újra erőre kapni. 1960-ban Frankfurtban pszichoanalitikus- és pszichoszomatikus-képző intézet alakult, amelynek Alexander Mitscherlich (1908–1982) lett az igazgatója. Ezzel egy időben kezdett mozgalommá szerveződni az Egyesült Államokban és Nyugat-Európában a mindennapi élet forradalmát (az egymáshoz való viszonyulás, a beszédmód, az öltözködés, valamint az örömszerzés feszélyeztelenebb és kötetlenebb mintáiban) megvalósítani akaró *Új baloldal*. Mindez gyorsan növekvő vonzalmat keltett a kétes múltat eltagadó apák generációjában és a prűd konvenciók ellen lázadó fiatalokban egyaránt. Mitscherlich *Úton az apa nélküli társadalom felé: szociálpszichológiai gondolatok* című, 1963-ban megjelent könyve jó időzítéssel illeszkedett ehhez a tendenciához (19). Ebben az időben, nem utolsósorban a valaha Németországban élő szerzők (Erich Fromm, Wilhelm Reich, Herbert Marcuse) közérthető és képzeletet megragadó műveinek német kiadása nyomán, mind jobban elterjedt a pszichológiai nyelv- és fogalomhasználat. A pszichológiai befolyásolás szemlélete a fogyasztói társadalomtól a valláson, az önszolgálaton és a sporton át egészen a politikáig a kultúra számos területére kezdett behatolni. A nyilvános és magánszféra merev határait is felpuhító jelenséget a szociológus Philip Rieff (1922–2006) *terápiás fordulatnak* nevezte (20).

A Mitscherlich házaspár 1967-ben megjelent, *A gyászolásra képtelenül* című műve sokat lendítet

tett az „arcvesztő”, mély szégyenkezést és melankolikus hangulatot megtörő, hosszú kollektív emlékezeti munka végbevitelében (21). Sok esetben a nemzeti szégyen terhének enyhülése adott erőt ahhoz, hogy az érintettek egyéni pszichoterápia keretében is folytassák a múlt befejezetlen érzelmi ügyeit rendező – s ezáltal a szociálisan együttérzőbbé és produktívabbá válást is elősegítő – élményfeldolgozó munkát.

A szégyenérzékeny megközelítés kibontakozása

A mindennapi életnek az ifjúság szempontjait előtérbe hozó forradalma az emberekkel foglalkozó mesterségek szinte minden területén éreztette hatását. A szégyen témáját alapvetőnek tekintő új gyakorlatok gyökerei az 1960-as évek terápiás fordulatához vezetnek vissza. A pszichoanalitikus Sidney Levin 1971-ben közreadott tanulmányában azt az álláspontot képviselte, hogy a szégyen kulcsfontosságú terápiás kérdés. A betegek gyakorta szégyellik átérezni és kifejezni a szeretetüket, és szégyent élnék át kötődési, függőségi szükségleteik miatt. A rendszerint gyermekkori traumákra visszanyúló erőteljes szégyenkezésre való készenlét kapcsán hajlamosak mások megjegyzéseit elutasításként, gúnyként és korholásként értelmezni. Mindezek folytán a miképpen szégyelli magát a beteg és a hogyan segíthet a terápia a szégyenkezés önképféjlődést akadályozó gátjainak lebontásában kérdése megkerülhetetlen a terápiában (22). A protestáns (lutheránus) pasztorál-pszichoterapeuta, Carl Schneider 1977-ben megjelent, a szégyenérzetben fontos pszichológiai érést segítő erőforrást látó *Szégyen, védtelenség és privát szféra* című könyve azt jelezte, hogy a szégyenérzékeny terápia feltűnése a keresztény egyházak segítő hivatást betöltőit sem hagyta érintetlenül. Schneider kifejti, hogy a szégyen biztosítja az ember olyan privát életeseményeinek védelmét, mint a születés, halál, szexualitás, étkezés, székelés és vizelet. Az ember civilizációs szférát teremtett eme állati funkciók köré. A magánszféra oltalma, az illetéktelen behatolás, határsértés megakadályozása az egyén belső integritása megőrzésének fontos biztosítója. Schneider szerint az elrejtés és feltárulkozás, az eltakargás és megmutatás az érés szégyenhez kötött dialektikájának nélkülözhetetlen tartozéka. Ez a dialektika a terápia folyamatát is áthatja (23).

A feltárás és leplezés indítékainak ellentéte különösen feszültségkeltő lehet a szexuális intimítás szégyennel telt területén. Az 1960-as évek emancipációs mozgalmi hatására a melegek

is a nyilvánosság porondjára léptek. A homoszexuális pszichológus, *Gershen Kaufman* a melegfelfeztetés és -érdekvédelem terén kifejtett aktivitását sokáig szakterületének határán kívül tartotta. Miután az Amerikai Pszichiátriai Társaság 1973-ban törölte a homoszexualitást a szexuális devianciák sorából, az akkor harmincéves Kaufman hozzátárazta, hogy megírja első szégyenről szóló – a homoszexualitást normalizáló, az emberi szexualitás egyik egészséges variánsának tekintő – könyvét. Az 1976-ban formába öntött kézirat csak négy évvel később talált kiadóra (24). A kötet *A szégyen jelentése a gender, kultúra és társadalom szempontjából* című fejezete foglalkozik a homoszexualitással, és a gyakorta vele járó, önutálathoz és egyéb önpusztító magatartáshoz, *internalizált szégyenhez*, illetve szégyenalapú identitáshoz vezető kiközösítés tapasztalatával. A meleg a kigúnyolás, nevetségessé tétel és megvetés nem ritkán kimondottan gonosz jeleneinek végtelen sorát élék meg, írja Kaufman. Ennek következtében alakul ki a negatív identitásnak az a forgatókönyve, amely szerint melegen lenni annyit tesz, mint kizárótnak lenni. Miért bomlasztaná az örökölt társadalmi rendet az, ha a szexualitás minden változata, beleértve a homoszexualitást, valamint a homoszexuális házasság és családalapítás formáit is, teljes elfogadást nyerne? – foglalhatnánk össze a fejezet implicit kérdését. Arra azonban, hogy a homoszexualitás nyilvános vállalásáról, a *coming out*ról és a *melegbüszkeségről* is könyvet írjon, Kaufman csupán 1996-ban vállalkozott (25).

Leon Wurmser (1931–2020) az egyik első volt azok közt, akik a szégyen adaptív, pozitív szerepéről beszéltek. *A szégyen álarcai* című, 1981-ben megjelent könyvében mitológiai példák és filozófiai hivatkozások révén mutatja be a szégyen mítoszokban és kreatív gondolkozásban játszott oltalmazó funkcióját. Nietzsche egyaránt beszél a szégyen ellen és a szégyen mellett. Hegel szintúgy megmutatta a szégyen ígéretes és veszedelmes oldalait, írja Wurmser. A szégyen által szembeesünk azzal, hogy sosem lehetünk tökéletesek, és nem válhatunk egyé azzal, akit szeretünk; ugyanakkor a szégyen véd meg minket a naív önfeltárástól és a balga önmutoztatástól, állította *Hegel*. A szégyenhez ambivalens módon viszonyuló Nietzsche a negatív megszégyenítéssel szembeállítja a szégyen társas kapcsolatokat szabályozó, nemes, egymást megtisztelő szerepét. Wurmser szerint a páciens és a terapeuta által egyaránt figyelmen kívül hagyott szégyen úgy-szólván ellepi a terápia világát (26). A következő évben *Frank Broucek* publikált egy tanulmányt a szégyen és a nárcizmus kapcsolatáról, amelyben kifejti, hogy a szégyen a terápiák néma kompo-

nense, amelyet többnyire sem a szakember, sem a páciens nem ismer fel. Amennyiben mégis felszínre tör, úgy azt a szakember hajlamos ösztönös vágyakat elhárító neurotikus megnyilvánulásként kezelni. Broucek leszögezi, hogy a cse-csemőkutatás és a szelf-analízis eredményei fényében ez a gyakorlat elavult. Itt az ideje annak, hogy az emberi élethez felszámolhatatlanul hozzátartozó szégyen méltányos terápiai figyelmet kapjon (27). Kaufman és Broucek tanítása először az alkohol- és heroinfüggők *12 lépéses felépülési mozgalmában* és a mozgalom elveit követő terápiai közösségek (TC) terapeutáiban talált értő fülekre. Az 1980-as évek második felére a szégyenérzékeny megközelítés vált a TC-k uralkodó nézetévé. A TC-k kezdtek bevonni a házastársat, illetve a partnert és a családot a szégyenre összpontosító terápiaiba. Ezzel összefüggésben olyan új fogalmak születtek és váltak közkeletűvé, mint a társfüggőség és a diszfunkcionális család. (A „szégyenérzékeny” fogalma – abban az értelemben, hogy a terapeuta képes érzékenyen, együttérzéssel, megfelelő ráhangolódással válaszolni a beteg szégyenére – Luna Dolezal írásai nyomán nyert új jelentést.) Maga Kaufman úgy vélte, hogy a TC-k elsősorban azzal a másodlagos szégyennel foglalkoznak, amely az addikció miatti megbélyegzésből ered, és nyúlnak vissza a mögöttes, az addikciót kiváltó szégyenhez.

Az első, a pszichiátria frontvonalában (ambulancián és felvételi osztályon) szolgáló pszichiáter, aki a szégyen témáját a mindennapi betegellátás centrumába helyezte, *Aaron Lazare* (1936–2015) volt. Lazare 1987-ben két tanulmányt adott közre a tárgykörben. A szégyenérzet értékes és egészséges emberi tapasztalat, szögezi le a szégyen adaptív-maladaptív polaritását a homeosztatisz folyamatoktól függő vérnyomáshoz hasonlító szerző. Mind a vérnyomás, mind a szégyen esetében a normális tartománynál alacsonyabb vagy magasabb tekinthető kórosnak (28). Ahogy a beteg vérnyomása gyakorta már az orvos láttán megemelkedik (amit *fehérvérnyomás-hypertóniának* hívnak), úgy az orvossal való találkozás gyakran vezet a szégyenszint szenvedést keltő fokozódásához. Bármilyen betegség vagy kezelés, a beteg lelki sebezhetőségétől függően, szégyenkezést válthat ki. A szükségtelen szégyentől óvó orvos előtt nemcsak a szégyencsökkentés és a szégyen növekedése megelőzésének feladata áll, hanem saját szégyenérzetét is fel kell ismernie és kezel-

A szégyen véd meg minket a naív önfeltárástól és a balga önmutoztatástól, állította Hegel.

nie. Az orvos megaláztatást élhet át diagnosztikai tévedés, sikertelen terápiás beavatkozás, a beteg vagy hozzátartozóinak durva és tiszteletlen viselkedése, fenyegető és vádaskodó magatartása, valamint annak során, amikor érzelmileg azonosul a vele egykorú és hasonló szociális háttérű súlyos (például Alzheimer-kórral diagnosztizált) beteg gyorsan romló helyzetével.

A frusztrált és feszengő orvos könnyen válhat empátiátlanná és képtelenné a betegre való ráhangolódásra. Lazare annak a hypertóniás

betegnek az esetével illusztrálja ezt, aki a kontrollvizsgálatra visszatérve azt közölte az orvosával, hogy sem a javasolt diétát nem követte, sem pedig a felírt gyógyszereket nem vette be. Mindezt vallási meggyőződésével, isteni sugallattal

A szegény megfelelő kezelésének éppen az orvos önreflexiója a kulcsa.

magyarázta. A magát elutasítottnak, megalázottnak érzett orvos, akinek gondosan összeállított terápiás tervét a beteg nem vette figyelembe, betegét megszégyenítő megjegyzéssel reagált: „Azt is megmondta az istene, hogy ki lesz a maga következő orvosa?” Ha az orvos tisztában lett volna saját szégyenérzetével, és nem sértettséggel vág vissza, akkor adhatott volna empátiás választ. Például, megkérdezhetette volna, hogy lenne-e valamilyen más módja annak, hogy segítséget nyújtson (29).

A betegségüket hibaként, selejtességgként vagy alkalmatlansággként felfogó páciensek megalázottság érzését bármely testi vagy pszichológiai vizsgálat fokozhatja. Ennek gyötrelmét, az orvos tekintetének való kitettségüket sokféle módon, akár információ-visszatartással, panaszemeléssel és pereskedéssel is megkísérlik elkerülni. Az elhamarkodottan, bántóan reagáló orvosnak képesnek kell lennie arra, hogy elismerje tévedését és tudjon bocsánatot kérni. Az orvostképzésből és a medicina történetéből szinte hiányzik a szegény problematikája, állapította meg Lazare. E hiányt részben azzal magyarázza, hogy a hagyományos gyakorlatban nem illik a beteg szubjektív tapasztalatairól kérdezősködni. Mindamelllett a „ne okozunk kárt” elv jegyében általános az a törekvés, hogy elkerüljük az olyan potenciálisan fájdalmas kérdések felvetését, mint amilyen a szegény. A szegényre valóban nem célszerű direkt módon rákérdezni, jegyzi meg Lazare. A szégyenérzetről faggató kérdést a beteg tolakodónak, személyes ügyeit sértőnek veheti. Ajánlatosabb együttérzően, a szegény és megalázottság konkrét említése nélkül az aggodalmairól érdeklődni. Fontos elismerni az erejét, a bátorságát, hogy szembenéz a nehézségeivel.

Gyakran az orvos az első, akitől ezt a méltatást megkapja. Ugyancsak lényeges a beteg támogatása abban, hogy betegségével kapcsolatos irreális félelmeit, beleértve a megszégyenítéstől való félelmet, képes legyen átkeretezni, és egészségesebb perspektívába helyezve látni. Lazare szerint igen hasznos lehet a krónikus betegek specifikus önszolgáltató csoportba (például szenvedélybetegek, emlődöntésváltozásokon átesettek) utalása, ahol nem annak ellenére, hanem éppen azért kapnak befogadást, ami a szegénnyel átélt problémájuk. Ezt a javaslatot akkor kell felvetni, amikor az orvos már stabil, bizalomteli terápiás kapcsolatot alakított ki a betegével. Sem a betegek, sem az orvosok nem szeretik elismerni vagy megvitatni saját szégyenüket és megaláztatásukat. Még bevallani is szégyen, hogy valaki szégyelli magát. Ugyanakkor a szegény megfelelő kezelésének éppen az orvos önreflexiója a kulcsa, vonja le a tanulságot Lazare.

John Braithwaite 1989-ben publikálta úttörő kriminológiai elméletét a *reintegratív szegénybehozatalról*. Braithwaite azokból az empirikus adatokból indult ki, amelyek szerint mind a bűntettekkel szembeni megengedő viselkedés, mind pedig a bűnelkövetőket megbélyegző megszégyenítés növeli az erőszakos cselekmények előfordulási valószínűségét, illetve a bűnözési rátát. Ugyanakkor, bűnözéstől visszatartó ereje van annak, ha az elkövető közössége fejezi ki rosszalását egy olyan rítus keretében, amelyben az elkövető szembenéz tettének elfogadhatatlanságával, annak áldozatra nézve káros következményével, és ezért – bocsánatkérés és jóvátétel formájában – felelősséget vállal, ami után az elkövető szertartásos visszafogadást nyer a közösségébe. Ellenben, amennyiben a bűntettet csak a hatóság ítéli el, az inkább dezintegrációt keltő szembeszegülést, mintsem lelkifurdalást vált ki az elkövetőből, aki a rendszer áldozatának tekintti magát (30). A közösség, ellentétben a hatósággal, ismeri és elismeri az elkövető értékeit, és képes hitelesen elkülöníteni a személyt az általa elkövetett bűntől. Braithwaite jó gyakorlatként Japánt említi, ahol mind a szegénybehozásnak, mind pedig az ehhez kapcsolódó közösségi újraintegrálásnak erős hagyománya van. Ezzel magyarázza a szembetűnően alacsony japán bűnözési rátát. Mindez az áldozat vádolásának, viktimizálásának megelőzése szempontjából is jótékony hatású.

Míg Braithwaite azt mutatta meg, hogy a szegény lehet gyógyító faktor a helyreállító igazságszolgáltatásban, addig James Gilligan, börtönmunkája során szerzett tapasztalatait elemezve, arra a felismerésre jutott, hogy a szegény a mások és önmagunk elleni erőszak szükséges,

noha nem elégséges feltétele. Az erőszak bekövetkezésének további kritériuma a szégyen lepleződésétől való félelem, az a meggyőződés, hogy a szégyenérzet ellen csak erőszakkal tudunk védekezni, és ama érzelmi megküzdő eszközök hiánya, amelyekkel gátolni tudnánk a szégyen által serkentett erőszakos impulzusainkat, írta Gilligan 1996-ban megjelent *Halálos járványunk az erőszak* című könyvében. Minél keményebb a bűnözők (vagy gyerekek) büntetése, annál inkább nő a szégyenérzetük, és válnak egyre erőszakosabbá, a mások és önmaguk iránti szeretet képességének csökkenése miatt. A segítők feladata a megalázás kerülése, valamint a méltóság és az egészséges büszkeség visszanyerése, véli Gilligan, aki segítő munkájában mindig felteszi a „Mire vagy büszke?” kérdést (31).

A 21. század két innovatív, a szégyent a lelki egészség fókuszába állító nézőpontja közül az egyik a *szégyenreziliens*, a másik pedig a *szégyenérzékeny* szemlélet. A szégyenreziliencia teóriájának (SRT) kidolgozása a szociális munkás és kutató *René Brown* nevéhez fűződik. Az SRT-t Brown 215 nő kvalitatív vizsgálati adatainak elemzése során fejlesztette ki. 2004-ben a tudományos nyilvánosság színterére lépő Brown a szégyent mély, fájdalmas élményként határozta meg, amely abból a hitünkől ered, hogy selejtek vagyunk, és ezért méltatlanok az elfogadásra és befogadásra (32, 15. oldal). Ezt a patológiás beállítódást ellensúlyozza az egészséges szégyenreziliencia, a szégyenállóság, ami a szégyenérzetre adott empátiás, a bátorságot, az önbizalom növelését és a kapcsolatépítést segítő hiteles válasz. A reziliencia a nehéz élethelyzetekhez való rugalmas alkalmazkodás, a váratlan csapások utáni talpra állás, lelki egyensúlyunk visszanyerésének képessége. Brown hangsúlyozza, hogy a reziliencia tanulható, fejleszthető, és ebben döntő fontossága van a megbízható kapcsolati hálónak. Brown érdeme, hogy a médián (elsősorban a Ted Talks-on és a Netflixen) keresztül milliókat ért el, és motivált arra, hogy titkolt érzelmeik börtönéből való kitörésük érdekében szembenézzenek saját rossz, szégyenkeltő beidegződéseikkel, félelmeikkel és sérülékenységükkel, valamint a szégyenkezés kulturálisan formált kiváltó tényezőivel (33). Ilyen léptékű szégyenérzékenyítő egészségnevelő munkát eddig csak Brown tudott megvalósítani.

Az „érzékenység” fogalma egészen a 21. század harmadik évtizedének kezdetéig nagyon ritkán merült fel a szégyennel összefüggésben. Ha mégis szóba hozták, akkor az kizárólag a páciensek szégyenkezésre való hajlamára, énérejének és szorongástűrésének erőtlenségére, valamint csoporthelyzetben való közreműködési képessé-

gének gyengeségére vonatkozott (34). 2015-ben *Matthew Gibson* adott először új értelmezést a *szégyenérzékeny gyakorlat* fogalmának, kiterjesztve azt a személyközi (szakemberek és kliensek, valamint a szakemberek egymás közötti) kapcsolatok dinamikájára, továbbá az intézményi irányelvek és szabályok szégyennel összefüggő tényezőire (35). Majd 2022-ben Luna Dolezal fogott hozzá ahhoz, hogy publikációk sorával radikálisan átértelmezze a szégyenérzékeny szemléletet. Dolezal első, 2015-ben közreadott – normális és szükséges *akut*, valamint sürgős szövődményt keltő *krónikus* – szégyennel foglalkozó könyvében elsősorban azt vizsgálta, hogy miképpen működnek a szégyent fenntartó és erősítő struktúrák a mindennapi életben (36). Hét évvel később talált rá a szégyen szerteágazó témakörét integráló elvre. A szégyenérzékeny megközelítés abból indul ki, hogy a szégyen, amely életünk kiküszöbölhetetlen velejárója, igen kellemetlen érzés. A szégyen kínjának elkerülésére kialakított stratégiák gyakorta kontra-produktívak, a helyzet romlását eredményezik. A segítő szolgálatok feladatához tartozik a felesleges szégyen kiküszöbölése és a szégyen megfelelő kezelése, vagyis a szégyenérzékeny hozzáállás és felkészültség (37). A krónikus szégyen, az előtérben lévő szégyenelkerülési stratégiák miatt néma és láthatatlan, egyfajta hiány, negatív tér, amit különféle tünetek töltenek ki (38). A mentális egészség megőrzésére és javítására szakosodott szakembereknek ismerniük kell a szégyen dinamikáját, a megszegéshez vezető stigmatizáció mechanizmusait. A szakembereknek képesnek kell lenniük a rejtett szégyen felismerésére, az arról való gyengéd kommunikációra, a szégyenreziliencia támogatására és nem utolsósorban a krónikus szégyen rendszerszintű tényezői elleni tartalékok mozgósítására, beleértve ebbe a szervezeti erőforrásokat (39).

A szégyenérzékeny megközelítés első hazai művelői az 1990-es években

Hazánkban nem zajlott le a németországihoz hasonló horderejű, a múlt szégyenét feltáró, azzal szembenező és annak negatív következményeiből felrázó folyamat.

Pszichoterápiás munkám során, az 1980-as években tucatnyi olyan neurózissal élő (ma depresszióknak neveznénk) nőbeteg kezelésében vet-

Gilligan segítő munkájában mindig felteszi a „Mire vagy büszke?” kérdést.

tem részt, aki a II. világháború végén, serdülő- vagy fiatal lány korában, valamilyen formában irgalmatlan szexuális erőszak eseteinek volt tanúja. Egyetlen kivétellel valamennyien azt mondták, hogy ők ama kevés szerencsések közé tartoztak, akik megúszták a meggyalázást, és ezáltal elkerülték az áldozatok hibáztatásának és megbélyegzésének ódiúmat. Csúpan egy páciens utalt arra, hogy személyesen is átélte „kitörölhetetlen dolgokat”, azonban erről, ami „egyébként sem elmondható”, nem akar többet beszélni. Azt viszont elmondta, hogy mi történt vele „azután”, hogy a felszabadító orosz harcosok „elégíteltettek rajta”. Ahányszor emlékezetébe tör a kielégült katonák öntelt vigyora, szeretne a „föld alá süllyedni”. Megszégyenítését követően Nyugat-Európába ment, ahol amerikai katonákkal voltak kalandjai, majd hosszas hányattatás után egy „emberségesebb országban” kezdte visszanyerni a „tartását”. Három évtized után a honvágy, az „itthoni levegő, ízek és zamatos beszéd” hiánya hazahozta. Amerikai stílusú házat építtetett magának régi falujában, ahol nem talált barátokra, közösségre és társra. Emiatt keresett pszichoterápiát.

Az első könyv, amelyben az áldozat nyíltan beszél a háború alatti szexuális bántalmazás traumájáról, Polcz Alaine (1922–2007) *Asszony a fronton* című, 1991-ben megjelent önéletrajzi írása (40). Megközelítőleg sem tudjuk, hogy hány nőt erőszakoltak meg a háborúban és az után, mint ahogy azt sem, hogy közülük hányan olvasták Polcz irodalmilag és pszichológiailag egyaránt mesterművét. A legnagyobb szegény nem az ismételten elszenvedett szexuális erőszak, és nem is az, hogy élelmiszerért, matracért lefokdott a katonákkal, hanem az, hogy a családja felfoghatatlannak, elfogadhatatlannak és elbeszélhetetlennek tekintette azt, amiről nem tehetett, és

elvárták tőle, hogy tagadja le az egészet, és találjon ki valamilyen hihető fedőtörténetet arra, hogy miképpen került el a megerőszakolást. Polcz szégyenének ismerői megvető pillantásaikkal, kiközösítő, a bántalmazottat hibáztató hozzáállásukkal tovább növelték az áldozat lelki kínját. Ehhez a szégyenhez csak az a megalázottság mérhető, amikor rádöbbsent arra, hogy a nemi betegséget nem az őt megerőszakolóktól, hanem a férjétől kapta. Polcz eme történelmi traumát leginkább elszenvedőket reprezentáló könyve az elgyászolatlan bántalmazás és szenvedés története. Ezzel a művel, a nyugat-németekhez képest 24 év késéssel, hazánkban is napirendre került a kollektív szegény kérdése. *Ajkay Klára* aztán 1999-ben, első hazai pszichoterapeutaként az egyéni szegény kezelésének problematikáját is felvetette. Ajkay esettanulmánya a tinédzser lányok szexuális bántalmazásának kockázatára és a szegény nemzedékről nemzedékre tovább adhatóságának veszélyére hívja fel a figyelmet. Egy 16 éves diáklányt, több öngyilkossági kísérlet és a „prostitúció fenyegetése” miatt, az osztályfőnöke azzal a megjegyzéssel küldött vizsgálatra, hogy a „lány csábító viselkedése irritálta a férfi tanárokat”. „Értéktelen szar vagyok, egyetlen értékem van: a lukam... Ezzel talán még vihetem valamire” – foglalta össze addigi rövid életének hordalékát és perspektíváját a lány. A szegény fájdalmának és az elszenvedett súlyos traumatizációnak kifejezését a hosszú terápia tette lehetővé (41).

Annie Ernaux hőse szerint, mivel a szegényt csak mindig újabb szegény követi, nincs értelme folytatni a küzdelmet. A hazai és nemzetközi szegényérzékeny szerzők művei ezzel szemben azt intonálják, hogy a letaglózó szegény krónikus láncolata megszakítható, és a helyére léphetnek az egészséges szegény variációi.

Irodalom

1. Ernaux A. *La Honte*. Paris: Gallimard; 1999.
2. Flanagan O. *How to do things with emotions*. Princeton: Princeton University Press; 2021.
3. Benedict R, Szadahiko M. Krizantém és Kard. A japán kultúra újralfedezése. Budapest: Nyitott Könyvműhely; 2006.
4. Levi P. *Ember ez? – Fegyvernagyvadás*. Budapest: Európa; 2014.
5. Erikson HE. *Gyermekek és társadalom*. Budapest: Osiris; 2002.
6. Friedman JF. *Identity's architect: A biography of Erik H. Erikson*. New York: Scribner; 1999.
7. Bloland SE. *In the Shadow of Fame: A Memoir by the Daughter of Erik H. Erikson*. New York: Viking Press; 2004.
8. Piers G, Singer MB. *Shame and guilt*. Mansfield Centre: Martino; 2015.
9. Lynd HM. *On shame and the search for identity*. New York: Harcourt Brace; 1958.
10. Goffman E. *On Face-Work: An analysis of ritual elements in social interaction*. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes* 1955;18(3):213-31.
11. Goffman E. *The Presentation of Self in Everyday Life*. Edinburgh: University of Edinburgh; 1956.

12. Anders G. Die Antiquiertheit des Menschen 1: Über die Seele im Zeitalter der zweiten industriellen Revolution. München: C.H Beck; 1956.
13. Stern J. Monologue or dialogue? Stepping away from the abyss in higher education. *London Review of Education* 2009;7(3):271-81.
14. Jaspers K, Arendt H. A bűnösség kérdése / Szervezett bűnösség és egyetemes felelősség. Budapest: Kossuth Kiadó; 2015.
15. Balogh LL. Hannah Arendt és Karl Jaspers a bűnről. In: Antal É, Valastyán T (szerk.) Kritikai mintázatok. Debrecen: Debreceni Egyetemi Kiadó; 2013. p. 345-53.
16. Adorno T. The Meaning of working through the past. In: Critical Models. Interventions and Catchwords. New York: Columbia Press; 1998.
17. Grass G. A bádogdob. Budapest: Európa Kiadó; 2010.
18. Grass G. Hagymahántás közben. Budapest: Európa Kiadó; 2007.
19. Mitscherlich A. Auf dem Weg zur vaterlosen Gesellschaft: Ideen zur Sozialpsychologie. Munich: R. Piper & Co. Verlag; 1963.
20. Rieff P. The triumph of the therapeutic: Uses of faith after Freud. New York: Harper and Row; 1966.
21. Mitscherlich A, Mitscherlich M. A gyógyításra képtelenül – A közösségi viselkedés alapjai. Budapest: Múlt és Jövő; 2014.
22. Levin S. The psychoanalysis of shame. *International Journal of Psychoanalysis* 1971;52(4):355-62.
23. Schneider C. Shame, exposure & privacy. Boston: Beacon; 1977.
24. Kaufman G. Shame: The power of caring. Rochester VT: Schenkman; 1980.
25. Kaufman G, Raphael L. Coming out of shame: transforming gay and lesbian lives. Frostburg: Main Street Books; 1996.
26. Wurmser L. The mask of shame. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1981.
27. Broucek FJ. Shame and its relationship to early narcissistic developments. *The International Journal of Psychoanalysis*, 1982;63(3):369-78.
28. Lazare A. Shame, humiliation, and stigma in the medical interview. In: Lansky MR, Morrison AP. The Widening Scope of Shame. New York: Psychology Press; 1987. p. 383-96.
29. Lazare A. Shame and humiliation in the medical encounter. *Archives of internal medicine* 1987;147(9):1653-8.
30. Braithwaite J. Crime, shame and reintegration. Cambridge: Cambridge University Press; 1989.
31. Gilligan J. Violence – Our deadly epidemic and its causes. New York: GP Putnam; 1996.
32. Brown B. Women & shame: Reaching out, speaking truths & building connection. Austin TX: 3C Press; 2004.
33. Brown B. Listening to shame. TED2012. https://www.ted.com/talks/brene_brown_listening_to_shame
34. Lutwak N. Shame, women and group psychotherapy. *Group* 1998;22(3):129-43.
35. Gibson M. Shame and guilt in child protection social work: new interpretations and opportunities for practice. *Child and Family Social Work* 2015;20(3):333-43.
36. Dolezal L. The Body and Shame: Phenomenology, feminism, and the socially shaped body. Lanham MD: Lexington Books; 2015.
37. Dolezal L, Gibson M. Beyond a trauma-informed approach and towards shame-sensitive practice. *Humanities & Social Sciences Communications* 2022;24(9):214. <https://doi.org/10.1057/s41599-022-01227-z>
38. Dolezal L. The Horizons of chronic shame. *Human Studies* 2022. <https://doi.org/10.1007/s10746-022-09645-3>
39. Dolezal L. Shame anxiety, stigma and clinical encounter. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2022;28(5): 854-60.
40. Polcz A. Asszony a fronton. Budapest: Szépirodalmi Könyvkiadó; 1991.
41. Ajkay K. „Nincs bocsánat” – Korai szégyen-élmények hatása a személyiségfejlődésre. In: Lust (szerk.). Pszichanalízis és kultúra. Budapest: MPE; 1999. p. 118-23.

A gyermekkori daganatos betegséget túlélők hosszú távú gondozása

Interdiszciplináris fórum a MOTESZ felkérésére
a MEAT és a Gyermekonkológiai Hálózat szervezésében

2022. október 26-án a Semmelweis Egyetem Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinikájának tantermében interdiszciplináris fórumot tartottunk a MOTESZ, a Magyar Endokrinológiai és Anyagcsere Társaság, valamint a Magyar Gyermekonkológiai Hálózat szervezésében.

A téma felvetése és szakmák közötti megvitatása több okból is időszerű. A gyermekkori daganatos betegségek gyógyításában számos területen igen jelentős áttörés történt az elmúlt évtizedekben. Egyre nagyobb azoknak a betegeknek az aránya, akik alapbetegségükből valóban gyógyultnak tekinthetők, nem csak elérik a felnőttkort, de valóban hosszú távú túlélésre számíthatnak. A gyermekkori daganatos betegségek gyógyításában számos területen igen jelentős áttörés történt az elmúlt évtizedekben. Egyre nagyobb azoknak a betegeknek az aránya, akik alapbetegségükből valóban gyógyultnak tekinthetők, nem csak elérik a felnőttkort, de valóban hosszú távú túlélésre számíthatnak. A gyermekkori daganatos betegségek gyógyításában számos területen igen jelentős áttörés történt az elmúlt évtizedekben. Egyre nagyobb azoknak a betegeknek az aránya, akik alapbetegségükből valóban gyógyultnak tekinthetők, nem csak elérik a felnőttkort, de valóban hosszú távú túlélésre számíthatnak. A gyermekkori daganatos betegségek gyógyításában számos területen igen jelentős áttörés történt az elmúlt évtizedekben. Egyre nagyobb azoknak a betegeknek az aránya, akik alapbetegségükből valóban gyógyultnak tekinthetők, nem csak elérik a felnőttkort, de valóban hosszú távú túlélésre számíthatnak.

A fórum résztvevői áttekintő előadást hallottak a gyermekkori daganatos betegségek gyógyításában számos területen igen jelentős áttörés történt az elmúlt évtizedekben. Egyre nagyobb azoknak a betegeknek az aránya, akik alapbetegségükből valóban gyógyultnak tekinthetők, nem csak elérik a felnőttkort, de valóban hosszú távú túlélésre számíthatnak. A gyermekkori daganatos betegségek gyógyításában számos területen igen jelentős áttörés történt az elmúlt évtizedekben. Egyre nagyobb azoknak a betegeknek az aránya, akik alapbetegségükből valóban gyógyultnak tekinthetők, nem csak elérik a felnőttkort, de valóban hosszú távú túlélésre számíthatnak. A gyermekkori daganatos betegségek gyógyításában számos területen igen jelentős áttörés történt az elmúlt évtizedekben. Egyre nagyobb azoknak a betegeknek az aránya, akik alapbetegségükből valóban gyógyultnak tekinthetők, nem csak elérik a felnőttkort, de valóban hosszú távú túlélésre számíthatnak.



Pécsi Tudományegyetemről, a Szegedi Tudományegyetemről, a Dél-pesti Centrumkórházból és az Országos Onkológiai Intézetből érkeztek.

A fórum közvetlen szakmai célkitűzése volt a szakmai háttér megteremtése és a párbeszéd megkezdése a társszakmák minél szélesebb körével, az alábbi célok megvalósításához:

„Túlélőútlevél” („Survivorship passport”) létrehozása: A gyermekonkológiai gondozásból való elbocsátáskor minden betegről készül egy standard dokumentum, amely tartalmazza a pontos diagnózist, a kezelés időtartamát és természetét, illetve a kezelés következtében lehetséges késői toxicitásokat, vázlatos gondozási javaslatokkal. Ezt a dokumentumot az EESZT-be is feltöltik, amely így a beteg minden későbbi kezelőorvosa számára hozzáférhetővé válik.

Tranzíciós irányelv létrehozása: A gyermekkori daganatos betegségek gyógyításában számos területen igen jelentős áttörés történt az elmúlt évtizedekben. Egyre nagyobb azoknak a betegeknek az aránya, akik alapbetegségükből valóban gyógyultnak tekinthetők, nem csak elérik a felnőttkort, de valóban hosszú távú túlélésre számíthatnak.

„Túlélőgondozási központ/ok” kialakítása: A gyermekkori daganatos betegségek túlélők onkológiai kezelésének lezárását követő utógondozást koordináló multidiszciplináris központ létrehozása, amely egyben „tranzíciós klinika” is, azaz segíti a betegek gördülékeny átadását a multidiszciplináris gyermekellátásból a multidiszciplináris felnőttgondozásba.

A fórum gondolatébresztő előadásait élénk szakmai beszélgetések követték, amelyek a jövőben hatékonyan fogják segíteni a fenti célok megvalósítását.

a Magyar Endokrinológiai és Anyagcsere Társaság vezetősége és a Magyar Gyermekonkológiai Hálózat vezetősége

Aszklepion



(„Ismét Greco-láz Budapesten” című írásunk a 548. oldalon olvasható.)
A képen: El Greco: A mágusok imádása (1565–1567). Benaki Museum, Athén



Volt űrhajós, aki szívizomzata hatvan százalékát elvesztette

Az űrhajósok kiválasztásánál, felkészítésénél központi szerepet játszik a cardiovascularis működés lehető legrészletesebb vizsgálata – mondja Remes Péter orvos ezredes, a kecskeméti Repülőorvosi Vizsgáló és Kutatóintézet korábbi igazgatója, a Szegedi Tudományegyetem Repülő- és Űrorvosi Tanszék címzetes egyetemi docense –, ami az első magyar űrhajós kiválasztásában is kulcsszerepet játszott. A jelölteknek olyan kardiológiai feltételeknek kell megfelelniük, amelyek mérése a hetvenes évek Magyarországon még nem volt megoldott, így e célból új vizsgálati módszereket kellett meghonosítani.

– *Hogyan került kapcsolatba a repülőorvoslással és az űrorvoslással?*

– A Szegedi Orvostudományi Egyetemen voltam honvéd ösztöndíjas, így a honvédségnél kezdtem a pályafutásomat. A szolnoki katonai repülőtéren ismerkedtem meg a repülőorvoslással. Néhány év múlva felajánlották, hogy elmehetek Leníngrádba, az ottani orvostudományi egyetemre repülés- és űrorvostani továbbképzésre. Ez 1972-ben volt, a hidegháború javában zajlott, így az űrkutatásnak erős katonai vonatkozásai voltak, és az űrrepülésben főképpen katonák vettek részt. A Szovjetunió volt a két vezető űrhatalom egyike, ami megnyilvánult az űrkutatás területén is. Kiváló szakemberek dolgoztak e területen, és egy életre elköteleződtem az űrorvoslás és az űrlettudományok iránt. Amikor hazajöttem, a kecskeméti Repülőorvosi Vizsgáló és Kutatóintézetbe kerültem, a repülőorvosi vizsgálatok mellett klinikai munkát is végeztem, a belgyógyászatban dolgoztam.

– *Mennyire volt intenzív Magyarországon abban az időben az űrorvosi kutatás?*

– A repülés, azon belül is a katonai repülés dinamikusan fejlődött, így nagy igény volt az egyre fejlettebb repülőorvosi vizsgálómódszerek iránt. A szuperszonikus repülés szemléletváltást tett szükségessé a repülőorvostanban. Új diagnosztikai vizsgálatokat kellett bevezetni a repülőalkalmasság megállapítása céljából, és egyre fontosabbá váltak a pszichikai alkalmasság kérdései. E tapasztalatainkat később, az első magyar űrhajósok kiválasztásakor is kamatoztathattuk.

– *Milyen speciális feltételeknek kell megfelelnie az ember szervezetének ahhoz, hogy alkalmas legyen katonai pilótának és űrhajósna?*

– Természetesen el kell viselnie a vadászrepüléssel kapcsolatos kedvezőtlen környezeti

hatásokat. Vagyis, egyszerűen fogalmazva, túl kell élnie a repülést, illetőleg az űrrepülést, és mindvégig munkaképesnek kell közben maradnia. A modern repülőgépek már „túl jók” az emberi szervezet számára, így a repülés leggyengébb láncszeme egyértelműen az ember. A pilótának alkalmasnak kell lennie a nagy gravitációs terhelésekre, a nagy sebesség és a nagy magasság elviselésére. E körülmények között is tökéletesen kell működniük az érzékszerveknek, különösen nagy terhelés hárul a vestibularis szervekre, idegrendszeri és cardiovascularis betegség szóba sem jöhet a vadászpilótáknál, illetve az űrhajósoknál. A munkaképesség megőrzése így kimondva egyszerűnek tűnik, pedig ez sok ember számára megvalósíthatatlan. A vadászpilóták kiválasztása egy egészséges fiatalemberből indul ki, de a pusztán egészség még nem elégséges feltétel, a fizikai és a szellemi tűrőképességének is az átlagosnál magasabbnak kell lennie.

– *A repülőalkalmasság mennyiben születési adottság, és mennyiben fejleszthető?*

– A tűrőképesség elsősorban adottság, de bizonyos elemeit fejleszteni, edzeni is lehet. Ilyen például a vestibularis érzékenység. A térbeli tájékozódás képességének megőrzése alapvető fontosságú a repülésben, és ehhez tökéletesen működő egyensúlyszervre van szükség. Bizonyos betegségek, amelyek talán a köznapok életben nem is okoznak tüneteket, a vadászrepülés extrém körülményei között túlérzékenységet váltanak ki a vestibularis szervekben. Az érintett személyek így alkalmatlanok a repülésre, de a tűrőképesség e tekintetben fokozható bizonyos mértékig. Erre az űrhajósok felkészítése során szükség is van, mert az űrrepülés még nagyobb terhet ró a vestibularis működésre.

– *Élettani szempontból mennyiben különböznek a repülés és az űrhajózás fizikai követelményei?*

– A körülmények legfontosabb különbsége a súlytalanság. Az űrhajós szervezetében a súlytalanság miatt a keringő vér nagy része áttevődik a felső testfélbe, ettől pedig különféle reflexmechanizmusok indulnak el. A szív túlterhelődik, a felsőtestben vérbőség, pangás, ödéma jön létre, és ehhez az alapvetően megváltozott helyzethez a szervezetnek, és azon belül is a szív- és érrendszernek alkalmazkodnia kell. E folyamatban megkülönböztetjük az akut adaptációs fázist, ami nyolc-tíz napot vesz igénybe. Ezután következik a krónikus adaptáció fázisa, amikor a vérkeringés bizonyos mértékig rendeződik. Az űrhajósokat edzeni lehet arra, hogy ez az adaptáció gyorsabban végbemenjen: ha az asztronautát antiortosztatikus, vagyis fejjel lefelé lógatott helyzetben tartják, így alszik, akkor már a földön elkezdődik a súlytalansághoz való akut adaptáció, így az nem vesz el annyi időt a tényleges űrrepülésből. Ugyanennek az adaptációnak le kell játszódnia a földi gravitációba való visszatéréskor is, amire az első hosszabb távú (tizennyolc napos) űrrepülés alkalmával derült fény. 1970-ben a Szojuz-9 két kozmonautája, Andrijan Nyikolajev és Vitalij Szevasztyjanov a visszatérés után két héten keresztül gyakorlatilag mozgásképtelenek voltak, sőt bizonyos értelemben az életképességüket is elvesztették a földi körülmények között, ameddig a szív- és érrendszer gravitációs readaptációja le nem zajlott.

– *Mit jelent az pontosan, hogy elvesztették földi életképességüket?*

– A súlytalanság után visszatérve a szívizomzat tetszhalott állapotba került, és nem tudta ellátni a pumpafunkcióját. Ezért a kozmonautákat többször újra kellett éleszteni, Nyikolajevnek a rehabilitációs időszakban számos infarktus volt, tehát egyértelmű, hogy abban az időszakban az űrhajózás bizony maradandó egészségügyi ártalmakkal járt. Nyikolajev rehabilitációja végül sikeres volt, utána hosszú évekig dol-



Dr. Remes Péter

gozott földi beosztásokban, de végül infarktusban halt meg. A társa, Szevasztyjanov fiatalabb volt, ezért az ő szervezete jobban rehabilitálódott, és ő másodszor is repült az űrbe. Az űrrepülés alatti immobilizáció és hipodinámia miatt a szívizomzatuk például az eredeti térfogat 40%-ára csökkent. De jelentősen károsodott a vázizomzatuk is, és a csípőkörfogatuk is lecsökkent.

– *A jelenség addig nem volt ismert?*

– Nem, ez a folyamat addig teljesen ismeretlen volt a tudomány számára. Amint az űrorvoslás értesült erről a veszélyről, már meg lehetett előzni ezt a veszélyt a fedélzeti edzésprogramokkal. Ma már minden űrhajósna kötelező napi két órán keresztül edzést végeznie. Ilyenkor az izommunka, a csontok terhelése, a neurohumorális rendszer és a cardiovascularis rendszer terhelése biztosított, a súlytalanság ellenére is. Ez teszi lehetővé, hogy akár az egy évet is meghaladó űrrepülések ellenére is fitt, életképes állapotban térjenek vissza az űrhajósok a földre.

– *Mennyire ismerjük az űrhajózás hosszú távú egészségügyi következményeit?*

– Ma már igen sok adattal rendelkezünk az űrélettel jellegzetességeiről, hiszen az űrhajózás hosszú távú célkitűzései között mindig is ott volt annak kutatása, hogy lehetséges-e az emberiség tartós kiköltözése a világűrbe, illetve más égitestek kolonizálása. Hosszú távú egészségügyi következményei lehetnek az emberi szervezetet érő kozmikus sugárzásnak. Ez potenciálisan súlyos és irreverzibilis elváltozásokhoz vezethet, így az űrorvostan egyik legfontosabb kutatási területe az űrbéli sugárzás káros hatásainak kivédése. Ugyanígy elég nagy a tudásunk ma már arról, hogy hogyan lehet a gravitációs túlterhelések hosszú távú negatív egészségügyi következményeit elkerülni. A szovjet és az amerikai űrhajósok is, a pályára állás közben viszonylag hosszú ideig, 8-9 percig gravitációs túlterhelésnek, vagyis 3-4 g nehézségi gyorsulásnak vannak kitéve. Ez kényszerítette ki annak kutatását, hogy a hosszan tartó jelentős gravitációs túlterhelés milyen reflexeket indít be, és főképpen hogyan bírja ezt a szív, hogyan változik a teljesítménye. Jellemzően változnak például ilyenkor a szív szisztolés részidő, és az agyi vérkeringés is felborulhat, ami miatt hypoxiás állapot és eszméletvesztés történhet.

– *Mekkora nehézségi gyorsulást képes elviselni az emberi szervezet?*

– Erről akkor szereztünk információkat, amikor hiba történt a visszatérés során. A visszatéréskor normális körülmények közepette is kétszeres-háromszoros g hat az űrhajósokra hosszú percekig, ami a súlytalansághoz éppen adaptálódott szervezetüket még jobban megterheli. De balesetkor vagy kényszerleszállás alkalmával,

amikor az űrhajó ballisztikus pályán tér vissza a földre, akkor akár 10 vagy még több g nehézségi gyorsulás is hathat hosszú időn keresztül az űrhajósokra. Ezt valaki túléli, valaki pedig nem, de az eszméletét mindenki elveszíti, és a szív is leállhat ilyenkor. A gravitációs túlterhelés okozta szívleállás után eddig még mindig spontán újraindult az űrhajósok szíve, de erre természetesen nincs semmilyen garancia. 1975-ben a Szozuz-18A az indítórakéta harmadik fokozatának hibája miatt nem tudott pályára állni, ezért kényszerleszállást hajtottak végre. A zuhanás közben a két kozmonautára, Vaszilij Lazarevre és Oleg Makarovra 20,6 g nehézségi gyorsulás hatott, de túléltek. Eközben tapasztaltuk először a gravitációs szívleállást.

– *Ha egyszer elindul az ember a Marsra, akkor az eddigieknél is sokkal hosszabb űrutazásra kell felkészülni. Milyen ártalmak érhetik majd ekkor az űrhajósok szervezetét?*

– Az eddig említetteken kívül meg kell majd küzdeniük többek között a hipobarizmussal, vagyis az alacsony légnyomás következményeivel is. A hirtelen csökkenő légnyomás nyomán már több kozmonauta is életét veszítette repülés közben. A Szozuz-11 visszatérésekor, miután leváltak a Szaljut-1 űrállomásról, az egyik légnyomás-kiegyenlítő szelep nyitva maradt, 110 másodperc alatt elszökött a levegő a kapszulából, így a benn tartózkodó három űrhajós, Vlagyiszlav Volkov, Georgij Dobrovolszkij és Viktor Pacajev dekompresziós szindróma következtében veszítette az életét. Csak ők hárman azok az űrhajósok, akik a szigorú értelemben vett űrben (száz kilométeres magasság felett) veszítették az életüket. Frissebb példa az űrutazás esetleges egészségkárosító hatására, hogy 2020 előtt val-

mikor egy személyiségi jogok miatt meg nem nevezett amerikai űrhajós nyaki vénájában mélyvénás thrombosiszt fedeztek fel a Nemzetközi Űrállomáson (a publikált esettanulmányban nem nevezik meg az érintettet és az időpontot sem). A thrombosiszt a saját magán végzett rutin ultrahangvizsgálat során diagnosztizálták. Ezután a földi orvoscsoporthoz irányításával antikoaguláns kezelést kapott, ami eredményes volt. Bár a NASA nem hozta nyilvánosságra az érintett űrhajós nevét, az oroszok ezt megtették: Serena Auñón-Chancellor re-

Kozmonautavizsgálat



pülőorvosról volt szó. Ráadásul azzal is megvádolták, hogy ő (vagy egy amerikai társa) volt az, aki 2018-ban megfúrta a Szojuz űrhajó falát, hogy így katasztrófaközelezi állapotot előidézve minél hamarabb visszajuthasson a Földre, hogy ott kezelhessék a thrombosisát. A NASA tagadta a vádakat, az amerikaiak szerint inkább az oroszok gondatlansága miatt lyukadhatott ki az űrhajó fala.

– *A thrombosisnak volt köze az űrrepüléshez, vagy csak véletlenül akkor alakult ki?*

– Nem zárható ki, hogy a súlytalanság miatt pangó vér szerepet játszott a thrombosis kialakulásában. De ez volt az első olyan eset, amikor az űrorvostannak a súlytalanságban bekövetkező thrombosisra kellett szembenéznie.

– *Mielőtt az első magyar űrhajós, Farkas Bertalan űrutazást tett volna, ön központi szerepet játszott a jelöltek kiválasztásában, orvosi vizsgálatában és felkészítésében. Mikor értesült először arról, hogy lesz magyar űrhajósprogram?*

– 1974-től kezdve vettem részt nemzetközi űrorvostani projektekben. Emiatt többször jártam Moszkvában űrorvostani konferenciákon, ahol az űrhajós-kiválogatás módszertanáról, illetve az űrhajósokkal szemben támasztott egészségi követelményekről szólt a legtöbb előadás. Az egyik ilyen konferencián tájékoztattak minket először, hogy a Szovjetunió és a szocialista országok közös, Interkozmosz nevű űrprogramja keretében egy magyar űrhajóst is fel fognak vinni a világűrbe (ami, mint jól tudjuk, végül 1980-ban történt meg, amikor Farkas Bertalan a Szojuz-36 fedélzetén repült a világűrbe). A bejelentés után nekünk, magyar repülőorvosoknak három évünk volt arra, hogy felkészüljünk az űrhajós-kiválogatásra. Nyilvánvalóan ez teljesen új kihívás volt a magyar szakemberek számára. Én akkoriban a Repülőorvosi Vizsgáló és Kutatóintézet igazgatóhelyettese voltam, és ezért gyakorlatilag rám hárult ez a feladat. Meg kellett teremtenünk a kiválogatás személyi, tárgyi és metodikai feltételeit.

– *Milyen új vizsgálati módszereket kellett meghonosítani a magyar űrhajósjelöltek kiválasztásához?*



Farkas Bertalan

– A múlt század hetvenes éveinek közepén jártunk, amikor az ultrahangos képalkotó eljárásokat Magyarországon gyakorlatilag nem használták. Ettől függetlenül részletekbe menően meg kellett határoznunk, hogy a jelöltek keringési rendszere hogyan működik, milyen értékek jellemzik a szív működését, illetve az érrendszerük állapotát. Ezek életbevágóan fontos jellemzők voltak ahhoz, hogy olyan magyar űrhajóst bocsáthassunk fel az űrbe, akinek a szervezete képes elviselni az ezzel járó terhelést. Abban az időben még úgy tartotta a legtöbb kardiológus Magyarországon, hogy EKG-t kizárólag mozdulatlan, nyugodt állapotban lehet szabad végezni. No de az űrhajósjelöltek alkalmassága szempontjából éppen a terhelés közbeni EKG a fontos. Ezért nekünk kellett a hetvenes évek második felében meghonosítanunk Magyarországon a Holter-EKG-monitorozást mozgás közben, és én voltam, aki ezt a vizsgálatot először elvégezte az országban. Hasonlóan újszerű volt Magyarországon a billenőasztalos vizsgálat, amellyel a változó gravitációs térben mutatott szív- és érrendszeri reakciókat tudtuk vizsgálni. De ugyanilyen újdonság volt nálunk a cardiovascularis terhelés komplex mérése vita maxima állapotban. Bár a Sportkórházban már zajlottak az olimpikonok terhelhetőségének vizsgálata, de a teljes keringési és légzőrendszer maximális terhelhetőségének átfogó mérései nálunk kezdődtek el, az űrhajósjelöltek vizsgálatakor.

Az interjút készítette:
Kovács Sándor



Ismét Greco-láz Budapesten

Németh István

Bár még csak néhány hónapja zárt be a nagysikerű, és tömegeket vonzó budapesti Bosch-kiállítás, 2022. október végén máris egy újabb, szenzációsnak ígérkező, El Greco (1541–1614), eredeti nevén Domenikosz Theotokopulosz életművét bemutató tárlat nyílt a Szépművészeti Múzeumban. Kétségtelen, hogy a hazai múzeumlátogatók korábban sosem kaphattak még ilyen átfogó képet a ma már az európai manierizmus egyik legjelentősebb mestereként és a modern festészet előfutáraként ünnevelt, krétai születésű, éveig Itáliában dolgozó, majd Spanyolországba települt festő életművéről. Az talán már csak szűkebb szakmai körökben ismert, hogy korántsem ez volt az első eset, amikor El Greco egyes alkotásai lázba hozták a budapesti közönséget.

Az emlékezetes esemény egyébként ugyan-
csak a Szépművészeti Múzeumhoz kötődött. 1910 novemberében itt nyílt meg ugyanis a híres műgyűjtő és mecénás, Jánoshalmi Nemes Marcell (1866–1930) pazar magángyűjteményének válogatott darajaiból megrendezett kiállítás, melynek anyagában régi itáliai és németalföldi mesterek elsőrangú alkotásai mellett a modern francia realista, impresszionista és posztimpresszionista festők művei is helyet kaptak. A nemzetközi érdeklődést kiváltó budapesti tárlat igazi szenzációját azonban nem is ezek, hanem – ahogy ez a korabeli sajtóhírekből is egyértelműen kiderül – El Grecónak azok a festményei jelentették, melyek nem sokkal korábban kerültek az akkoriban „a Görög” újralfelfedezőjeként is ünnevelt magyar gyűjtő birtokába. Olyan kiváló művekről van szó, mint a *Szent András*, a *Krisztus az Olajfák hegyén*, a *Nagy Szent Család*, a *Bűnbánó Magdolna*, illetve a *Nagy Szent Jakab*. Bár az az állítás, hogy Nemes Marcell lett volna Greco újralfelfedezője – aki Spanyolország városait és kis falvait járva kutatta fel a szinte teljesen elfeledett mester lapangó műveit –, nem felel meg a valóságnak, tény azonban, hogy rövid időn belül ő vált a festő legjelentősebb korabeli gyűjtőjévé, akinek évről

évre gyarapodó El Greco-kollekciója nem elhanyagolható szerepet játszott az 1910 táján, Németország után Magyarországot is elérő Greco-láz gerjesztésében.

Térey Gábor, a Régi Képtár akkori vezetője és több más, hazai és külföldi szerző, így például

El Greco: Szent András apostol



Georg Biermann vagy August L. Mayer külön cikkben méltatták a Nemes-gyűjtemény kiváló spanyol festményeit. A kollekció nemzetközi hírét jól érzékelteti, hogy 1911-es balkáni utazása során, a híres építész, Le Corbusier, útítársával, August Klipstein művészettörténésszel együtt elsősorban azért zárandokolt el annak idején Budapestre, hogy megcsodálhassa a híres magyar műgyűjtő birtokába került El Greco-képeket. Az utazás időzítése egyébként nem bizonyult túl szerencsésnek, mire ugyanis Le Corbusier végül Budapestre érkezett, Nemes Marcell időközben újabb művekkel gyarapodó Greco-kollekciója immár a müncheni Alte Pinakothekban volt látható, egy időszaki kiállítás keretében. Tudjuk, hogy ez a müncheni tárlat, és különösen a magyar gyűjtő spanyol festményei a helyi közönséget, köztük az avantgárd művészet több jeles képviselőjét is izgalomba hozták. Paul Klee például, a kiállításról írt ismertetőjében külön is kitért a Nemes-gyűjtemény híres Greco-képeire, Franz Marc pedig még egy skiccet is készített a *Krisztus az Olajfák hegyén* című festményről.

Az igazsághoz hozzátartozik azonban, hogy El Greco (különösen utolsó korszakában készült) rendkívül egyedi, korát megelőzően modernnek ható műveit korántsem mindenki fogadta ilyen osztatlan lelkesedéssel abban az időszakban. Ennek érzékeltetésére elég itt csupán néhány korabeli, olykor meglehetősen kritikus hangvételű forrást felidézni. A Nemes-gyűjtemény említett, 1910-es budapesti kiállítására reflektáló írásában az Ady Endrével is szoros kapcsolatban álló kiváló újságíró, Bölöni György (1882–1959) vagy a *Nyugat* című folyóirat főmunkatársa, Lengyel Géza (1881–1967) is azon gyanúját fogalmazta meg, hogy a mesterségesen szított Greco-láz hátterében esetleg üzleti megfontolások állhatnak, s talán nem véletlen, hogy Nemes éppen Julius Meier-Graefe nagy port kavart *Spanische Reise* című kötetének megjele-



El Greco: Krisztus az Olajfák hegyén

nése után rukkolt elő a birtokába került Greco-képekkel. Míg azonban Bölöni és Lengyel lényegében nem vitatták a spanyol festő műveinek kiemelkedő művészi kvalitásait, Lakos Alfréd, a *Magyar Szó* 1910. november 13-i számában a Nemes-gyűjtemény kapcsán publikált írásában már kifejezetten becsmérlő szavakkal jellemezte El Greco kiállításon szereplő műveit. Mint írja, „az ellen a közízlés nevében is tiltakozni kell, hogy egy múzeumban Cézanne és Greco-féle mázolásokat is elhelyezzenek műpártolás címen”. „...Greco egy teljesen tehetségtelen festő volt mindaddig, míg az európai milliomos műkereskedők meg nem vásárolták értéktelen képeit, hogy Párizsban fizetett műkritikusok és szimulált párizsi árverések segítségével értékessé nem kürtölték a Greco-féle képeket. Ez a festő halvány sejtelemmel sem bírt a helyes rajzról, az

arányokról, nem volt ízlése, nem volt mondani-
valója, nem volt se kompozitőr, se kolorista, mit
akarnak hát az ő képeivel egy múzeumban?”
Lakos Alfréd egyébként csupán egyike volt
azoknak, akik Térey Gáborral ellentétben, egyál-
talan nem éreztek rá akkoriban El Greco
műveinek a jelentőségére. Mielőtt azonban még
egy további példával illusztrálnánk az 1910 táján
kitört Greco-láz, illetve a Nemes Marcell
gyűjteményébe került El Greco-festmények
hazai fogadtatását, már csak orvostörténeti
vonatkozásai miatt is érdemes röviden utalni
arra, hogy a spanyol festő sajátos festésmódját és
színhasználatát, és különösen az El Greco egyes
kései művein megfigyelhető természetellenesen
megnyúlt, torz arányokat, egyesek a 20. század
elején valamiféle titokzatos szembetegséggel
próbálták magyarázni, vagy egyszerűen azt állí-
tották, hogy a mester idős korára talán kissé
meghibbant.

Térjünk azonban vissza a Nemes-gyűjtemény
1910-es budapesti kiállításához! A manapság
talán elsősorban régi mesterek művei után készí-
tett festménymásolatairól ismert Balló Ede
(1859–1936) – aki 1894-től 1923-ban történt
nyugdíjazásáig a Mintarajziskola, majd az ebből
alakult Képzőművészeti Főiskola tanára volt –
1911. május végi naplófeljegyzései ugyancsak
arról tanúskodnak, hogy konzervatívabb hazai
művészi körökben nem sokra értékelték El Greco
művészetét: „Nemes Marcellnek a Szépművészeti



El Greco: Idősebb Szent Jakab mint zarándok

El Greco: Szent Lajos francia király egy apróddal



Múzeumban kiállított gyűjteményében van
Grecónak egy igen érdekes műve, Nino de
Guevara bíboros mellképe. Az alkotás előtt
ennek festési modoráról élénk vita fejlődött, én
azt hangoztattam, hogy a kép festési eljárását tel-
jesen ismerem és hajlandó is vagyok ezt lemáso-
lásával bebizonyítani. Nemes Marcell a legna-
gyobb szívességgel adta meg az engedélyt, én
pedig – miután előbb egy vásznat sötétbarnára
alapoztam –, a képet három rétegben, három nap
alatt lemásoltam. Érdemes a képpel kapcsolatban
a következő esetet is följegyezni: Térey Gábor
barátom meghívta az Országos Képzőművészeti
Tanácsnak tagjait Greco eme érdekes arcképé-
nek megtekintésére. A tagok egyike sem volt
hajlandó Greco művéről dicsérőleg nyilatkozni,
mindnyájan igen tartózkodók voltak. Deák-
Ébner igen gyenge képnek mondta, Stróbl Alajos
hevesen kelt ki »hiányos konstrukciója« ellen,
Zemplényi Tivadar érdektelen, »nyers kene-
ménynek« nyilvánította, Benczúr pedig szelíd
modorában, a zavarban lévő Téreynek csak eze-
ket mondotta: »Ezt a Greco képet kissé jobban
szeretem, mint a Nemes-gyűjteményben lévő
többi hét festményét.« Ebből azonban nem azt



El Greco: Krisztust megfosztják ruháitól (El Expolio)

Balló Ede: Önarckép



lehetett kivenni, mintha az arckép tetszenék neki, hanem inkább azt, hogy a többi hetet még kevésbé szereti.

Nem érdektelen azonban az sem, ami kb. 1 órával később, az ülés befejezése után következett. Térey felhozta még azokat a tanácsstagokat, akik későbbben érkeztek és az első csoporttal nem jelenhettek meg. Forster kijelentette, hogy nem szeretné ezt a képet szobájába felfüggeszteni, Radisich pedig a kép ára iránt érdeklődött, mire Térey azt jegyezte meg, hogy bármilyen összeget kér a tulajdonos érte, megkapja. Ha jól emlékszem, 400 000 koronát említett. Hát nem szomorú, hogy egy ország válogatott művészei és műértő csoportja, gyengének, rossznak, kellemtelennek talál egy képet, míg az ügyek előadója ugyanezt 400 000 koronáért megvételre ajánlja? Kinek van igaza, és milyen eredmény várható ilyen eltérő értékelésektől?”

A történet folytatását már ismerjük. A túlköltekezésre hajlamos, s szemmel láthatóan mindinkább pénzügyi gondokkal küzdő Nemesnek csakhamar meg kellett válnia műkincseinek legjavától. Harmincnyolc modern, s 83 régi festmény, köztük El Greco műveinek akkor már 12 darabot

számláló kollekciója végül 1913 nyarán Párizsban került árverésre. Jellemző, hogy a párizsi aukciót követően Balló Ede megnyugvással jegyezte fel naplójába, hogy a Nemes-féle El Greco-képek végül jóval alacsonyabb áron találtak gazdára, mint ahogy azt Térey (Balló szerint irreálisan magas) értébecslése alapján esetleg egyesek remélték. Nem ártott volna persze, ha az önmagát Greco-szakértőnek és a nemzetközi műtárgypiac kiváló ismerőjének kikiáltó Balló kicsit visszalapoz saját naplójában, akkor ugyanis rögtön kiderülhetett volna, hogy bár a nemzetközi visszhangot kiváltó párizsi árverésen áruba bocsátott El Greco-festmények valóban nem érték el azokat az árakat, melyekre Térey Gábor taksálta őket, még mindig jóval magasabb áron keltek el, mint azok a nevetségesen alacsony összegek (a Térey által megadottak legfeljebb egyharmada), amire Balló értékelte a Nemes-gyűjtemény egyes műveit.

A legendás magángyűjtemény darabokra hullása lényegében már ekkor elkezdődött. Bár a magyar állam az említett párizsi árverés anyagából (Térey Gábor javaslata ellenére) egyetlen művet sem szerzett meg, egyes jeles magyar magángyűjtők, elsősorban Herzog Mór Lipót (1869–1934) és Hatvani Ferenc (1881–1958) vásárlásainak köszönhetően bizonyos darabok (legalábbis átmenetileg) mégis visszakerültek ekkor még Magyarországra. Magának Nemes Marcellnek is sikerült kedvenc képei közül viszonylag sokat visszaváltania. Ezzel magyarázható, hogy évekkel később, egész pontosan 1921 nyarán ő maga ajándékozhatta a Szépművészeti Múzeumnak egykori Greco-kollekciójának egyik legismertebb, s legfeltehetőbb darabját, a még egyértelműen a velencei festészet hatásáról árulkodó csodálatos *Bűnbánó Magdolnát*, mely több más, egykor ugyancsak Nemes Marcell gyűjteményében szereplő művel együtt, a budapesti Szépművészeti Múzeum említett, 2022 októberében nyílt nagyszabású El Greco-kiállításának az anyagában is helyet kapott. Szinte biztosra vehető, hogy az időközben világhírűvé vált meszternek ezek az elsőrangú alkotásai épp úgy lázba hozzák majd a tárlat jelenlegi hazai és

külföldi látogatóit, mint ahogy annak idején (ha némileg más okokból is) tették, az 1910 táján kirobbant Greco-láz idején!

A szerző: művészettörténész, a Károli Gáspár Református Egyetem docense.

E-mail: stvnemeth@yahoo.co.uk

Ajánlott irodalom

Schroeder V. Spanien und die Moderne – Marcell von Nemes, Julius Meier-Graefe, Hugo von Tschudi, Manet bis Van Gogh. Hugo von Tschudi und der Kampf um die Moderne, kiállítaskatalógus. München 1997. p. 419-23.

Németh I. „Greco és egyebek” Régi spanyol festmények Nemes Marcell egykori gyűjteményében. In: *El Greco, Velázquez, Goya. Öt évszázad spanyol festészetének remekművei*, kiállítaskatalógus. Budapest: Szépművészeti Múzeum; 2006. p. 58-65.

Németh I., Radványi O (szerk.). El Grecótól Rippl Rónaiig. Nemes Marcell, a mecénás műgyűjtő/El Greco to Rippl-Rónai. Marcell Nemes, Art Patron and and Collector, kiállítaskatalógus. Budapest: Szépművészeti Múzeum; 2011-2012.

El Greco und die Moderne, kiállítaskatalógus. Düsseldorf, 2012.

Lantos A. El Greco az első avantgard, *Artmagazin* 2021; 127:48-57.

Lantos A. „...ma talán El Greco városának is nevezhetnénk”. El Greco művei budapesti magángyűjteményekben a 20. század elején. In: *Hertelendy Cs, Lantos A, Radványi O (szerk.) El Greco*, kiállítaskatalógus. Budapest: Szépművészeti Múzeum; 2022–2023. p. 98-111.

El Greco: Bűnbánó Magdolna



„Doktor úr”, a grófnő

Falvay Dóra

1864-ben két merőben szokatlan személy jelentkezett a zürichi egyetemen orvostanhallgatónak. Az még semmiség, hogy a cár alattvalói voltak, hiszen egész Európából érkeztek hallgatók a neves iskolába, de ez a két fiatal orosz valóban hallatlan újdonságot hozott: nő létükre óhajtottak felsőoktatásban részesülni, orvosdoktorrá válni! Az első úttörő, Nagyeczda Szuszlova 1867-ben kapta meg diplomáját. Azonnal követték a többiek, oroszok, britek, amerikaiak, utóbb még svájciak is. Még véget sem ért az évtized, már százhusz női hallgatója volt az egyetemnek, s ebből száz orosz. A hír, hogy Zürichben nők is végezhetnek orvosi tanulmányokat, 1869-ben jutott el, mintegy véletlenül, egy félresiklott életű magyar fiatalasszonyhoz.

A grófi családba született Hugonnai Vilmának (1847–1922) már gyermekkorában sem telt felhőtlenül, hiszen édesanyja, tüdőbajos lévén, szigorúan távol tartotta magától szeretett kicsinyeit. A kislány kezdettől fogva élénk szellemi érdeklődésével tűnt ki, mohón olvasott, szenvedélyesen érdekelték elsősorban a természettudományok, és már kicsi korában is legszívesebben kórházasdit játszott. Tízévesen Pestre küldték leánynevelő intézetbe, ahol kitűnően tanult, évről évre osztályelsőként végzett. A nevelőintézet azonban érettségit nem adott, lányok akkoriban nem is gondolhattak továbbtanulásra. Vilmát alig 18 évesen férjhez adták egy kiváló nemes, földbirtokos család sarjához. A természettudományok és a gyógyítás iránti érdeklődése asszonykorában sem csillapult, autodidaktaként tanulta ki a betegápolás és gyógyászat alapjait; környezetét megbotránkoztatva anatómiáról olvasott és a beteg béresgyerekeket gondozta.

Ifjabb szilasi és pilisi Szilassy György sajnos nem volt méltó utóda a birtokot, nagyhírű kertet és gyümölcsöst építő elődöknek, és Vilma mellett sem bizonyult jó férjnek. Korhely, kártyás ember volt, férjként pedig hűtlen. Idővel eljárt szott mindent: a birtokot, a kúriát, a ménest. Szellemi érdeklődést sohasem tanúsított, és felesége ilyen ambícióit sem értette. A fiatal párnak három gyermeke született, a második csak néhány órát élt, mivel Vilma várandósan is ápolta himlőben szenvedő apósát. A harmadik gyerek sem élte meg az egyéves kort.

1869-ben, mikor Vilma kezébe került Jókai lapja, a *Hon*, amelyből értesült a zürichi lehetőségéről, már csak egy gyermeke volt életben, hároméves György kisfia. Azonnal elhatározta,



Hugonnai Vilma grófnő, az első magyar orvosnő portréja. 1890 körül készült fénykép

hogy jelentkezik az egyetemre, de tervét nem fogadta megértés vagy bátorítás a családban. Férje végül nagy nehezen ráállt, hogy „elengedje” – férji beleegyezés nélkül semmit sem tehetett volna abban a korban –, de sem anyagi, sem érzelmi támogatást nem várhatott tőle. 1872-ben,



Hugonnai Vilma katonaorvosi díszoklevele, Bécs, 1915

25 évesen vágott bele a nagy kalandba. Sokéves zürichi tartózkodását ékszereinek eladásából finanszírozta (ezek némelyike a himlőből föl-épült após hálájának jele volt).

Kisfiától elszakadva, idegenben, az óriási szellemi erőfeszítés mellett még nélkülözés is várt rá. Szűkös anyagi lehetőségei szélsőséges takarékoskodásra kényszerítették. Nem utolsósorban emiatt lett vegetáriánussá; sokáig csak gyümölcsön élt (később engedélyezett magának kevés kenyeret és tejet is). Spártai életmódjával professzorának különleges figyelmét vonta magára: a tudós férfiú a hallgatók nyilvánossága előtt ismerte el, hogy Vilma példája megcáfolta addigi meggyőződését, mely szerint a tisztán növényi étrend testi és szellemi leépülést von maga után.

1879-ben diplomát szerzett és orvosá avatták. Disszertációját a Zürichben elvégzett első száz Krupp-műtétről írta. Dr. Rose sebészstanár asszisztense volt éveken át. Még vagy másfél évig dolgozott a zürichi klinikán, többen szerették volna ott tartani, jobb lehetőségekkel csábították, de ő el volt szánva rá, hogy hazatérjen.

Döntéséről így számol be önéletrajzában: „Megvallom, az ambíció hozott hazámba vissza,

kecsegtetett a remény, hogy azt, amit más nő más országban ki tudott vívni, ki tudom én is hazámban vívhatni. Magyar nő vagyok mi sem természetesebb annál, mint hogy elsősorban hazámban óhajtottam letelepedni.”

Csakhogynem volt olyan egyszerű a dolga, mint ahogy ma képzelnénk. A svájci diplomát honosítani kellett volna. Az orvosi bizottság hajlandó is lett volna a befogadására, ám közbelépett a jó nevű kultuszminiszter, Trefort Ágoston: leszögezte, hogy a nők egyenjogúsítása a tudományban „felforgatná az államot”, és megtagadta a diploma honosítását. A lesújtott asszonynak leereszkedően azt tanácsolta, hogy végezze el a bábatanfolyamot, és praktizáljon szülésznőként. Ez bárki más számára arculcsapás lett volna, Vilmának azonban kész orvos létére nem derogált sem az alacsony színvonalú tanfolyam, sem a még alacsonyabb presztízsu „bába” minősítés, bizony kitette kapujára a táblát, amelyet mindenki rangjához méltatlannak tartott, és elkezdett pácienseket fogadni. Egy anekdota szerint egyik első páciense, egy egyszerű asszony, kínos zavarában „doktor úrnak” szólította – ennyire hallatlan dolog volt még akkor az orvosnő.



A nő mint házi orvos című könyv borítói

Eleinte valóban csak női problémákkal küzdők keresték föl, de titokban, sutttyomban hamarosan mindenféle betege akadt. Ekkor a pándi birtok már elúszott, Budapesten élt a kis család. A házastársak kapcsolata fokozatosan végképp tönkrement, fiával viszont újra megtalálta a hangot Vilma, és szeretetteljes kapcsolatot alakítottak ki. Szilassy Györgytől végül hosszú, kínos procedura árán elvált. Nemsokára találkozott Wartha Vince vegyész-mérnökkel – állítólag első páciensei között volt –, akivel egymásba szerettek és összekötötték életüket. A második házasság sokkal jobban sikerült, mint az első, egy lánygyerek származott belőle, akit majdnem negyvenévesen szült meg Vilma.

Wartha Vince egyébként igen neves személyiség volt a maga szakmájában, több területen is úttörő munkát végzett, például a vízelemzés, a borászat, a fényképészet területén. Legjelentősebb fölfedezése a gubbiói bíborluszter titkának megfejtése volt, amelyet évszázadokon át kerestek hiába. Wartha eozinnak nevezte el a régi-új mázat, s a pécsi Zsolnay-gyár ennek használatával virágozott föl.

Hiba volna azonban azt gondolni, hogy Vilma elszántságát lehiggasztotta a magánéletben megtalált boldogság és a bábacégér alatt félhivatalosan folytatott orvosi praxis. Nem tett le róla, hogy zürichi diplomáját elismertesse, pedig további megalázó packázások vártak rá: magánúton még 1881-ben letette az érettségit, és 1895-ben, mikor a törvények lehetővé tették nők számára is az egyetem – pontosabban az orvosi, gyógyszerészeti és bölcsészkarok – látogatását, megismételte az orvosegyetemi szigorlatait is. 1897-ben vehette át a magyar orvosi diplomát. Ettől fogva hivatalosan is praktizálhatott orvosként.

Nyilvánosság előtti megszólalásainak két nagy fókuszpontja volt: a közegészségügy fejlesztése minden módszerrel, illetve a női egyenjogúság előmozdítása, különösen az oktatás, nevelés terén. Már „bába” korában is tanított betegápolást leányiskolákban, és megírta „A nők munkaköre” című tanulmányát. Állást foglalt az egyenjogúságot is előmozdító iskolareformok mellett. 1899-ben sajtóvitát folytatott Pap Samu képviselővel, aki ugyancsak harciasan állt ki a nők szellemi pályára lépése ellen. Ez a vita ösztönözte arra Vilmát, hogy megírja „A nőmozgalom Magyar-

országon” című tanulmányt, amelyben – sok minden más közt – kiemelte a nők fontos szerepét az egészségügy különböző területein. 1907-ben lefordította és kiadta Fischer-Dückelmann „A nő mint házi orvos” című művét. Leánygimnáziumok szervezését ösztönözte, s az Országos Nőképző Egyesületben éveken át oktatott betegápolást, gyermekgondozást, fertőző betegségek ismeretét. 1907-ben Kmetty Károllyal is



Hugonnai Vilma sírja



Hugonnai Vilma (1847–1922) az első magyar orvosnő emléktáblája egykori lakhelyén. Budapest, VIII. kerület, Bíró Lajos utca 41.

szembeszállt a sajtó hasábjain a női egyenjogúságért.

A háború kitörésekor – szeretett férjét ebben az évben veszítette el – a katonaeorvosi tanfolya-

mot is elvégezte a már 67 éves asszony. Tizen-négy vidéki városban szervezett betegmegfigyelő állomásokat, mégpedig női orvosi és ápolószemélyzettel. Nem kis részben az ő példájának, úttörő bátorságának volt köszönhető, hogy egyre többen léptek egészségügyi pályákra. Háborús munkáját 1915-ben érdemjellel is elismerték.

74 évesen, 1922-ben hunyt el, a Fiumei úti Sírkertben nyugszik férjével együtt. Nagytéténben, születése helyén 1980-ban mellszobrot kapott, ugyanott iskola is őrzi emlékét. Kertész Erzsébet kiváló regényes életrajza ugyan „csíkos” kiadásban jelent meg, de felnőtteknek is ajánlható olvasmány. De már 1944-ben is jelent meg életregénye Nagy Lenke tollából. A Turay Ida Színház 2014-ben mutatta be az életéből készült, *Doktornők* című színdarabot. A *Bátrak földje* című 2020-as tévésorozat főszereplőjét is nagy részben róla mintázták.

A szerző: műfordító.

E-mail: grunt@freemail.hu

Emlékérmék Hugonnai Vilma tiszteletére

A Magyar Nemzeti Bank 2022. szeptember 29-én „Hugonnai Vilma” megnevezéssel 15 000 Ft névértékű ezüst és 2000 Ft névértékű színesfém emlékérmét bocsátott ki az első magyar orvosnő születésének 175. évfordulója alkalmából.

Az éremmel a Semmelweis Orvostörténeti Múzeum gyűjteménye gazdagodott.



Irvin D. Yalom, Marilyn Yalom: Halálról és életről

Amikor a gyászszakértő gyászol

Kazai Anita

Az írásterápia működés módjába kapunk bepillantást az író házaspár egyetlen közös könyve révén. A halálról könnyű mondatokban szóló, kiválóan szerkesztett és remekül fordított mű nehéz témája ellenére élvezetes és érdekes olvasmány.

Bár a könyv első szerzőjeként Irvin D. Yalom van feltüntetve, valójában a második szerzőként szereplő feleség, Marilyn Yalom fő művéről van szó: hogyan teremtette meg sikeres szerző férjét, hogyan sikerült jó halált halnia, és hogyan érte el, hogy a társfüggő Irvin szerelme halála után is találjon értelmet az életben.

Hősöm: Ms. Yalom

Óriási feladatot teljesített sikeresen Marilyn. A pár 74 évvel e közös könyv megírása előtt, első látásra szeretett egymásba, és a nő halála előtti hónapban ünnepelték 65. házassági évfordulójukat. Irvin pszichiáterként az egzisztenciális pszichoterápia megteremtőjévé, sikeres tankönyvek és bestseller regények írójává vált. A myeloma multiplexben szenvedő 87 éves Marilyn 2019-ben, abban az évben, amikor Kaliforniában törvényileg lehetővé vált, kívánsága szerint „orvosi jelenlétben történő halált” halt. Halála után Irvin, aki hosszú karrierje során a gyógyíthatatlan betegek és a gyászolók pszichoterápiájának kimagasló szakembere volt, de más gyászolókhöz képest rosszabbnak látta a saját szenvedéseit, még társa halála után is tovább fejlődött. (Rengeteg gyászolót kezelve „sem találkoztam egyetlenegyszer sem olyan férfival vagy nővel, aki ilyen fiatalon elköteleződött volna egy társ mellett, és ilyen közel állt volna hozzá”, írja.) Bizonyos értelemben Irvin ekkor vált felnőtté, hiszen korábban soha nem élt önálló, független életet. Hála Marilynnek, a 88 éves Irv özvegyiségében is talált vigaszt és örömet az életében. Erre utalhat a könyv magyar címe is: Halálról és életről (az angol cím: A Matter of Death and Life: Love Loss and What Matters in the End).

A 2019–2020-ban megírt, majd 2021-ben az USA-ban és Magyarországon is megjelent könyv első kétharmadában Irvin és Marilyn váltott feje-



zetekben írják meg közös életük utolsó hét hónapját, majd Irvin meséli el a felesége halála után eltelt 125 nap történetét. A könyv a világhíres Irvin szavaival kezdődik: „A Johns Hopkins Egyetem posztgraduális képzésének elvégzése után mindketten akadémiai pályára léptünk – én pszichiáterrezidensként végeztem, Marilyn pedig francia–német összehasonlító irodalomtörténetből doktorált. Mindig első olvasói és szerkesztői voltunk egymásnak.” A pár élete a továbbiakban a könyvek körül forgott.

Marilyn első szava: „Irv”. Első mondata így hangzik: „Irv az 1980-ban megjelent *Egzisztenciális pszichoterápia* című könyvében azt írja: könnyebb szembenézni a halállal, ha kevés dolgot kell megbánnunk.” Második mondata előrevetíti, hogy egyetlen közös könyvük, aminek „elsődleges és legfontosabb célja, hogy segítsen átkalauzolni bennünket az élet végén”, be fogja tölteni hivatását. Marilyn második mondata ugyanis ez: „Ha visszatekintek hosszú közös életünkre, nagyon kevés dolgot találok benne, amit sajnálnunk kellene.”

A könyvet elsősorban azoknak ajánlom, akik közeli hozzátartozójukat gyászolják, ugyanis bepillantathatunk abba a folyamatba, hogy miként

gyászol a világ egyik legjobb gyászszakértője. És nemcsak abból tanulhatunk a sikeres gyászfolyamatról, amit Irv saját gyászából bemutat, de a könyv első kétharmada is részben erről szól. Megtudjuk, hogy a házaspár sok évtizede gondolkodik közösen az elmúlásról, és mindketten több könyvet is írtak a témában. Ebben a közös művükben Irvin gyászolókkal és haldoklókkal végzett terápiás munkáján kívül megismerhetjük témába vágó könyveiket, és a zsidó-keresztény kultúrkör témába vágó bölcsességeit. És mint Marilyn mondja, amikor ráveszi férjét közös könyvük írására: „Talán egy ilyen vállalkozás más pároknak is hasznos lehet, ha az egyik fél halálos betegséggel küzd.”

Halj meg idejében

A könyv azoknak is szól, akiket érdekel, hogy mi válik fontossá az élet végén, milyen a jó halál, illetve más országokban hogyan lehet jó halált halni. Marilyn azt szeretné, hogy ha a rettenetes fájdalommal járó betegség a végéhez közelít, legyen a kezében „valamiféle kontroll”, úgy érzi, hogy végső soron ez teszi lehetővé a számára, hogy ne féljen a haláltól. A fájdalomról kevés szó esik, a legtöbb panasz a gyógyszer mellékhatásokkal kapcsolatos. A kemoterápia utáni borzalmas hányingerről és egyéb utóhatásokról Marilyn így ír: „ilyenkor annyira nyomorultul érzem magam, hogy azt kívánom, bárcsak békében, további szenvedések nélkül távozhatnék a világból. Ilyenkor nem törődök senki mással, az sem szomorít el, ha soha többé nem láthatom a szeretetteimet.” Irvin is megjegyzi, hogy „életünk legszörnyűbb élménye volt”, amikor Marilyn a kemoterápiától szélütést kapott, majd hozzáteszi: „A kemoterápia Marilyn minden erejét elszívja, hányingere van, fáj a feje, úgy érzi, teljesen elveszítette a kapcsolatot a saját testével.” Márpedig Marilyn számára fontos a test, amit az is mutat, hogy termékeny írói karrierje során könyvet írt „The History of the Breast” címmel. A mell nyugati kulturális, politikai és esztétikai történetét bemutató műben a feminista szerző mesél az ókori görögöknél férfiakat fenyegető amazonokról (az amazon szó a fosztóképző „a” és a mell jelentésű „mazos” görög szavak összetételével született), a reneszánszban divatba jött Maria lactans-ábrázolásokról, a francia forradalomban a szabadság, egyenlőség, testvériség szimbólumává váló pucér női kebelről, az európai férfiszemek által szexualizált „természetes női ékszer”-ről, aminek megnagyobbítása és hangsúlyozása érdekében a mai európai nők annyi mindent hajlandók megtenni. Mell történeti könyvében Ms. Yalom elmondja: szomorú,

hogy minden erőfeszítése ellenére is szinte csak férfigviszonyulásokat talált a témában, és nagyon keveset tudunk arról, hogy a nők hogyan érzet-kezdenek saját mellükkel kapcsolatban.

„Ami az orvosasszisztált öngyilkosságot illeti, ehhez két orvos aláírása szükséges, további feltétellel még a végstádiumú állapot, illetve az, hogy ne álljon rendelkezésre további gyógy mód”, írja palliatív orvosával való konzultációjáról Marilyn. Az orvos nem helyesli az orvosasszisztált öngyilkosságot, de megadja a kért aláírást, és hospice-orvoshoz irányítja a beteget. A hospice-orvos, aki már több mint száz ilyen eseménynél volt jelen, és „jobban szereti az orvosi jelenlétben történő halál megnevezést, teljes szívvel támogatja a döntést, ha a betegnek nagy fájdalmat kell átélnie, és nincs remény a gyógyulásra”, folytatja megnyugodva Marilyn, és azt kéri, hogy az utolsó pillanatban a hospice-szakorvoson és az ápolón kívül férje és gyermekei is legyenek jelen.

A halálra készülők Marilynnek az egyetlen igazi problémája az, hogy sikerüljön férjével megértetni, milyen fájdalmai vannak, és elfogadtatni vele, hogy eutanáziát szeretne igénybe venni. A közös könyv írása során is Irvint igyekszik meggyőzni, felkészíteni. Tanúi lehetünk a pszichoterapeuta tagadásának, empátiás problémáinak, ezekkel kapcsolatos reflexióinak, miközben Marilyn számot vet életével, amelyet a maga teljességében megélt, búcsúzik családjától, gyermekeitől, unokáitól, barátaitól, rokonaitól. Amit nehéz elfogadnia: nem látja felnővekedni a legkisebb unokáit. Komoly gondot okoz a három-négyezer kötetes könyvtára, benne egy különleges gyűjtemény a barátok – például a két első nő, akiket a Stanford alkalmazott – által írott művek sorsának elrendezése.. Marilyn mindent példamutatóan megold, így végül már csak egy feladat marad, amiben az asszony Nietzsche maximáját akarja követni: Halj meg idejében. Mikor van itt az ideje a meghalásnak? Ezt Marilyn saját maga döntheti el.

„Lehet a halál az élet betetőzése a nem hívő emberek számára is?”

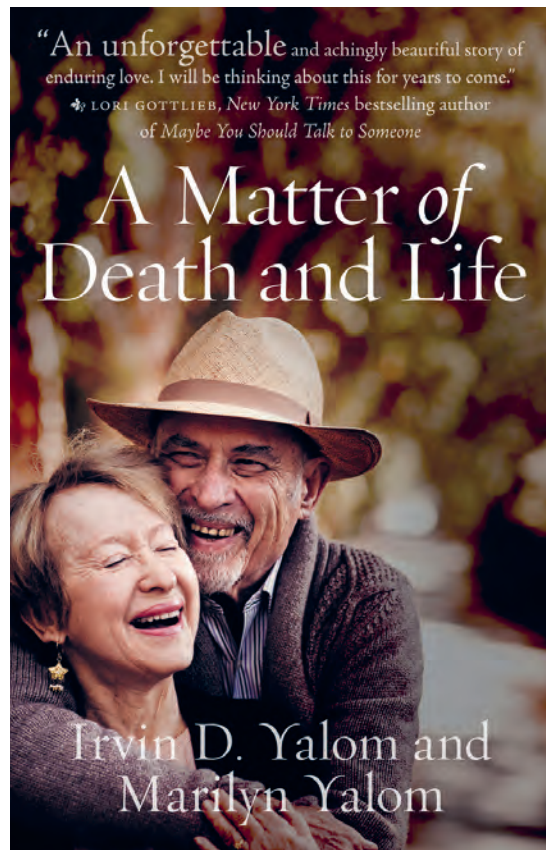
Érdemes a könyvet annak is elolvasnia, aki egy materialista tündérmesét szeretne olvasni az ígért földjén élő-haló családról. A halálra készülődve ugyanis a pár leltárt készít életükről, ami olyan tökéletes, amelyet egyébként elképzelni se lehet. Az élettel való elégedettség fájdalomcsillapító hatású, mint Marilyn írja: „Amikor állapotom kétségbeeséssel tölt el, megpróbálom felidézni, mi mindenért lehetek halás.” Megtudjuk, hogy bevándorló szülei az első világháború után érkeztek az Egyesült Államokba egy-egy kis

oroszlól, majd mindkét apa vegyesboltot nyitott Washington DC-ben, egymástól pár háztömbnyire. A már ott született gyerekek a középiskolában szerettek egymásba, a polgári életet élő, barátkozó, szépbeszéd- és zongoraórákra járó Marilyn ismertette meg a zárkózott, proli életet élő fiút az irodalommal és a filozófiával. „Az életben minden sikeremet neki köszönhetem, ő nyitott ablakot az alkotás világára, megmutatta a jeles írókat és nagy gondolkodókat” – írja Irv. Hamar ösztöndíjakat kapnak, beutazzák a világot, remek állást szereznek, kielégítő munkát végeznek. „Tagja lettem az emberiséget megkülönböztetés nélkül segítő nemzetközi ligának” – mondja a pszichiáter, nagy sikerű könyveket írnak, csodálatos barátokat szereznek, kiváló anyagi körülmények között élnek Palo Alto-ban, négy szerető gyermekükkel és nyolc szuper unokájukkal körbevélve, akik mind sikeres emberként élnek Kaliforniában. Hogy ez hogyan lehetséges, azt Irvin egyébként 2017-ben megjelent memoárjában már részletesen bemutatta; a *Becoming Myself: A Psychiatrist's Memoir*, magyarul *Úton önmagamhoz* címmel jelent meg 2019-ben.

A példamutató élet után Marilyn halálában is példamutató akar lenni, és a csodálatraméltóan okos nő felteszi a kérdést: „Lehet a halál az élet betetőzése a nem hívő emberek számára is?” És megmutatja azt is, hogy miként lehetséges ez.

Az olvasó mint megmentő

A könyv érzékelteti a tökéletes életben meglévő fájdalmat, amit az öregség, betegség, halál okoz. Így annak is ajánlom a könyvet, aki a világhíres pszichoterapeuta terapeutája akar lenni. Irv elmeséli, milyen élmény számára megöregedni, nyugdíjba vonulni. „Fájdalmasan hiányzik a terápiás praxis, a terápiás folyamatra jellemző mély intimitás. Hiányzik az a lehetőség, hogy ilyen sokat adhassak egy másik embernek.” De mivel Irvnek mindig is az írás volt a legszeretettebb tevékenysége, felesége halála után közös könyvük továbbírása életben tartja, értelmet ad az életének („Történeteim, regényeim megírása életem fénypontja volt... Akkor vagyok a legboldogabb, amikor írok”). És amikor már szinte hitetlenkedve olvasnánk a pszichoterapeuta sikeres gyász-munkáját, a szerző elmeséli egy olyan terápiájának a történetét, amikor egy betege éppen ezt a tündérmesyszerűen sikeres életet kéri számon rajta. Reflektál a gyászában jelentkező szexualitására is: „Felébredt az érdeklődésem a női mellet, kívált a dús keblek iránt. Regresszióban, mint egy kisgyerek, panaszosan keresem az anyai támogatást – Freud nem mindenben tévedett.”



A szex azért érdekes e „megátalkodott materialista” számára, mert úgy tűnik, ez az egyetlen pozitív dolog, ami a mindennél kínzóbb ürességbe be tud törni.

Marilyn a női mell történetén kívül könyvet írt a feleség történetéről (*A History of the Wife*), arról, hogy hogyan találták fel a franciák a szerelmet (*How the French Invented Love*), hogy milyen az amerikai házaspár (*The American Couple*). Írt továbbá a nők közötti barátságról (*The Social Sex: A History of Female Friendship*) és az amerikai temetkezési szokásokról (*The American Resting Place*). Vonzódott az erős nők történeteire: *Birth of the Chess Queen* című kötetében bemutatta, hogy az egykoron leggyengébb sakkfigurának számító királynő hogyan transzformálódott a sakk legdominánsabb alakjává Kasztíliai Izabella uralkodása alatt a 15. századi Spanyolországban.

A temetésén lánya így búcsúzott tőle:

„Amikor olvasunk egy jól megírt könyvet,
Rá emlékezünk,
Amikor Istent női alaknak képzeljük,
Rá emlékezünk,
Amikor mi, nők asztalhoz ülünk, és kimondjuk, amit gondolunk,
Rá emlékezünk.”