

## Közleményeink iránti érdeklődés

### Interest in our announcements

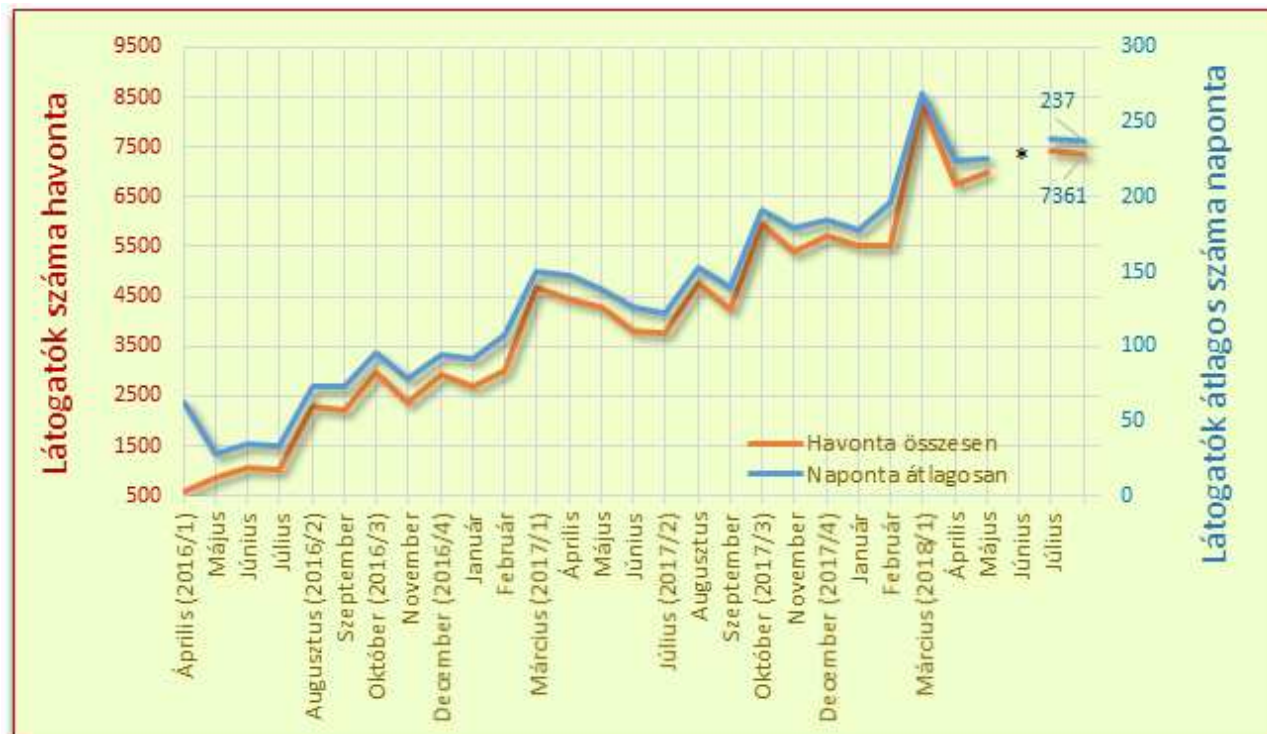
doi: 10.24365/ef.v59i4.363

Örömmel számolunk be arról, hogy az Egészségfejlesztés rendszeres olvasóinak köre folyamatosan bővül. Hónapok óta 7000 feletti a havi látogatóink száma. A lap „újraindulásakor” bízunk benne, hogy az ingyenes, elektronikus megjelenésre való áttéréssel nem veszítjük el olvasóinkat, sőt, a fejlesztéssel inkább újakat szerzünk. Ez beigazolódt, 2016 januárja óta már csaknem megnégyszereződött a napi látogatószám.

Az ősz végén megjelenik második, ezúttal „családi” különszámunk, reméljük, hogy legalább akkora érdeklődés követi majd, mint az előző, márciusi különszámot.

A már jól ismert TOP 10-es listában az összefoglalók és teljes közlemények sorrendjét tekintve nem történt jelentős változás az előzőkhöz képest.

Az „érdekességmutatóval” jellemzett – a megtekintések száma és a megjelenés óta eltelt napok száma hányadosa alapján mennyire bizonyul érdekesnek egy-egy cikk – már szerepelnek új közlemények is. Ilyen például a szerkesztőség által indított fikciós sorozat második része, az „[Akción az irodában](#)” írás – hasonlóan a „[Képzeld el!](#)” című első részhez - ami a negyedik helyet foglalja el. További látogatói és olvasottsági adatok találhatóak az alábbi ábrán és táblázatban.



\* nincs adat

Megtekintések száma	Közlemény címe	Szerzők	Lapszám
<b>ÖSSZEFOGLALÓ</b>			
736	Pályázati felhívás tudományos közlemény írására mesterképzéses hallgatóknak	szerkesztőség	2018. 1.
598	Egészséges életmóddal kapcsolatos kutatások a hazai iskolákban	Járomi É, Szilágyi K, Vitrai J	2016. 1.
489	A 2015/2016. tanév országos fitnessmérés eredményei a Nemzeti Egységes Tanulói Fitness Teszt (NETFIT®) alapján	Csányi T, Kaj M	2017. 4.
480	A kortársbántalmazás (bullying) mint népegészségügyi probléma	Várnai D, Zsíros E, Németh Á	2016. 4.
448	Hazai egészség-pillanatkép, 2017	Vitrai J, Bakacs M, Varsányi P	2017. 4.
432	A gyógytestnevelés jelentősége a szekunder rehabilitáció és egészségfejlesztés folyamatában, megújulásának szükségessége, irányai	Simon I, Kajtár G	2018. 1.
406	Egészpályás letámadás a kövérség ellen - Komplex beavatkozásokkal az elhízás visszaszorítására	Vitrai J, Bakacs M	2017. 4.
378	Magyarország népegészségügyi rendszere és egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezetei	Túri G et. Al	2018. 2.
375	Új hazai egészségmonitorozási koncepció	Varsányi P et al.	2016. 1.
367	Miért van szükségünk közösségalapú egészségfejlesztésre?	Benyó B	2017. 4.
<b>TELJES KÖZLEMÉNY</b>			
2739	A csecsemőkori allergiamegelőzés korszerű irányelvei és lehetőségei	Réthy A	2017. 1.
887	Egészségfejlesztési irodák hálózata	Bezzegh P	2016. 1.
716	Egészséges életmóddal kapcsolatos kutatások a hazai iskolákban	Járomi É, Szilágyi K, Vitrai J	2016. 1.
483	OKOSTÁNYÉR® – új táplálkozási ajánlás a hazai felnőtt lakosság számára	Szűcs Zs	2016. 4.
370	Hazai egészség-pillanatkép, 2017	Vitrai J, Bakacs M, Varsányi P	2017. 4.
336	Az iskolai egészségfejlesztés hazai és nemzetközi szemléletének bemutatása	Járomi É, Vitrai J	2017. 1.
268	Magyarország népegészségügyi rendszere és egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezetei	Túri G et. Al	2018. 2.
266	Összefoglaló „A munkahelyi egészségfejlesztés általános szervezeti megvalósítására vonatkozó szakmai útmutató”-ról	Solyomossy J, Koós T	2016. 3.
258	Amerikai táplálkozási ajánlás 2015-2020 - rövid ismertetés	Fekete K, Henter I	2016. 2.
247	2016-os éves jelentés a kábítószerhelyzetről – rövid összefoglaló	Nyírády A	2016. 4.
<b>"ÉRDEKESSÉG"</b>			
5,10	A csecsemőkori allergiamegelőzés korszerű irányelvei és lehetőségei	Réthy A	2017. 1.
2,15	Magyarország népegészségügyi rendszere és egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezetei	Túri G et al.	2018. 2.
1,38	Hazai egészség-pillanatkép, 2017	Vitrai J, Bakacs M, Varsányi P	2017. 4.
1,28	Képzeld el! Akció az irodában	szerkesztőség	2018. 3.
1,03	Egészségfejlesztési Irodák hálózata	Bezzegh P	2016. 1.
1,02	Kortárs egészségfejlesztési programok gyermekek és fiatalok körében a hazai és a nemzetközi szakirodalom tükrében – Szisztematikus áttekintés	Lukács-Jakab Á et al.	2018. 1.
1,02	A mintaadó népegészségügyi rendszerek elemzéséből levonható tanulságok és következtetések	Túri G et al.	2018. 2.
0,92	Pályázati felhívás tudományos közlemény írására mesterképzéses hallgatóknak	szerkesztőség	2018. 1.
0,83	Egészséges életmóddal kapcsolatos kutatások a hazai iskolákban	Járomi É, Szilágyi K, Vitrai J	2016. 1.
0,76	OKOSTÁNYÉR® – új táplálkozási ajánlás a hazai felnőtt lakosság számára	Szűcs Zs	2016. 4.

## Képzelve el! 3. – Befektetés a jövőbe

### Investing in the future

A sorozat első és második része olvasható a korábbi lapszámokban:

[„Képzelve el!”](#)

[„Képzelve el! Akció az irodában”](#)

Péter a zsúfolt buszon egyszer csak azt érezte, a combján hideg lé csordogál lefelé. A nadrágja zsebébe nyúlt, és akkor bevillant neki, hogy otthon futtában csak begyúrta oda a mirelit zöldborsós zacskót. Mire az iskolához ért, már térdig vizes volt a nadrágja. A kapuban Lili épp egy megrakott hátizsákkal kászálódott le a kerékpárról.

– Jól vagy? – kérdezte Pétert a nadrágra pillantva.

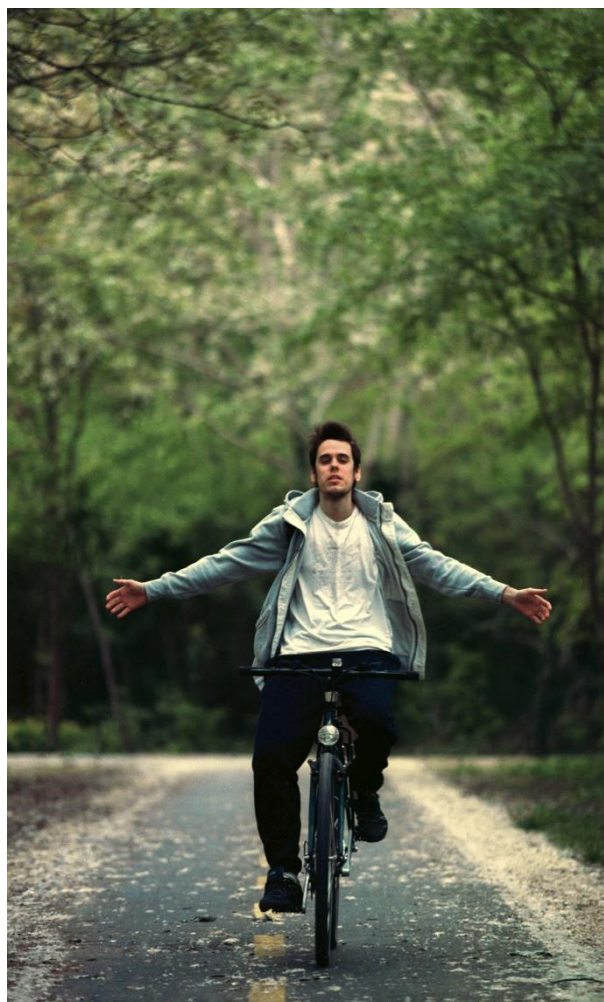
– Nyugi, csak a mirelit olvadt szét.

Lili Péteréssel szemközt lakott, de egy másik iskolába járt. A két iskola közös főzőbulit szervezett, amolyan kajacsatát, ahhoz kellett az alapanyag.

– Én frisset hoztam a sulikertből, paradicsomot, paprikát meg cukkinit. De ne parázz, a mirelit se rossz, még jobb is, mint a frigóban punnyadó zöldség. Na, jössz?

Péter még vett két nagy almát az automatából, salátába jó lesz, gondolta, ha már a fagyasztott borsóval égeti magát, csak mert nem volt kedve elballagni a közkertbe, ahol olcsón kaphatott volna a megmaradt friss zöldségekből. – Mit főzünk ma? Remélem, Lili mamája a sok zöldséghez hozott valami kis csirkemellet is! Vagy grillsajtot legalább...– jutott eszébe, és a gyomra kordult egyet.

Elindultak a számozott lépcsőkön, kilencszer tizenegy fokot kellett lépniük, mire a negyedikre értek. A diákok közül legtöbben már úgy belejöttek, hogy kettesével szedték a fokokat, sőt, a tanárok se nagyon használták a liftet. Lili, akinek otthon egy aranyos fehér patkánya volt, mindig az első emeleti lépcsőfordulóba kitett „napi cuki” meglepetésfotót várta, Péter viszont jólesően nyugtázta a harmadik emeleti fordulóban, hogy még nem cserélték le a plakátot a hosszú hajú lánnyal, aki biztatóan villantotta mosolyát a felfelé igyekvőkre. „Lépcsőzzetek ti is!” – tanácsolta a lány a plakáton, izmos lábát megfeszítve. Lili is odavetett egy tekintetet: túl



gebe vagy, csajsziám, mondta ki magában. Lili egy kicsit duci volt, de éppen csak hogy. Már egy éve, hogy sportosabb üzemmódba kapcsolta, és azóta a farmermérete kettővel csökkent. Az iskolában volt még jó pár túlsúlyos vagy éppenséggel kövér tanuló, de nem mindegyik nyomult rá a felkínált lehetőségekre. Pedig az iskola, mondhatni, fenekestől felfordult. Jövés-menés, értekezletek, szemináriumok, felújítás, átépítés, ivóutak, gyümölcsautomaták, főzőtanfolyamok és mozgás, mozgás, mozgás. Lili rajongott a változásért, egyből beiratkozott latin táncrea, és kardoskodott, hogy otthon a konyhában tegyék ki a falra a kalóriatáblá-

zatot, a nappaliba az ingyen sportpályákat mutató térképet, azonkívül térjenek át vegán kosztra. – A vegán nem is volt a javaslatok között, csak megemlítették, hogy olyan is létezik – torkolta le a bátyja.

A főzőbulin más szülők mellett Lili anyja is részt vett, előfőzött és zsúrizett. Amikor a két gyerek felért a negyedikre, a tankonyhából már kellemes edénycsörgést lehetett hallani, és enyhe fokhagymaillat terjengett.

Lili mamáját, aki lányával ellentétben nem kicsit volt duci, kezdetben dühítette, hogy beleavatkoznak az életükbe. Neki fiatalon sok évébe telt, mire sikerült – ahogy mondani szokták – „elfogadnia önmagát” a túlsúlyával együtt. Az anyja is ilyen volt, a férje is nagydarab, és a gyerekek rájuk ütöttek, hát igen, a gének. Akkor most mit jönnek ezzel az egészséggel?

„Ez az egész” akkor kezdődött, amikor bő másfél éve egy rendkívüli osztályfőnöki órára az igazgató is bejött és vele még ketten. Egészségfejlesztési szakemberek, mutatta be őket az igazgató. Nem látszanak éppen szakembereknek, gondolta az osztály. A farmeros, edzőcipős srác alig lehetett idősebb náluk, féloldalasan borotválta a haját, a karján egy ötcentis violinkulcs tetoválás virított. Társa, egy lány, törékenynek látszott, szintén farmert viselt, és a vállán egy laptoptáska lógott. Jó fejek voltak, az osztály hamar feloldódott, főképp hogy az igazgató pár bevezető szó után kiment. Az egészségfejlesztők, Domi és Liza összedugták a kütyüket, aztán vagy egy óra hosszán át felváltva beszéltek a világ népszerűségről, az éhezőről és az elhízottakról, a tonnaszámról, a kidobott enivalóról, az ökológiai lábnyomról, az élelmiszeriparról, a civilizációs betegségekről és a megelőzésükről, közben fotókat, videókat vetítettek, diagramokat mutattak, magyaráztak, sztoriztak. Aki akart, kérdezhetett vagy hozzászólhatott, aki nem akart, az csak figyelt vagy a telefonjával babrált. Búcsúzásként kérdőíveket kaptak, hogy töltsék ki otthon, a családdal együtt. Az elhangzottak után a tanulóknak már nem okozott meglepetést a kérdőív, a családban annál inkább. Ki hány centi, ki hány kiló, mennyi a derék- és csípőbőrsége, mit szoktak reggelizni, vacsorázni, volt-e ilyen és ilyen betegség a családban, járnak-e bármit sportolni, van-e kerékpárjuk, van-e külön szobájuk, kapnak-e pénzületi támogatást, mivel járnak a szülők dolgozni, mivel

mennek a gyerekek iskolába, a velős pacalt szeretik-e jobban vagy a párolt brokkolit?

– Kit érdekelhet annyira, hogy én hány kiló vagyok? – kérdezte Lili mamája. Annyi, amennyi, hagyjanak békén! Azt főzök, amit apátok szeret, és kész! Meg amit ki tudok gazdálkodni, amire telik. Még hogy napi hány adag zöldség! Nem vagyunk mi kecskék! Péter apja is elolvasta a kérdőívet, de nem szólt semmit, vállvonogatva kiment az erkélyre és rágyújtott egy cigarettára. Mióta a felesége meghalt, az égvilágon semmi nem érdekelt.

Volt olyan szülő is, aki simán széttépte a lapokat, de a többség inkább nagy igyekezettel pontról pontra kitöltötte és visszaküldte az iskolába.

Domi és Liza attól fogva gyakori látogatókká váltak, hol egyik, hol másik osztályba néztek be, beszélgettek a gazdasági igazgatóval, a tesitanárral, a konyhásokkal, a büféssel többször is. Néha többen is jöttek az igazgató irodájába, és olykor egy-egy celeb is felvonult a stábbal az iskola folyosóján és az udvaron. Mint kiderült, a nagy felhajtás a város összes iskoláját érintette, és ezzel egy időben a helyi médiában is megjelent a téma. Városvezetők, politikusok, helyi hatóságok emberei, orvosok, táplálkozási szakértők, tervezési testületek, sportszervezetek, civil közösségek, adományszervezetek, üzletemberek, kereskedők nyilatkoztak, hogy elkötelezettjei az egészséges életre nevelésnek, és valamennyien egyetértettek abban, hogy azt valójában már csecsemőkorban el kell kezdeni. Bejelentették, hogy ennek érdekében elindítják az „Egészséges testsúlyért” programot.

Aztán újabb szokatlan esemény történt: az iskolaigazgató meghívta a szülőket egy nagy közös szülői értekezletre, amit a díszteremben tartottak. A folyosót és a termet alaposan kiplakátozták, így aki még nem jött rá, az is megtudhatta, hogy az új egészségprogramot fogják beharangozni. Lili mamája a hasát mélyen behúzva haladt el a színpad előtt, és leült az első sorba, készen arra, hogy bármikor megvédje lányát a támadásoktól. Péter az apja helyett jött el, a karzaton álldogált, ahová a tanulókat is fölengedték, és onnan figyelte, hogy a színpadon helyüket keresgélő férfi és női előadók fele maga is ledobhatna pár kilót.

– Városunkban a gyermekkori túlsúly és elhízás gyakorisága magasabb, mint az országos átlag – kezdte élénken az igazgató, mire a teremben abbamaradt a zsongás. A siralmas adatok és az

egészségi kockázatok ecsetelése következett, megtűzdelve egy-egy meszes artériát és elhalt szívizmot mutató diával, amit a közönség felhördülése kísért. Az igazgató nagy meggyőző erővel fűzte a szót, tíz perc se telt bele, már a konklúziónál tartott, amely szerint a mai és a jövő nemzedékek érdekében bizony az egész városnak meg kell mozdulnia. Felvázolta az „Egészséges testsúlyért” programot, hangsúlyozva, hogy a gyermekkori elhízás problémájának megoldása nem csak annyi, hogy megtanítják a gyerekeket egészségesen enni és többet mozogni. A program ennél jóval több: a kultúra és a környezet megváltoztatása és befektetés a jövőbe. Nem kampányról van tehát szó, hanem egy évtizedekben mérhető, több szakma által megtámogatott, tervszerűen végrehajtott és ellenőrzött folyamatról.

Itt a polgármester vette át a szót egy elég meglepő állítással indítva. Azt mondta, hogy a túlsúly, az elhízás és az egészségromlás nem kizárólag az egyes gyerekek és szüleik felelőssége, hanem az egész társadalomé. A megelőzésért is közösen kell tenni, a városvezetés támogatásával. Nincs mindenkinek elég tudása és lehetősége, ráadásul a leginkább érintett családok többféle nehézséggel is szembesülnek, és több segítségre szorulnak. Ennek szellemében össze kell fogni a szülőkkel, a tanárokkal, az egészségfejlesztőkkel, az egészségügyiekkel, szociális munkásokkal, nem kihagyva a politikusokat, a munkahelyeket, a kereskedőket, a vállalkozókat és így tovább. Extra anyagi támogatást kapnak azok az iskolák, amelyekben az átlagot meghaladja a túlsúlyos gyerekek száma, és abból ivókutakat, tornatermet, sportpályát létesíthetnek, de felvehetnek akár személyes vagy intézményi segítőit is.

Lili még nem hallott így városi politikust beszélni olyasvalamiről, ami az ő családját is érinti. Kedvtelve ízlelgette a szavakat: életmódréner, coaching. Mi szeretnél lenni, ha felnőtt leszel? Coach! Nem is rossz, suhant át az agyán, és Péter felé küldött egy mosolyt, amit ő félénken viszonzott. A fiú nem volt túlsúlyos, hanem éppen hogy nyeszlett, és gátlásai miatt mindig csak tervezte, hogy beáll a többi fiú közé rúgni a bőrt. Most is elképzelte magát, amint győztesen emeli magasba a labdát, miközben Lili ágaskodva elkapja a szurkolók közé hajított izzadt pólóját.

Domi és Liza már félig-meddig ismerősként köszöntötte a szülőket, akikben mély nyomot hagyott a kérdőív. Érces megjegyzések röpködtek, hogy aki dolgozik, annak nem csalánleves kell sült patisszonnal, hanem egy jó véres steak, és hogy kinek van kedve dagadt lábbal pihenés helyett a sportpályán nyomatni. Nevetgélés hallatszott, az előadók pedig megértően mosolyogtak, de nem zavartatták magukat. Először Liza foglalta össze a kérdőíves felmérés eredményeit, emlékeztetve mindenkit, hogy fél év múlva újra számítanak szíves közreműködésükre, majd Domi mutatta be, hogy milyen tapasztalatokat gyűjtöttek. Az iskolákon kívül is aktívan szervezkedtek, olyannyira, hogy a városi kereskedelmi kamara vezetőit is sikerült megnyerniük az ügynek. Részben anyagi, részben egyéb jellegű támogatásról folynak tárgyalások, amelyek sokféle szegmenst érintenek, kezdve a sportszerek adományozásától az ételmisszerüzletek árukészletének átstrukturálásán át a marketingstratégia megváltoztatásáig. Nem könnyű, de a városvezetés kreatívan ötletel, ami az adózási feltételeket is érintheti. A városi lapban kuponakciót hirdettek, amivel kedvezményhez lehet jutni az önkormányzat által szervezett termelői piacon. A prezentációt Domi egy metalcore zenekar klipjével zárta, ami a karzaton nagy ovációt váltott ki.

A következő szónok, az egyik programkoordinátor megköszönte a polgármesternek, hogy az önkormányzat erőforrást biztosít a területi egészségmenedzserek képzésére és foglalkoztatására. Bejelentette azt is, hogy támogatja egy olyan online egészségfórumnak a létrehozását és működtetését, amely a lakosság tájékoztatására és egyéni tanácsadásra is szolgál. Hangsúlyozta, hogy mennyire fontos a szülőket felvilágosítani, hogy pontosan megértsék a program egyes beavatkozásait. Példaképpen elmesélte, hogy egy másik iskolában hogyan fogadták a szülők, amikor a táplálkozási szakértő azt kérte, hogy a túlsúlyos gyerekeknek csak tejet vagy vizet csomagoljanak a suliba, és még a gyümölcsle sem ajánlott. Sőt, az iskolabüfében sem lesz kapható, mégpedig azért, mert a gyümölcslevekben sokkal több a cukor, mint ha csak úgy megesszük a gyümölcsöt, és ezért bizony nem egészségesek. Abban a másik iskolában a szülők ezt hatalmas ostobaságnak tartották, rendkívül felháborodtak, kis híján lincshangulatba

kerültek. Ezek után jó félévbe telt, míg meg tudták győzni őket a gyümölcs kontra gyümölcslé vitában, de úgy, hogy még egy interaktív színházi előadást is rendeztek – fejezte be a történetet az előadó, de arra nem számított, hogy amit poénnak szánt, az rosszul sült el, és megismétlődik ugyanaz a sztori. A teremben ülők ugyanis egymás szavába vágva kiabálni kezdtek és felugráltak a székeikből. Az igazgató egy kanállal csengetett a poharán, de senki sem figyelt rá, az asztalnál ülők is egymással vitatkoztak. A polgármester előrement az emelvény széléig, integetni kezdett, és mikor némileg elcsendesült a hallgatóság, szívhez szóló hangon bizalmat kért a kedves szülőktől, megnyugtatta őket, hogy minden tájékoztatást és segítséget megkapnak, hiszen ezt az összefogást nem másért szorgalmazzák, mint épp a gyerekeikért.

Lili mamája a fejét forgatva kereste lányát a karzaton, és meglátta Péter mellett. Sajnálta a fiút, tudta, hogy az apja mennyire maga alatt van már évek óta. Hirtelen úgy érezte, kötelessége

segíteni, hogy Péter apja végre kimozduljon az apátiából és talpra álljon, de elsőként hűen be kell számolnia neki mindarról, ami itt elhangzott. A zárszót meg sem várva felvágta a lépcsőn, és anyaián hátra veregette a két gyereket. – Apád kosáredző volt régebben, ugye? – tette fel Péternek a kérdést. – Az volt, csak mióta... – kezdte a fiú, de a mama határozottan félbeszakította. – És az is lesz, mert apád állapota ugyan lesújtó, de nem reménytelen – közölte diadalmas mosollyal. – Gyertek át holnap vacsorára! Bízatom bennem, és garantálom, hogy a végén ő maga fog ajánlkozni az iskolába edzőnek!

– Azt nem hiszem, hacsak nem tetszik bedobni valami trükköt, mint az „Igazából szerelem”-ben Claudia Schifferrel...

– De hát őrá már lecsapott Liam Neeson! Én inkább Scarlett Johanssonra gondoltam – válaszolta Lili mamája, és titokzatosan összehúzott szemmel kinézett a távolba, a tavaszi alkonyat felé.

*Megjegyzés:* Talán meglepi az olvasót, hogy a fenti történet nem egy képzelt város képzelt szereplőiről és képzelt történéseiről szól. A történetet maga az élet írta: valós eseményeken alapul. Mi több! A történet elemeit a közel 20 éves és jelenleg is folyó „Amszterdami egészséges testsúly program” (Amsterdam Healthy Weight Program) ihlette, az ott folyó, gyermekkori elhízást megelőző beavatkozásokból szemezgettünk. Az amszterdami programról e számunkban több információt is olvashat.

*Köszönet illeti Kaposvári Csillát az Amszterdami egészséges testsúly programról szóló információk ismertetéséért, továbbá dr. Németh Évát a jelen formába öntéséért.*

# Egészségfejlesztő program középiskolások körében – Az alapállapot felmérés eredményei

Health promoting programme among high school students – The result of the baseline survey

Szerzők: Pénzes Gabriella ✉, Bíró Éva

*Debreceni Egyetem, Népegészségügyi Kar, Megelőző Orvostani Intézet, Egészségfejlesztési tanszék*

Beküldve: 2018. 05. 07.

doi: 10.24365/ef.v59i4.291

**Bevezetés:** Napjainkban a legfőbb haláloki tényezők közé tartoznak a daganatos valamint a szív- és érrendszeri betegségek, mely kórok kialakulásához az egészségtelen életmód nagyban hozzájárul. A betegségteher csökkentése és e betegségek megelőzése érdekében fontos, hogy már fiatal korban megtörténjen az egészséges életmód rutinjának elsajátítása, melyre a család mellett az iskola gyakorolja a legnagyobb hatást. Ezért célul tűztük ki egy egészséges életmód elsajátítását célzó egészségfejlesztő program kidolgozását középiskolások körében, mely folyamat első lépése a jelen közlemény keretei között bemutatott alapállapot-felmérés az egészségmagatartás, egészségi állapot és egészséges életmóddal kapcsolatos tudás vonatkozásában.

**Módszertan:** Vizsgálati populációkat egy Hajdú-Bihar megyei középiskola 9. évfolyamos diákjai alkotják, akik körében 2016 őszén került sor az alapállapot felmérésre. Az adatfelvételünk magvát egy önkitöltős, egészségmagatartásra és egészségi állapotra vonatkozó kérdéseket tartalmazó kérdőív, egy egészséges életmóddal kapcsolatos tudásteszt, és egy tápláltsági állapot mérés adta. Az adatelemzés során megvizsgáltuk, hogy oktatási intézménytípusonként van e különbség a tanulók egészségi állapotában és egészségmagatartásában, melyhez khi-négyzet próbát, Fisher-egzakt tesztet, ANOVA-t, illetve a nem normál eloszlású folytonos változók esetén Kruskal-Wallis tesztet alkalmaztunk.

**Eredmények:** A felmérésben 130 tanuló vett részt, mely tanulók 33,9%-a gimnáziumi, 36,9%-a szakgimnáziumi, 29,2%-a pedig szakközépiskolai osztályba járt. Felmérésünkből kiderült, hogy a különböző oktatási intézménytípusban tanulók egészségmagatartása és egészséges életmóddal kapcsolatos tudása eltér. A szakközépiskolába járók több édességet ( $p=0,034$ ) és üdítőitalt ( $p=0,001$ ) fogyasztottak, inaktívabbnak mutatkoztak társaiknál ( $p=0,001$ ). A gimnazisták kevesebb időt töltöttek hétvégenként számítógép vagy más elektronikus eszköz (táblagép, okostelefon) használatával ( $p=0,013$ ), körükben alacsonyabb volt a rendszeresen dohányzók aránya ( $p<0,001$ ), a részegség életprevalenciája ( $p=0,009$ ), és a szexuális kapcsolatot létesítettek aránya ( $p=0,001$ ), valamint a tudástesztben ők írták a legmagasabb átlagpontoszámot ( $p=0,011$ ).

**Következtetés:** Ezen kezdeti eredmények az intervenció tervezéséhez és fejlesztéséhez adnak segítséget, ezek alapján kerülnek kiválasztásra a program során tárgyalt témák, a tanulók tudásában meglévő különbségeket pedig az egyes foglalkozások felépítése során vesszük figyelembe.

**Kulcsszavak:** egészségmagatartás, serdülők, egészségfejlesztő program

**Introduction:** Nowadays the leading causes of death are cancers and cardiovascular diseases, which are determined mostly by unhealthy lifestyle. In order to reduce burden of diseases and prevent these diseases, it is important to get the routine of healthy lifestyle early in the juvenile, on which the school may have the greatest impact in addition to the family. Therefore, the aim of our research is the development of a health promoting program among high school students in order to help them to lead a healthy lifestyle. In this article the results of the baseline survey, as the first step of this process, will be presented.

**Methodology:** Our study population contain 9th grade students of a high school in Hajdú-Bihar county, the baseline survey was carried out during the autumn of 2016. Our survey consists of a self-administered health and behaviour questionnaire, a test aimed to measure the healthy lifestyle-related knowledge, and a nutritional status measurement. During the data analysis, the chi-square and Fisher exact test, ANOVA and in the case of the non-normal distributed continuous variables Kruskal-Wallis test were used in order to investigate the differences between the different types of institutions at the high school.

**Results:** 130 students participated in the study, from them 33.9% were in high school, 36.9% in secondary school and 29.2% in vocational school. Our survey revealed that there is a difference between the behaviour and knowledge among students from different types of institutions. The students in vocational training consumed more sweets ( $p = 0.034$ ) and soft drinks ( $p = 0.001$ ), were more inactive than their counterparts ( $p = 0.001$ ). The high school students spent the least time with computer use on weekends ( $p=0.013$ ), the proportion of regular smokers ( $p<0.001$ ), the lifetime prevalence of drunkenness ( $p=0.009$ ) and the proportion of those who already have sexual intercourse ( $p=0.001$ ) was the lowest, while they reached the highest average score on the knowledge test ( $p=0.011$ ).

**Conclusions:** These initial results help to plan and develop the program, since the topics of the program will be chosen based on them and the existing differences in the knowledge of the students will also take into consideration during the sessions.

**Keywords:** health behaviour, adolescents, health promoting programme

## BEVEZETÉS

Napjainkban Magyarországon a korai halálozás legfőbb oki tényezői a daganatos megbetegedések és a keringési rendszer betegségei, melyek kialakulásához az egészségtelen táplálkozás, a mozgásszegény életmód, illetve a káros szokások nagyban hozzájárulnak. Ezen betegségek elkerülése végett fontos, hogy már fiatalkorban megtörténjen az egészséges életmód rutinjának elsajátítása.<sup>1</sup>

A fiatalok egészségmagatartásával kapcsolatban több kutatás is folyt és folyik, nemzetközileg és Magyarországon egyaránt. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása (*Health Behaviour in School-aged Children, HBSC*) az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás, melynek keretében az 5., 7., 9., és 11. évfolyamos tanulók egészségi állapotát és egészségmagatartási szokásait mérik fel 4 évente.

A legutolsó adatfelvétel a 2013-2014-es tanévben történt, melynek eredményeit 2016-ban publikálták, csak úgy, mint a nemzetközi HBSC beszámolót. E felmérés alapján elmondható, hogy a hazai iskoláskorúak táplálkozási és testmozgási szokásai nemzetközi viszonylatban nézve sem megfelelőek, valamint a rendszeresen dohányzók, alkoholt fogyasztók, lerészegedők és szexuálisan aktívak arányát tekintve vezető helyet foglalunk el a nemzetközi tabellán.<sup>2,3</sup>

A HBSC kutatáson kívül, a fiatalok rizikómagatartásaival az „Európai iskolavizsgálat a fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásairól” (*European School Survey Project on Alcohol and other Drugs, ESPAD*) kutatás is foglalkozik. Ennek az iskolavizsgálatnak a célja, hogy a fiatalok fogyasztási szokásairól 4 évenként ismétlődő, időben és nemzetközileg összehasonlítható adatokat gyűjtsön. Az utolsó jelentést 2016-ban publikálták, mely felmérést a



16. életévüket a felmérés évében betöltők körében végezték. A 2014-es HBSC kutatás eredményeihez hasonlóan, az ESPAD vizsgálatban résztvevő országok átlagértékéhez képest a magyar fiatalok közül többen dohányoznak rendszeresen, és a problémás alkoholfogyasztás is gyakrabban jellemző rájuk.<sup>4,5</sup>

A nemzetközi vizsgálatokon túlmenően a 2014-2015-ös tanévben hazánkban megvalósított Iskolai Egészségkommunikációs Felmérés (iEKF) az 5., 7., és 9. osztályos tanulók életmódjáról és egészséggel kapcsolatos ismereteikről, attitűdjükről, valamint kommunikációs szokásaikról gyűjtött információt. A vizsgálatból kitűnik, hogy a fiatalok az egészséggel kapcsolatos témák közül leginkább a testmozgással kapcsolatos információk iránt érdeklődtek (közel felük), a többi témakör (pl.: étkezés, dohányzás, alkoholfogyasztás, drogok, szex) meglehetősen kis hányadukat foglalkoztatta. A keresés gyakorisága az évfolyamok előrehaladtával nőtt. Az információforrások közül leginkább a családjukat tartották hiteles forrásnak, de az idősebb tanulók az internetet és barátaikat is preferálták.<sup>6,7</sup>

Figyelembe véve a Magyarországon eddig iskolások körében végzett országos kutatások eredményeit egyértelművé válik, hogy szükség van a fiatalokat megcélzó hatásos, egészségmagatartást fejlesztő prevenció programokra, ahol a gyerekek megfelelő, hiteles információforrásból tudnak tájékozódni az egészséges életmód témakörében és el tudják sajátítani azokat a készségeket, melyek szükségesek egészségük megtartásához, fejlesztéséhez. Az iskoláskorúak körében szervezett programok egyik lehetséges eleme a kortársoktatás, mely világszerte – így hazánkban is – egyre népszerűbb. Egy friss hazai szakirodalmi áttekintő azonban rámutatott arra, hogy ezek pedagógiai módszeréről és hatékonyságáról nem tudunk még eleget, ami különösen igaz az itthon eddig megvalósult ilyen jellegű kezdeményezések többségére.<sup>8</sup>

Mivel a gyermek életmódjában, egészségmagatartási szokásainak kialakulásában a családi mintán túl az iskola, mint az intézményes szocializáció fontos színtere játszik nagy szerepet<sup>9</sup>, ezért feltételezhető, hogy egy iskolai szintéren végbemenő hatékony egészségfejlesztési program segítségével a magyar iskoláskorúak egészségmagatartása - és így hosszú távon az egészségi állapota - kedvezően befolyásolható. Magyarországon a 20/2012 (VIII/31) EMMI rendelet a nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasznála-

táról előírja, hogy minden nevelési-oktatási intézményben valósuljon meg a teljes körű egészségfejlesztés, melynek célja, hogy minden gyermek részesüljön az egészségi állapotát hatékonyan fejlesztő, az intézményben rendszerszerűen működő egészségfejlesztő tevékenységekben.<sup>10</sup> Az iskolai egészségfejlesztés megvalósítására további útmutatást a Teljes körű Iskolai Egészségfejlesztési Konceptió (TIE Konceptió) ad, mely meghatározza és megalapozza a fejlesztések keretét, a későbbi stratégia, a programok és a beavatkozások koordináltságát.<sup>11</sup> A Nemzeti alaptanterv (NAT) pedig lehetőséget biztosít arra, hogy tanrendbe ágyazottan valósuljanak meg az iskolai egészségfejlesztő programok.<sup>12</sup>

Mindezek figyelembe vételével célul tűztük ki egy olyan egészségfejlesztő program kidolgozását középiskolások körében, amelynek hatására a résztvevők bővebb ismerettel rendelkeznek az egészséges életmóddal kapcsolatban és ez a tudás a gyakorlatban, a magatartásuk szintjén is realizálódik. A kutatás első szakasza az alapállapot-felmérés volt, a program során ehhez viszonyítva történik majd meg az eredmények értékelése. Jelen közleményben ezen alapállapot felmérésként elvégzett keresztmetszeti vizsgálat során használt módszert és a kapott eredményeket szeretnénk bemutatni, valamint az erre épülő javaslatokat megfogalmazni.

## MÓDSZERTAN

Kutatásunk kezdetén szakmai-etikai engedélyért folyamodtunk az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottsághoz (TUKEB), mely engedélyt a bizottság a vizsgálat megkezdéséhez 2016. október 7-én kiadta (TUKEB ügyiratszám: 49460-5/2016/EKU). Vizsgálatunk helyszínéül egy Hajdú-Bihar megyei középiskolát választottunk, ahol fellelhető mind a három oktatási intézménytípus (gimnázium, szakgimnázium, szakközépiskola). Kutatásunkba a 2016-ban 9. évfolyamot kezdő diákokat vontuk be. Összesen 6 osztály vesz részt a vizsgálatunkban, minden oktatási intézménytípusból 2, ahol egyik osztály az intervenció, a másik pedig a kontroll csoport részét képezi. A tanulók vizsgálatban való részvételéhez szüleik írásos hozzájárulást adtak, azonban maga a részvétel önkéntes volt, így azt a tanuló visszautasíthatta.

Az alapállapot-felmérés a 2016/2017-es tanévben történt, egy papír alapú önkitöltős anonim egészségmagatartást mérő kérdőív és egészségismereteket felmérő tudásteszt segítségével. Az egészségmagatartást mérő önkitöltős kérdőívünk alapjául három iskolások körében végzett, hazánkban is lezajlott kutatásban használt kérdőív szolgált: az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása kutatás (HBSC 2014), az Európai iskolavizsgálat az alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásokról (ESPAD 2015), és az Iskolai Egészségkommunikációs Felmérés (iEKF).<sup>3,5,13</sup>

A diákok a kérdőívet a tanév elején töltötték ki egy 45 perces tanórán, a foglalkozások négy témakörével (táplálkozás, testmozgás, függőségek, nemiség-szexualitás) összhangban álló tudásteszt kitöltése pedig mindig az adott témakörű foglalkozás előtt történt. A tudástesztet kitöltők elemszáma témakörönként eltért, melynek oka az évközi lemorzsolódás vagy tartós hiányzás volt.

A demográfiai adatokon túl az alábbi témakörökre vonatkozó eredményeket ismertetjük: egészségmagatartási szokások (táplálkozás, fizikai aktivitás), rizikómagatartási szokások (dohányzás, alkoholfogyasztás, szerfogyasztás, szexuális magatartás), egészségi állapot, étellel való elégedettség, valamint az egészségismereteket felmérő teszt eredménye, külön kitérve az egyes témakörökre (táplálkozás, testmozgás, függőségek, nemiség-szexualitás).

A táplálkozási szokások témakörében megkérdeztük a tanulókat, hogy hétvégén illetve hétköznap milyen gyakran reggeliznek, valamint, hogy milyen gyakran fogyasztanak zöldséget, gyümölcsöt, édességet, illetve cukros üdítőitalt.

Fizikai aktivitásuk kapcsán felmértük, hogy a kérdőív kitöltését megelőző héten hány olyan nap volt, amikor legalább 60 perces testmozgást végeztek mérsékelt intenzitással vagy intenzív módon. Ezt a HBSC vizsgálati protokoll alapján, az alábbi módon értékeltük: elegendő a testmozgás, ha a hét minden napján mozgott a gyermek, közel elegendő, ha 5-6 napon, kevés, ha 3-4 napon és nagyon kevés, ha kevesebb, mint 2 napon végzett legalább 60 percnyi testmozgást.<sup>3,14</sup>

Megkérdeztük, hogy a tanulók egy átlagos hétköznap illetve hétvégi napon mennyi időt fordítanak valamilyen képernyő előtti tevékenységre, ezen belül televízió és video nézésre, számítógépen, és egyéb elektronikus eszközön (játékkonzol, táblagép,

okostelefon) történő játékra, illetve számítógép (okostelefon, táblagép) használatára játékon kívül. Szintén a HBSC felmérés módszertana alapján a legalább napi 2 óra használatot tekintettük soknak.<sup>3,14</sup> Rizikómagatartás témakörén belül a dohányzás, elektronikus cigarettázás, és vízpipázás életprevalenciáját és e tevékenységek rendszerességét, az alkoholfogyasztás és a lerészegedés életprevalenciáját, az illegális szerfogyasztást, és a szexuális élet megkezdését vizsgáltuk.<sup>3,14</sup>

Megkérdeztük, hogy a diákoknak van-e valamilyen tartós betegsége, milyennek gondolják az egészségüket, illetve a 0-10 fokozatú Cantril létra segítségével képet kaptunk arról is, hogy mennyire elégedettek életükkel.<sup>3</sup>

Az egészséges életmóddal kapcsolatos tudásteszt feladatai feleletválasztós (zárt) kérdések voltak (alternatív feladatok, páros asszociáció, választásos feladatok, hiba kutatás, többszörös választás), melyek négy témakört dolgoztak fel: táplálkozás, testmozgás, függőségek, nemiség-szexualitás. A diákok által elért átlagpontoszámokat összességében és témakörökre bontva is kiszámoltuk.

A kérdőív és a tesztek kitöltésénél népegészségügyi szakember vett részt, mint felügyelő, így ha a tanulóknak kérdése akadt, szakszerű tájékoztatásban részesültek. Az esetleges beviteli hibák elkerülése végett kettős adatrögzítés történt, az adatok tisztítása során pedig a kérdőív kérdéseinek logikai összefüggéseit vettük figyelembe.

Az adatelemzéshez a STATA 10.1 programot használtuk. Az intézménytípusonkénti összevetéshez khi-négyzet próbát, Fisher-egzakt tesztet, ANOVA-t, illetve a nem normál eloszlású folytonos változók esetén Kruskal-Wallis tesztet alkalmaztunk.

## EREDMÉNYEK

A felmérésben 130 tanuló vett részt, a részvételi arány 87,3% volt. A diákok nemi és oktatási intézménytípusonkénti megoszlását az 1. táblázat mutatja.

A tanulók 38,3%-a reggelizett minden hétköznap, gyümölcsöt 16,4%-uk, zöldséget 11,7%-uk, édességet és üdítőitalt pedig közel harmaduk fogyasztott napi rendszerességgel. A szakközépiskolába járók több édességet ( $p=0,034$ ) és üdítőitalt ( $p=0,001$ ) fogyasztottak, mint a gimnázium és szakgimnázium tanulói. [2. táblázat]

1. táblázat: Demográfiai adatok

		% (n)
<b>Nemek aránya</b>		
	fiú	47,7% (62)
	lány	52,3% (68)
<b>Oktatási intézménytípusok közötti megoszlás</b>		
	Gimnázium	33,9% (44)
	Szakgimnázium	36,9% (48)
	Szakközépiskola	29,2% (38)

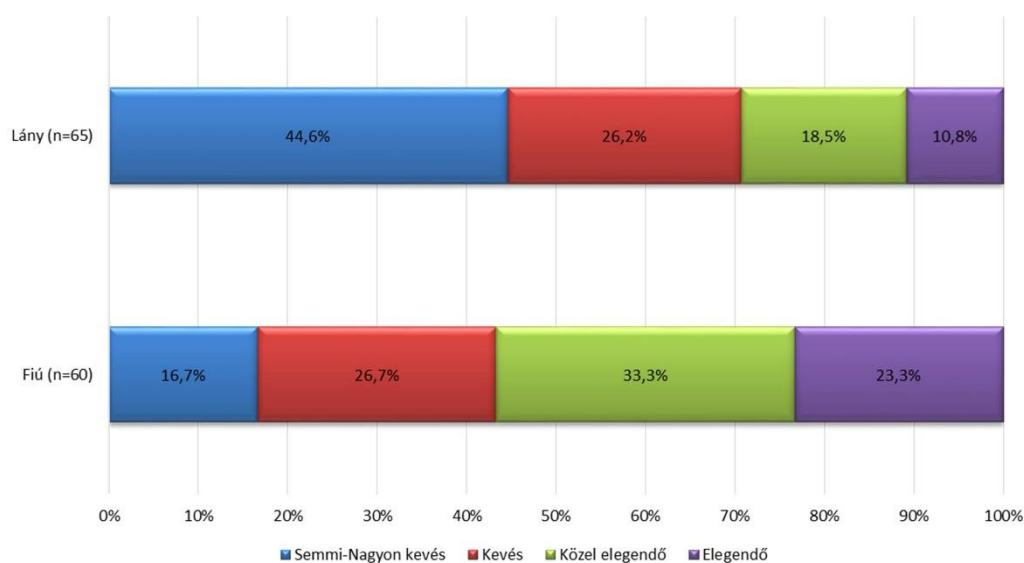
Forrás: saját szerkesztés

2. táblázat: A tanulók táplálkozási szokásai oktatási intézménytípus szerinti bontásban

	Teljes évfolyam % (n)	Gimnázium % (n)	Szakgimnázium % (n)	Szakközépiskola % (n)	p-érték
Reggelizés minden hétköznap (n=128)	38,3% (49)	36,4% (16)	38,3% (18)	40,5% (15)	0,928
Reggelizés hétvégén mind- két nap (n=125)	72,0% (90)	68,2% (30)	72,3% (34)	76,5% (26)	0,720
Gyümölcsfogyasztás naponta (n=128)	16,4% (21)	15,9% (7)	19,2% (9)	13,5% (5)	0,782
Zöldségfogyasztás naponta (n=128)	11,7% (15)	9,1% (4)	6,3% (3)	21,6% (8)	0,078
Édességfogyasztás naponta (n=129)	31,0% (40)	25,0% (11)	23,4% (11)	47,4% (18)	0,034
Cukros üdítőital fogyasztás naponta (n=128)	32,8% (42)	14,0% (6)	33,3% (16)	54,1% (20)	0,001

Forrás: saját szerkesztés

1. ábra: Kérdőív kitöltése előtti héten, legalább mérsékelt intenzitással végzett testmozgás gyakorisága nemenként



Forrás: saját szerkesztés

A kérdőív kitöltését megelőző héten a tanulók (n=125) 31,2%-a nagyon kevés, 26,4%-a kevés, 25,6%-a közel elegendő, és 16,8%-uk elegendő testmozgást végzett, tehát mind a 7 napon legalább

60 percet mozgott minimum mérsékelt intenzitással. A legtöbb testmozgást a szakgimnazisták végezték, majd a gimnazisták, és a szakközépiskola tanulói a legkevesebbet (p=0,001). [1. ábra]

3. táblázat: Naponta legalább 2 órát képernyő előtt töltők aránya tevékenység és oktatási intézménytípus szerinti bontásban

		Teljes minta	p-érték	Gimnázium % (n)	Szakgimnázium % (n)	Szakközépiskola % (n)	p-érték
TV, video nézés	Hétköznap (n=130)	64,6%	<0,001	61,4% (27)	64,6% (31)	68,4% (26)	0,801
	Hétvégén (n=130)	90,8%		81,8% (36)	95,8% (46)	94,7% (36)	0,059
Elektronikus eszköz használata	Hétköznap (n=129)	52,7%	<0,001	43,2% (19)	58,3% (28)	56,8% (21)	0,293
	Hétvégén (n=129)	76,7%		63,6% (28)	89,6% (43)	75,7% (28)	0,013
Játék elektronikus eszközön	Hétköznap (n=130)	44,6%	<0,001	52,3% (23)	31,3% (15)	52,6% (20)	0,064
	Hétvégén (n=127)	68,5%		65,9% (29)	68,1% (32)	72,2% (26)	0,830

Forrás: saját szerkesztés

4. táblázat: Rizikómagatartási formák prevalenciája oktatási intézménytípus szerinti bontásban

		Teljes évfolyam % (n)	Gimnázium % (n)	Szakgimnázium % (n)	Szakközépiskola % (n)	p-érték
<b>Dohányzás</b>						
Cigaretta	Életprevalencia (n=126)	46,8% (59)	37,2% (16)	50,0% (23)	54,1% (20)	0,278
	Legalább hetente egyszer él vele (n=128)	21,9% (28)	2,3% (1)	27,1% (13)	37,8% (14)	<0,001
E-cigaretta	Életprevalencia (n=123)	29,3% (36)	16,3% (7)	33,3 (16)	40,6 % (13)	0,053
	Legalább hetente egyszer él vele (n=130)	6,2% (8)	4,6% (2)	4,2% (2)	10,5 % (4)	0,477
Vízpipa	Életprevalencia (n=125)	39,2% (49)	39,5% (17)	41,3% (19)	36,1% (13)	0,891
	Legalább hetente egyszer él vele (n=130)	7,7% (10)	6,8% (3)	8,3% (4)	7,9% (3)	0,999
<b>Alkoholfogyasztás</b>						
Alkoholfogyasztás életprevalenciája (n=121)		88,4% (107)	88,1% (37)	86,4% (38)	91,4% (32)	0,829
Részegség életprevalenciája (n=124)		54,8% (68)	35,7% (15)	63,0% (29)	66,7% (24)	0,009

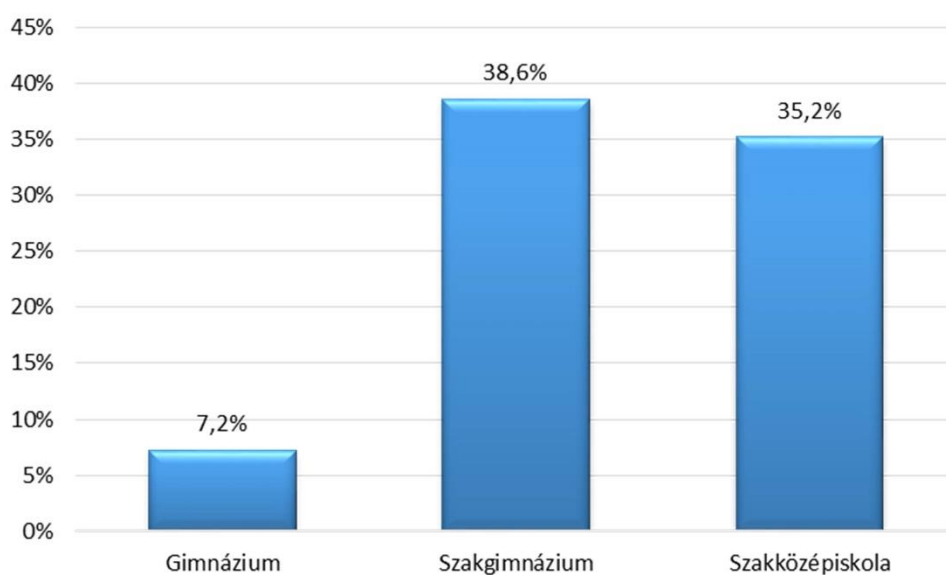
Forrás: saját szerkesztés

Általánosságban elmondható, hogy a tanulók hétköznapi szinten több időt töltöttek képernyő előtt, mint hétköznapi szinten (p<0,001). A hétköznapi számítógép és más elektronikus eszköz használatánál szignifikáns különbséget találtunk a különböző intézménytípusban tanulóknak között, eszerint a gimnazisták töltöttek kevesebb időt ezen eszközök használatával, míg a szakgimnazisták a legtöbbet (p=0,013). [3. táblázat] A tanulók közel fele kipróbálta már a dohányzást, harmaduk az elektronikus-cigarettát, és 39%-uk a vízipipát. A rendszeres használatot illetően elmondhatjuk, hogy a gimnazisták közül szignifikánsan kevesebben voltak, akik legalább heti rendszerességgel rágyújtottak a cigarettára, mint más intézménytípusban tanuló társaik (p<0,001). [4. táblázat] A legtöbb tanuló fogyasztott már alkoholt, és több, mint felük került már részeg állapotba élete során. A szakgimnazisták és a szakközépiskolások részegségének életprevalen-

ciája szignifikánsan magasabb, mint a gimnazistáké (p=0,009). [4. táblázat] Az évfolyamból összesen 4 tanuló élt már illegális szerrel, mindegyikük kipróbálta a marihuánát, de volt aki közülük más szert is.

A válaszadó tanulók (n=123) 26,8%-ának volt már szexuális kapcsolata, legtöbbjüknek először 14-15 éves korban. Ezen tanulók 81,8%-a óvszerrel, 15,2%-a tablettával, 6,1%-a egyéb módon, 15,2%-a pedig semmivel sem védekezett a legutóbbi szexuális együttlétük alkalmával. A különböző oktatási intézménytípusok között a védekezés módját tekintve szignifikáns különbséget nem találtunk, viszont az elmondható, hogy a gimnazisták közül szignifikánsan kevesebben éltek szexuális életet, mint szakgimnáziumi, vagy szakközépiskolai társaik (p=0,001). [2. ábra]

2. ábra: Szexuális kapcsolatot már létesített tanulók aránya oktatási intézménytípus szerint (n=33)



Forrás: saját szerkesztés

A válaszadók 13%-ának van valamilyen tartós betegsége, ehhez képest azonban a tanulók csupán 42%-a vélte jónak, vagy kitűnőnek egészségi állapotát. Az étellel való elégedettséget mérő 0-10-ig terjedő skálán a tanulók átlagpontszáma 7,01 (SD=1,93; min.: 0, max.: 10) volt. A szakközépiskolába járó tanulók étellel való elégedettsége szignifikánsan alacsonyabb volt, mint más intézménytípusba járó társaiké (p=0,002). [5. táblázat]

A tanulók az egészséges életmóddal kapcsolatos tudásteszten elérhető 96 pontból átlagosan 51,8 pontot értek el (SD= 10,32; min: 28, max: 73). Összességében elmondható, hogy a teszten és a részteszten a gimnazisták szereztek meg a legmagasabb pontszámot, majd a szakgimnazisták és – a szexualitással kapcsolatos teszten kívül – végül a szakközépiskolások következtek. [6. táblázat]

5. táblázat: A tanulók egészségi állapota, étellel való elégedettsége oktatási intézménytípus szerint

	Teljes évfolyam (n)	Gimnázium (n)	Szaggimnázium (n)	Szakközépiskola (n)	p-érték
Tartós beteg (n=127)	13,3% (17)	16,3% (7)	14,6% (7)	8,1% (3)	0,575
<b>Szubbjektív egészség (n=127)</b>					
Rossz/nagyon rossz	16,3% (21)	15,9% (7)	12,8% (6)	21,1% (8)	0,820
Megfelelő	41,9% (54)	45,5% (20)	40,4% (19)	39,5% (15)	
Jó/kitűnő	41,9% (54)	38,6% (17)	46,8% (22)	39,5% (15)	
<b>Étellel való elégedettség (n=128)</b>					
Cantril létra átlag pontszám (0-10 pont)	7,01 (SD= 1,93, min.:0; max.: 10)	7,11 (SD= 1,59, min.:4; max.: 10)	7,49 (SD= 1,54, min.:4; max.: 10)	6,27 (SD= 2,49, min.:0; max.: 10)	0,002

Forrás: saját szerkesztés

6. táblázat: A tanulók egészséges életmóddal kapcsolatos tudástersten elért átlagpontszámok témák és oktatási intézménytípus szerinti bontásban

	Teljes évfolyam	Gimnázium	Szaggimnázium	Szakközép	p-érték
Összesen elért pontszám (max. 96 pont) (n=109)	51,8 (SD=10,3, min.:23, max.:73)	58,3 (SD=6,6, min.:42, max.:73)	48,5 (SD=10,6, min.:23, max.:67)	47,1 (SD=9,9, min.:29, max.:73)	<0,001
Táplálkozás teszt (max. 36 pont) (n=130)	15,2 (SD= 15,2, min.:5, max.: 25)	16,9 (SD=3,4, min.:9, max.:23)	14,6 (SD=3,9, min.:7, max.:23)	13,9 (SD=4,6, min.:5, max.:25)	0,001
Fizikai aktivitás teszt (max. 20 pont) (n=120)	14,7 (SD=3,3, min.:5, max.:20)	16,1 (SD=2,9, min.:5, max.:20)	14,2 (SD=3,4, min.:7, max.:20)	13,3 (SD=3,1, min.:5, max.:19)	<0,001
Függőség teszt (max. 19 pont) (n=117)	10,7 (SD=3,3, min.:0, max.: 17)	11,7 (SD=2,4, min.:6, max.:17)	10,9 (SD=4,0, min.:0, max.:17)	9,3 (SD=3,6, min.:3, max.:16)	0,002
Nemiség, szexualitás teszt (max. 26 pont) (n=116)	10,8 (SD=4,1, min.:0, max.: 20)	13,3 (SD=3,4, min.:4, max.:20)	8,9 (SD=3,8, min.:0, max.:16)	10,0 (SD=3,7, min.:4, max.:19)	<0,001

Forrás: saját szerkesztés

## MEGBESZÉLÉS

Az alapállapot-felmérés eredményei alapján elmondható, hogy a vizsgálatba bevont tanulók táplálkozási szokásai nem voltak kielégítőek, közülük is a szakközépiskolába járók mutattak kedvezőt-

lenebb képet az édesség- és cukros üdítőital fogyasztás tekintetében. A diákok közül kevesen végeztek elegendő testmozgást, a szakközépiskolások mozogtak a legkevesebbet. Képernyő előtt passzívan igen sokan töltöttek naponta több, mint 2 órát. A hétvégén a tanulók minden esetben több

időt töltöttek TV vagy videó nézéssel, számítógép, vagy más elektronikus eszköz használatával, illetve ezen eszközökkel való játszással. Elmondható az is, hogy ezen időszakban a szakgimnazisták és szakközépiskolások szánták a legtöbb időt számítógépezésre, elektronikus eszköz használatra.

A rizikómagatartást tekintve a tanulók közel fele próbálta már a cigarettát, és a rendszeresen dohányzók a tanulók egyötödét tették ki. Az elektronikus cigarettát, vagy vízpipát már ennél kevesebben próbálták ki, illetve használták rendszeresen. Közel 90%-uk ivott már valamilyen szeszes italt, és 54,8%-uk volt már részeg életében legalább egyszer. Negyedüknek volt már szexuális kapcsolata. A szakgimnazista és szakközépiskolás diákok között szignifikánsan magasabb volt a rendszeresen dohányzók aránya, a részegség életprevalenciája, valamint a szexuális életet megkezdők aránya a gimnáziumban tanuló társaikhoz képest.

Az oktatási intézménytípusok közötti különbségeket nézve elmondható, hogy a kapott rizikómagatartásra vonatkozó eredményeink összhangban vannak a hazai HBSC 2014 felmérés eredményeivel: az érettségit nem adó oktatási intézménytípusban tanulók kedvezőtlenebb képet mutattak a dohányzás, a részegség és a szexuális élet megkezdését illetően.<sup>3</sup>

Vizsgálatunkban a válaszadók kis hányada rendelkezett valamilyen tartós betegséggel, ehhez képest a tanulók alig több, mint 40%-a vélte jónak, vagy kitűnőnek egészségi állapotát. A tanulók életükkel átlagosan elégedettek, de a szakközépiskolába járó tanulók kevésbé, mint más intézménytípusba járó társaik.

A tudástesztben elért eredményeket tekintve látható, hogy vannak alapvető tudásbeli hiányosságok, amelyek kiküszöbölése nélkül nehezen lehet tudatos, egészséges életmódot folytatni. Különböző oktatási intézménytípusban tanulók tudásszintje eltérést mutatott: a szakközépiskolás tanulók egészséges életmóddal kapcsolatos tudása alacsonyabb volt. Ezen tudásbeli különbség közrejátszhat abban, hogy a szakközépiskolások egészségmagatartása alakult a legtöbb mutató esetében a legkedvezőtlenebbül.

Vizsgálatunk limitációjaként elmondható, hogy több akadályba is ütköztünk a gyakorlati megvalósítás során, mely a kezdeti állapotfelmérést valamilyen szinten korlátozta. Az egyik ilyen tényező a szülők és a gyerekek együttműködési hajlandóságának hiánya

volt a vizsgálatban való részvételt illetően, mely akadályozta vizsgálatunk gördülékenységét és ezért már a kutatás kezdetén egy egész osztályt ki kellett zárunk. Maga az adatfelvétel a tanulók hiányása miatt hosszadalmasabb volt, mint terveztük, hiszen a hiányzó tanulókkal a kérdőív kitöltését be kellett pótoltatni annak érdekében, hogy az alapállapotfelmérés eredményei mindenkiről rendelkezésre álljanak.

A tanulókat vizsgálatunkban anonim módon nyomon követjük, melynek módszere (egyéni kód és ellenőrző kérdések alkalmazása) újszerű megoldásnak mondható, és egyúttal megteremti a lehetőségét az eredmények egyéni - és nem csak csoportszintű (intervenciós vs. kontroll osztály) - értékelésének. A papír alapú tesztek rögzítése a kérdőív terjedelme miatt időigényes folyamat, ezért a továbbiakban tervezzük az online kitöltési módra történő áttérést.

## KÖVETKEZTETÉSEK

A jelen közleményben bemutatott alapállapotfelmérés eredményeit az intervenció kidolgozásához és az azok által elért eredmények értékeléséhez használjuk majd fel, mégpedig úgy, hogy a tervezés során a kiugróan kedvezőtlen egészségmagatartásbeli problémákat (pl.: egészségtelen táplálkozás, mozgásszegény életmód, problémás alkoholfogyasztás) prioritizáljuk és az ebben az iskolában kevésbé jellemző területek (pl. illegális szerfogyasztás) tárgyalását későbbre tervezzük. Mivel a foglalkozásoknak idomulniuk kell a serdülők alaptudásához, azok tervezésénél ezt fontos figyelembe vennünk, pl. a szakgimnáziumban és szakközépiskolában a hiányosabb biológiai ismereteket be kell pótolni, egy-egy témakörre több időt kell szánni.

Az iskolai intervenció kidolgozása során azt is szem előtt kell tartani, hogy ez csak egy kis szelete a sikeres egészségfejlesztésnek, hiszen az egészséges életmód elsajátításához más, iskolán kívüli tényezők is hozzájárulnak. A legközvetlenebb életmódot befolyásoló tényező a tanuló családi mintája és családjának szocioökonómiai helyzete.<sup>15</sup> Ebből fakadóan a tanulókat megcélzó intervenciós programok sikerességének érdekében célszerű a gyermekek egészségnevelésében fontos szerepet betöltő pedagógusok és szülők bevonása is. Az Egészségügyi Tudományos Tanács állásfoglalása szerint a

gyermek egészségnevelése során e két szereplő (szülők, pedagógusok) együttműködése elengedhetetlen.<sup>16</sup> Ugyanakkor arról sem feledkezhetünk meg, hogy az egészségfejlesztésben élenjáró más országok az iskolai egészségfejlesztést a helyi közösségbe ágyazva, több társadalmi szereplő bevonásával és több beavatkozási irányból valósítják meg.<sup>17</sup> A vizsgálatunkra épülő intervenció program módszertanát, a megvalósítás során szerzett gyakorlati tapasztalatokat és az elért eredményeket további közleményekben szeretnénk majd bemutatni.

## HIVATKOZÁSOK

- <sup>1</sup> Varsányi P., Vitrai J., et al. Egészségjelentés 2016, Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, Budapest, 2017. január
- <sup>2</sup> Inchley J et al. eds. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2013/2014 survey.
- <sup>3</sup> Németh Á., Költő A. (Szerk.): Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben megvalósuló nemzetközi kutatás 2014. évi felméréséről készült nemzeti jelentés, Budapest, Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet 2016.
- <sup>4</sup> ESPAD Group (2016), ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- <sup>5</sup> Elekes Zs. (Szerk.), Európai iskolavizsgálat az alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásokról – 2015 Magyarországi eredmények, Budapesti Corvinus Egyetem Társadalomtudományi és Nemzetközi Kapcsolatok Kar Szociológia és Társadalompolitika Intézet, Budapest, 2016
- <sup>6</sup> Kutatási terv (2014): Iskolai Egészségkommunikációs Felmérés (iEKF), TÁMOP-6.1.3.B.2013-0001 Népegészségügyi kommunikáció fejlesztése [http://www.egeszseg.hu/szakmai\\_oldal/assets/cikkek/16-05/iskolaiekf-kutatasiter.pdf](http://www.egeszseg.hu/szakmai_oldal/assets/cikkek/16-05/iskolaiekf-kutatasiter.pdf) (Elérve: 2018.04.30.)
- <sup>7</sup> Zsíros E., Balku E., Vitrai J. Egészségkommunikációs Felmérés Eredményei II. – Iskolai felmérés, Egészségfejlesztés, LVII. évfolyam, 2016.03.szám; doi: 10.24365/ef.v57i3.45
- <sup>8</sup> Lukács-Jakab Á. et al. Kortárs egészségfejlesztési programok gyermekek és fiatalok körében a hazai és a nemzetközi szakirodalom tükrében – Szisztematikus áttekintés, Egészségfejlesztés LIX. évfolyam 2018. 1. szám doi: 10.24365/ef.v59i1.215
- <sup>9</sup> Egészségfejlesztés az iskolákban (tanulmány) Akkreditált tanárképzési programmal párosuló, komplex iskolai egészségfejlesztési tananyagok áttekintése, OEFI. <http://regi.oefi.hu/ipb.pdf> (Elérve 2018.04.20.)
- <sup>10</sup> 20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendelet a nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1200020.emm> (Elérve: 2018.04.22)
- <sup>11</sup> Teljes körű Egészségfejlesztési Konceptió, Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, 2015. <http://projektek.egeszseg.hu/documents/17618/222750/Teljes+k%C3%B6r%C5%B1+Iskolai+Eg%C3%A9szs%C3%A9gfejleszt%C3%A9s+Konceptio%C3%B3.pdf/9bd631f4-b027-4802-8cec-3e343f29c5fe?version=1.0> (Elérve: 2018.04.22.)
- <sup>12</sup> 10/2012. (VI. 4.) Korm. rendelet A Nemzeti alaptanterv kiadásáról, bevezetéséről és alkalmazásáról Magyar Közlöny 66. szám, 2012. június 4. [http://ofi.hu/sites/default/files/attachments/mk\\_nat\\_20121.pdf](http://ofi.hu/sites/default/files/attachments/mk_nat_20121.pdf) (Elérve: 2018.05.03)
- <sup>13</sup> Kérdőív (2014): Iskolai Egészségkommunikációs felmérés (iEKF) a TÁMOP-6.1.3.B-12/1-2013-0001 „Népegészségügyi kommunikáció fejlesztése” program keretében [http://www.egeszseg.hu/szakmai\\_oldal/assets/cikkek/16-05/ekf-iskolai-9osztaly-kerdoiv.pdf](http://www.egeszseg.hu/szakmai_oldal/assets/cikkek/16-05/ekf-iskolai-9osztaly-kerdoiv.pdf) (Elérve: 2018.05.03.)
- <sup>14</sup> World Health Organization Physical activity Fact sheet Updated 23 February 2018 <http://www.who.int/media-centre/factsheets/fs385/en/> (Elérve: 2018.04.22.)
- <sup>15</sup> Margaret D. H., Edith C., Socioeconomic Status and Health Behaviors in Adolescence: A Review of the Literature, Journal of Behavioral Medicine, June 2007, 30:263
- <sup>16</sup> Egészségügyi Tudományos Tanács, Az ETT Elnökség állásfoglalása az egészségnevelés fejlesztéséről, 65658/2017/ETT [https://ett.aek.hu/wp-content/uploads/2018/01/egeszsegeveles\\_201712.pdf](https://ett.aek.hu/wp-content/uploads/2018/01/egeszsegeveles_201712.pdf) (Elérve: 2018.05.03.)
- <sup>17</sup> Járomi É., Vitrai J. Az iskolai egészségfejlesztés hazai és nemzetközi szemléleteinek bemutatása. Egészségfejlesztés, LVIII. évfolyam, 2017. 1. szám doi: 10.24365/ef.v58i1.145

## KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A közölt munka az EU és az Európai Szociális Alap által támogatott EFOP-3.6.3-VEKOP-16-2017-00009 projekt keretében valósult meg. Ezúton szeretnénk megragadni az alkalmat, és megköszönni a résztvevő középiskola vezetőségének kutatásunk befogadását, az együttműködő tanárok készséges segítségét, és nem utolsósorban a résztvevő tanulók közreműködését, és szüleik ehhez való hozzájárulását.



# Energiaital fogyasztási szokások és egészségtudatosság a felsőfokú képzésben résztvevő hallgatók körében

Energy drink consumption habits and health consciousness among higher education students

Szerzők: Dojcsákné Kiss-Tóth Éva<sup>a</sup> ✉, Kiss-Tóth Emőke<sup>b</sup>

*a: Miskolci Egyetem, Egészségügyi Kar, Egészségfejlesztési Módszertani Intézet,*

*b: Miskolci Egyetem, Egészségügyi Kar, Alkalmazott Egészségtudományok Intézete*

Beküldve: 2018. 05. 08.

doi: 10.24365/ef.v59i4.300

**Bevezetés:** A fiatal felnőttek körében egyre divatosabbá váló energiaitalok fogyasztása számos, nem kívánt és nem ismert mellékhatással járhat együtt. A tanulmány elkészítésével az volt a célunk, hogy felmérjük a Miskolci Egyetem Egészségügyi Karán tanuló fiatal felnőttek energiaital-fogyasztási szokásait, azzal kapcsolatos tapasztalatait és egészségtudatosságát.

**Módszertan:** A kutatásunk alapjául szolgáló adatokat a Google dokumentumok ingyenes kérdőív készítő szoftverének a segítségével gyűjtöttük. A kérdőív a karon minden aktív státuszban lévő hallgató számára elérhető volt, kitöltése önkéntes alapon, anonim módon történt.

**Eredmények:** Az elvégzett felmérés szerint a hallgatók a serkentő hatású italokat leginkább tanulás, munka és társas összejövetelek során fogyasztják el a felfrissülés, a jobb koncentrációképesség és a barátok kedvéért. Aggodalomra ad okot az a tény, hogy a fiatalok gyakran alkohol kíséretében fogyasztják az energiaitalt, aminek ritkán, nem várt egészségkárosító hatásai lehetnek.

**Következtetés:** Az eredmények alapján elmondható, hogy a hallgatók ismerik a mértéktelen energiaital-fogyasztás káros hatásait, ennek ellenére egy kis részük mégsem mond le kedvelt itáláról.

**Kulcsszavak:** energiaital, egészségtudatosság, fiatal felnőttek, alkohol

**Introduction:** Energy drink consumption is becoming increasingly popular among young adults, which may involve many undesirable and unidentified side effects. The purpose of this study was to assess the energy drink consumption patterns, relating experiences and health consciousness of young adults studying at the Faculty of Health Care of the University of Miskolc.

**Methodology:** Data used in our research was collected by the free Google Docs questionnaire software. The questionnaire was accessible to all active students in the Faculty, and was filled in anonymously on a voluntary basis.

**Results:** According to the survey, stimulating beverages are consumed by students during learning, working and social gatherings as refreshment, to better concentrate, and for the sake of friends. The fact that young people often consume energy drinks accompanied by alcohol is a cause for concern, which may rarely have unexpected health-damaging effects.

**Conclusion:** Based on the results, it turns out that young people are familiar with the harmful effects of excessive energy drink consumption, even so, a small part of them do not give up drinking their favourite drink.

**Keywords:** energy drink, health consciousness, young adults, alcohol

## BEVEZETÉS

A fogyasztói piacon való megjelenésüktől számítva viszonylag rövid időn belül széles körben terjedtek el és váltak népszerűvé a serkentő hatású üdítők, az energitalok. Az első élénkítő italt feltehetőleg Skóciában állították elő 1901-ben, melyet magas vastartalmánál fogva Iron-Bru (Iron Brew) névvel illették. Később, az 1920-as évek végén jelent meg a mintegy 60 évig forgalomban lévő Lucozade Energy nevű „gyógyital” Angliában, melyet kórházakban a betegek gyógyulásának elősegítésére, erősítőszerként alkalmaztak.<sup>1</sup> Japánban 1960-ban a gyógyszertárakban, patikai üvegekben kezdték forgalmazni a Lipovan nevű terméket.<sup>1,2</sup> 1985-ben Amerikában Jolt Cola néven került forgalomba az első magas koffeintartalmú készítmény.<sup>2</sup>

Ezzel párhuzamosan Európában 1987-ben jelent meg az üdítőital piacon a Red Bull, ami az emelt koffeintartalom mellett taurint és vitaminokat egyaránt tartalmazott. Hazánkban 1991-ben a termék egyedüli energitalként vált elérhetővé, míg 1997-ben került először az amerikai boltok polcaira, ahol gyorsan piacvezető energitalná vált.<sup>2</sup> Ezt követően az energital-gyártás robbanásszerű ütemben indult fejlődésnek, világszerte százával láttak napvilágot újabb és újabb márkák, így 2006-ra elérték az évi 5,7 milliárd dollár bevételt.<sup>3</sup>

2005-ben a Phusion Pharmaceuticals megkezdte a Four Loko, az első alkohol tartalmú energital forgalmazását.<sup>4</sup>

Az alkoholmentes, frissítő hatású italokkal kapcsolatban azt láthatjuk, hogy a népegészségügyi termékadó ellenére is leginkább a fiatalok körében terjedtek el robbanásszerűen és mára egyre szélesebb körben válnak mindennapi fogyasztási cikké a jó minőségű és ízvilágú italok. A fogyasztói sajátosságot felismerve, a gyártók évről-évre újabb ízcsoporttal lepik meg az újdonságot kereső, hagyományos ízvilágot kevésbé kedvelő (fiatal) fogyasztókat. A piacon elérhető termékek folyamatos fejlesztésének, a marketing fiatal fogyasztókhöz való igazításának és az évről-évre megújuló ízpaletának köszönhetően az energitalok kereskedelmi forgalma folyamatosan növekszik országvilágszerte. Ezt támasztják alá a Nielsen Piackutató Kft. eredményei is, amely szerint 2014. december és

2015. november között a sport- és energitalok piaci forgalma meghaladta a 20 milliárd forintot.<sup>5</sup>

Az energitalok a cukor, a B-vitamin és a színező anyagok mellett számos gyógynövény-kivonatot és koffeint is nagymértékben tartalmaznak. A hozzáadott, legdivatosabb természetes növényi alapú hatóanyagok a guarana és a ginzeng. A guarana a természetközeli népeknél régóta használt természetes stimuláló szer, magas koffein, teofillin és teobromin összetevőinél fogva. Az energitalokhoz adva a koffein mellett additív élettani hatással bír, erősíti annak felfokozó, serkentő jellegét. Jól ismert a keleti gyógyászatban a ginzeng, de teljesítményfokozóként elterjedt a sportolók körében is. Fő komponensként jelenik meg az energitalokban a taurin is, amely az emberi szervezetben természetesen is jelen lévő kéntartalmú aminosav. Legnagyobb mennyiségben az agyban fordul elő, de emellett számos egyéb élettani folyamatban is fontos szerepet játszik. Míg az emberi szervezet számára 60 mg taurin elegendő, addig az energitalok gyakran 1000 mg-ot is tartalmaznak, aminek az elfogyasztása esetén hasmenéssel, rövid távú memóriavesztéssel, elvonási tünetekkel, depresszióval kell számolnunk.<sup>3</sup>

Az energitalok élettani szempontból legjelentősebb alkotóeleme a koffein. A metilxantin vegyület-családdhoz tartozik, pszichoaktív hatását adozin receptor agonista tulajdonságán keresztül érvényesíti. Alapvetően az egészséges emberi szervezetnek nincs szüksége koffeinre. Az étellekkel és italokkal elfogyasztott koffein egyénenként változó időtartammal és erősséggel fejti ki anyagcsere-fokozó hatását. A gyors felszívódást követően a koffein felezési ideje 2,5 és 10 óra között változik.<sup>3</sup> A vérben mérhető legmagasabb koffein koncentráció a fogyasztást követő 15-120 perc elteltével jelenik meg, ezzel egy időben gyorsítja az anyagcserét, ezáltal emeli a szervezet hőtermelését és serkenti a vizelet kiválasztást. Fokozza az izmok teljesítő képességét, a szív- és az idegrendszer működését, valamint javítja a szellemi képességeket (koncentráció, döntéshozatal).<sup>6</sup> Figyelnünk kell azonban arra, hogy egészséges felnőttek az Európai Élelmiszerbiztonsági Hatóság (*European Food Safety Authority*) által ajánlott napi 400 mg koffein mennyiséget ne haladják túl. Terhes és szoptató nők esetében ezt a mennyiséget 200 mg-ban,

míg gyermekek esetében 3 mg/testtömeg kilogrammban korlátozták.<sup>7</sup>

A legtöbb energiatál 100 ml-ben 30-32 mg koffeint és 400 mg taurint tartalmaz.<sup>8</sup> Az utóbbi években pedig megjelentek a nagy kiszírelésű, ám kedvezőbb árfekvésű (600 ml, 1500 ml) termékek is a boltok polcain. Ezeknek egyenes következménye az a tény, hogy az energiatalokat előszeretettel fogyasztó fiatal (15-29 év közötti) korosztály – akik a koffeinre nézve egyébként is érzékenyebbek – könnyen túladagolhatják a serkentő hatású italokat, valamint magát a koffeint.

A koffeintúladagolás következményeként ezek a fogyasztók gyakran számolnak be kellemetlen mellékhatásokról, mint a hányinger és a hányás, gyomorpanaszok, szívritmus problémák, de súlyos esetben életet veszélyeztető mellékhatásokkal (infarktus, máj- és vesekárosodás) is számolni lehet, ami orvosi ellátást igényelhet. Ezt támasztja alá egy 2016-ban megjelent tanulmány is, miszerint az energiatál-fogyasztás megváltoztatja a vérlemezkek és az érfalat borító endothel sejtek funkcióját, ami szívizom infarktus kialakulásához vezethet.<sup>9</sup>

Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ) által 2012. január 17. és február 27. között elvégzett anonim kutatás két fontos tényre hívta fel a figyelmet a fiatalkorúak energiatálfogyasztási szokásaival kapcsolatban. A felmérés szerint a 10-18 éves korosztály 86%-a fogyasztott már energiatalt, és annak ellenére, hogy ismerik és tapasztalták is azok mellékhatásait, 63%-uk tartja magát rendszeres fogyasztónak. A függőség már ebben a korosztályban kialakul a serkentő hatású italokat rendszeresen fogyasztók körében. A másik aggasztó eredmény arra mutat rá, hogy a gyermekek 10%-a már 6-8 éves korban megismerkedik ezekkel az élvezeti cikkekkkel.<sup>3,10</sup>

A fiatal felnőtt (18-29 év közötti) korosztály esetében a fenti hatásokon túl további veszélyt jelent az energiatalok és egyéb szerek együttes fogyasztása. A korábbi tanulmányok eredményei alapján elmondhatjuk, hogy ez a korosztály leginkább a tanulás és a munka során fogyaszt energiatalokat a jobb koncentrációképesség elérése érdekében. Azonban a megkérdezettek közel fele fogyasztási szokása okaként a szórakozást jelölte meg.<sup>11</sup>

A szórakozások, bulik alkalmával a fiatalok gyakran fogyasztják alkohol kíséretében az energiatalokat, annak ellenére, hogy az üdítők dobozán a gyártó feltünteti ennek veszélyeit.

Számos külföldi szakirodalom szerint az utóbbi évek során drámaian megemelkedett a fiatalok körében az alkohol és az energiatal együttes fogyasztása.<sup>12</sup> Ezt összefüggésbe hozzák a kockázatos ivási magatartásokkal, gyakoribb baleseti és sérüléssel járó esetekkel. Közismert tény, hogy az alkoholfogyasztás önmagában csökkenti a gátló és aktiváló mechanizmusok ellenőrzését, valamint megnöveli a válaszidőt.<sup>13</sup> Egy másik tanulmány szerint az alkohol önmagában lassította a párhuzamos feladatmegoldásból származó információk feldolgozását és csökkentette az egyszerű és összetett mozgások koordinációját.<sup>14</sup> Közegészségügyi szempontból az alkohol energiatallal egy időben fogyasztva veszélyesebb, mint önmagában. Különösen olyan kockázatos magatartások esetén, mint a tivornyázás, kockázatos szexuális viselkedés, valamint ittas gépjármű vezetés során, csökkent vezetői képességek mellett. Együttes fogyasztásuk megváltozott szubjektív állapotokhoz vezet, beleértve a felfokozottságot, az intoxikációs állapot érzetének a csökkenését, és az ivás iránti vágy növekedését. Úgy tűnik, hogy az energiatallal kevert alkoholfogyasztás sokkal jutalmazóbb az agy bizonyos területeire nézve, mint a szimpla alkoholfogyasztás, így az energiatal alkohollal egyidejűleg fogyasztva nagyobb motivációt eredményezhet a további alkoholfogyasztásra.<sup>15,16</sup>

Összességében elmondható, hogy a kevert ital fogyasztás során az energiatal tompítja az alkohol hatását, mert átmenetileg serkent, fokozza a teljesítményt, emiatt a fiatalok nem veszik észre milyen sok alkoholt fogyasztottak. Lényegében egy időben érvényesül a serkentő és a gátló hatás, azonban a koffein hamarabb felszívódik, mint az alkohol. Amikor az energiatal serkentő hatása megszűnik, az alkoholnak egyszer csak löketszerűen jelentkezik a deprimáló hatása. Ezek miatt az energiatal és az alkohol együttes fogyasztása végleges károsodást okozhat a májban, a szívben és a vesében is. Schöffl és munkatársai akut veseelégtelenség kialakulásával hozták kapcsolatba a nagy mennyiségű alkohol és a taurinnal kapcsolt koffein fogyasztásának hatását.<sup>17</sup>

2015-ben jelent meg egy hazai tanulmány, egy esetismertetés, amely erre a jelenségre szeretne volna felhívni a figyelmet. Egy budapesti kórház két kardiológus orvosa írta le annak a 22 éves fiatal férfinak az esetét, akinél alkohollal elfogyasztott nagy dózisú energiatital hatására életet veszélyeztető kardiológiai jelenség következett be. A szerzők az eset kapcsán arra hívták fel a figyelmet, hogy az energiatital a nagy mennyiségű koffein tartalma miatt az EKG-n is látható QT-szakasz megnyúlást eredményezett, amely végső soron akár malignus szívritmuszavart (polimorf kamrai tachycardiát), és hirtelen szívmegállást okozhat. A nagy dózisú energiatital (koffein) alkohollal együttesen fogyasztva, illetve fizikai terheléssel párosulva kiemelten veszélyes lehet olyan személyek esetében, akik manifeszt vagy akár néma hosszú QT szindrómával élnek.<sup>18</sup>

Kanadában 2003 és 2012 között 35 olyan fiatal regisztráltak, akiknél komoly egészségkárosodást okozott, 3 esetben pedig halálos kimenetele volt az energiatital-fogyasztásnak.<sup>19</sup> Ezért a *Health Canada* 2010-ben „stimuláns drogokat tartalmazó italnak” jelölte az energiatitalokat és javaslatokat tett az energiatitalfogyasztási határértékekre a különböző korosztályok számára. Az Amerikai Egyesült Államokban 2007 és 2011 között megduplázódott az energiatitalok miatt szükségessé vált sürgősségi ellátások száma. Az Amerikai Élelmiszer- és Gyógyszerügyi Hivatal (*U.S. Food and Drug Administration*) 2004 és 2012 között 30 halálesetet hozott összefüggésbe az energiatitalok fogyasztásával. Ausztráliában a toxikológiai központba érkezett kardiológiai esetekkel, hallucinációkkal és rosszulletekkel kapcsolatos jelentések száma ötszörösére emelkedett 2004 és 2010 között.<sup>19</sup>

Hazánkban 2011. november és 2015. szeptember között az Országos Tisztifőorvosi Hivatal 379 energiatital-fogyasztással összefüggésbe hozható rosszulletet, megbetegedést regisztrált.<sup>20</sup>

Annak ellenére, hogy korábban néhány európai országban (Dánia, Franciaország) teljesen betiltották az energiatitalok forgalmazását, ma már kontinensszerte elérhetőek a fogyasztók számára.<sup>21</sup> Több nemzeti ajánlás is létezik, amelyek elsősorban a koffein- és taurintartalom csökkentését célozzák, emellett láthatunk példákat arra is, hogy Litvánia,

Írország, az Egyesült Királyság és Svédország tiltja a fiatakorúak számára történő forgalmazását. Az alkoholtartalmú energiatitalok forgalmazását az Egyesült Államok több államában és egyetemén is betiltották, Hollandiában pedig külön állásfoglalást adtak ki ezekre az italokra.<sup>21,22</sup> Az Európai Unió – a felmérései alapján tapasztalt probléma megoldása érdekében – fontolgatja az energiatitalok fogyasztásának szabályozását, elsősorban a fiatakorúak körében.

Hazánkban energiatital-fogyasztással kapcsolatos, hatályos jogszabály jelenleg nincs érvényben. A kinint és koffeint tartalmazó élelmiszerek címkézéséről szóló 2002/67/EK irányelv szerint a gyártó köteles feltüntetni a „magas koffein tartalmú” feliratot a terméken, amennyiben annak koffeintartalma meghaladja a 150 mg/ml mennyiséget. Emellett 2011-ben a népegészségügyi termékadó (NETA) bevezetésével (2011. évi CIII. törvény a népegészségügyi termékadóról) energiatalként definiálták azokat a termékeket, melynek metil-xantin tartalma meghaladja a 15 milligramm metil-xantin/100 milliliter mennyiséget vagy taurin tartalma meghaladja a 100 milligramm taurin/100 milliliter mennyiséget, és adóval sújtották ezeket.<sup>23</sup> A nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról szóló 20/2012 (VIII.31.) EMMI rendelet pedig kimondja, hogy a NETA szabályozása alá eső termékeket oktatási-nevelési intézményekben nem forgalmazhatják. A magyarországi törvényhozás elfogadta az „Egészséges Magyarország 2014-2020” Egészségügyi Ágazati Stratégiát (1039/2015. (II. 10.) Kormányhatározat); a jövőben a Stratégia Táplálkozás-egészségügyi Szakpolitikai Programjában tervezik a kereskedelmi forgalomban kapható energiatitalok térfogategységét maximálni és ellenőrizni.

A tanulmány elkészítésével az volt a célunk, hogy megvizsgáljuk az egészségügyi tanulmányokat folytató hallgatók energiatital-fogyasztási szokásait, egészségtudatosságát, és felhívjuk a divatos frissítőket leginkább fogyasztó fiatal felnőttek figyelmét az energiatital alkohollal történő együttes fogyasztásának komoly veszélyeire.

### MÓDSZERTAN

A kérdőív elkészítését megelőzően áttekintettük az utóbbi öt év hazai és nemzetközi energiaital témakörben publikált szakirodalmát, különös tekintettel a fogyasztással kapcsolatos veszélyekre. Emellett hangsúlyt fektettünk a témában korábban napvilágot látott, hazai és nemzetközi felmérések eredményeinek a megismerésére saját kutatásunk megalapozásához.

A kérdőív elkészítésekor részben alkalmaztunk már korábban közölt felmérésben is szereplő elemeket<sup>11</sup>, ugyanakkor kibővítettük olyan saját szerkesztésű kérdésekkel, amelyeknek a segítségével hallgatóink egészségattitűdjére és egyéb élvezeti szerek egyidejű használatára vonatkozó információkat kaptunk.

Mintavételi csoportunknak a Miskolci Egyetem Egészségügyi Karán nappali tagozaton alap- és levelező képzésben résztvevő hallgatókat tekintettük, mindkét nem esetében.

A kérdőív négy szakaszra tagolódott, összesen 35 zárt kérdést tartalmazott, melynek kitöltése néhány percet vett igénybe. A kérdőívvel kapcsolatos tudnivalók ismertetését követően 3 szociodemográfiai és tanulmányi adatokra vonatkozó információra kérdeztünk rá. Ezt követően 19 energiaitalfogyasztási szokásokra (első fogyasztás, elvárások az energiaital-fogyasztás során, fogyasztási gyakoriság, tapasztalt mellékhatások) és attitűdre (energiaitalal kapcsolatos ismeretek, ezek figyelembevételére a fogyasztás során, egyéb élvezeti szerekkel történő egyidejű fogyasztás) vonatkozó, valamint 13 kávéfogyasztási szokás iránt érdeklődő kérdést tettünk fel. Az utóbbiból származó adatokat ebben a dolgozatban nem értékeltük.

A kutatásunk alapjául szolgáló adatokat a Google dokumentumok ingyenes kérdőív készítő szoftverének (<https://docs.google.com/forms/d/1th7Lhke-fRIRcjVotSUaoYyww5b18VYy6CvI6Ci-pro/edit>) a segítségével gyűjtöttük 2017. október 3. és 2017. december 3. között.

A kérdőív nyilvánosan elérhető linkjét ([https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQL-SepCTOP6gWDIJ3hdnbGRHJ8z3BQVsd2joxGDgiAE9Fs3RB\\_mQ/viewform?usp=sf\\_link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQL-SepCTOP6gWDIJ3hdnbGRHJ8z3BQVsd2joxGDgiAE9Fs3RB_mQ/viewform?usp=sf_link)) a Miskolci Egyetem Egészségügyi Karán minden aktív státuszban

lévő hallgatónak eljuttattuk az egyetem elektronikus tanulmányi rendszerén, majd a kar hivatalos Facebook oldalán keresztül (<https://www.facebook.com/meek2001/>). A kérdőív kitöltése önkéntes alapon, anonim módon történt.

A gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvény 5. paragrafusa szerint fiatal felnőtt az a nagykorú személy, aki a 24. évét nem töltötte be, ezért tanulmányunk kiértékelésekor csak azoknak a hallgatónak a válaszát használtuk fel, akik a fenti kritériumnak megfeleltek.

Az adatok elemzésekor kizártuk a kiértékelésből a hiányos demográfiai adatokat tartalmazó, illetve a megkezdett, de végig ki nem töltött kérdőíveket, valamint a 24. életévet betöltött hallgatók válaszait.

A kar hallgatói létszámából és a kitöltési hajlandóságból adódóan eredményeink nem alkalmasak kiterjedt statisztikai vizsgálatok elvégzésére.

### EREDMÉNYEK

#### A minta jellemzői

Két hónap alatt 230 hallgató töltötte ki az „Energiaital- és kávéfogyasztási szokások az egyetemisták körében” című kérdőívet, ami a kar aktív státuszban lévő 792 hallgatójának 29,0%-a. A válaszok elemzése során a módszertani részben leírt ismérveket alapul véve 193 kitöltött kérdőívet tudtunk felhasználni a végleges analízishez.

A válaszadók 91,2%-a (176 fő, átlagéletkora 20,9 ±1,6 év) nő volt, és 8,8%-a (17 fő, átlagéletkora 20,8 ±1,6 év) férfi. A kitöltők kisebb aránya, 42,7%-a rendelkezett egészségügyi előképzettséggel, ami esetünkben egészségügyi szakközépiskolai végzettséget, illetve emelt szintű biológia érettségit jelentett.

#### Energiaitalfogyasztási szokások

A megkérdezettek döntő többsége, 95,3%-a kipróbálta már az energiaitalt, és az első ilyen serkentő hatású italát (64,9%) barátok körében, felnőtt családtag jelenlétében (16,2%) vagy egyedül (10,8%) fogyasztotta el. A családi energiaitalfogyasztást vizsgáló kérdésben kiderült, hogy a

hallgatók 37,4%-ának a családjában más nem fogyasztja ezt az élénkítő szert, míg leggyakrabban a testvér (35,3%) vagy a párja (32,1%) iszik ilyen italból.

A fiatalok energiatallal szemben támasztott elvárásai között első helyen szerepel a fáradtság érzésének leküzdése (54,8%), illetve az energikuság (37,1%), a felfrissülés, élénkítő hatás (34,4%) elérése, hiszen legtöbbször a tanulás során (52,3%) és a munkavégzés alkalmával (20%) fogyasztják az energiatalt, amikor fontos számukra a jobb koncentráció- és teljesítőképesség. Az ital fogyasztásától a megkérdezettek 25,3%-a várja a felpörgetettség, 22,6%-a teljesítmény fokozását, ami indokoltá teszi a társas összejövetelek alkalmával (32,9%) vagy a sportolás során (1,9%) történő energiatal-fogyasztást.

### Mennyiség és hozzászokás

Az első kipróbálást követően a válaszadók 31,7%-a egy héten belül, 20,4%-a egy hónapon belül újra fogyasztotta a koffeintartalmú italt. Mindössze 10,8% vallotta azt, hogy soha többé nem ivott újra energiatalokat. A fogyasztási gyakorisággal kapcsolatos kérdésre a fiatalok 3,7%-a és 3,2%-a válaszolta azt, hogy naponta több vagy egy alkalommal fogyasztja az italt. A válaszadók 14,4%-a hetente

több alkalommal, 15,5%-a havonta, 24,1%-a pedig ritkábban iszik energiatalt.

A magas koffeintartalmú italok fogyasztása során a fiatalok gyakran nem veszik figyelembe az összetevők mennyiségét, és hajlamosak akár többet fogyasztani a javasoltnál. A megkérdezettek 89%-a vallotta azt, hogy naponta/alkalmanként 2 dl-t iszik ezekből az üdítőkből, 11%-uk esetében az egy alkalommal elfogyasztott mennyiség 5 dl volt.

Kíváncsiak voltunk arra, hogy ennek a divatos üdítő féleségnek a fogyasztása mennyire vált hallgatóink életének a részévé. 94,1% el tudta képzelni egy napját energiatal-fogyasztás nélkül, 4,8% válaszolta azt, hogy talán, és 1,1% nem tudna lemondani róla.

### Más élvezeti cikkekkkel egy időben történő energiatal-fogyasztás

A hallgatók önbevallása szerint 6,5%-uk fogyaszt energiatallal egyidejűleg egyéb koffeintartalmú italt és 43,8%-uk alkoholt.

A válaszadók véleményére is kíváncsiak voltunk, megkérdeztük, hogy szerintük a kortársaik milyen egyéb szerekkel fogyasztják egyidejűleg az energiatalokat. Becsléseik szerint 90,3%-ban alkohollal, 25,9%-ban egyéb koffeintartalmú italokkal isszák egyidejűleg a népszerű serkentőket.

1. táblázat: Az energiatalt fogyasztó fiatal felnőttek körében tapasztalt mellékhatások

Tapasztalt mellékhatás	Válaszadók %*
	A kérdésre választ adó fogyasztók száma (n= 177)
Nem tapasztalt mellékhatást	50,3
Szédülés	4,0
Gyengeség érzése	2,3
Kézremegés	9,0
Félelemérzet	4,0
Idegesség érzet	8,5
Álmatlanság	7,3
Fejfájás	7,3
Ájulás	0,0
Magas vérnyomás	9,6
Heves szívdobogás érzet	29,9
Hányinger/hányás	5,6
Gyomorbántalmak	10,7

\*A válaszadók több választ is megjelölhettek, ezért a % értékek összege nem 100%.

Forrás: saját szerkesztés

## Tapasztalt mellékhatások

A kérdőívet kitöltők fele (50,3%) nem tapasztalt még mellékhatást energialel-fogyasztást követően. Önbevallás szerint a leggyakrabban megjelölt mellékhatások a kardiovaszkuláris rendszert és a gyomor-bélrendszert érintő kellemetlen tünetek voltak. Emellett néhányan idegrendszeri tüneteket is észleltek. [1. táblázat] Ennek ellenére a mellékhatásokat érzékelők 50,9%-a mondta azt, hogy rosszuléte sem tartotta vissza a további energialel-fogyasztástól.

## Egészségtudatosság

Az energialelok túlzott fogyasztásából adódó veszélyekkel a válaszadók 74,7%-a tisztában van, és 17,7%-a vallotta azt, hogy emiatt nem fogyasztja az üdítőt. Mindössze 4,3% állította azt, hogy nem ismeri a túlzott fogyasztás káros következményeit. A válaszokból az is kiderült, hogy a vásárlók 58,1%-a szokta elolvasni az energialelok dobozán feltüntetett figyelmeztetéseket. A hallgatók 44,0%-ának az energialelfogyasztási szokásait befolyásolja a veszély ismerete, azonban 29,1%-uk vallja azt, hogy még így sem biztos abban, hogy lemondana kedvenc serkentő hatású italáról.

A fogyasztók nagy többsége (81,5%) tisztában van azzal a ténnyel, hogy az energialelok nem alkalmasak a szomjúság enyhítésére és egyetértenek a kijelentéssel, hogy ezeknek az italoknak a nagymértékű (a válaszadók 70,4%-a) vagy akár a kismértékű (a válaszadók 28,5%-a) elfogyasztása is káros lehet az emberi szervezetre.

## MEGBESZÉLÉS

Felmérésünkben a Miskolci Egyetem Egészségügyi Karán tanuló fiatal felnőtteket szólítottuk meg, azonban a mintacsoport kérdőívkitöltési hajlandósága alacsonynak (29%) bizonyult. Emellett a kitöltők zömében a hölgyek köréből kerültek ki, a férfiak alulreprezentáltak. Ez az egyenlőtlen nemi arány nem meglepő, ha a kar alapképzési szakirányán tanulók nemi megoszlását vesszük alapul.

A felmérés során a megkérdezett fiatal felnőttek energialelfogyasztási szokásaiknak a hátterében

általában nem a szülői minta, inkább a barátok és a kortársak szerepe a meghatározó. A serkentő hatású italokat leginkább tanulás, munka, sport, és szórakozások alkalmával fogyasztják el a felfrissülés, a jobb koncentráció- és teljesítőképeség, valamint a barátok kedvéért.

A Debreceni Egyetem Mentálhigiénés és Esélyegyenlőség Központja által 2010-ben elvégzett felméréssel hasonlóságot mutat a kapott eredmény, vagyis a fiatal felnőttek energialelfogyasztásában inkább a testvér, a kortárs, a barát és a baráti társas tevékenységek a meghatározók, így a szülői minta szerepe nem számottevő.<sup>11</sup>

A megkérdezettek nagy többsége nem haladja meg az ajánlott napi bevittet ezekből az italokból, de akadnak olyanok is, akik akár fél litert is elfogyasztanak naponta, és nem tudnának lemondani kedvelt márkájukról. A válaszadók 3,7%-a fogyaszt naponta több alkalommal energialelt és 1,1%-a vallotta azt, hogy nem tudja elképzelni a napját kedvenc itala nélkül. A hallgatók 50,9%-a vallotta az, hogy a korábban tapasztalt rosszuléte sem tartotta vissza a további energialel-fogyasztástól, ami hozzászokásra utalhat.

Az önbevallások alapján az energialelokkal leggyakrabban egyidejűleg elfogyasztott szerek között az alkohol, valamint az egyéb, koffeintartalmú italok (kávész, tea, kakaó) szerepeltek a legnagyobb arányban, ami magában hordozza a koffeintúladagolás, illetve az alkoholtúlfogyasztás veszélyét. Eredményeink jól korrelálnak az Oteri és munkatársai által 2007-ben közölt adatokkal. A Messinai Egyetem orvostanhallgatóinak a körében végzett, kiterjedt tanulmányukban arról számoltak be, hogy az egyetemisták 48,4%-a fogyasztja gyakran az energialelt alkoholos italok kíséretében.<sup>24</sup> Eredményeinket megerősíti az a 2008-ban készült felmérés is, amelyben az energialel-fogyasztás indoklásakor a testnevelési felsőfokú képzésben résztvevő hallgatóknak több mint a fele az alkoholos ital ízének a javítására hivatkozott.<sup>25</sup>

A hallgatók véleménye szerint a kortársaik főként alkohollal és koffeintartalmú italokkal fogyasztják egyidejűleg az energialelokat. Érdekes adat azonban, hogy míg az önbevallásban a könnyű drogok csak 1,1 %-ban jelentek meg, addig a társaik

vélt szokásai kapcsán a könnyű droggal egy időben történő energiatartalék-fogyasztás nagyobb hangsúlyt kapott (13,5%) és mellette megjelent a gyógyszerekkel történő együtt fogyasztás is (15,7%), amely az önbevallásban egyáltalán nem szerepelt.

Végül kíváncsiak voltunk arra is, hogy az egészségügyi képzésben résztvevő fiatalok mennyire vannak tisztában az energiatartalék-fogyasztás lehetséges veszélyeivel és hogyan befolyásolja fogyasztási szokásaikat a már korábban megszerzett tudásuk, egészségügyi előképzettségük. A hallgatók közül sokan azt vallották, hogy ismerik a magas koffeintartalmú italok fogyasztásának a veszélyeit, már kis mértékben is károsnak ítélik meg az emberi szervezetre nézve. Azonban vannak, akik nem törődnek ezekkel a tényekkel és továbbra is isszák kedvelt üdítőjüket, sokszor a javasoltnál nagyobb mennyiségben, illetve egyéb élvezeti szerekkel kombinálva.

A vizsgálatunk limitációját alapvetően az online kérdőívekre jellemző, nem befolyásolható alacsony visszaérkezési arány képezi, továbbá nem zárható ki a kitöltések során mások véleményének a kikérése sem. Figyelembe kell vennünk azt a tényt is, hogy a kitöltésben részt nem vevő hallgatók eredményeinek a hiányában a kapott információk torzíthatnak, emellett felmerül annak a lehetősége, hogy a megkérdezettek nem minden esetben vallják be a fogyasztást.

Az alacsony kitöltési hajlandóságot, a vizsgálat limitációit, valamint az egészségügyi előképzettséget figyelembe véve azt mondhatjuk, hogy a vizsgálat eredményei nem tekinthetők reprezentatívnak sem az ország teljes fiatal felnőtt, sem felsőfokú képzési formáiban résztvevő lakosságára vagy a kar hallgatóira nézve. Célszerű a kapott adatokat rétegfelvételnek tekinteni, amelynek főbb vonulatai rámutatnak a fiatalok körében elterjedt energiatartalék-fogyasztási trendekre és az azok hátterében meghúzódó veszélyekre.

## KÖVETKEZTETÉSEK

A fiatalok energiatartalék-fogyasztása hazai és nemzetközi viszonylatban is egyre nagyobb mértéket ölt. A serkentő hatású ital jelen van a mindennapjaikban. Az Egészségügyi Kar vizsgálatunkban résztvevő hallgatóinak többségéről elmondható, hogy ismerik a túlzott koffeinbevitel káros hatásait, ennek ellenére mégsem tartják be minden esetben a mértéket, néhányan pedig a már kialakult függőséget sem tudatosítják magukban. További aggodalomra ad okot az a tény, hogy a fiatalok gyakran alkohol kíséretében fogyasztják a serkentő hatású italt összejövetelek, szórakozás során. A szakemberek ezeket a jelenségeket valós problémának tekintik, így több ország egyre drasztikusabban korlátozza az energiatartalék hozzáférhetőséget a korosztály tagjai számára, hazánkban azonban jelenleg nincs még rá jogszabályi háttér.

Annak ellenére, hogy ritkán tapasztalhatunk az energiatartalék-fogyasztásból adódó súlyos egészségi problémákat, egyre nagyobb a sürgetés mind az egészségügyi szakemberek, mind pedig a felelős hozzátartozók részéről egy olyan jogszabály megalkotására, amely felhívna a figyelmet a túlzott energiatartalék-fogyasztás veszélyeire és korlátozná azok hozzáférhetőségét a fiatalabb korosztály körében.

## KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Köszönetünket fejezzük ki az Egészségügyi Kar hallgatóinak, akik a kérdőív önkéntes kitöltésével hozzájárultak a tanulmány megvalósulásához. A tanulmányban ismertetett kutató munka az EFOP-3.6.1-16-00011 jelű „Fiatalodó és Megújuló Egyetem – Innovatív Tudásváros – a Miskolci Egyetem intelligens szakosodást szolgáló intézményi fejlesztése” projekt részeként – a Széchenyi 2020 Fejlesztési Program keretében – az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg.



## HIVATKOZÁSOK

- <sup>1</sup> Grósz A, Szatmári Á. Az energiatalok története és hatása az emberi szervezetre. *Orv. Hetil.* 2008; 149 (47): 2237-2244. DOI: 10.1556/OH.2008.28491
- <sup>2</sup> Orgovány A. Huszonévesek energiatal-fogyasztási szokásai. In: *A fogyasztás kérdései*. Szolnoki Főiskola, Szolnok, 2013.
- <sup>3</sup> Szőnyi L, Kiss E. Az energiatalok hatása serdülőkorúakra. *Gyermekorvos Továbbképzés*, 2012; 11 (5): 197-202.
- <sup>4</sup> Mazur M. The History of Energy Drinks. <https://www.preceden.com/timelines/66113-the-history-of-energy-drinks> (Elérve: 2018.03.02.)
- <sup>5</sup> Magyar Nemzeti Kereskedelmi Szövetség. <http://www.mnksz.hu/hirek/jol-teljesit-az-energiatalok-piaca> (Elérve: 2018.03.02.)
- <sup>6</sup> „Koffein-függő” kérdések: Meddig használ és mikor sok? *Táplálkozás és tudomány*, 2007; 8(5): 1-6. [http://mdosz.hu/hun/wp-content/uploads/2016/03/2007\\_05\\_tt.pdf](http://mdosz.hu/hun/wp-content/uploads/2016/03/2007_05_tt.pdf) (Elérve: 2018.02.15.)
- <sup>7</sup> Nemzeti Fogyasztóvédelmi Hatóság. Az energiatalok és kávék összehasonlító vizsgálatáról. Sajtóközlemény. <http://fogyasztovedelem.kormany.hu/node/11030> (Elérve: 2018.03.02.)
- <sup>8</sup> Zucconi S., Volpato C., Adinolfi F., et al. Gathering consumption data on specific consumer groups of energy drinks. Supporting Publications 2013:EN-394. [190 pp.]. Available online: <https://www.efsa.europa.eu/en/supporting/pub/en-394> (Elérve: 2018.09.06.)
- <sup>9</sup> Worthley M.L., Prabhu A., De Sciscio P., et al. Detrimental Effects of Energy Drink Consumption on Platelet and Endothelial Function. *Am J Med.* 2010; 123(2):184-7. doi: 10.1016/j.amjmed.2009.09.013.
- <sup>10</sup> Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat. Kérdőív az energiatalokról 10-18 évesek számára. <https://www.antsz.hu/content/htmlform?contentid=231824> (Elérve: 2018.02.21.)
- <sup>11</sup> Berényi A., Farkas É., Strausz K. A Debreceni Egyetem hallgatóinak energiatal fogyasztási szokásai. Debreceni Egyetem Mentálhigiénés és Esélyegyenlőségi Központ, Tanulmány, Debrecen, 2011. [http://old.lckiero.unideb.hu/sites/default/files/energiakut\\_tanulmany.pdf](http://old.lckiero.unideb.hu/sites/default/files/energiakut_tanulmany.pdf) (Elérve: 2018.04.17.)
- <sup>12</sup> Marczinski C.A., Fillmore M.T., Bardgett M.E. et al. Effects of energy drinks mixed with alcohol on behavioral control: Risks for college students consuming trendy cocktails. *Alcohol Clin Exp Res.* 2011; 35(7): 1282–1292. doi:10.1111/j.1530-0277.2011.01464.x.
- <sup>13</sup> Marczinski C.A. Combined Alcohol and Energy Drink Use: Hedonistic Motives, Adenosine, and Alcohol Dependence. *Alcohol Clin Exp Res.* 2014; 38(7): 1822–1825. doi:10.1111/acer.12493.
- <sup>14</sup> Marczinski C.A., Fillmore M.T., Henges A.L. et al. Effects of energy drinks mixed with alcohol on information processing, motor coordination and subjective reports of intoxication. *Exp Clin Psychopharmacol.* 2012; 20(2): 129–138. doi:10.1037/a0026136.
- <sup>15</sup> Marczinski C.A., Fillmore M.T., Henges A.L. et al. Mixing an Energy Drink with an Alcoholic Beverage Increases Motivation for More Alcohol in College Students. *Alcohol Clin Exp Res.* 2013; 37(2): 276–283. doi:10.1111/j.1530-0277.2012.01868.x.
- <sup>16</sup> Marczinski C.A., Fillmore M.T., Stamatos A.L. et al. The Desire to Drink Alcohol is Enhanced with High Caffeine Energy Drink Mixers. *Alcohol Clin Exp Res.* 2016; 40(9): 1982–1990. doi:10.1111/acer.13152.
- <sup>17</sup> Schöffl I., Kothmann J.F., Schöffl V., et al. “Vodka Energy”: Too Much for the Adolescent Nephron? *Pediatrics.* 2011; 128 (1): e227-31. doi: 10.1542/peds.2010-2677.
- <sup>18</sup> Tomcsányi J., Jávorka K. Nagy mennyiségű energiatal okozta jelentős QT-megnyúlás. *Orv. Hetil.*, 2015; 156(43): 1758–1760. DOI: 10.1556/650.2015.30275
- <sup>19</sup> Hammond D., Reid J.L., Zukowski S. Adverse effects of caffeinated energy drinks among youth and young adults in Canada: a Web-based survey. *CMAJ Open* 2018; 6 (1) E19-E25. doi: 10.9778/cmajo.20160154
- <sup>20</sup> Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet. Szilveszterkor is óvatosan az energiatalokkal! [https://www.ogyei.gov.hu/szilveszterkor\\_is\\_ovatosan\\_az\\_energiatalokkal/](https://www.ogyei.gov.hu/szilveszterkor_is_ovatosan_az_energiatalokkal/) (Elérve: 2018.03.02.)
- <sup>21</sup> Cseh J. Az energiatalok szakmai megítélése határon túl. Magyar Élelmiszer-biztonsági Hivatal. [https://www.antsz.hu/data/cms25815/energiatal\\_konf\\_CsJ\\_Energiatalok\\_szakmai\\_megit\\_20100422.pdf](https://www.antsz.hu/data/cms25815/energiatal_konf_CsJ_Energiatalok_szakmai_megit_20100422.pdf) (Elérve: 2018.09.06.)

<sup>22</sup> Lege Artis Medicinae. Az energiatalkok alkoholfüggőséget okozhatnak. [http://www.elitmed.hu/kiadvanyaink/ideggyogyaszati\\_szemle/rakszures\\_egyszeruen\\_7956/kaveval\\_a\\_cukorbetegseg\\_ellen\\_de\\_hogyan\\_6948/www.sciencedaily.com%3Cbr%20%2Faz\\_energiatalok\\_alkoholfuggoseget\\_okozhatnak\\_6462/](http://www.elitmed.hu/kiadvanyaink/ideggyogyaszati_szemle/rakszures_egyszeruen_7956/kaveval_a_cukorbetegseg_ellen_de_hogyan_6948/www.sciencedaily.com%3Cbr%20%2Faz_energiatalok_alkoholfuggoseget_okozhatnak_6462/) (Elérve:2018.03.23.)

<sup>23</sup> 2011. évi CIII. törvény a népegészségügyi termékadóról <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1100103.TV> (Elérve: 2018.03.20.)

<sup>24</sup> Oteri A., Salvo F., Caputi P.A. et al. Intake of Energy Drinks in Association With Alcoholic Beverages in a Cohort of Students of the School of Medicine of the University of Messina. *Alcohol Clin Exp Res.* 2007;31(10):1677-80. DOI:10.1111/j.1530-0277.2007.00464.x

<sup>25</sup> Ballistreri M.C., Corradi-Webster C.M. Consumption of energy drinks among physical education students. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2008; Spec No 16:558-64.

# Új mutató a hazai egészségügy eredményességének mérésére: az egészségügyi ellátás hozzáférhetősége és minősége index

New indicator for measuring the performance of the Hungarian health system: Healthcare Access and Quality Index

Szerzők: Vitrai József<sup>a</sup>, Bakacs Márta<sup>b</sup>

*a: Emberi Erőforrások Minisztériuma, b: Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet*

Beküldve: 2018. 08. 26.

doi: 10.24365/ef.v59i4.349

**Összefoglaló:** A *Global Burden of Disease Study* (Globális Betegségteher Vizsgálat) nemrég hozta nyilvánosságra azt a tanulmányát, melyben a világ országai, így hazánk egészségügyi ellátásának hozzáférhetőségét és minőségét elemezte. Az egészségügy eredményességének vizsgálatára a – többféle szempontból korrigált – megelőzhető és elkerülhető halálozás alapján képzett új indexet alkalmaztak. Ennek eredményeként a magyar egészségügy a világrangsor 40. helyére került. Leginkább a keringési és a rosszindulatú daganatos betegségek megelőzése és gyógyítása területén lenne Magyarországnak javítanivalója. Az elemzések rávilágítottak arra is, hogy a magyar egészségügy teljesítményének növeléséhez a rendszer elsődleges megelőzést előtérbe helyező átstrukturálása mellett, az egészségügyi kiadások növelése, illetve a magánkiadások részarányának csökkentése is hozzájárulna.

**Kulcsszavak:** egészségügyi rendszer; teljesítmény

**Summary:** The Global Burden of Disease Study recently published the results of its performance analysis on the health care access and quality in 195 countries including Hungary. To assess the performance of the health systems a new index based on preventable and amenable mortality corrected to different factors was applied. The Hungarian health system is on the 40th place in the global list developed on the basis of this index. There is a great space to improve the performance in prevention and care of diseases of the cardiovascular system and cancers in Hungary. Beyond restructuring the health system in Hungary with the main focus on primary prevention, the analysis provided additional pieces of evidences, namely the increase of the health expenditure and the decrease of the portion of the out-of-pocket expenditure would also help to improve the performance of the health system.

**Keywords:** health system; performance

## BEVEZETÉS

A Globális Betegségteher Vizsgálat (GBV) évről-évre újabb és újabb eredményekkel váltja ki az egészség monitorozásával foglalkozó szakemberek elismerését.<sup>1</sup> A ma már világszerte 3000-nél több kutatót foglalkoztató projekt 2015-től évente nemcsak

195 országra, hanem egyre bővülő számban országrészekre is közöl becsléseket: 315 betegségre és 79 kockázati tényezőre vonatkozóan a halandóság mellett az elvesztett egészséges életévekre is (ELÉV, angolul: DALY), ami az „idő előtti” halálozás és a megromlott egészséggel leélt évek súlyozott összege.<sup>2</sup> 2017 elején az egészségügyi szakpolitika

értékeléséhez újabb mutatót vezettek be: az ellátás hozzáférhetősége és minősége indexet (*Healthcare Access and Quality Index*; magyar fordítás rövidítésével: EHMI).<sup>3</sup> Az alábbiakban röviden bemutatjuk az EHMI számításának módszertanát, és már a 2018-as újabb tanulmány alapján a Magyarországra vonatkozó eredményeket, valamint kitérünk az ellátás minőségének értékelését célzó hazai és külföldi hasonló kezdeményezésekre is.<sup>4</sup>

## AZ EHMI MÓDSZERTANA

Nolte és McKee 2003-as közleménye nyomán szakmai körökben elfogadottá vált, hogy bizonyos betegségek okozta halálozások megfelelő népegészségügyi intézkedésekkel megelőzhetők, illetve időben nyújtott, adekvát orvosi ellátás igénybe vételével elkerülhetők lennének.<sup>5</sup> Például a tüdőrák okozta halálozás jórészt megelőzhető lenne, ha megfelelő népegészségügyi intézkedésekkel a dohányzást jelentősen visszaszorítanák, vagy a vakbélgyulladás következtében bekövetkező halálozás elkerülhető lenne, ha a beteg időben megfelelő operációban részesülne. Az Európai Unió egészségügyi rendszereinek eredményességét, működtetésének hatásosságát az Eurostat is a két kutató vizsgálataira alapozva minősíti a megelőzhető és elkerülhető halálozás mutatóival.<sup>6</sup> A GBV projektben, az újabb kutatások eredményei alapján némileg módosítva a Nolte és McKee által összeállított betegségi listát, minden vizsgált országra és országrészre, összesen 32 halálok figyelembe vételével becsülték meg a megelőzhető, illetve elkerülhető halálozást.<sup>i</sup>

A megelőzhető és elkerülhető halálozás ugyanakkor nem független a lakosság egészségi állapotát befolyásoló társadalmi-gazdasági tényezőktől. Közismert, hogy az alacsony jövedelműek gyakrabban dohányoznak, fogyasztanak túlzott mértékben alkoholt, és élnek egészségkárosító életkörülmények között. Így ha tisztán az egészségügyi rendszer eredményességét kívánjuk jellemezni, akkor célszerű a rajta kívüli hatásokat kiszűrni.

A GBV projektben az egészségügyi rendszeren kívüli tényezők hatásának kiszűréséhez több lépésben

végeztek standardizálást a szakértők. Először a megelőzhető és elkerülhető halálozás betegségi listáján szereplő – nem rákbetegség okozta – halálozásokat az adott területre becsült egészségmagatartási és környezeti kockázatokra standardizálták. Ezzel az eljárással elérték, hogy az egyes területeken megfigyelt megelőzhető és elkerülhető halálozás közti eltérések függetlenek lettek például az ott élők étkezési, dohányzási és alkoholfogyasztási szokásaitól, környezetük szennyezettségétől.

Másodszor, a rákbetegség-gyógyítás eredményességének jellemzésére a rákhalálozást az adott évben regisztrált új rákbeteg számához, azaz az incidenciához viszonyították. Ezzel tulajdonképpen egyfajta túlélési arányt számoltak (pontosabban: az adott évben a rákbeteg milyen arányban nem él túl a betegséget), így minősítve a rákbetegségek orvosi ellátásának eredményességét.

Harmadszor, annak érdekében, hogy az egészségügyi rendszerek eredményessége összehasonlítható legyen, életkorra és nemre is standardizálták a kockázatra, illetve a rákbetegségek esetében az incidenciára már standardizált halálozásokat. Erre a lépésre nyilvánvalóan azért volt szükség, mert a halálozás valószínűsége a nők és a férfiak különböző életkori csoportjaiban jelentősen eltérő.

A megelőzhető és elkerülhető halálokokra kapott standardizált adatokból főkomponens-analízissel meghatározták az egyes halálokoknak az egészségügy eredményességében játszott súlyát. E súlyok figyelembevételével számították ki minden vizsgált országra és országrészre az EHMI-t 1990-től kezdődően 5 évente, illetve 2016-ra. Az EHMI-t úgy skálázták, hogy a 0 a legrosszabb, míg a legmagasabb 100-as érték a leginkább eredményes egészségügyi rendszert jelentette. A könnyebb értelmezhetőséget segíti az is, hogy az eredményeket az országok fejlettsége alapján képzett csoportonként is megadták.<sup>ii</sup>

Az EHMI használhatóságának ellenőrzésére Pearson-féle korrelációs együtthatót számítottak az adott ország, terület EHMI-je és az egészségügyi rendszer hagyományos input és output jellemzői között. Így mérték a kapcsolatot a teljes egészségügyi kiadás, a kormányzati kiadások részaránya, az egészségügyi szakdolgozók száma, a kórházi ágyak

<sup>i</sup> Meg kell jegyezni, az Eurostat Nolte és McKee listáját ugyancsak módosította, így a megelőzhető és elkerülhető halálozás adatai számszerűleg nem összevethetőek a GBV projektben számoltakkal.

<sup>ii</sup> A csoportosításhoz az ún. társadalmi-gazdasági indexet (*Socio-demographic Index, SDI*) használták, melyet az egy főre jutó átlagos jövedelem, az átlagos iskolázottsági szint és a teljes termékenységi arányszám alapján számítanak ki.

1000 lakosra számított száma, a járóbeteg- és a kórházi ellátás igénybevétele és az EHMI között.

## EREDMÉNYEK

### Az EHMI a világban és Magyarországon

2016-ban a vizsgált 195 ország közül az európaiak, valamint Kanada, Japán, Ausztrália és Új-Zéland egészségügyi ellátása a legjobb 10%-ba estek az EHMI-vel mérve. A legrosszabbak a Szaharától délre eső országok voltak. Magyarország a 40. helyen 82-es EHMI-t ért el, míg a Visegrádi országok EHMI értékei a következők voltak: Csehország 89, Szlovákia 83, Lengyelország 82. [1. táblázat] 1990-től 2016-ig 186 országban nőtt az EHMI, átlagosan 16,8 ponttal. Magyarországon az egészségügy eredményessége az 1990-es 66,4-ről 15,7 ponttal javult.

Az egyes halálokokra külön-külön vizsgálva a hazai egészségügyi rendszer 2016-os eredményességét, komoly eltérések figyelhetők meg. A fertőző betegségek ellátása kiválóan, többségükben 100 pontosnak adódott, a legalacsonyabb, 91 pont a hasmenéssel járó fertőző betegségek (a GBV projektben: *Diarrhoeal diseases*) esetében volt. Jóval alacsonyabb, 72 pontos volt csupán az újszülötteket érintő betegségek (*Neonatal disorders*) ellátása.

A magyar egészségügyi rendszer teljesítménye a legrosszabbnak a keringési rendszer betegségei és a rosszindulatú daganatok megelőzése és gyógyítása területén bizonyult. A keringési betegségek esetében legkevesebb pontot, 40-et a magas vérnyomásos szívbetegségek (*Hypertensive heart disease*), 52-öt az iszkémiás szívbetegség (*Ischaemic heart disease*), legtöbbször, 61-et a reumás szívbetegségek (*Rheumatic heart disease*) ellátása kapta.

A rosszindulatú daganatos betegségek közül legalacsonyabbra, 55-re a nem-melanoma típusú bőrrák (*Non-Melanoma skin cancer, SCC*), 60-ra a méhnyakrák (*Cervical cancer*), 62-re a Hodgkin-limfóma (*Hodgkin's lymphoma*), legmagasabbra, 74-re a leukémia (*Leukaemia*), 80-ra a méhtestrák (*Uterine cancer*) ellátását értékelték.

Alacsonyra értékelték továbbá a gyomor és nyombél gyulladással járó betegségei (*Peptic ulcer disease*; 55), a veleszületett keringési rendszer betegségei (*Congenital heart anomalies*; 63), és magasra a krónikus légzőrendszeri betegségek (*Chronic respiratory diseases*; 94) valamint a vakbélgyulladás (*Appendicitis*; 97) ellátását.

### Az EHMI és az egészségügy más jellemzői közötti összefüggések

Az EHMI értékeinek az egészségügyi input, illetve output mutatókkal való összefüggését vizsgálva kitűnt, hogy az egy főre jutó egészségügyi kiadás igen jól korrelált az EHMI-vel ( $r=0,94$ ). Nagy hatékonysági (ráfordítás/eredményesség) különbségek voltak azonban megfigyelhetők az országok között még a magas EHMI tartományban is. [1. ábra]

Bár az USA, például Csehországgal azonos, 89-es EHMI-t ért el, annál közel 4-szer többet fordított az egészségügyre. A magyar egészségügy hatékonyságának javítási lehetőségét jelzi, hogy Lengyelország hazánknál 10%-kal kevesebbet költött egészségügyre 2016-ban, mégis Magyarországgal megegyező EHMI értéket kapott.<sup>iii</sup>

Az egészségügyi kiadásoknak a kormányzati költségvetésben való részaránya ( $r=0,93$ ) és az egy főre jutó magánkiadások ( $r=0,85$ ) is erős összefüggést mutattak az EHMI-vel. Igaz, a magánkiadásoknak a teljes egészségügyi kiadásokon belüli részaránya gyenge negatív korrelációt ( $r=-0,31$ ) mutatott, azaz a nagyobb arányú „zsebből” fizetett kiadás inkább csökkentette az EHMI értékét. Az országok társadalmi-gazdasági fejlettségét jelző SDI korrelációja ugyancsak magas volt ( $r=0,94$ ).

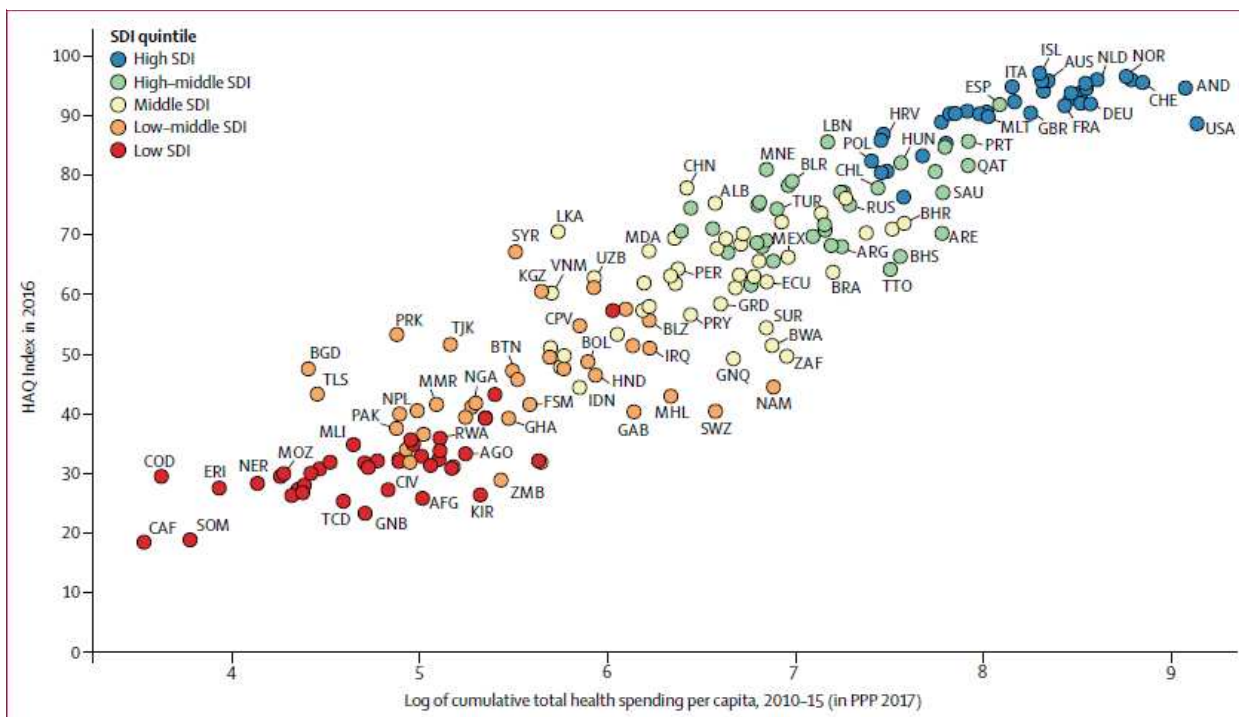
Az egészségügy teljesítményét jelző inputok közül az orvosok, nővérek és szülészek 1000 lakosra vetített száma jelentősebb ( $r=0,79$ ), míg a kórházi ágyak száma ennél gyengébb ( $r=0,63$ ) összefüggést mutatott az EHMI-vel. Az outputok, azaz a járó-, illetve fekvőbeteg-ellátás közepes erősségű korrelációt mutattak ( $r=0,56$  és  $r=0,64$ ) az index-szel.

<sup>iii</sup> 2016-ban a teljes egészségügyi kiadás egy főre USD PPP-ben mérve az USA-ban 9823, Csehországban 2482, Lengyelországban 1784, Magyarországon 1967 volt. Forrás: OECD.Stat <https://stats.oecd.org/viewhtml.aspx?datasetcode=SHA&lang=en#> (elérve: 2018. 08. 16.)

1. táblázat: A legjobban teljesítő országok az egészségügyi ellátás hozzáférhetősége és minősége index (EHMI) alapján

	HAQ Index	Tuberculosis	Diarhoeal diseases	LRIs	URIs	Diphtheria	Whooping cough	Tetanus	Measles	Maternal disorders	Neonatal disorders	MMs lin cancer (SCC)	Breast cancer	Cervical cancer	Uterine cancer	Colon cancer	Testicular cancer	Hodgkin's lymphoma	Leukemia	Rheumatik HD	Ischaemic HD	Stroke	Hypertensive HD	Chronic respiratory	Peptic ulcer	Appendicitis	Hernia	Gallbladder	Epilepsy	Diabetes	Chronic kidney	Congenital heart	Adverse med treat		
Iceland [1]	97	100	98	76	100	100	100	100	100	100	100	72	100	95	99	96	100	98	100	87	96	94	100	100	100	100	98	85	100	100	94	93			
Norway [2]	97	100	99	90	100	100	100	100	100	100	100	95	75	97	95	95	100	100	95	100	91	90	100	87	100	100	99	78	85	100	88	100			
Netherlands [3]	96	100	97	81	100	100	100	100	100	100	100	80	74	97	86	97	100	99	97	100	95	100	100	100	100	99	92	84	94	97	89	100			
Luxembourg [4]	96	100	90	93	100	100	99	100	100	100	100	99	67	99	82	100	99	100	97	89	95	97	94	100	100	100	98	96	84	100	88	100	77		
Australia [5]	96	100	96	93	100	100	100	100	100	100	100	83	100	99	69	86	100	100	100	99	97	96	100	94	100	100	100	99	88	89	87	87	88		
Finland [6]	96	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	71	100	100	91	92	95	98	90	100	78	84	77	100	81	100	99	96	84	85	100	88	100	
Switzerland [7]	96	100	90	98	100	100	100	100	100	100	100	81	77	93	78	94	99	82	95	97	100	98	100	92	100	100	100	99	95	100	99	86	100		
Sweden [8]	95	100	99	86	100	100	100	100	100	100	100	95	73	98	86	96	88	100	94	79	100	81	90	96	100	83	100	100	98	90	86	97	92	99	
Italy [9]	95	100	99	100	100	100	100	100	100	100	100	86	67	98	74	100	99	96	88	67	86	99	98	70	100	100	100	99	92	100	99	86	94		
Andorra [10]	95	100	96	81	100	100	97	100	100	100	100	98	58	97	94	97	95	99	99	98	99	85	98	91	74	87	100	99	95	85	94	100	81	92	
Ireland [11]	95	97	97	85	100	100	100	100	100	100	100	88	73	92	89	92	89	95	95	83	97	83	99	97	95	90	100	94	86	100	91	80	88		
Japan [12]	94	95	90	71	100	100	100	100	100	100	100	100	27	100	100	92	100	92	92	95	100	99	76	99	93	98	100	100	99	100	79	84	99		
Austria [13]	94	100	99	100	100	100	100	100	100	100	100	89	42	89	84	96	91	95	83	95	98	87	100	74	100	99	100	99	97	95	80	90	73		
Canada [14]	94	100	95	81	100	100	100	100	100	100	100	70	57	94	79	94	93	97	100	97	91	76	93	100	93	98	100	99	97	82	84	79	93		
Belgium [15]	93	100	91	74	100	100	100	100	100	100	100	86	60	94	79	94	93	97	95	88	93	94	92	99	96	94	100	98	94	78	99	92	93	74	
New Zealand [16]	92	100	91	100	100	100	100	100	100	100	100	96	76	95	89	84	78	88	86	89	90	74	83	93	98	85	100	100	100	97	82	91	70	78	100
Denmark [17]	92	100	90	84	100	100	100	100	100	100	100	79	53	87	86	91	88	98	85	99	100	97	89	100	98	75	100	98	90	84	78	86	83	95	
Germany [18]	92	100	96	83	100	100	100	100	100	100	100	86	66	92	83	98	94	96	94	37	89	87	97	71	100	86	100	100	95	75	91	82	86	79	
Spain [19]	92	99	98	98	100	100	100	100	100	100	100	88	57	84	60	87	87	79	78	83	82	100	99	96	100	100	99	89	100	100	90	80	90	84	
France [20]	92	99	89	89	100	100	100	100	100	100	100	84	62	89	79	87	86	90	86	69	91	100	100	98	100	100	99	97	79	96	99	83	63		
Slovenia [21]	91	99	100	98	100	100	100	100	100	100	100	97	56	83	88	93	78	84	73	94	81	95	87	68	100	88	100	95	88	93	100	100	92	51	
Singapore [22]	91	85	99	41	100	100	100	100	100	100	100	30	93	79	89	95	87	90	96	100	67	74	56	100	96	100	100	86	100	100	57	88	100		
UK [23]	90	100	94	68	100	100	100	100	100	100	100	78	80	85	77	93	87	99	94	95	97	85	90	84	80	76	100	87	81	71	93	100	72	84	
Greece [24]	90	96	100	90	100	100	100	100	100	100	100	86	64	85	78	83	81	85	72	58	100	68	77	80	100	91	100	100	100	100	76	74	66		
South Korea [25]	90	69	96	86	100	100	98	100	100	100	100	90	20	96	91	88	95	88	87	89	100	100	62	90	100	99	100	100	74	82	74	73	91	97	
Cyprus [26]	90	100	83	98	100	100	100	100	100	100	100	89	52	92	71	85	98	91	86	83	70	74	93	76	98	100	100	100	74	97	72	66	94	72	
Malta [27]	90	100	100	79	100	100	100	100	100	100	100	69	63	84	72	81	94	83	75	56	87	69	89	81	99	94	100	97	98	93	84	75	73	90	
Czech Republic [28]	89	100	96	77	100	100	100	100	100	100	100	92	67	85	67	87	72	83	84	95	86	68	84	70	100	71	100	97	78	86	90	83	94	79	
USA [29]	89	100	81	58	100	100	100	100	100	100	100	81	67	92	100	86	99	93	96	100	79	80	66	78	55	76	95	100	99	94	100	62	54	71	70
Croatia [30]	87	86	98	97	100	100	100	100	100	100	100	76	38	77	92	97	71	77	86	96	86	65	58	53	100	71	100	86	82	72	93	73	76	80	
Estonia [31]	86	74	100	76	100	100	100	100	100	100	100	98	47	75	76	96	80	75	88	89	73	61	72	26	100	65	100	100	96	63	75	73	82	77	
Portugal [32]	86	83	91	71	100	100	100	100	100	100	100	92	54	80	66	79	76	72	63	34	87	100	74	92	98	95	100	96	82	94	91	76	88	75	
Lebanon [33]	86	90	75	97	100	100	90	100	100	98	60	60	85	73	77	80	72	61	46	100	57	97	78	91	100	100	100	99	89	80	66	43	73		
Taiwan (Province of China) [34]	85	78	91	67	100	100	93	100	88	100	100	80	20	91	82	86	94	87	95	100	93	87	63	61	100	77	97	100	64	75	60	53	69	83	
Israel [35]	85	100	90	73	100	100	100	100	100	100	100	91	62	75	73	72	68	71	58	29	79	86	82	98	91	100	100	99	89	76	84	56	88	62	
Slovakia [36]	83	97	89	61	100	100	95	100	100	100	100	76	48	74	73	80	74	81	77	98	83	51	61	56	98	62	100	88	73	65	88	69	65	76	
Bermuda [37]	83	100	95	69	100	100	100	100	100	100	100	86	52	77	61	95	87	71	60	54	98	59	60	67	84	69	73	74	89	89	73	30	77	63	
Puerto Rico [38]	83	95	81	44	100	100	100	100	100	93	63	40	83	66	100	99	86	82	79	91	61	68	50	86	96	87	97	74	74	46	36	71	54		
Poland [39]	82	80	100	74	100	100	100	100	100	100	100	80	53	78	33	83	50	73	68	96	72	64	69	66	100	63	99	91	92	74	81	75	68	70	
Hungary [40]	82	96	91	95	100	100	100	100	100	100	100	73	55	72	60	80	64	71	62	74	81	52	61	40	94	55	97	81	66	88	82	76	63	87	
Qatar [41]	82	86	89	88	100	100	98	100	99	97	66	53	68	50	64	59	63	41	32	100	50	87	94	82	100	100	100	100	91	71	48	46	76		
Montenegro [42]	81	91	96	93	100	100	75	100	100	100	67	46	69	63	73	58	62	51	46	77	58	38	98	100	82	100	100	85	98	68	55	94	63		
Latvia [43]	81	69	95	69	100	100	100	100	99	88	36	67	56	92	63	64	71	75	69	45	46	51	100	60	100	100	87	67	69	77	74	65			
Kuwait [44]	81	83	85	56	100	100	100	100	100	100	70	33	73	49	78	69	72	59	66	99	48	68	33	85	97	88	100	100	83	92	50	39	60		
Lithuania [45]	80	58	97	66	100	100	100	100	100	100	89	38	70	50	95	67	70	81	95	64	42	56	56	100	51	92	91	72	67	76	84	64	68		
Belarus [46]	79	61	100	83	100	100	100	100	100	100	82	35	66	59	79	63	60	58	69	58	18	41	53	100	76	94	98	83							

1. ábra: Az EHMI és a teljes egészségügyi kiadás összefüggése, 2016



Forrás: GBD 2016

## MEGBESZÉLÉS

Magyarországon az egészségügyi rendszer eredményességét főként halandósági adatokkal, kiemelten a várható élettartammal szokás jellemezni. Új szakaszt nyitott azonban egy 2013-as miniszeri rendelet a hazai egészségügyi rendszer teljesítményértékeléséről.<sup>7</sup> A 2016-ban megjelent első, nemzetközi gyakorlat szerint elkészített jelentésben ugyanis közel 100, az egészségügyet különböző szempontból jellemző mutató szerepelt.<sup>8,9</sup> Ezek között megjelent az EHMI alapját képező megelőzhető és elkerülhető halálozás is. Érdeemes megjegyezni, hogy a megfelelő orvosi ellátással elkerülhető halálozást - mint az ellátás minőségi indikátorát - több mint 40 éve, már 1976-ban ajánlották, és az első magyarországi elemzés eredményeit már 1991-ben közreadták, de Magyarországon hivatalos dokumentumban több mint 25 évvel később, a 2016-os jelentésben közzétették először ezt a mutatót.<sup>10,11</sup>

Az egészségügy eredményességének a megelőzhető és elkerülhető halálozással történő mérésében a GBV projekt nagy „újítása” az egészségügyi rendszeren kívüli tényezők hatásának kiszűrése.

A kockázati tényezők, illetve a rákhalálozás esetében az új esetek figyelembevételével tulajdonképpen azt érik el, hogy az egészségügy teljesítményét a megelőzési és ellátási szükségletekhez viszonyítják. Az egészségügyi ellátás igénybevételének szükségletre történő korrigálása már a 2000-es évek közepétől ismert eljárás, és Magyarországon is történtek ilyen vizsgálatok.<sup>12,13</sup> A szükséglet jövedelmi különbségeit kiszűrve például ki lehetett mutatni, hogy Magyarországon a kórházi ellátást inkább a magasabb jövedelműek, míg az alapellátást az alacsonyabb jövedelműek veszik igénybe – azonos ellátási szükséglet esetén.<sup>14</sup> Az EHMI a szükségletre korrigálás miatt az egészségügyi rendszerek eredményességére vonatkozóan az eddigieknél megbízhatóbb összetvetési lehetőséget biztosít.

Az EHMI 2016-os értékei összességében megbízhatóknak tűnnek, hiszen az országok és országrészek egymáshoz viszonyított helyzete összhangban van a korábban más módszerrel végzett értékelésekkel, az azokra épülő szakmai elvárásokkal. Így például a hazai egészségügy teljesítményét az élenjáró európai országokéhoz viszonyítva jelentősen javíthatónak értékelte az EU Gazdasági-pénzügyi

Főigazgatóságának egy 2015-ös elemzése.<sup>15</sup> „Kifejezetten Csehország, Litvánia és Szlovákia mutatja a legalacsonyabb hatékonyságot a legtöbb vizsgált modell alapján. Magyarország, Lettország, Lengyelország és Észtország csak kicsivel jobbak, mint az előző csoport, de ugyancsak alacsony hatékonyságúak.” – írják e tanulmányban a szerzők. Számításaik szerint Magyarországon az elkerülhető halálozás több mint 60%-kal kisebb, a születéskor várható élettartam közel 4 évvel hosszabb lenne, ha a magyar egészségügyi rendszer hatékonysága az élenjárókéval megegyezne.

Talán a szakembereknek nem okozott meglepetést, hogy a GBV projekt elemzése is kimutatta, a magyarországi egészségügynek két területen igen rossz a teljesítménye: a keringési betegségek valamint a rosszindulatú daganatok megelőzése és gyógyítása területén. Hasonló következtetésre jut a hazai teljesítményértékelési jelentés „Kiemelt területek” című melléklete, amely szerint az egészségügyi rendszer céljainak elérése érdekében részletes vizsgálatot, esetleges beavatkozást indokol „...a megelőzhető és elkerülhető halálozás magas értéke – különös tekintettel a korai halálozásra, a keringési rendszer betegségeire és a daganatokra”.<sup>16</sup>

A magyar egészségügyi rendszer kedvezőtlen minősítéséhez minden bizonnyal hozzájárulnak a nem kielégítő inputjai is. A GBV projekt összefüggés-elemzésének eredményei szerint az alacsonyabb egészségügyi kiadások, valamint a magánkiadások magasabb részaránya az egészségügyi költségvetésben az ellátás rosszabb hozzáféréssel és minőségével jár együtt. Valószínűsíthető, hogy ezek az összefüggések szerepet játszhatnak a hazai egészségügy gyengébb teljesítményében is. Ezt támasztja alá a Magyar Nemzeti Bank egyik elemzőjének a 2017-es tanulmányában tett megállapítása, miszerint: „...Magyarországon a közkiadások szintje elmarad, miközben a háztartások közvetlen egészségügyi kiadása meghaladja a nemzetközi és régiós átlagot.”<sup>17</sup>

Végezetül érdemes végiggondolni, hogy a magyar egészségügyi rendszer teljesítményére vonatkozó

adatok alapján milyen intézkedések vezethetnek eredményességének jelentős javításához. Célszerűnek látszik az egészségre fordítható kormányzati költségvetést legalább a régiós átlag szintjéig növelni. Ez egyúttal a magánkiadások részarányának csökkenését is eredményezné, és e két változás önmagában is az egészségügyi szolgáltatásokhoz való jobb hozzáférést és az ellátás minőségének javulását hozná magával.

További pozitív előrelépés várható a hazai egészségügy erőforrásainak az elsődleges megelőzést előtérbe helyező átstrukturálásától, mert ahogy a GBV tanulmánya figyelmeztet, „az egészségügy kihívásai elviselhetetlenné válnak, ha a jelenlegi reaktív modelljét nem módosítja a proaktív működés irányába”.<sup>4(2257.o.)</sup> Másképpen, „a hazai egészségügyi rendszer hatékonyságának növeléséhez a gyógyításról a megelőzésre szükséges nagyobb hangsúlyt helyezni, és ennek megfelelően a korábbinál több erőforrást biztosítani”.<sup>18(11.o.),iv</sup> A megelőzhető és elkerülhető halálozási elemzések szerint a magyar egészségügyi rendszer optimális működésével a 2015-ben elhunytak több mint harmada, a 65 évnél fiatalabbak háromnegyede maradt volna életben.<sup>19</sup> Az eredmények azt mutatják, hogy népegészségügyi beavatkozásokkal az orvosi ellátáshoz viszonyítva egyértelműen több életet lehetne megmenteni Magyarországon. A betegségekhez, illetve kockázati tényezőkhöz köthető egészségvesztések, valamint a halandósági elemzések arra mutatnak, hogy az egészségügyi rendszer erőforrásainak célszerű átrendezése, különösen a népegészségügy megerősítése szükséges ahhoz, hogy a lakosság egészsége az ország társadalmi-gazdasági szintjén elvárhatót mielőbb elérje.

A nemzetközi tapasztalatok egyértelműen bizonyítják, hogy a hazai egészségügyi rendszer népegészségügyi szemléletű megújítása szükséges az eredményességhez, különösképpen a keringési rendszer és a rosszindulatú betegségek területén történő javításához, és ahhoz, hogy országunk az évente felállított EHMI világrangsorban előre léphessen.

<sup>iii</sup> A hazai egészségügyi rendszer megváltoztatásának szükségességéről és a lehetséges megoldásokról részletesebben lásd az Egészségjelentés 2016 Vezetői összefoglalóját!



## HIVATKOZÁSOK

- <sup>1</sup> Global Burden of Disease (GBD) <http://www.healthdata.org/gbd> (Elérve: 2018. 08. 16.)
- <sup>2</sup> Vitrai J, Varsányi P, Bakacs M. Új lehetőségek a magyarországi egészségveszteségek becslésére. LAM, 2015;25:283–290.
- <sup>3</sup> GBD 2015 Healthcare Access and Quality Collaborators. Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990-2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet, 2017;390(10091):231-266. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30818-8.
- <sup>4</sup> GBD 2016 Healthcare Access and Quality Collaborators. Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet. 2018;391(10136):2236-2271. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30994-2
- <sup>5</sup> Nolte E, McKee M. Measuring the health of nations: analysis of mortality amenable to health care. BMJ, 2003;327:1129-32. doi: 10.1136/bmj.327.7424.1129
- <sup>6</sup> Amenable and preventable deaths statistics. Statistics Explained, Eurostat. [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Amenable\\_and\\_preventable\\_deaths\\_statistics](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Amenable_and_preventable_deaths_statistics) (Elérve: 2018. 08. 16.)
- <sup>7</sup> Az emberi erőforrások minisztere 36/2013. (V. 24.) EMMI rendelete az egészségügyi rendszer teljesítményértékelésének eljárásrendjére vonatkozó szabályokról
- <sup>8</sup> Cylus J, Papanicolas I, Smith PC. (szerk.) Health system efficiency. How to make measurement matter for policy and management. World Health Organization, 2016.
- <sup>9</sup> Egészségügyi Rendszer Teljesítményértékelési Munkacsoportja. A magyar egészségügyi rendszer teljesítményértékelése 2013-15. Állami Egészségügyi Ellátó Központ, Budapest, 2016. <https://mertek.aeek.hu/web/mertek-magyar-egeszsegugyi-rendszer-teljesitmenyertekese/jelentes-2013-15> (Elérve: 2018. 08. 18.)
- <sup>10</sup> Rutstein DD et al. Measuring the quality of medical care. N Engl J Med 1976;294:582-8. doi: 10.1056/NEJM197603112941104
- <sup>11</sup> Boján F, Vargáné Hajdú P, Belicza É. Avoidable mortality is it an indicator of quality of medical care in Eastern European countries? International Journal for Quality in Health Care, 1991;3:191-203. doi: 10.1093/intqhc/3.3.191
- <sup>12</sup> van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X. OECD Health Equity Research Group: Inequalities in access to medical care by income in developed countries. CMAJ, 2006;174,177-183. doi: 10.1503/cmaj.050584
- <sup>13</sup> Vitrai J, Bakacs M, Kaposvári Cs, Németh R. Szükségletre korrigált egészségügyi ellátás igénybevételének egyenlőtlenségei Magyarországon. LAM, 2010;20:527–532.
- <sup>14</sup> Vitrai J. Egyenlőtlenségek az egészségügyi ellátás igénybevételében az ELEF adatai alapján. In: Európai lakossági egészségfelmérés – Tanulmányok III. Az egészségi állapot és az egészségügyi ellátórendszer. KSH, 2013, Budapest. 21-40.
- <sup>15</sup> Medeiros J, Schwierz C. Efficiency estimates of health care systems in the EU. Directorate-General for Economic and Financial Affairs, European Commission. 2015 Brüsszel.
- <sup>16</sup> Egészségügyi Rendszer Teljesítményértékelési Munkacsoportja 2016. A magyar egészségügyi rendszer teljesítményértékelése 2013-15. Melléklet: Kiemelt területek. Állami Egészségügyi Ellátó Központ, Budapest <https://mertek.aeek.hu/documents/68031/186704/17.Kiemelt+teruletek.pdf/f7b9e65c-a0f8-5aaf-1b9d-08c0860bab08> (Elérve 2018. 08. 18.)
- <sup>17</sup> Asztalos P. A háztartások közvetlen hozzájárulása az egészségügyi kiadásokhoz Magyarországon. Statisztikai Szemle, 2017;95(8–9):873-900. doi: 10.20311/stat2017.08-09.hu0873
- <sup>18</sup> Bakacs M et al. Egészségjelentés 2016. Információk a népegészségügyi beavatkozások célterületeinek azonosításához a nem fertőző betegségek és az egészségmagatartási mutatók elemzése alapján. Szerk. Varsányi P, Vitrai J. Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, Budapest 2017.
- <sup>19</sup> Vitrai J, Bakacs M, Varsányi P. Hazai egészség-pillanatkép, 2017. Egészségfejlesztés. 2017;58(4):59-75. doi: 10.24365/ef.v58i4.205

# A gyermekkori elhízás népegészségügyi vonatkozásai

## Public health implications of childhood obesity

Szerző: Kovács Viktória Anna ✉

*Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet*

Beküldve: 2018. 08. 14.

doi: 10.24365/ef.v59i4.348

**Összefoglaló:** Bár jelenleg a prevalencia stabilizálódni látszik, a gyermekkori elhízás előfordulása hazánkban igen magas, jelenleg minden negyedik gyermek túlsúlyos vagy elhízott. A kórképnek mind gyermekkorban, mind felnőttkorban súlyos szövődményei vannak, így népegészségügyi hatása és költségvonzata is jelentős. Sajnos a jelenlegi kezelési módszerek kevés eredményt tudnak felmutatni, így a hangsúlyt elsősorban a megelőzésre kell fektetni. Jelenleg az ajánlások komplex megközelítést és egyidejűleg több fronton induló beavatkozásokat javasolnak a hatékony megelőzés érdekében, mely elsősorban a káros környezeti tényezők kiküszöbölését célozza.  
**Kulcsszavak:** gyermek, túlsúly, elhízás, szövődmények, költségek

**Summary:** Although recent surveys suggest a plateau of the prevalence of childhood obesity, the overall levels remain disturbingly high and affects roughly every fourth child in Hungary. Obesity in childhood causes a wide range of serious complications both in children and in adults, and increases the risk of premature illness and death later in life, raising public-health concerns with a significant burden. Unfortunately, treatment for childhood obesity currently remains largely ineffective, thus emphasize should be placed on prevention efforts. To increase the effectiveness of actions, recent guidelines suggest complex integrated approaches and interventions targeting different risk factors and adverse environmental determinants in parallel.

**Keywords:** children, overweight, obesity, complications, burden

### PREVALENCIA

Az elmúlt évtizedekben a gyermekkori elhízás előfordulási aránya drámai mértékben növekedett, mind a fejlődő, mind a fejlett országokban.<sup>1</sup> Ennek eredményeként, még ha számos országban, így hazánkban is, az „elhízás járvány” tetőzni látszik, a prevalencia igen magas.<sup>2</sup> Magyarországon a túlsúly, illetve elhízás kb. minden negyedik gyermeket érinti, a súlyos elhízás (testtömegindex  $\geq$  mint 35 kg/m<sup>2</sup>) előfordulási aránya pedig mintegy 2,5%.<sup>2</sup> Ha ezeket az arányokat visszavetítjük a legutóbbi, 2011. évi népszámlálás eredményeire, akkor ez összesen kb. 460.000 túlsúlyos és mintegy 50.000 súlyosan elhízott gyermeket jelent.<sup>3</sup>

A gyermekkori elhízás nem egyformán érinti az egyes társadalmi rétegeket, valamint az előfordulása jelentős regionális különbségeket mutat.<sup>4</sup> Azoknál a családoknál, ahol a szülők is túlsúlyosak, vagy a szülők alacsony iskolázottságúak, illetve rossz anyagi helyzetűek, nagyobb eséllyel lesz a gyermek elhízott.<sup>5</sup> Ami a területi egyenlőtlenségeket illeti, munkacsoportunk kétszer akkora elhízás prevalenciát talált hét éves gyermekek körében a Dél-dunántúli és az Észak-magyarországi régióban, mint Közép-Magyarországon.<sup>6</sup> Ezek a magas előfordulási arányok, illetve egyenlőtlenségek tükrözik a felnőttkori tendenciákat.

## RÖVID- ÉS HOSSZÚ TÁVÚ KÖVETKEZMÉNYEK

A gyermekkori elhízásnak mind gyermekkorban, mind felnőttkorban következményei vannak.<sup>7</sup> A túlsúly és elhízás már gyermekkorban aláássa a fizikai, szociális és pszichológiai jóllétet és ismert kockázati tényezője a felnőttkori elhízásnak, valamint számos krónikus, nem fertőző megbetegedésnek. Elhízott gyermekeknél az ún. 2-es típusú cukorbetegség kockázata 4,5-5,5-szeres, az asztma esélye kb. 25%-kal nagyobb, mint normál súlyú kortársaiknál.<sup>8,9</sup> Emellett gyakoribbak az ortopédiai problémák, a szorongás és a depresszió, valamint a túlsúlyos gyerekek fele, a túlsúlyos serdülők 80%-a felnőttkorban is elhízott marad.<sup>10</sup> Fontos tudni azonban, hogy amennyiben a túlsúlyos gyermek testsúlya rendeződik, a jövőben akkor is nagyobb esélye lesz a felnőttkori szív- és érrendszeri betegségekre, mint egy normál súlyú gyermeknek.<sup>11</sup> Az elhízás ugyanis gyermek- és serdülőkorban kedvezőtlen irányba változtatja a szív- és érrendszer stuktúráját és funkcióját.<sup>12</sup> Ezért azok a gyermekek, akik túlsúlyosak, emelkedett cardiovasculáris kockázattal bírnak egész életükben, akkor is, ha később a tápláltsági állapotuk rendeződik. A Harvard Növekedési Vizsgálat, amely 55 éven át követte a résztvevőket, kétszeres szívinfarktus mortalitást talált azoknál, akik serdülőkorban túlsúlyosak voltak, függetlenül a felnőttkori testsúlytól.<sup>12</sup> Egy angol tanulmány 57 éves utánkövetéssel hasonlóan magasabb összhalálozást valamint szív- és érrendszeri mortalitást írt le azoknál, akiknél gyermekkorban a testtömegindex meghaladta a 75 percentilis értéket.<sup>12</sup>

## NÉPEGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSOK

A gyermekkori elhízás komoly népegészségügyi probléma, melynek megelőzése és kezelése a jelenlegi beavatkozások és módszerek mellett kevés eredményt tud felmutatni.<sup>13,14</sup>

Magyarországon az egyes krónikus betegségek előfordulásáról központi regiszter hiányában pontos adatokkal nem rendelkezünk. Célzott adatbázis elemzések (pl. OEP finanszírozási adatok), illetve kisebb regiszterek (pl. Hypertonia Regiszter) segítségével azonban jó közelítéssel lehet becsülni a gyakoriságot. Így tudjuk, hogy az elhízás legjelentősebb gyermekkorban kialakuló szövődményei a 2-es

típusú cukorbetegség, a magas vérnyomás, a depresszió és a szorongás, már ma is népbetegségek számítanak hazánkban. 60 év felett kb. minden ötödik magyar manifest 2-es típusú cukorbetegségben szenved, évente mintegy 30.000 új esetet diagnosztizálnak és 2014-ben 727.000, 2-es típusú diabeteses beteg volt (6,4%).<sup>15</sup> A hypertonia előfordulása hazánkban egyenletesen emelkedik, 2015-ben a 8,3 millió felnőtt lakosból 3,5 millió szenvedett e kórképben.<sup>16</sup> Az életkor emelkedésével párhuzamosan az előfordulás gyakorisága egyre nagyobb, 65 év felett már meghaladja a 60%-ot.<sup>17</sup> A hypertóniás betegek eloszlása is jelentős területi különbségeket mutat, és hasonlóan a gyermekkori elhízás prevalenciájában talált régiós eloszláshoz a leginkább érintett két terület Dél-Dunántúl illetve Észak-Magyarország.<sup>17</sup> A depresszió előfordulási arányára vonatkozó magyar közlemények nagy szórást mutatnak (12-37%), de abban egyetértenek, hogy a depresszió egyike a leggyakoribb pszichiátriai betegségeknek, mely jelentősen behatárolja a beteg és családja jóllétét és napi életvitelét.<sup>18</sup>

## KÖLTSÉGTERHEK

Figyelembe véve a várható élettartam növekedését, és ezzel párhuzamosan a lakosságon belül az idősek arányának emelkedését, illetve hogy 1975 és 2016 között a gyermekkori elhízás előfordulása világszerte tízszeresére nőtt,<sup>1</sup> hatalmas ugrás várható a jövőben a 2-es típusú cukorbetegség, valamint a szív- és érrendszeri betegségek már most is magas előfordulási arányában és ezzel párhuzamosan az erre fordított költségekben.

Kempler és munkatársai közleménye alapján egy 2-es típusú cukorbeteg egy főre eső éves teljes egészségügyi ellátásának költsége hazánkban nagyjából 350.000 forint.<sup>15</sup> Felszorozva ezt a fent említett prevalencia adatokkal, a 2-es típusú betegek ellátása évente jelenleg kb. 255 milliárd forintba kerül, ami már most is az éves egészségügyre fordított költségvetés kb. 17%-a.

Könnyen belátható tehát, hogy a gyermekkori elhízás terén észlelt magas előfordulási arány, illetve a szövődmények prevalenciájában látott növekvő tendencia hatékony beavatkozás nélkül veszélyezteti a magyar egészségügyi ellátórendszer fenntarthatóságát.

## JÖVŐBELI IRÁNYOK

Figyelembe véve az állapot súlyosságát és a szövődmények kialakulásának magas kockázatát, az egészségügyi ellátórendszerek figyelme érthető módon a kórosan elhízott gyermekek számára kidolgozott kezelési stratégiákra irányul. Népegészségügyi szempontból azonban a jóval nagyobb esetszám miatt súlyosabb egészségügyi és gazdasági terhet jelentenek a kevésbé elhízott gyermekek, akik sokszor teljesen elkerülik az ellátórendszert. Ebben az esetben a sikeres beavatkozás gátjai a diagnózis hiánya mellett az inaktív életmódot és a szükségesnél magasabb kalória bevittelt propagáló és támogató környezeti, kulturális és gazdasági tényezők.

Az elmúlt pár évben számos nagysúlyú, a gyermekkori elhízás megelőzésére és kezelésére

irányuló nemzetközi stratégia és ajánlás született.<sup>19,20</sup> Ezen ajánlások közös eleme, hogy az eddigiekkel ellentétben többszintű, több támadáspontú beavatkozást javasolnak. Nyilvánvalóan ezen intervenciók alapja az összehangolt és jól megtervezett lépések sorozata, melyben az egyes szereplők (pl. döntéshozók, várostervezők, étterem tulajdonosok, iskolaigazgatók, szülők stb.) szorosan együttműködnek a közösen meghatározott célok elérése érdekében.

Összefoglalva, a gyermekkori elhízás megelőzése terén talán már mutatkozik eredmény (lásd a prevalencia stagnálása), de nyilvánvaló, hogy a siker érdekében nem elégséges csak az egészségügy szereplőinek erőfeszítése, társadalmi méretű összefogásra van szükség.

## HIVATKOZÁSOK

<sup>1</sup> NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. *Lancet*. 2017 Dec 16;390(10113):2627-2642.

<sup>2</sup> Kovacs VA, Bakacs M, Kaposvari C, Illes E, Erdei G, Martos E, Breda J. Weight Status of 7-Year-Old Hungarian Children between 2010 and 2016 Using Different Classifications (COSI Hungary). *Obes Facts*. 2018;11(3):195-205.

<sup>3</sup> Népszámlálás 2011. [http://www.ksh.hu/nepszamlalas/tablak\\_demografia](http://www.ksh.hu/nepszamlalas/tablak_demografia) (Elérve: 2018. 08. 14.).

<sup>4</sup> Lee H, Andrew M, Gebremariam A, Lumeng JC, Lee JM. Longitudinal associations between poverty and obesity from birth through adolescence. *Am J Public Health* 2014; 104:e70–e76.

<sup>5</sup> OECD (2010), *Obesity and the Economics of Prevention: Fit not Fat*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264084865-en>

<sup>6</sup> Erdei G, Bakacs M, Illés É, Nagy B, Kaposvári C, Mák E, Nagy ES, Cserháti Z, Kovács VA. Substantial variation across geographic regions in the obesity prevalence among 6-8 years old Hungarian children (COSI Hungary 2016). *BMC Public Health*. 2018; 18(1):611.

<sup>7</sup> World Health Organization. Obesity and overweight. <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> (Elérve: 2018. 08. 14.).

<sup>8</sup> Abbasi A, Juszczuk D, van Jaarsveld CH, Gulliford MC. Body mass index and incident type 1 and type 2 diabetes in children and young adults: a retrospective cohort study. *J Endocr Soc* 2017; 1(5), 524-537.

<sup>9</sup> Granell R, Henderson AJ, Evans DM, Smith GD, Ness AR, Lewis S, Sterne JA. Effects of BMI, fat mass, and lean mass on asthma in childhood: a Mendelian randomization study. *PLoS Medicine* 2014; 11(7), e1001669.

<sup>10</sup> World Health Organization. Why does childhood overweight and obesity matter? [http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood\\_consequences/en/](http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_consequences/en/) (Elérve: 2018. 08. 14.).

<sup>11</sup> Bridger T. Childhood obesity and cardiovascular disease. *Paediatrics & Child Health* 2009; 14(3), 177–182.

<sup>12</sup> Ayer J, Charakida M, Deanfield JE, Celermajer DS. Lifetime risk: childhood obesity and cardiovascular risk. *Eur Heart J* 2015; 36(22):1371-1376.

<sup>13</sup> Bautista-Castano I, Doreste J, Serra-Majem L. Effectiveness of interventions in the prevention of childhood obesity. *Eur J Epidemiol* 2004; 19(7): 617-622.

<sup>14</sup> Bleich SN, Vercammen KA, Zatz LY, Frelief JM, Ebbeling CB, Peeters A. Interventions to prevent global childhood overweight and obesity: a systematic review. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2018 Apr;6(4):332-346.

<sup>15</sup> Kempler P, Putz Zs, Kiss Z, Wittmann I, Abonyi-Tóth Zs, Rokszin Gy, Jermendy Gy. A 2-es típusú diabetes előfordulása és költségterheinek alakulása Magyarországon 2001–2014 között – az Országos Egészségbiztosítási Pénztár adatbázis-elemzésének eredményei. *Diab Hung* 2016; 24(3): 177-188.

<sup>16</sup> Blázovics A (2016). A Hypertonia Regiszter adatfelvétel-tanulságai. <http://real.mtak.hu/38280/1/650.2016.26m.pdf> (Elérve: 2018. 08. 14.).

<sup>17</sup> Szegedi J, Kékes E, Sonkodi S, Kiss I. A hypertonia epidemiológiája Magyarországon. *Hypertonia és nephrologia* 2014; 18(5-6).

<sup>18</sup> Torzsa P, Rihmer Z, Gonda X, Sebestyén B, Szokontor D, Kalabay L. A depresszió prevalenciája az alapellátásban Magyarországon. *Neuropsychopharmacologia Hungarica* 2008, X/5, 265-270.

<sup>19</sup> European Union Action Plan on Childhood Obesity 2014–2020. Brussels: European Commission; 2014 [http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/nutrition\\_physical\\_activity/docs/childhoodobesity\\_actionplan\\_2014\\_2020\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/nutrition_physical_activity/docs/childhoodobesity_actionplan_2014_2020_en.pdf) (Elérve: 2018. 08. 14.).

<sup>20</sup> Report of the Commission on Ending Childhood Obesity. Geneva: World Health Organization; 2016 [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204176/1/9789241510066\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204176/1/9789241510066_eng.pdf) (Elérve: 2018. 08. 14.).

## Az Amszterdami Egészséges Testsúly Program

Amsterdam Healthy Weight Program. IPES-Food. 2017.

What makes urban food policy happen? Insights from five case studies.

International Panel of Experts on Sustainable Food Systems.

[www.ipes-food.org](http://www.ipes-food.org)

Ismerteti: Kaposvári Csilla ✉

*Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Egészségtudományi Doktori Iskola*

Beküldve: 2018. 08. 08.

doi: 10.24365/ef.v59i4.346

**Kulcsszavak:** gyermekkori elhízás, egészséges városi környezet, prevenció, rendszerszintű megközelítés, kollektív felelősség

**Keywords:** childhood obesity, healthy urban environment, prevention, whole system approach, collective responsibility

*„Az emberek azt hiszik, hogy túlsúlyosnak lenni egy abnormalis egyéni reakció a normális környezetre. Ez egyáltalán nem igaz! Ez egy normál reakció egy abnormalis környezetre.”*

*Professor Jaap Seidell, Free University, Amsterdam*

Jelen összefoglaló az Amszterdami Egészséges Testsúly Programot (*Amsterdam Healthy Weight Program*) mutatja be. Az első rész röviden áttekintést nyújt a program főbb vezérelveiről és cselekvési területeiről, amelyek konkrét megvalósítását a „Képzeld el ...” című cikk szemlélteti egészségfejlesztéssel foglalkozó szakemberek elképzelt napi feladatainak megjelenítésén keresztül.

A második rész azokat a tényezőket foglalja össze, amelyeket a megvalósítás sikertényezőiként azonosítanak a forrásként jelölt nemzetközi szakirodalmak. Ezek ismerete azért is fontos, mert segíti a megismételhetőség esélyét.

2012-ben Amszterdamban a gyermekkori túlsúly és elhízás előfordulásának gyakorisága a 19 év alatti

gyermekek körében 21% volt, magasabb, mint az országos átlag. A probléma különösen kiemelkedő volt a migráns, valamint az alacsony jövedelmű és társadalmi státuszú családok gyermekei körében. Felismerve a helyzet társadalmi súlyát, a városvezetés célul tűzte ki, hogy 2033-ra megszünteti a gyermekkori elhízás problémáját Amszterdamban. 2013-ban elindították az Amszterdami Egészséges Testsúly Programot, amely a túlsúly és az elhízás megelőzésére, valamint kezelésére fókuszált a 0-18 éves korú gyermekek és a fiatalok, szüleik, gondozóik, tanáraik körében. Kiemelt célcsoportként tekintettek a már elhízott gyermekekre és a magas kockázatú családokra. A program célul tűzte ki, hogy aktívan támogassák a gyermekeket és szülőket a hosszú távon is fenntartható egészséges viselkedésváltozásban.

Az amszterdami program egy komplex program, amely népegészségügyi, egészségügyi, oktatási, sport, ifjúsági, szegénységgel, közösségépítéssel kapcsolatos, gazdasági, valamint várostervezési beavatkozásokat integrál önkormányzati, gazdasági

és civil szereplők részvételével. Az elhízás strukturális meghatározóinak megváltoztatását célozza, azaz az egyéni életmódot és értékeket, a mögöttük meghúzódó pszicho-szociális tényezőket, valamint a társas és fizikai környezetet. Továbbá, azokat a lakókörnyezeti és munkafeltételeket, amelyek nehezítik a szülőket abban, hogy biztosítsák a gyerekeiknek az egészséges táplálkozást, a megfelelő fizikai aktivitást és alvást. A program első 5 évében jelentős sikert ért el. A hátrányos helyzetűek között 18%-kal, míg a teljes gyermekpopulációban 12%-kal lett alacsonyabb a túlsúlyos és elhízott gyermekek aránya.

### A JÖVŐKÉP

A program kezdetekor és a megvalósítás alatt született gyermekek mindegyike a program végére egészséges testsúllyal fog élni.

### A PROGRAM TERVEZÉSÉT ÉS MEGVALÓSÍTÁSÁT VEZÉRLŐ ALAPELVEK ÉS ÉRTÉKEK

- A túlsúly- és elhízásprobléma felszámolása hosszú folyamat, egy generációnyi időt igényel.
- A program tevékenységeinek és beavatkozásainak fenntarthatónak kell lenniük.
- A programban mindenki – minden egyes ember és szakpolitikai terület – számít.
- A gyerekkori elhízás kollektív felelősség.
- A megközelítés evidenciákon alapszik: a program egy tanulási folyamat, alkalmas a valóban működő beavatkozások azonosítására.
- Döntéseket kell hozni az erőfeszítések fókuszálására.
- A prevenció a legfontosabb, de a ma élő gyerekek helyzete is ugyanolyan fontos.

### A PROGRAM SZAKASZAI A REALITÁS ÉS A CÉLOK MÉRHEŐSÉGÉNEK ÉRDEKÉBEN

- Egészséges testsúly elérése a 0-5 éves gyerek körében 2018-ig.

- Egészséges testsúly elérése a 0-10 éves gyerekek körében 2023-ra.
- Egészséges testsúly minden gyereknek és fiatalnak Amszterdamban 2033-ra.

### FŐ CSELEKVÉSI TERÜLETEK/PILLÉREK

A túlsúly/elhízás elsődleges megelőzése:

- az első 1000 naponban (a fogantatástól a 2. születésnapig);
- óvodákban, általános- és középiskolákban;
- lakóközösségekben (kiemelten a 10 leghátrányosabb helyzetűben): célok kitűzése, megvalósítás és teljesülések monitorozása;
- egészséges környezet kialakítása által (várostervezés, élelmiszerkörnyezet révén: beleértve az élelmiszerekre és italokra vonatkozó helyi reklám- és szponzorálási szabályozásokat, a kereskedelmi és vendéglátóipari szereplők részvételét);
- tinédzserek körében;
- speciális igényű gyermekek körében.

A túlsúlyos/elhízott gyerekek esetében:

- az egészséges testsúly visszanyerésében nyújtott támogatás.

Támogató területek:

- tanulási folyamatok megerősítése és kutatás lefolytatása a program támogatására;
- digitális eszközök használata;
- kommunikáció és viselkedésváltoztatás módszertan alkalmazása.

### MILYEN TÉNYEZŐK TETTÉK SIKERESSÉ A PROGRAMOT?

#### Politikai elköteleződés

2012-ben Eric van der Burg alpolgármester és a népegészségügyért, egészségügyi ellátásért és sportért felelős városatyának fontos szerepe volt a program elindításában és megvalósításában. Látva a gyerekkori túlsúlyra és elhízásra vonatkozó összehasonlító adatokat Amszterdamban – az elhízás témában jártas szakemberekkel együtt-

működve –, felismerte, hogy az elhízás jelentős és komplex társadalmi probléma. Megértette, hogy az egyén hibáztatása túlzottan egyszerű megközelítés egy ilyen komplex probléma orvoslására. A kollektív felelősség fontosságát – kiemelten a városvezetés felelősségét – arra alapozta, hogy amikor az emberek nem rendelkeznek megfelelő tudással és képességekkel az egészséges testsúly megtartásához, akkor az (ön)kormányzat felelőssége, hogy ebben támogatást nyújtson. Továbbá megértette azt is, hogy a túlsúlyos vagy elhízott gyerekek családjának gyakran halmozott problémái és speciális igényei vannak, így a gyerekkori elhízás problémájának megoldása nemcsak arról szól, hogy megtanítsák a gyerekeket egészségesen enni és többet mozogni. Ezzel az állásponttal az alpolgármester teljesen szembement a saját pártjával és az akkori országos szakpolitikai iránnyal is, ami az egyéni (szülői) felelősségre helyezte a hangsúlyt, és amelynek szellemében országos kampányokban próbálták a lakosságot meggyőzni, hogy táplálkozzanak egészségesebben, valamint önkéntes vállalásokra buzdították az élelmiszeripart.

Az alpolgármesternek hamar sikerült a legmagasabb helyi politikai prioritások közé emelni a gyerekkori elhízás elleni fellépést és elindult egy programfejlesztési folyamat. Ennek egyik első lépéseként a városvezetés áttekintette, hogy milyen területeken tud beavatkozni. A tágabb jogi kontextus megértéséhez fontos, hogy a 2000-ben elfogadott Holland Népegészségügyi Törvény, valamint a 2015-ös Ifjúságpolitikai Törvény a népegészségügyi feladatokat a helyi önkormányzatok hatáskörébe ruházta át. Ennek eredményeképpen a program elsősorban azokra az intézkedésekre összpontosított, amelyet a helyi önkormányzat irányíthat és befolyásolhat, nem pedig olyan politikákra, mint például, a gyermekeknek szóló reklámok korlátozása, amely továbbra is országos hatáskörbe tartozott. Az önkormányzat azonban még ezeken a területeken is megtette a saját hatáskörében megtehető lépéseket: például, nem engedélyezte a városi sportesemények szponzorálását az egészségtelen élelmiszer- és italgyártóknak; az önkormányzat által kezdeményezett közbeszerzésekben pedig érvényesítette az egészség szempontjait is.

Az alpolgármester meg volt győződve róla, hogy a kialakított program bővíteni fogja a lakosok egészséges választási lehetőségeit. Például, a program előtt az iskolákban lehetett egészségtelen italokat árusító automatákat találni, de nem lehetett könnyen és ingyen csapvizet inni. Ez az iskolai környezet a gyerekeket az egészségtelen alternatíva választása felé kényszerítette. Az automaták kitiltása helyett, az alpolgármester inkább arra fókuszált, hogy több, könnyen hozzáférhető egészséges választási lehetőség legyen elérhető a gyerekek számára. A program nyíltan az egészségtelen életmód mögött meghúzódó komplex társadalmi problémákat célozta meg, úgymint a környezeti feltételek, szegénység, alacsony iskolázottság.

Köszönhetően az alpolgármester elkötelezettségének és aktivitásának, a polgármester és a városatyák testülete hivatalosan is elkötelezték magukat az Amszterdami Egészséges Testsúly Program ambiciózus jövőképe és küldetés-vezérelt szemlélete mellett. A programdokumentumok nyilvános aláírásával 2013-ban elindult a program, amely lehetővé tette azt is, hogy a városvezetés a program 20 éves időtartama alatt teljes mértékben elszámoltatható legyen a kitűzött célok elérésének sikere tekintetében.

### Ágazatközi koordináció és finanszírozás

2012-ben a városvezetés a programfejlesztési folyamat felelőseként a népegészségügyi terület helyett a Társadalmi Fejlesztés Osztály vezetőjét nevezte ki. Ez a tudatos döntés azt érzékeltette, hogy a gyerekkori elhízás nem csak népegészségügyi jellegű, hanem alapvetően társadalmi probléma. Ezért létrehoztak egy koordinációs munkacsoportot, amelyben az összes releváns ágazat képviselte magát, ez biztosította a program folyamán a városi önkormányzat szervezeti egységei, a szolgáltatások, valamint a lakóközösségek közötti szoros együttműködést. A koordinációs csoport első feladata az volt, hogy egy hatékony, hosszú távú (20 évre szóló), politikai ciklusoktól független programmodellt dolgozzon ki, támogató szakpolitikákkal és intézkedésekkel a közös felelősségvállalás jegyében.



A 2 éves stratégiai programfejlesztési időszak, valamint az egyes önkormányzati területek, ágazatok közötti felelősségmegosztás kiépítése után adták csak át a Népegészségügyi Szolgálatnak a programkoordinációt, mivel annak fő szakterülete a konkrét tevékenységek kidolgozása és a monitorozáshoz szükséges indikátorok és adatgyűjtések szervezése és feldolgozása volt.

A program stratégiai fejlesztési időszakában a városi kötelezettségvállalás tudatosan nem tartalmazott finanszírozást. Ehhez az alpolgármester ragaszkodott, aki meg volt győződve arról, hogy a program fenntartható sikerének kulcs tényezője többek között a városi önkormányzat különböző egységeiben már meglévő erőforrások összehangolása lesz. A program egyetlen induló költségét a programban résztvevő önkormányzati részlegek által kijelölt projektmenedzserek bértömege képezte. Az, hogy nem rendeltek rögtön az elején költségvetést a programhoz, elég időt adott arra, hogy megtalálják és összekapcsolják a meglévő erőforrásokat és szolgáltatásokat. A program előkészítése így a már futó közösségi, iskolai, önkormányzati és lakónegyedekre, közösségekre vonatkozó kezdeményezések, projektek, továbbá a kapcsolódások feltérképezésével és értékelésével indult.

Például, az amszterdami program épített a már közel 90 éve futó, iskolaorvosok és védőnők által megvalósított gyerekegészségügyi programra. Az amszterdami program keretén belül a helyi közösségekkel és civil hálózatokkal való együttműködés javítása révén megerősítették az iskolaorvosok és védőnők szerepét. Továbbá, bevonták a Hollandiában 2010 óta már sikeresen futó, az amszterdami programtól kissé eltérő szemléletű „Fiatalok Egészséges Testsúllyal” (*Young People at a Healthy Weight – JOGG*) nevű gyerekkori egészséges testsúly programot is. A koordinációs munkacsoport szorosán együttműködött egyéb városi nagyprogrammal is, mint például, a Mozogj Amszterdam, az Amszterdami Szegénységellenes Program vagy a városi Élelmiszerkörnyezet Stratégia. Ez utóbbi eredetileg a városi mezőgazdaságra, a helyi gazdaságra és a környezeti fenntarthatóságra fókuszált, azonban a program óta már az egészséges testsúly is megjelenik benne szempontként. Más intézkedéseket, mint például, a metró-megállóiban gyerekeknek szóló egészségtelen

ételek/italok reklámozásának tiltását már az amszterdami program keretében hozták meg, mivel az már az átfogó amszterdami egészséges testsúly jövőkép része volt.

*„Szeretnénk, hogy az emberek egészséges életmódra váltsanak. Ezt eddig nem igazán tudtuk elképzelni. Az Egészséges Testsúly Stratégia és az Élelmiszer Stratégia megváltoztatta a várostervezés eddigi szempontjait és a saját egészségügyi osztályunk gondolkodását is. A helyzet az, hogy eddig egyáltalán nem gondolkodtunk így... Mindannyiunk gondolkodásmódjában változás következett be.” – Tisztségviselő, Városfejlesztés és Fenntarthatóság Iroda, Amszterdam*

Idézet forrása: What Makes Urban Food Policy Happen report, iPES Food, 2017

A városvezetés csak az ágazatok és önkormányzati szervezeti egységek közötti kooperáció és koordináció megteremtése után fogadta el a program költségvetését 2015-ben (évi 2,5 millió Euró). Ezt az összeget a holland kormány egészítette ki plusz forrásokkal egy-egy specifikus projekt vagy cél megvalósítása érdekében. A program folyamán is törekedtek arra, hogy csak olyan tevékenységeket finanszírozzanak, amelyek bizonyítottan hatásosak, ideértve a program által azonosított hiányzó és szükségesnek ítélt szolgáltatásokat. Az ágazatközi koordináció ahhoz is hozzájárult, hogy az egészség szempontja több ágazat napirendjére felkerült, a koordináció megvalósításával a párhuzamosságokat is sikerült kiküszöbölni.

### Kollektív tanulási folyamat

Az esettanulmányok további kulcs tényezőként emelik ki, hogy a résztvevők a programot egy közös tanulási folyamatnak tekintették. A program irányelve a tapasztalati tanulás és a tanuláson keresztüli tapasztalás volt. A program szemléletében kezdetektől fogva érvényesült a holland ún. „arany hármas” koncepció, vagyis, az a meggyőződés, hogy a kormánynak, a civil szférának és a tudásközpontoknak (egyetemek, akadémiai szféra) együtt kell dolgozniuk a problémák megoldásában. A koncepció és a tanulási folyamat köti össze a gyakorlatot, a programot, a politikát és a tudományt. Ez az egyes beavatkozások és

szakpolitikák folyamatos felülvizsgálata által valósulhatott meg.

A program elején két új csapat alakult ennek a folyamatnak a támogatására. Egy egyetemi kutatókból, népegészségügyi és más tudományterületek képviselőiből álló külső szakértői csapat követi az éves eredményeket. Egy belső népegészségügyi szakértői csapat pedig a kimeneti indikátorokat értelmezi negyedéves rendszerességgel. A két csapat együttesen támogatja a bizonyítékok összegzését, az elhízás és a beavatkozások közötti folyamatok megértését, a tanulságok, ajánlások megfogalmazását, valamint irányítják az új beavatkozások kutatási hátterét. A rendszeres monitorozás és értékelés lehetővé tette, hogy az egyeztetéseken keresztül a beavatkozásokat folyamatosan javítsák, vagy szükség esetén új beavatkozásokat indítsanak. Ezt az értékelések során pozitív tapasztalatnak élték meg a résztvevők.

A tanulási folyamat például azt is jelentette, hogy a programot közvetlenül megvalósító szakemberek speciális ismeret- és tudásigényét is ki kellett elégíteni és fejleszteni. A dietetikusok és védőnők táplálkozással kapcsolatos tanulási folyamatát speciális képzésekkel, és egy szakértői digitális platform létrehozásával támogatták, hogy a résztvevő szakemberek könnyen hozzáférhető, autentikus szakmai tartalmak alapján fogalmazzhassák meg a célcsoport felé átadott üzeneteket és ismereteket.

### A célcsoportok bevonása

A programmegvalósítás korai szakaszának egyik fontos tanulsága a célcsoportok bevonásának szükségessége volt. Ez részben a közösségi csoportok, a lakosok, vallási és egyéb civil szervezetek aktív részvételét jelentette, kiemelten a lakóközösségek cselekvési pillérben. A programot megvalósító csapat például rendszeresen tartott nyilvános konzultációt a résztvevő közösségekben arra vonatkozóan, hogy megtalálják a legmegfelelőbb és a helyi igényeket figyelembe vevő leghatékonyabb gyakorlatokat, támogassák a közösség által szervezett sikeres kezdeményezéseket az egészségesebb táplálkozás és fizikai aktivitás érdekében. A beavatkozások által megcélzott csoportok megfelelő bevonása azonban az összes többi pilléرنél is kiemelten fontos tényezőnek bizonyult.

Például, a programban résztvevő iskolákban az egészséges táplálkozási környezet kialakítását célzó „csak csapvíz” beavatkozás bevezetése eleinte a várthoz képest teljesen ellentétes hatást váltott ki. Az eredmények azt mutatták, hogy a gyerekek több cukrot fogyasztottak, mint a beavatkozás előtt. Ez a változás abból eredt, hogy a szülők egy része egészségesebbnek tartotta a gyümölcsleveket a tiszta víznél, ezért iskola után otthon több gyümölcslevet itattak a gyerekekkel, hogy pótolják az iskolai vízivás miatt kiesett cukrot és vitaminokat.

E váratlan negatív eredmény értékelésénél a program arra jutott, hogy a szülőket nem vonták be és tájékoztatták megfelelően az iskolai „csak csapvíz” beavatkozás jelentőségéről és hatásairól. A feladat így a szülők gyümölcslevekkel és a vízivással kapcsolatos attitűdjének és ismereteinek megváltoztatása volt, ami nem bizonyult egyszerű feladatnak. Ebben a témában többek között külön képezték a tanárokat, a szülőknek interaktív színházakat szerveztek az iskolában a problémáról, extra táplálkozási tanácsadókat biztosítottak azokban az iskolákban, ahol ez szükséges volt. Végül így sikerült elérni, hogy a gyerekek cukorfogyasztása csökkenjen.

## ÖSSZEFOGLALÁS

Az amszterdami program integrált, politikai pártokon és ciklusokon átívelő, a teljes rendszer szereplőit mozgósító kezdeményezés. A program alapelvei a társadalmi hatások elérését célozzák, így sok tekintetben a program jóval több, mint a gyerekkori elhízás csökkentése. Sokkal inkább a kultúra megváltoztatása és befektetés egy egészségesebb jövőbe annak érdekében, hogy minden gyerekeknek biztosítsa a város az optimális mentális, fizikai és érzelmi növekedést.

Az amszterdami program szemlélete holisztikus, amely integrált rendszerszintű megközelítéssel az egészség strukturális meghatározó tényezőit, a társadalmi környezetet célozza meg. Ezáltal teszi könnyebbé az embereknek, hogy egészségesebben éljenek, mert szisztematikusan támogatja az egészséges életmód választását egy egészségesebb környezetben. Az amszterdami program emellett a közösségeken alapuló erőfeszítésekre épít, amely

biztosítja, hogy a program a leginkább érintett gyerekeket érje el. De integrált olyan értelemben is, hogy a prevenció mellett a túlsúlyos és elhízott gyerekek ellátásával is foglalkozik.

Az esettanulmány a városi politikai vezetés elkötelezettségét és szerepét, az önkormányzatok cselekvési hatáskörét biztosító jogszabályi környezetet, a kutatásra és tanulási folyamatra alapozott szakpolitikai- és programtervezést, az integrált, teljes rendszerszintű megközelítést, a célcsoportok bevonását, a következetes monitorozást és folyamatos értékelést emeli ki többek között

az eddigi sikerek mögött meghúzódó kulcstényezőkként. Kiemelik még a városi önkormányzaton belüli ágazatközi koordinációs mechanizmus kialakítását és működtetésének kulcsszerepét a program elején, melynek jelentősége megelőzte a programhoz rendelt költségvetés biztosítását. A programhoz rendelt helyi, illetve országos források megléte mellett legalább annyira fontosnak tartják a megvalósítás későbbi fázisában is azt a törekvést, hogy közpénzt hatástalan beavatkozásokra ne költsenek, másrészt a párhuzamos programokat és kiadásokat a rendszeren belül megszüntessék.

1. táblázat: Szereplők és szerepek

Alpolgármester	<ul style="list-style-type: none"> <li>a gyerekkori elhízás politikai prioritássá tétele</li> <li>a program ösztönzése</li> </ul>
Főpolgármester és városatyák testülete	<ul style="list-style-type: none"> <li>politikai elkötelezettség és finanszírozás biztosítása</li> <li>az összes városi testület és szerv kötelezése arra, hogy járuljanak hozzá az elhízás ellenes küzdelemhez</li> </ul>
Társadalmi Fejlesztési Osztály	<ul style="list-style-type: none"> <li>a program vezetése a kezdetekkor, amelynek üzenete, hogy az elhízás nem csak népegészségügyi probléma</li> </ul>
Cselekvési terület/pillér munkacsoport	<ul style="list-style-type: none"> <li>integrált napi munka a különböző önkormányzati területek és városi stratégiák között</li> </ul>
Népegészségügyi Szolgálat szakértői csoport	<ul style="list-style-type: none"> <li>a program kimeneteinek és eredményeinek követése</li> </ul>
Akadémia/egyetemek	<ul style="list-style-type: none"> <li>a program konceptuális modelljének kidolgozásához való hozzájárulás</li> <li>szakértői csapatban való részvétel, amely tudományos evidencián és tapasztalati tanuláson alapuló új tudást generált</li> </ul>
Sarphati Amsterdam/a város által alapított kutatóintézet	<ul style="list-style-type: none"> <li>a gyerekkori elhízás megelőzését célzó beavatkozások fenntarthatóságának és hatékonyságának vizsgálata</li> </ul>
Központi Ellátási Menedzserek (ifjúsági népegészségügyi csapat)	<ul style="list-style-type: none"> <li>az elhízott gyerekek szüleivel és gondozóikkal való együttműködés az ellátás koordinációjának és az egyéni igények megismerésének céljával</li> </ul>
Iskolák/tanárok	<ul style="list-style-type: none"> <li>a program céljainak támogatása</li> <li>az egészséges táplálkozással, fizikai aktivitással foglalkozó iskolai program megvalósítása</li> </ul>
Elhízott gyerekek szülei, gondozói	<ul style="list-style-type: none"> <li>a program szemléletének érvényesítése az iskolán kívül</li> <li>az ellátókkal való együttműködés a személyre szabott ellátás biztosítása érdekében</li> <li>tudás- és készségfejlesztés az egészséges életmód gyakorlásának biztosítására a családban, az egyéni igények fényében</li> </ul>
Közösségi csoportok	<ul style="list-style-type: none"> <li>helyi fórumokon való részvétel, hogy a helyi tapasztalatokat és sajátosságokat a program felé közvetítsék</li> <li>döntéshozás a saját egészséges környezetük kialakításával kapcsolatban</li> </ul>

Forrás: Table 3: Key actors and their roles. Amsterdam Healthy Weight Program. IPES-Food. 2017. What makes urban food policy happen? Insights from five case studies. International Panel of Experts on Sustainable Food Systems. [www.ipes-food.org](http://www.ipes-food.org)

# Ismertetés: Egy közösségi alapú rendszerdiagram az elhízás okairól

## A Community Based Systems Diagram of Obesity Causes

Ismertetik: Czér Polla ✉, Földesi Judit  
Országos Közegészségügyi Intézet

Szerzők: Steven Allender, Brynle Owen, Jill Kuhlberg, et al.  
Megjelenés: PLoS ONE 10(7): e0129683. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0129683>

Beküldve: 2018. 09. 05.  
doi: 10.24365/ef.v59i4.355

**Kulcsszavak:** közösségi alapú beavatkozás; elhízás megelőzés; oksági diagram

**Keywords:** community based interventions; obesity prevention; causal loop diagram

### A RENDSZERSZEMLÉLET ALKALMAZÁSA A KÖZÖSSÉGI ALAPÚ BEAVATKOZÁSOKBAN

A rendszerszemlélet alkalmazása a gyermekkori elhízás megelőzésére irányuló intézkedések tervezésében, kivitelezésében és értékelésében a közösségi alapú megelőzés leghatékonyabb módszere. A cikk egy olyan megközelítést mutat be, ami segíthet kialakítani a rendszerorientált közösségi szemléletet az elhízás okainak megértéséhez. Azáltal, hogy a szakemberek egyre több ismeretre tettek szert az elhízás háttérében lévő okok komplexitását illetően, a rendszerszemlélet a prevenció egyik ígéretes megközelítésévé vált. A rendszerszemlélet alkalmazásának egyik korábbi példája a *Foresight* projekt volt, ahol a szakértői véleményeket az energia-egyensúlyra ható tényezők összetettségéről oksági diagramok segítségével, vizuálisan jelenítették meg.<sup>1</sup> Az ennek eredményeképpen létrejött „elhízás-rendszertérkép” egy olyan oksági modellt kínált, ami az egyéni szintű energiamérlegből indulva épül fel, az összes olyan tényezőt megjelenítve, ami közvetlenül vagy közvetve befolyásolja az energiamérleget. Miután a résztvevők szembesültek a térkép komplexitásával, elkezdtek felismerni a megoldásokat az elhízás megelőzésére az egyéni szinttől kezdve egészen a szakpolitika szintjéig, és ez az, amiben a rendszerszemlélet alkalmazásának értéke rejlik.

A rendszerszintű beavatkozások iránti fokozott érdeklődés annak az egyre szélesebb körben elterjedő felismerésnek a következménye, hogy az elhízás prevenciójának az okok komplexitásával kell foglalkoznia több szinten és szintéren egyszerre.

A rendszerszemléletet nagyon régóta alkalmazzák más tudományterületeken, de az elhízás megelőzésével kapcsolatos alkalmazása még nagyon korai szakaszban jár. A rendszerszemléletű megközelítés figyelembe veszi a komplexitást, mivel a befolyásoló tényezők közötti nem lineáris kapcsolatokat, akkumulációkat, visszacsatolási mechanizmusokat, az időbeli késleltetés hatásait, valamint azokat a nem szándékos következményeket is vizsgálja, amik e jellemzők függvényeként jelennek meg, és amiket egy ennél redukcionista megközelítés nem tudna megfelelően megragadni.

A rendszerszemlélet és az elhízás megelőzésére irányuló erőfeszítések logikus metszetét alkotják a közösségi alapú beavatkozások. Az elhízás megelőzésével kapcsolatban a legújabb Cochrane-áttekintés amellettt érvel, hogy a prevenció legígéretesebb iránya a komplex, többszintű és többféle stratégián alapuló közösségi alapú beavatkozások alkalmazása.<sup>2</sup>

A rendszertudományi szemléleten belül, a rendszerdinamikai modellezésnél kialakult gyakorlat, hogy az érdekhordozókat bevonják az informális térképek és a formális szimulációs modellek, azaz a

csoportmodellezés (*group model building, GMB*) kidolgozásának folyamatába. Bár a csoportmodell építésében résztvevő érdekhordozók többnyire a magánszektorból érkező vezetők vagy kormányzati tisztviselők, már felmerült annak a lehetősége is, hogy különböző közösségi érdekhordozókat is be kellene vonni, hogy ők is teljesebb képet kapjanak, és kezelni tudják az olyan komplex egészségügyi problémákat, mint a gyermekkori elhízás.

A cikk egy olyan kutatás eredményeit mutatja be, amelyet Ausztráliában, egy vidéki város közösségén belül folytattak le annak érdekében, hogy választ kapjanak a gyermekkori elhízás mértékének növekedésére a közösségen belül. A kérdéssel az volt, hogy a csoportmodellezés használata miképpen segíthet egy közösségnek jobban megérteni a gyermekkori elhízás problémáját, és megoldásokat találni rá.

## A KUTATÁSRÓL

Az adatgyűjtés két fázisban történt: konzultáció a fő érdekhordozókkal, majd szélesebb körű konzultáció a közösséggel.

### *Konzultáció a fő érdekhordozókkal*

Az első fázis célja a különböző ágazatokból érkező érdekhordozók tudásának és tapasztalatainak integrálása volt a gyermekkori elhízás rendszerszintű okairól a közösségen belül. A résztvevők olyan közösségi vezetők voltak, akiknek közvetlen hatása volt a serdülőkor előtt álló gyermekek környezetére. Az adatgyűjtés két 90 perces reggeli találkozó alkalmával valósult meg. A résztvevőket az első alkalommal arra kérték, hogy próbáljanak az elhízásra, mint dinamikus problémára tekinteni, és azonosítsanak minél több olyan tényezőt, ami hatással lehet az elhízásra, vagy amire hatással lehet az elhízás a közösségükön belül. A résztvevőknek mutattak egy diagramot, amely a gyermekkori elhízás előfordulásának időbeli változását szemlél-tette, és megkérték őket, hogy hozzák létre a saját diagramjukat, amely azokat az egyéb változásokat tartalmazza, amik ugyanabban az időszakban történtek és összefüggésben állhatnak a gyermekkori elhízásban megfigyelt trenddel. A résztvevők azonosították az összefüggéseket, az oksági viszonyokat és a változók közötti kapcsolatokat

természetét aszerint, hogy a kapcsolat pozitív vagy negatív (egy kapcsolat pozitív volt, ha a változók egy irányba változtak és negatív, ha az ellenkező irányba). Az így létrejött kapcsolódási köröket végül egy oksági diagrammá (*causal loop diagram, CLD*) állították össze.

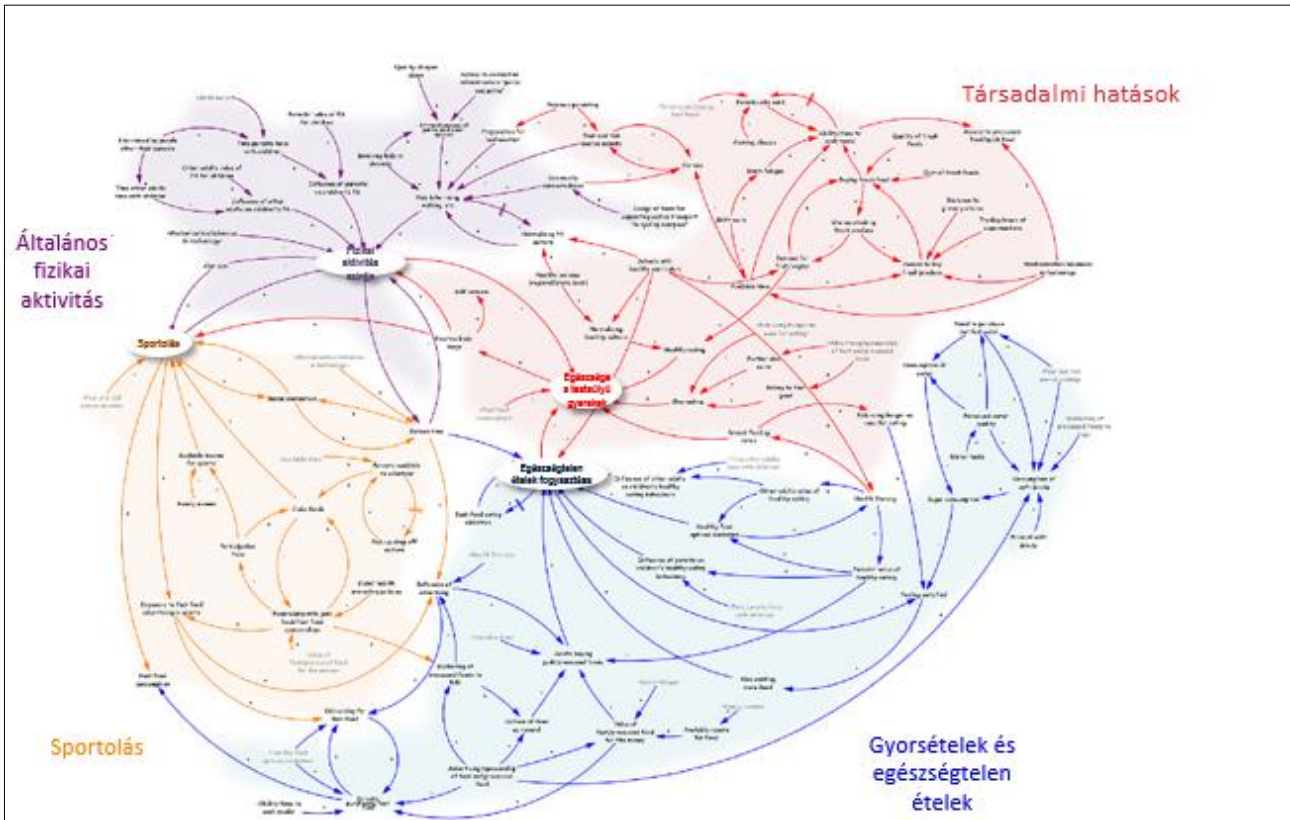
A résztvevőket a második alkalommal arra kérték, hogy vizsgálják meg újra, és finomítsanak a már létrejött oksági diagramon, adjanak hozzá minden olyan tényezőt, vagy kapcsolatot, ami kimaradt, és javítsák ki az esetleges hibákat vagy félreértéseket. Az elhízás problémájának vizuális megjelenítése érthető és könnyen követhető módon világított rá az elhízás komplexitására, az összefüggések érthetővé váltak, a résztvevők nagyon gyorsan felismerték a hiányosságokat és a pontatlanságokat, vagyis, elkezdték keresni a megoldásokat.

### *Konzultáció közösségi szinten*

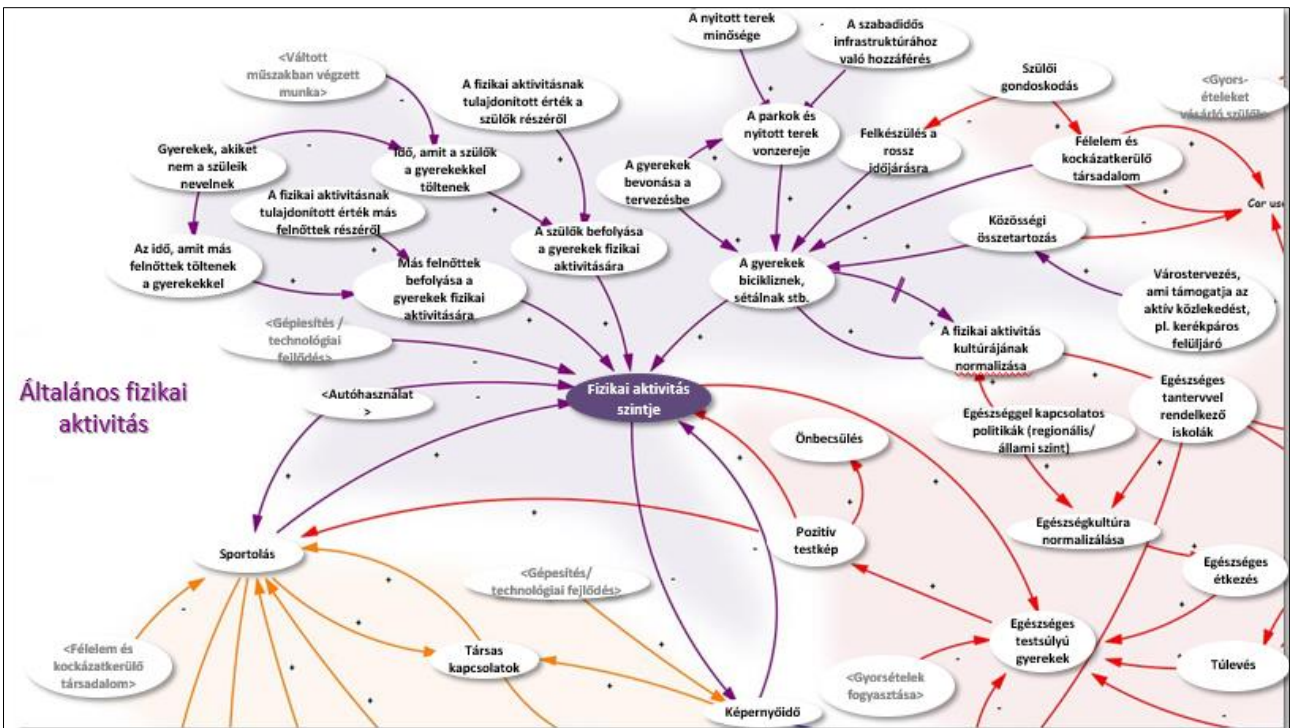
A második fázisban az oksági diagramot 44 közösségi vezető értékelt és fejlesztette tovább. A résztvevők a közösség olyan tagjai voltak, akik jelentős befolyással voltak azokra a színterekre és környezetre, amelyet gyerekek használnak, ugyanakkor eltérő ágazatokból érkeztek (oktatás, szórakozás, sport, egészségügy), és ennek megfelelően nagyon különböző érdekeket és prioritásokat képviseltek. Az adatgyűjtés egy egész napos közösségi találkozó során valósult meg. A résztvevőknek prezentálták az oksági diagramot és arra kérték őket, jelöljék meg, hogy a diagram mely elemeivel értenek egyet, mely elemeiben bizonytalanok és mi az, amivel nem értenek egyet, továbbá tegyenek javaslatokat arra nézve, hogy miként lehetne a diagramot pontosabbá tenni.

A folyamat végére egy olyan oksági diagram jött létre, ami a közösség saját észrevételeit jelenítette meg arról, hogy ők mit tekintenek a közösségen belül a gyermekkori elhízást meghatározó tényezőknek és okoknak. [1. ábra, 2. ábra, 3. ábra, 4. ábra és 5. ábra] Az oksági diagram előnye volt, hogy lehetővé tette a közösség elképzeléseinek vizuális megjelenítését. A diagram segítségével a résztvevők képessé váltak a rendszerszemlélettel összhangban azonosítani és megmagyarázni az elhízás determinánsait. A modell építésének folyamata pedig a közös munkán keresztül lehetőséget adott a közösséget érintő gyermekkori elhízás komplexitásának mélyebb megértésére is.

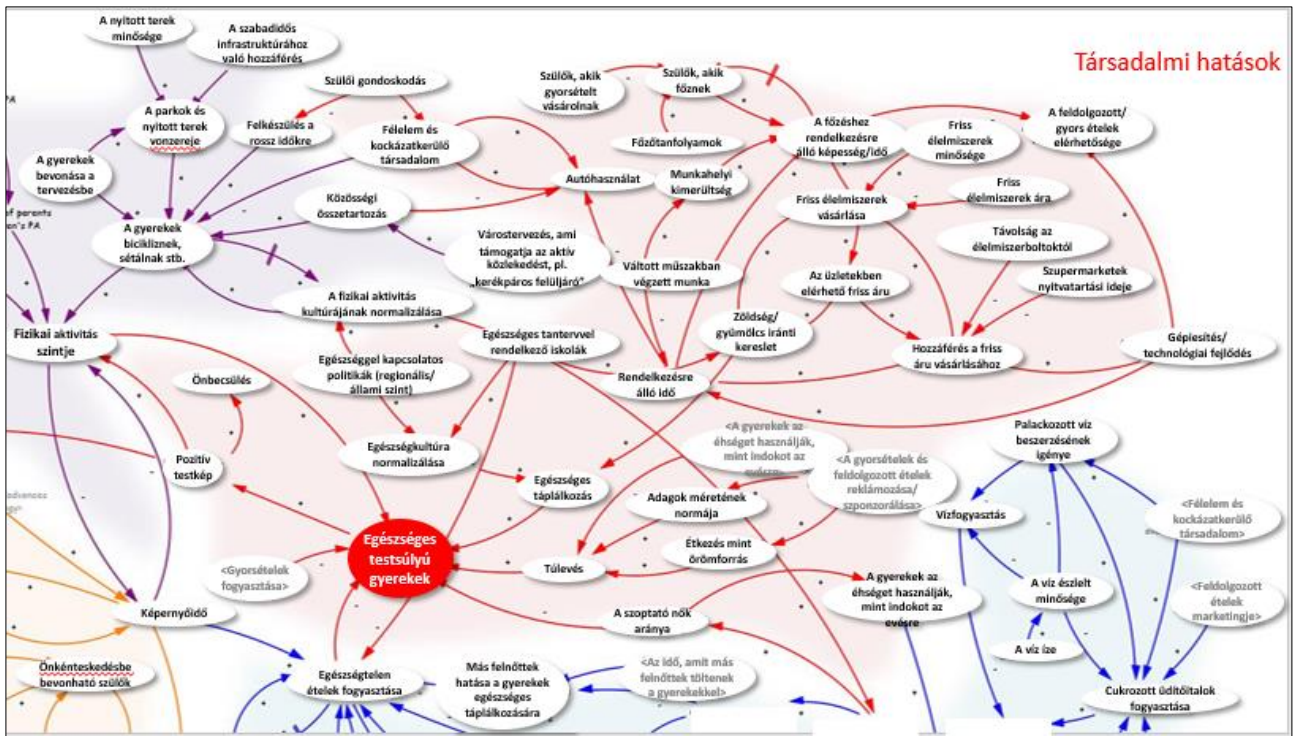
1. ábra: A kutatás eredményeként létrejött diagram a közösségen belül az elhízást befolyásoló tényezőket négy nagy csoportra osztotta: általános fizikai aktivitás, sportolás, gyorsételek és egészségtelen ételek, valamint a társadalmi környezet



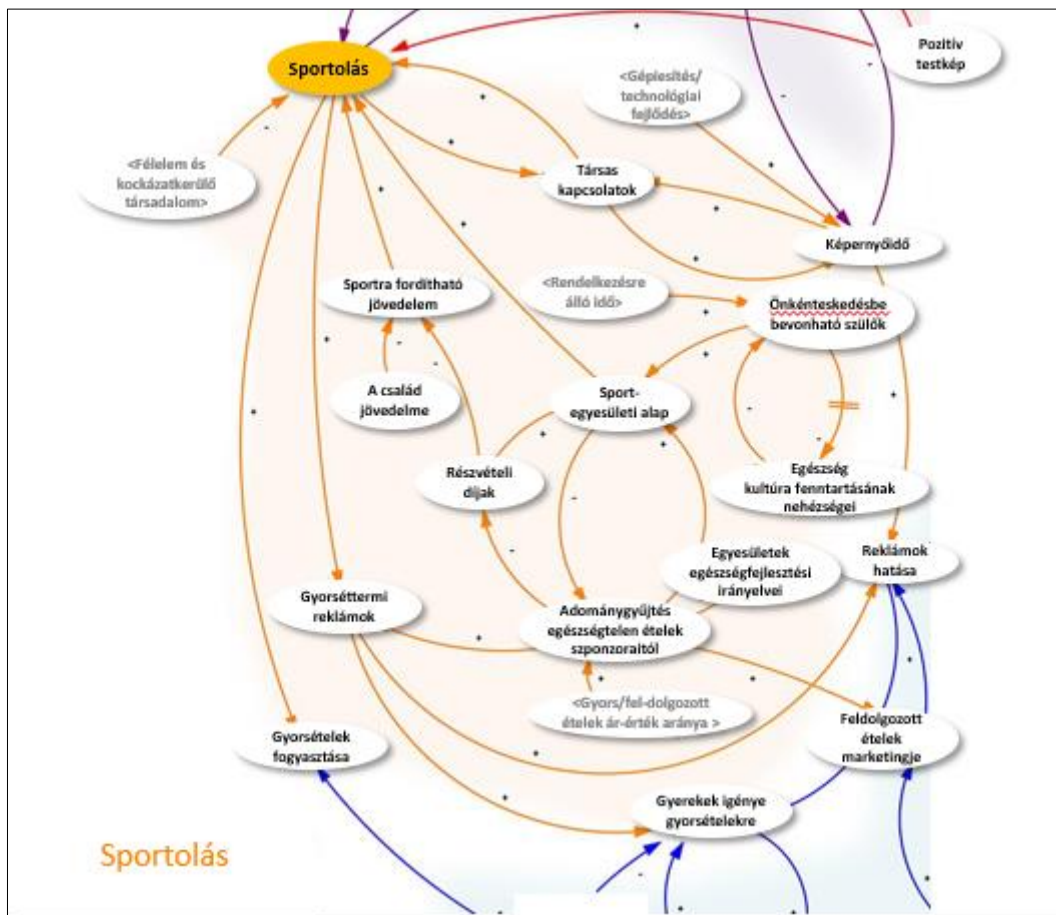
2. ábra: A fizikai aktivitással összefüggésben álló tényezők



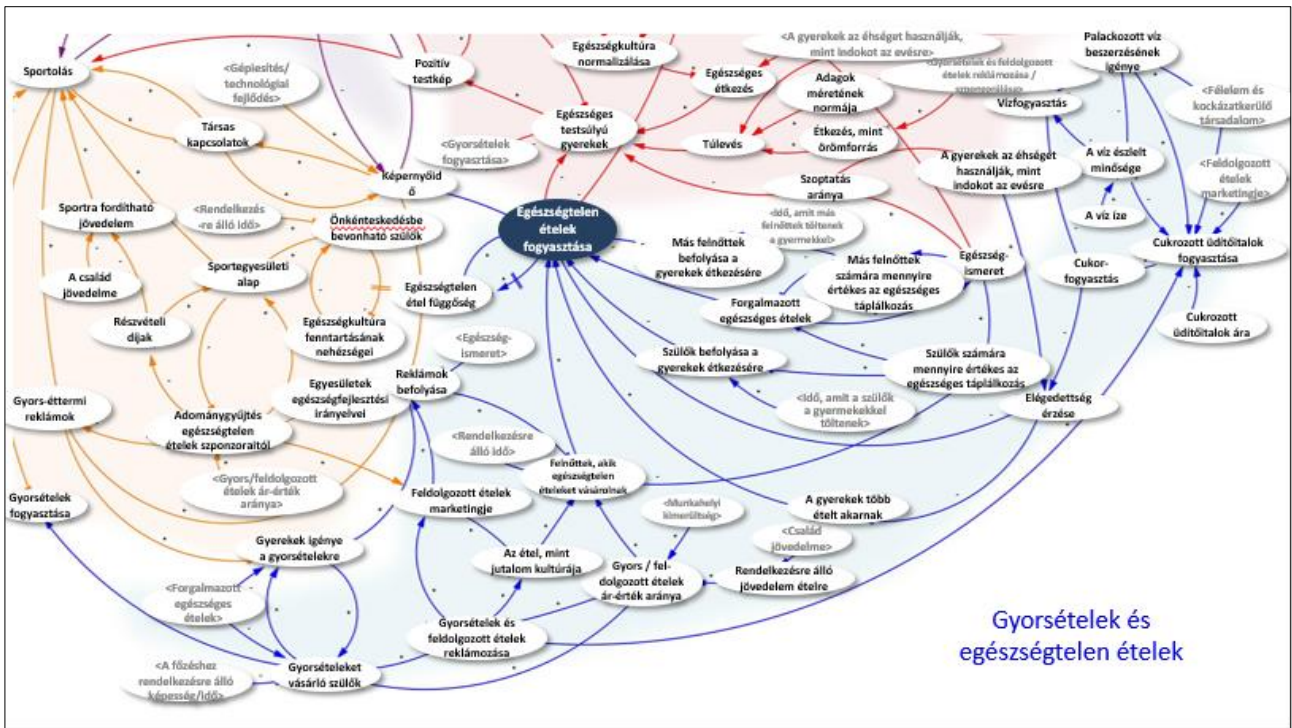
3. ábra: A gyermekkori elhízásra hatással lévő társadalmi tényezők



4. ábra: A gyermekkori elhízás és a sportolás



5. ábra: Az egészségtelen táplálkozás kapcsolata a gyermekkori elhízással



## TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A rendszerszemléletű megközelítés legnagyobb előnye, hogy különböző szintű közösségi szereplőket von be a vezetőktől kezdve mindazokig, akik a szolgáltatások nyújtásában vesznek részt, ezzel növelve a közösség hajlandóságát a változásra, hiszen a politikai akarat, a helyi vezetés és a közösség tagjai is egy oldalon állnak. A kutatás rávilágít arra, hogy a gyermekkori elhízás rendkívül összetett társadalmi jelenség, aminek megelőzése kizárólag az elhízásra ható komplex okok és tényezők figyelembe vételével, és a helyi közösség aktív bevonásával vezethet sikerre.

## HIVATKOZÁSOK

<sup>1</sup> Vandenbroeck IP, Goossens J, M.C Foresight Tackling Obesities: Future Choices—Building the Obesity System Map. Government Office for Science, UK Government’s Foresight Programme. Available: [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/295154/07-1179-obesity-building-system-map.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/295154/07-1179-obesity-building-system-map.pdf) First published in October 2007. (Elérve: 2018.09.09.)

<sup>2</sup> Waters E, de Silva-Sanigorski A, Burford BJ, Brown T, Campbell KJ, Gao Y, et al. (2011) Interventions for preventing obesity in children. Cochrane Database Syst Rev: CD001871.



## A diéta és a fizikai aktivitás együttes hatása

Combined diet and physical activity is better than diet or physical activity alone at improving health outcomes for patients in New Zealand's primary care intervention

Ismerteti: Kocsis Éva ✉

Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Orvosi Népegészségtani Intézet

Szerzők: Catherine Anne Elliot, Michael John Hamlin

Megjelenés: BMC Public Health, 2018; 18:230doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5152-z>

Beküldve: 2018. 05. 07.

doi: 10.24365/ef.v59i4.289

**Kulcsszavak:** alapellátás-szintű beavatkozás, fizikai aktivitás, diéta, táplálkozás, betegségmegelőzés

**Keywords:** primary care intervention, physical activity, diet, nutrition, disease prevention

### ÖSSZEFOGLALÁS

Új-Zélandon évek óta működik a „Zöld Vény” (*Green Prescription*) elnevezésű program az alapellátásban, ahol személyre szabott mozgásprogramot írnak elő kardiopulmonális, metabolikus, mozgásszervi vagy pszichológiai tünetekkel, vagy azok kombinációjával rendelkező betegek számára. A szerzők a Zöld Vény program résztvevőiből reprezentatív mintát vettek, a vizsgálatba 1488 főt választottak be (29% férfi,  $\geq 60$  év: 46%), reprezentálva a kisebbségeket, a maori és óceániai őslakosokat is. A tanulmány célja annak elemzése, hogy a fizikai aktivitás növelése és az étrendi változtatás milyen hatást gyakorolnak a programban résztvevő betegek egészségi állapotára.

A vizsgálatban résztvevőket megkérdezték az egészségmagatartásuk változásáról: hogyan változott a programban való részvételt követően a fizikai aktivitásuk, illetve változtattak-e az étrendjükön. Ezen viselkedésváltozások alapján 4 csoportra osztották őket: 1. csak a fizikai aktivitást növelők csoportja; 2. csak az étrenden változtatók csoportja; 3. a fizikai aktivitást is növelő és az étrendjükön is változtatók csoportja; 4. kontrollcsoport, akik semmin sem változtattak a javaslatok ellenére. A

résztvevőket a kapcsolódó egészségi problémáik alapján 7 alcsoportba sorolták: metabolikus ( $n=1192$ ), mozgásszervi ( $n=627$ ), pszichés ( $n=447$ ), és alvási problémák ( $n=253$ ), légzési nehézségek ( $n=243$ ), esés megelőzés ( $n=104$ ), dohányzás ( $n=67$ ).

A legtöbben súlyproblémával ( $n=886$ ), magas vérnyomással és stroke kockázattal ( $n=424$ ), arthritisszel ( $n=397$ ), valamint hátfájással ( $n=382$ ) küzdöttek. A programba való bekerülést követően tapasztalt javulást az egészségi állapotban 15 féle mutatóval mérték a szerzők, leggyakoribbak a fogyás ( $n=618$ , 46%), könnyebb légzés ( $n=430$ , 32%) és kevesebb stressz ( $n=419$ , 31%) voltak. A csak a táplálkozáson változtatók csoportjában a betegek a 15 féle mutató közül 3-nál érték el javulást, a csak a fizikai aktivitást növelők csoportjában 15 változóból 6-nál, míg a fizikai aktivitást növelők és étrendjükön egyszerre változtatók csoportjában a 15 változóból 11-nél voltak jobb az eredmények a kontrollcsoportéhoz képest (nemre és életkorra kontrollálva). A metabolikus alcsoportban, azon betegeknél, akik csak az étrendjükön változtattak, 7,2-szer nagyobb esély volt a súlycsökkenésre, 2,4-szer nagyobb esély a vérnyomás csökkenésére és 3,5-ször nagyobb esély a

koleszterinszint csökkenésére a kontrollcsoporthoz képest. Akik a fizikai aktivitásukat növelték, 5,2-szer nagyobb eséllyel fogytak a kontrollcsoporthoz viszonyítva, míg akik mind az étrendjükön, mind a fizikai aktivitásukon változtattak, 17,5-szer nagyobb eséllyel tapasztaltak testtömegcsökkenést. Ez utóbbi – a testmozgást növelő és étrenden is változtató – csoportban nagyobb volt az esély a vérnyomás csökkenésére (OR=3,2), a vércukor (OR=3,8) és a koleszterinszint csökkenésére (OR=3,5), valamint a gyógyszeresedés csökkentésére (OR=4,2) is a kontrollcsoporthoz képest.

Annak ellenére, hogy hivatalosan a táplálkozási tanácsadás nem képezte a Zöld Vény program részét, a résztvevők 55%-a a fizikai aktivitás mellett az étrenden is változtatott. A szerzők szerint a jövőben érdemes vizsgálni, hogy a fizikai aktivitás betölthet-e kapuszerepet a program résztvevőinél az étrendi változás elősegítésére.

Összefoglalásként a szerzők javasolják, hogy a Zöld Vény programba mielőbb építsék be a dietetikus által vezetett étrendi tanácsadást is, hiszen a komplex beavatkozás a társbetegségek előfordulását is csökkentheti a súlyvesztésen felül.

## TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A vizsgálat eredményeit többféleképpen is lehet interpretálni: 1. A metabolikus problémák nagyobb mértékű javulását lehet elérni, ha a (Zöld Vény programban résztvevő) betegek a fizikai aktivitás növelése mellett a táplálkozáson is változtatnak; 2. A fizikai aktivitás ösztönzésére irányuló program a táplálkozásban is eredményezett változást; 3. A táplálkozás és a testmozgás együttes hatására bekövetkező javulás az egészségi állapotban nagyobb mértékű, mint ami külön-külön elérhető.

## Ismertetés: Társadalmi problémának tekintjük az elhízást?

### Review: Is obesity considered as a social problem?

Ismerteti: Csizmadia Péter ✉  
Emberi Erőforrások Minisztériuma

Szerző: C. Gemma et al.

Megjelenés: Can the sociology of social problems help us to understand and manage 'lifestyle drift'? Health Promotion International, 2016, 1–7. doi: 10.1093/heapro/dav116

Beküldve: 2018. 07. 27.

doi: 10.24365/ef.v59i4.341

**Kulcsszavak:** egészség, elhízás

**Keywords:** health, obesity

### ÖSSZEFOGLALÁS

A cikk bemutatja, hogy a társadalmi problémák szociológiája hogyan segíthet megérteni (és) az életmód központú szemlélet (*lifestyle drift*) szerepét az elhízással kapcsolatos szakpolitikai kezdeményezésekben. Az elhízás kezelésére tett erőfeszítések, amelyek figyelmen kívül hagyják a környezeti tényezők szerepét és az elhízást egyéni problémának tekintik, potenciálisan hozzájárulnak egyének és társadalmi csoportok hibáztatásához és megbélyegezéséhez. További cél megvilágítani, hogy milyen körülmények vezetnek oda, hogy az olyan társadalmi probléma, mint az elhízás a társadalmi megközelítés helyett egyéni szinten kezelhető problémává válik, amely az egyéni viselkedés megváltoztatását célzó beavatkozásokkal javítható.

### AZ ÉLETMÓD KÖZPONTÚ SZEMLÉLET

Az életmód központú szemlélet (*lifestyle drift*) kifejezést használják (i) olyan szakpolitikai

megoldásokra, amelyek az egészségyenlőtlenségek csökkentésére irányulva hangsúlyozzák a tág társadalmi megközelítés szükségességét (továbbiakban: *upstream*, univerzális beavatkozások), de a későbbiekben az egyéni életstílus-tényezők felé „sodródnak” és (ii) az egyéni viselkedésre összpontosító beavatkozásokat foglalják magukba.

A 2016-ban megjelent írás segítségével az életmód központú szemléletet igyekszünk bemutatni, illetve rávilágítani, hogy a túlságosan az életmód szerepére összpontosító megközelítés helyett mi lehet a megoldás az elhízás problémájának megoldásában.<sup>1</sup>

A szerzők szerint, amely természetesen a szakirodalom alapos ismeretén alapul, az életmód központú szemlélet egyfajta elfogultság, észlelés-, és oktatási donítási torzítás, amely elsősorban az egészségmagatartás egyéni tényezőire összpontosít, mint a dohányzás, a táplálkozás, az alkohol- és drogfogyasztás. A felsoroltak kétségtelenül hozzájárulnak az egészségyenlőtlenségek létrejöttéhez, de ez a megközelítés figyelmen kívül hagyja a kedvezőtlen egészségmagatartást meghatározó fizikai és társadalmi környezetet, az egészséget meghatározó ok-okozati összefüggéseket.

Az életmód központú szemlélet tipikus esete, amikor az egészségi állapot javítására törekvő szakpolitikai kezdeményezések az életmód tényezők kezelésére szorítkozó megközelítéssé válnak, például az elhízás visszaszorítását célzó, fizikai aktivitást ösztönző program társadalmi célú marketing kampánnyá alakul.

Az ok-okozati megközelítés felől az életmód-megközelítés felé történő „sodródás” gyakran együtt jár olyan kezdeményezésektől való eltávolodással, amelyek a teljes lakosságot célozzák, és helyette inkább a hátrányos helyzetű csoportokra, például az alacsony jövedelműekre fókuszálnak.

Az életmód központú szemlélet népszerűsége töretlen annak ellenére, hogy az életmódbeli beavatkozások ritkán sikeresek a szignifikáns és tartós viselkedésváltoztatás elérésében, különösen az elhízás esetében. Úgy tűnik, a tendencia folytatódik a *behaviorizmus* „következő hullámaként” felbukkanó nudge-elméletekkel.<sup>2</sup>

A szemlélet kialakulásának okai változatosak. Egyesek mentális akadályok, elutasítás, valamint közömbösség kombinációjának tulajdonítják, kiegészítve erős egyéni vagy csoport érdekekkel. Mások azzal érvelnek, hogy a ma általános világszemlélet elősegíti az egyének felelősségének erősítését saját egészségük megteremtésében, melynek hatására az egészség iránti felelősség sorrendje megváltozott, az állam helyett az egyén szerepe vált hangsúlyossá. Az a tény, hogy az egyén viselkedésváltoztatására irányuló beavatkozások politikailag elfogadhatóbbak, látszólag sokkal könnyebben kezelik a problémát, mint az oksági tényezők kölcsönhatásának következményeit figyelembe vevő univerzális beavatkozások, tovább növeli népszerűségüket.

Az ismertető cikk bemutatja, hogy a társadalmi problémák szociológiája hogyan segíthet megérteni (és kezelni) az életmód torzítás szerepét az elhízással kapcsolatos szakpolitikai kezdeményezésekben. Szakértők által is elismert tény, hogy 1980 óta az elhízás növekedése a fejlett országokban, a túlzott kalória bevitel révén, a környezeti változásoknak is tulajdonítható. Az elhízás kezelésére tett erőfeszítések, amelyek figyelmen kívül hagyják a környezeti tényezők szerepét és az elhízást egyéni problémának tekintik, potenciálisan hozzájárulnak egyének és társadalmi csoportok hibáztatásához és megbélyegzéséhez. További cél megvilágítani,

hogy milyen körülmények vezetnek oda, hogy az olyan társadalmi problémák, mint az elhízás a társadalmi megközelítés helyett egyéni szinten kezelhető problémává válnak, amelyek az egyéni viselkedés megváltoztatását célzó beavatkozásokkal javíthatóak.

### A TÁRSADALMI PROBLÉMÁK DEFINIÁLÁSA<sup>3</sup>

A társadalmi problémák definiálására számos fogalom létezik. A szakirodalom három nagy csoportba sorolja őket, amelyeket objektivista, konstrukcionista, illetve vegyes címkével látnak el. A társadalmi probléma-definíciók esetében a két pólus azt jelenti, hogy a problémát a problémahelyzettel (a tényállással), vagy pedig a problémává minősítéssel (a társadalom általi definiálással) azonosítják; e két végpont között pedig a vegyes megoldások helyezkednek el. A három típus bemutatására Mooney és társai kínálnak jól áttekinthető tipológiát.

- Az objektivista definíció példaként Manis meghatározását említik: „A társadalmi problémák olyan társadalmi feltételek, melyeket tudományos vizsgálatok és értékek alapján úgy azonosítanak, mint amelyek ártalmasak az emberi jólétre.” Mint megjegyzik, a társadalmi problémák objektivista nézőpontja a külső világban létező, ártalmas hatású feltételeket tekinti a társadalmi probléma lényegének, melyek attól függetlenül léteznek, hogy a társadalom felfigyel-e a létezésükre. A kutató szerepe nem más, mint hogy azonosítja a problémát és annak jellemző vonásait.
- A konstrukcionista definícióra Kitsuse meghatározása lehet példa: „A társadalmi problémákat úgy definiáljuk, mint egyének illetve csoportok tevékenységét, mely panaszok és követelések megfogalmazására irányul valamely feltételezett helyzettel kapcsolatban.” A konstrukcionista nézőpont a társadalmi problémát azzal az igényérvényesítő tevékenységgel azonosítja, mely révén valamely helyzetet problémaként definiálnak. Az ártalmas helyzetnek nem feltétlenül kell reálisan is léteznie ahhoz, hogy társadalmi problémává nyilvánítsák.

A tudományos vizsgálatnak nem az ártalmas helyzetekre, hanem az igényérvényesítő tevékenységre kell irányulnia.

- A vegyes definícióra példa a következő: „A társadalmi probléma a társadalomnak egy olyan jelensége, mely zavarja az embereket és melynek a megváltozását tartják kívánatosnak. A társadalmi problémák egy objektív feltétellel kezdődnek, a társadalom olyan jelenségével, mely mérhető illetve tapasztalható. A társadalmi probléma másik eleme egy szubjektív viszonyulás, melyet jelentős számú ember (vagy bizonyos számú jelentős személy) tanúsít a helyzet iránt.”

Jelen írásban Jamrozik és Nocella, konstrukcionista-nak tekinthető elméletét mutatjuk be, mely szerint társadalmi probléma minden olyan kérdés, amelyet a közösség egyes tagjai nem kívánatosnak tartanak. Ellentétben az egyénekre jellemző személyes problémákkal (például saját elhízásuk), a társadalmi problémák egy általános állapotban történő változásra hívják fel a figyelmet (pl. a népesség elhízottságának növekedése). Az, hogy milyen kérdések érdemelik ki a társadalmi probléma címkét, már régóta a szociológia fontos felvetései közé tartozik.

## A KONVERZIÓS MODELL

Számos szociológiai elmélet létezik a társadalmi problémák kialakulásával és kezelésével kapcsolatban: a konfliktus elméletektől a kritikai elméletig (gyökerei Marx munkáiban), valamint Becker és Foucault, társadalmi problémák devianciaként való értelmezésével kapcsolatos elméletei. Összeségében ezek a munkák arra töreksenek, hogy megértsék és tisztázzák, a társadalmi körülmények, folyamatok és társadalmi kapcsolatok vagy attitűdök hogyan konstruálják a társadalmi problémákat, amelyek egyéni vagy állami beavatkozást igényelnek.

Mindazonáltal a társadalmi problémák (azaz a *deviancia*) konstruálása és az arra adott magyarázat között, illetve hogy hogyan kell beavatkozni vagy megoldani ezeket a problémákat továbbra is hiátus van. Ezt a ma is meglévő szakadékot már az 1950-es években olyan kutatók, mint Wright Mills észlelték. Jamrozik és Nocella szerint a szociális problémák a társadalmi célok és kezelésükre szolgáló

intézményesített eszközök között fellépő szakadás-kor jönnek létre. A modell azt a folyamatot írja le, amelyben a társadalmi probléma (amely politikai választ igényel) technikai problémává minősül (gyakran a kutatók tevékenységének hatására), amely aztán tovább alakul egyéni problémává.

A társadalmi probléma úgy tekinthető, mint egyfajta „negatív maradvány” (melléktermék), amíg a társadalom reprodukálja magát a kulturális, gazdasági és politikai domináns értékek és érdekek fenntartása érdekében. A szerzők azt állítják, hogy amikor egy társadalmi probléma fenyegetővé válik az uralkodó érdekekre és értékekre, átkerülnek egy olyan szférába, amely túl van az állam befolyásán, irányításán (pl. egy olyan kérdéssé válik, amelyet privát módon kell kezelni) és átalakulnak bizonyos társadalmi csoportokhoz vagy egyénekhez társítható patológikus jelenséggé. „Az értékek és érdekek legitimitásának fenntartása érdekében a hatalom birtokosai igyekeznek eltávolítani a társadalmi problémákat a szociális szférából: vagy áthelyezik őket, magyarázattal vagy szándékos cselekvéssel olyan térbe, amely az állam irányításán túl van, vagy úgy tekintik az ilyen problémákat a maradvány átalakulás (*residualist conversion*) révén, mint bizonyos társadalmi csoportok jellemzőit”.

## A KONVERZIÓS MODELL ALKALMAZÁSA AZ ELHÍZÁSRA

Az itt bemutatott elmélet kiemeli, hogy a társadalmi problémák, mint az elhízás is, alapvetően politikai jellegűek; társadalmi probléma az, amelyet a társadalmi közmegegyezés és attitűdök nem kívánatosnak tekintenek a domináns értékek és érdekek szempontjából. A legtöbb társadalmi probléma nem arányosan oszlik meg a különböző társadalmi rétegekben, így lehetőséget biztosít arra, hogy csak néhány társadalmi csoport problémájaként definiálódjon. Vagyis, annak ellenére, hogy a társadalmi problémák széles társadalmi okokból fakadhatnak (például az egyenlőtlenség vagy a társadalmi erőforrások elosztása), mégis könnyen lehet, hogy csak egy adott csoportra jellemző sajátosságként jelennek meg. Ebből következik, hogy egy kétlépcsés folyamat során ezen problémák kezelésére irányuló beavatkozások az egész társadalmat érintő problémákat átformálják személyes vagy egyéni problémákká.

A folyamat első lépéseként a probléma eredetileg a társadalmi szférában kezdődik, és ennek kezelése kormányzati feladatnak tekintett. Az elhízás példáján keresztül is látható, hogy a probléma a népesség széles rétegeit érinti a bekövetkező jelentős környezeti változások következtében. A társadalmi probléma azonban fokozatosan egyéni problémává változik és bizonyos „sérülékeny” csoportokkal kerül összefüggésbe. A szerzők azzal érvelnek, hogy ez gyakran a kutatók és más érintettek jó szándékú segítsége által történik, akik a probléma megértésére és megoldására törekszenek. Az elhízás kezelésére tett kezdeményezések az egészségfejlesztési szakemberek részéről gyakran arra irányítják a figyelmet, hogy ezek a csoportok azzal jellemezhetők, hogy nem végeznek elég testedzést és nem követnek egészséges étrendet. Ezzel a folyamat második lépéséhez érkeztünk.

A folyamat második lépcsőjében (konverziós folyamat) a probléma politikai jellege technikai problémává válik, (ugyanis magasabb az elhízás aránya az alacsony társadalmi-gazdasági státuszú csoportokban), majd tovább alakul egyéni problémává (vagyis ezeknek az egyéneknek vagy csoportoknak segíteni kell az egészségesebb étrend és életstílus kialakításában).

A fenti problémák megoldatlansága miatt később az egyének felelőssé, bűnbakká válnak. „Minden sikeres segítségnyújtás arra is szolgál, hogy az adott politika az alapjául szolgáló értékeket, érdekeket legitimálja, azáltal, hogy bizonyítja az alkalmazott beavatkozási módszerek hatékonyságát. Ha a beavatkozás sikertelen, ez bizonyítéknak tekinthető, hogy a kliens nehezen „fejleszthető”, „retrográd” személyiség.”

A szerzők úgy érvelnek, hogy az egészségfejlesztésben részt vevő kormányzati szervek és a profit orientált szféra, valamint az általuk bevont további szereplők továbbra is ezekre a leegyszerűsítő, paternalista és redukcionista megközelítésekre támaszkodnak az egészségfejlesztésben a viselkedésváltozás elérésében. A specifikus csoportokra irányuló beavatkozások pozitív eredményt érhetnek el bizonyos esetekben, ezzel azonban a figyelem a széles társadalmi probléma megoldása helyett a csoport jellemzőire irányul.

Az első ábra bemutatja a konverzió folyamatát, mely szerint egy társadalmi probléma negatív maradvánnyá átalakulása, a problémát észlelő

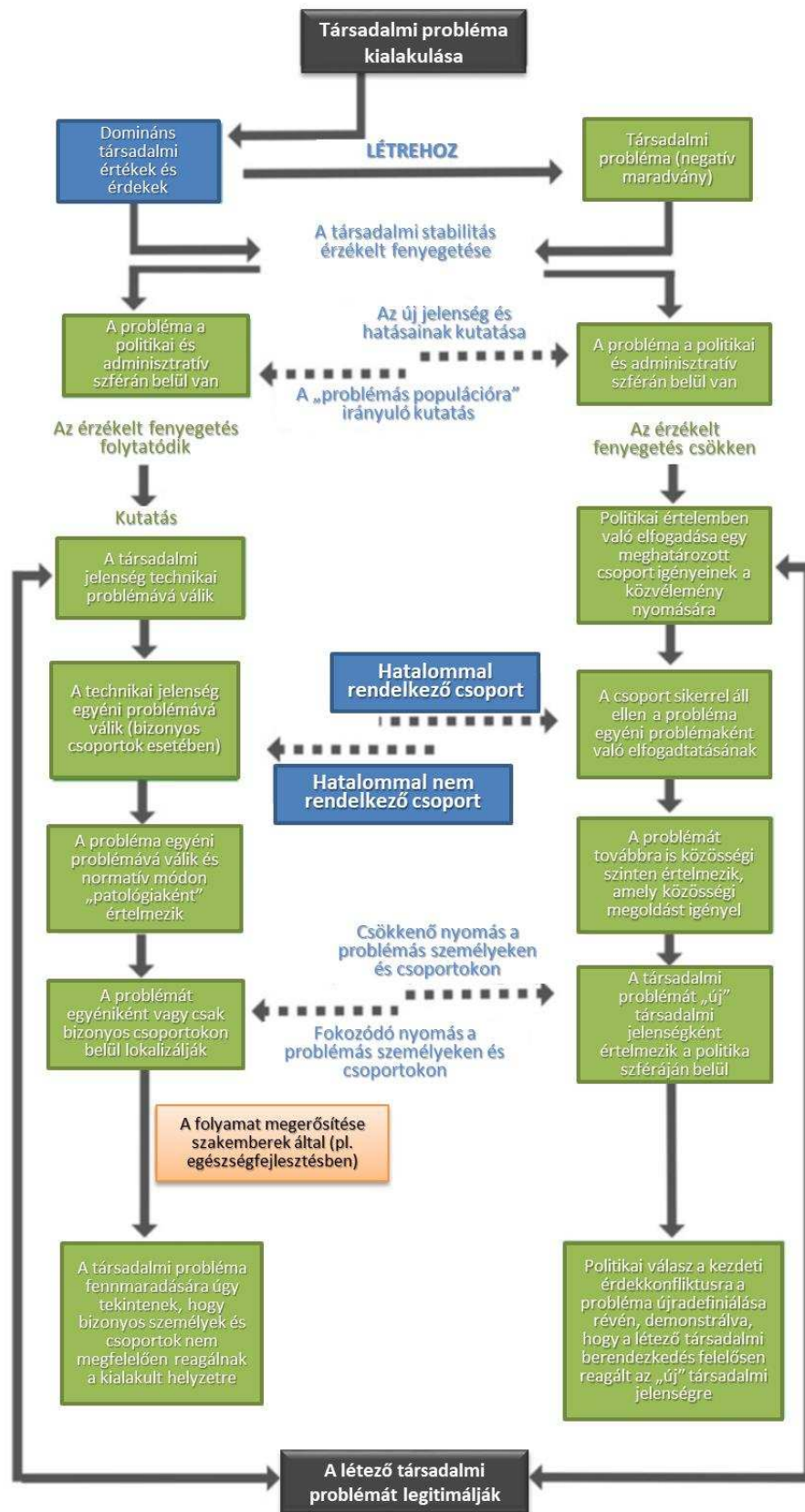
társadalmi csoportok és a domináns társadalmi rend vagy értékek közötti hatalmi dinamika függvényeként értelmezhető.

Ha a csoport rendelkezik megfelelő érdekérvényesítő képességgel - például, ha az elhízás aránytalanul nagy a magas jövedelmű csoportokban az alacsony jövedelmű csoportokhoz képest - a modell azt jelzi, az elhízás maradt a politikai szférában. Vagyis továbbra is társadalmi problémaként tekintenek rá, amely kormányzati lépéseket igényel. Ebben az elméleti esetben, olyan „*upstream*” beavatkozások kerülnek alkalmazásra, amelyek pozitív irányban megváltoztatják az elhízást okozó tényezőket. Ha azonban a csoportnak nincs ereje a probléma politikai térben való tartására, a személyre szabott beavatkozások kerülnek előtérbe.

A társadalmi problémák életmód központú szemléletben történő kezelésében a (jó szándékú) egészségügyenlétlenség elméletek is szerepet játszanak, - kiemelve egyes csoportokat, amelyek célzott beavatkozások alanyai lehetnek, annak ellenére, hogy az elhízásban a népesség minden rétege érintett.

Nemzetközileg az elhízást és az elhízás kockázati tényezőit úgy tekintik, amely követi a társadalmi lejtőt. Míg számos vitás kérdés létezik az elhízás mérése és annak társadalmi vonatkozásai tekintetében, az elhízás, úgy tűnik, hogy gyakoribb az alacsonyabb társadalmi-gazdasági státuszúak között. Például az ausztrál, angol és kanadai egészségfelmérések adatai szerint, széles körben van fordított lineáris kapcsolat a nappali oktatásban eltöltött évek és az elhízás valószínűsége között, (vagyis az oktatásban töltött idő az esetek többségében az elhízás alacsonyabb arányával jár, bár ez a megállapítás nem mindig érvényes a férfiakra). Ez a bizonyíték a gyermekek esetében a legerősebb. Ausztráliában, a társadalmi hatás egyre világosabbá válik az kisgyermekek elhízását és a táplálkozási szokásait vizsgálva. Ennek eredménye, hogy a kiszolgáltatott csoportokra irányuló beavatkozások aránya növekszik Ausztráliában. Az elemzés beszámol az elhízás elleni kampányok fejlesztéséről, de meg kell jegyezni, hogy az alacsony társadalmi-gazdasági státuszú csoportok aránytalanul nagymértékben kerültek a dacos ellenállók és a csendes fatalisták kategóriába, melyek kezelése további beavatkozásokat igényel.

1. ábra: A társadalmi probléma kialakulása



Forrás: C. Gemma et al., 2016

## HOGYAN HASZNÁLJUK A KONVERZIÓS MODELLT AZ ÉLETMÓD TORZÍTÁS KEZELÉSÉBEN?

A modell a szociálpolitikai erőfeszítések eredményeként jött létre, amelyek arra törekedtek, hogy megértsék, hogyan konstruálódnak a társadalmi problémák, mint az egyes csoportokra jellemző deviáns viselkedési formák (amelyek a társadalom egészét fenyegetik). További példák lehetnek a társadalmi problémák „deviáns viselkedéssé” változására, a munkanélküliség és a jóléti ellátások. Ezek estében is gyakori, hogy a „társadalom egésze” a felmerülő problémákat a társadalom peremén megjelenő devianciákká fokozza le, amelyek specifikus csoportokra irányuló komplex beavatkozásokat igényelnek. Az egyetemes és célzott megközelítések kiegyensúlyozása állandó téma a szociálpolitikában, amely az 1950-es évekig nyúlik vissza.

A modell hangsúlyozza, hogy ha a felmerülő problémák a társadalmi szférában maradnak, továbbra is úgy tekintik, mint a kormányzati beavatkozás területét. Más szóval, ha az elhízásra az egész társadalom problémájaként tekintenek, ahelyett, hogy elsősorban a „kiszolgáltatott csoportokat” érintő jelenségeként aposztrofálják, nagyobb valószínűséggel történnek „univerzális, *upstream*” akciók. Tanulmányok bizonyítják, hogy a dohányzás és az alkoholfogyasztás visszaszorítása terén tervezett „*upstream*” beavatkozásoknál fontos feltétel a politikai prioritás meghatározása. Ez a nézőpont megköveteli az elhízás prevalenciájában meglévő különbségek feltárását, amelyek inkább társadalmi-gazdasági tényezők (toxikus vagy obezogén élelmiszerek, épített lakó- és munkahelyi környezet), mint egyéni tényezők által meghatározottak. Az egyéni önszabályozás ezután válik lehetővé a támogató környezet által, amelyben az egészséges választás számít alapelvnek.

A szerzők úgy érvelnek, hogy „a hatalom szerkezetének, az értékek és érdekek legitimitásának fenntartásához és megerősítéséhez, a beavatkozások módszereit a lakosság egy adott társadalmi jelenség által negatívan érintett csoportjára kell fókuszálni.” Az elhízás szakirodalmában empirikus tényeket szolgáltat, amelyek segíthetnek az elhízás, mint a teljes lakosságot érintő probléma újrakonstruálásában. Tehát a probléma a társadalmi és politikai szférában marad, nem pedig a különösen alacsony társadalmi-gazdasági csoportok „társadalmi maradványaként”

jelenik meg. Például, megfigyelhető a férfiak túlsúlyosnak minősítése (nem pedig elhízottnak), olyan esetekben is, amikor az elhízás nem követi a társadalmi lejtőt (azaz a gazdag emberek nagyobb valószínűséggel túlsúlyosak, de nem elhízottak, mint az alacsony társadalmi-gazdasági státuszú férfiak). Hasonlóan az elhízás és az oktatás közötti kapcsolatban is megfigyelhetünk, bizonyos országokban a magasabb iskolai végzettségű férfiak ugyanolyan (vagy nagyobb) valószínűséggel lesznek elhízottak, mint alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkező társaik. A nagyobb társadalmi érdekérvényesítő erő segíthet az elhízottság egész társadalmat érintő problémaként való fenntartásában. Ha tehát elfogadják a társadalmi probléma politikai jellegét (azaz a kormányzati szerepvállalás szükségességét), a kormány nem hagyhatja figyelmen kívül azt, ezáltal a probléma továbbra is a politikai szférában marad, és valószínűleg megpróbálják megoldani.

Ezen a területen nemrégiben folyt amerikai kutatások szerint még a politikailag konzervatív csoportokban is elfogadtatható az elhízás társadalmi meghatározottsága a környezeti okok és sikeres megoldások hangsúlyozásával, a személyes felelősségre való hivatkozással szemben.

Mások azt állították, hogy a széles körű emberi jogi megközelítés az elhízást a társadalmi szférában tartja: „a gyermekvédelemre hivatkozó jogi megközelítés segíthet megakadályozni az egyéni kockázati tényezőkre fókuszáló megközelítés dominanciáját, amikor a gyermekek egészségi állapotának védelmében igyekeznek fellépni az egészségtelen ételeket gyártó-, forgalmazó- és népszerűsítő különböző iparágak profit érdekelt tevékenységével szemben.”

## KÖVETKEZTETÉS

A legújabb kutatások azt mutatják, hogy az univerzális (azaz a társadalom egészét célzó) megközelítés és a célcsoport specifikus beavatkozások nem egyszerű ellentétek, inkább különböző koncepcionális lehetőségek. A célzott beavatkozások különböző formáinak jobb megértése segíthet az *upstream* és a *downstream* megközelítések elegyíthetőségével kapcsolatban. A szerzők amellet érvelnek, hogy „Az univerzális és célzott megközelítés különböző formái kombinálhatók oly



módon, hogy maximalizálják az egyes módszerek erősségeit, miközben koherens egésznek alkotnak. A cél az univerzális egyensúly megteremtése olyan megközelítések között, amelyek elősegítik az egyenlőséget és a méltányosságot (*fairness*), például a probléma fenntartásával a szociális szférában, azzal, hogy jelzik a nagy kockázatnak kitett csoportok ellátásának szükségességét. A szerzők bizonyítják, hogyan lehet egyensúlyban tartani az univerzális és célzott beavatkozásokat úgy, hogy az univerzális cselekvést szem előtt tartva, továbbra is figyelembe vesszük az adott társadalmi csoportok igényeit. A társadalmi szintű, kormányzati beavatkozások, illetve a helyi, közösségi szintű szükségleteket célzó programok közötti egyensúly biztosíthatja, hogy a programok kontextus-specifikusak legyenek, és ne zavarják a társadalmi/egyetemes megközelítést.

Egy néhány évvel ezelőtt született vitaanyag megerősíti az ismertetett cikk főbb megállapításait. A meglévő bizonyítékok azt mutatják, hogy az elszórt beavatkozásoktól nem várható jelentős általános hatás. Az egészségügyi terhek csökkentéséhez átfogó, tartós, fenntartható, arányos kezdeményezéseket kell megvalósítani. Ez hozzájárul az egészségügyi költségek megtakarításához, a magasabb termelékenység meghaladhatja a beavatkozás által igényelt közvetlen befektetést, ha a célcsoport teljes élettartamát vesszük figyelembe.

Például az Egyesült Királyságban egy ilyen program csökkenthetné az elhízást, és évente 1,2 milliárd dollárt takaríthat meg az NHS részére.

Az elhízás csökkentésére irányuló programokban az oktatás és a személyes felelősség kiemelt szerepet kap, azonban önmagukban ezek nem elegendők. Olyan beavatkozások szükségesek, amelyek kevésbé támaszkodnak az egyének tudatos döntéseire és inkább a környezet, és a társadalmi normák megváltoztatására törekvesnek. Ezek magukban foglalják az alapértelmezett adagok méretének csökkentését, a marketinges gyakorlatok megváltoztatását, valamint a városi és oktatási környezet átalakítását a fizikai aktivitás megkönnyítésére.

A teljes potenciális hatás eléréséhez a lehető legtöbb ágazat (politikai szereplők, kiskereskedők, fogyasztói javakat előállító cégek, éttermek, munkaadók, médiaszervezetek, oktatók, egészségügyi szolgáltatók vagy magánszemélyek) együttműködésére van szükség, a társadalom egyetlen szektora sem képes külön, önmagában megoldani az elhízás problémáját. A sikeres precedensek azt sugallják, hogy a felülről lefelé irányuló beavatkozások, valamint az alulról felfelé irányuló közösségi kezdeményezések együttese kell a problémák megoldásához.<sup>4</sup>

## HIVATKOZÁSOK

<sup>1</sup> C. Gemma et al. Can the sociology of social problems help us to understand and manage 'lifestyle drift'? Health Promotion International, 2016, 1–7. doi: 10.1093/heapro/dav116

<sup>2</sup> A nudge elméletekről a következő cikkben olvashatnak bővebben: Taller Ágnes, Csizmadia Péter Viselkedésértés – A magatartástudomány eredményeinek hasznosítása a szakpolitika alkotásban Egészségfejlesztés, LVII. évfolyam, 2016. 2. szám, doi: 10.24365/ef.v57i2.39

<sup>3</sup> G. Szöllősi (2012): A társadalmi problémák (konstrukcionista) elméletének alapjai. Z-Press Kiadó, Miskolc.

<sup>4</sup> R. Dobbs et al. (2014) Overcoming obesity. An initial economic analysis. McKinsey Global Institute.

# Ismertetés: Miért nem jó semmi, amit a szakember javasol? Az általános tervezésemélet nehézségei

## Dilemmas in a general theory of planning

Ismerteti: Csáki József Máté ✉  
Eötvös Loránd Tudományegyetem, Társadalomtudományi Kar

Szerzők: Rittel HWJ, Webber MM.

Megjelenés: Dilemmas in a general theory of planning. Policy Sciences, 1973;4(2):155–169. [http://urbanpolicy.net/wp-content/uploads/2012/11/Rittel+Webber\\_1973\\_PolicySciences4-2.pdf](http://urbanpolicy.net/wp-content/uploads/2012/11/Rittel+Webber_1973_PolicySciences4-2.pdf)

Beküldve: 2018. 08. 13.  
doi: 10.24365/ef.v59i4.347

**Kulcsszavak:** tervezésemélet; szociálpolitika; ördögi problémák; szervezéstudomány; érdekérvényesítés

**Keywords:** theory of planning; social policy; wicked problems; planning science; advocacy

A szervezéstudományi szakirodalom e darabja hasznosnak bizonyulhat az egészségfejlesztésben részt vevők számára, hiszen olyan szociálpolitikai problémák kezelésével kapcsolatban nyújt segítséget, amelyekre eddig nem kaptak kielégítő megoldásokat. A szakmailag megalapozott intézkedéseket övező növekvő elégedetlenséget és a szakemberekre nehezedő nyomást úgy véli mérsékelhetőnek az olvasmány, ha figyelmünket az elmúlt évszázadban kibontakozó, napjainkban is zajló társadalmi változásokra fordítjuk.

A szakemberek munkamódszereinek kognitív aspektusait a múlt század elején tökéletesítették, és ezek rendkívül hatékonynak bizonyultak az olyan, elosztással és infrastruktúrával kapcsolatos tervek kivitelezésére, mint az útépités, a közművesítés, a betegségek visszaszorítása, az iskolák és a kórházak befogadóképességének növelése stb. A viszonylag egyszerű problémák megoldását és egy egyetemesen kívánatosnak tűnő állapot elérését követően számos társadalmi csoport újabb, egymás érdekeitől nemcsak eltérő, hanem azokkal sokszor ellentétes igényekkel lépett fel; olyan igényekkel,

amelyekre nem lehet válaszolni, ha nem ismerjük a nyílt társadalmi rendszer működését. Az infrastrukturális problémák megoldására létrehozott eljárások értéküket veszítik a társadalmi szférába való át-emelésükkor, és alkalmazásukkal nem lehet hatékony eredményekre számítani.

Egy probléma megfogalmazásának és egyik lehetséges megoldásának fokozatosan kell kialakulnia, szakmai vita során, egymás mellett felsorakozó érvek és folytonosan felmerülő bírálatok mentén. E folyamat megindítása nélkül a társadalompolitikai problémák “ördögi problémákká” (*wicked problems*) válnak, és a velük kapcsolatban hozott döntések nem felelnek meg teljes mértékben a közjóknak, nem teljesítik maradéktalanul a méltányosság követelményeit, és nem értékelhetők az objektív konvencionális kritériumai alapján. Valamennyi társadalmi probléma ördögi problémának számít, legyen szó egy új autópálya vagy erőmű építéséről, adókulcs módosításáról, tanterv kialakításáról, a bűnmegelőzés egy új irányának meghatározásáról stb. A társadalmi problémák kezelését nem csak az nehezíti meg, hogy kognitív

struktúráink kiforrottságából adódóan nem látjuk tisztán a társadalmi szféra összetett ok-okozati viszonyait; e feltérképezetlen rendszerekbe való durva politikai beavatkozás tovább torzítja az összefüggésrendszerrel alkotott képet. Ördögi problémák a célmegállapítás, a problémameghatározás és a méltányossággal kapcsolatos nehézségek metszetében születnek; ezeket területeket kell áttekinteni ahhoz, hogy megértsük, mi kölcsönöz e problémáknak ördögi minőséget.

## CÉLMEGÁLLAPÍTÁS

Az 1960-as évek elején különböző intézmények és testületek<sup>1</sup> adtak ki olyan jelentéseket, melyek az Egyesült Államok által elérendőnek tekintett célokat tartalmazták. A rejtett nemzeti célok e formális kifejeződése jelentős ellentétbe került a fekete polgárjogi, a hallgatói és a háborúellenes mozgalmak szándékaival, illetve a konzervativizmus és a fogyasztói társadalmi jelenségek ellenzői által kitűzött célokkal. Függetlenül a célkitűzések tartalmától, megfogalmazásukkal a közpolitika minden szereplője ugyanazt kívánta elérni sajátos szempontjait hangsúlyozva: tisztázni a szándékokat; újbóli meghatározását adni a problémáknak; újraprendezni a megoldásukat szolgáló műveletek fontossági sorrendjét; célorientáltabb eszközöket létrehozni, végül újra elosztani a kormány által különböző célokra biztosított ráfordításokat. A szociális szakmák képviselői a professzionalizmusba vetett hitük alapján úgy vélik, ismereteik tudományosan eléggé megalapozottak ahhoz, hogy végrehajtsák a szociálpolitikai intézményrendszer e nagyszabású átalakítását.

A drogok tárgykörébe tartozó, szinte minden eset ördögi problémának tekinthető. A drog tárgyszerű gyógyszerészeti meghatározásának<sup>1,2</sup> normatív értékelése nagymértékben társadalmilag befolyásolt. Különböző társadalmi szereplők célmegállapításának függvénye, hogy a drogok milyen széles körét vonják szabályozás alá, kik vehetnek részt a gyártásukban, kik az elosztásukban; mely fajtáikat kik használhatják, melyek az általános körben elérhetőek, melyekhez biztosíthat hozzáférést egy szakember, és melyekhez lehet csak illegálisan hozzájutni

stb. A drogokkal kapcsolatos erkölcsi hozzáállás, a gazdasági berendezkedés, a szakemberek állásfoglalása, a lobbik jelenléte, a szubkultúrák megítélése mind meghatározza, hogy a drogokkal kapcsolatos tevékenységek közül melyeket tekintik beavatkozást igénylőknek.<sup>3</sup>

## PROBLÉMAMEGHATÁROZÁS

A szociálpolitikai szervezés során a legnagyobb nehézséget maguknak a problémáknak a meghatározása és forrásuk azonosítása jelenti, azaz hogy mi különbözteti meg a megfigyelt állapotot egy kívánt állapottól, illetve hogy az összetett ok-okozati hálózatok sokaságában melyik csomópont a probléma valódi forrása. Szükséges továbbá meghatározni azokat a beavatkozásokat, amelyek közelebb visznek minket az ideális állapot eléréséhez. A nyílt társadalmi rendszerről alkotott tudásunk kifinomultabbá válása azonban nemcsak e műveletek hatásfokát növeli, hanem kiterjesztve a rendszer határait, egyre messzebbre kerülünk egy működőképes szervezéstudományi (*planning science*) rendszer létrehozásától. A követendő példa ez esetben a tervezés modern-klasszikus modellje lenne, ami rendkívül dinamikus eljárásokat foglal magában: egy időben, állandóan, ismétlődve, időzítve folynak benne olyan műveletek, mint az irányítás, a célkeresés, a problémameghatározás, az előrejelzés, a megfigyelés, az utánkövetés, a hibajavítás stb. Ennyire átfogó rendszer működtetése pillanatnyilag lehetetlen, de nem csak ennek a mikéntje bizonytalan: sokan kétségbe vonják, hogy célszerű lenne-e egy ennyire szerteágazó struktúra működésbe hozása.

Az Egyesült Államokban komoly problémát jelent a receptköteles gyógyszerekkel való visszaélés<sup>4</sup>. A problémát több oldalról próbálják megközelíteni, hiszen receptköteles gyógyszerek a gyógyszertáron kívül származhatnak rokontól, ismerőstől, illegális internetes patikából, gyógyszerlopásból, droggereskedőtől, illetve hozzáférhető illegálisan felírt vagy hamisított recepteket felhasználva. E források azonosítását követően a szakember határozza meg, hogy mely szereplőkkel kíván együttműködni, mely ágenseket fogja szabályozni, mely résztvevőket

<sup>1</sup> „Olyan ismert szerkezetű vegyület (kivéve tápanyagok), mely élő szervezetbe juttatva biológiai hatást fejt ki.” Szintúgy drognak tekinthető a kávé és a heroin.

akarja szankcionálni. Megoldás lehet különböző oktatási stratégiák beiktatása, amelyek az orvosokat megtanítják, miről lehet felismerni, ha egy páciens illegális gyógyszerhasználat céljával kér receptet, vagy a betegeket arra, miként kezelhetik krónikus fájdalmaikat ópiátok felhasználása nélkül, és hogy általában tartózkodjanak a droghasználattól<sup>5</sup>. Meg lehet célozni a receptköteles gyógyszerekkel való kereskedelem visszaszorítását. Gyógyszerészeti technológiák segítségével olyan, manipulálással szemben álló készítményeket lehetne gyártani, melyek kizárólag rendeltetésüknek megfelelően használhatók<sup>6</sup>. Arra az általános kérdésre is irányíthatnánk figyelmünket, hogy kik azok, akik visszaélnék ezekkel a szerekkel és miért, hiszen a receptköteles gyógyszerek abúza nagyobb társadalmi problémák tünete. Bárhonnan is közelítjük meg, az ördögi problémák ok-okozati láncolatának elméletben nincs vége; a láncolatot különböző erőforrásokkal kapcsolatos gyakorlati szempontok – anyagi, időbeli, humán tényezők – szakítják meg, és ezekhez mérten születnek „elégleges” megoldások.

## MÉLTÁNYOSSÁG EGY HETEROGÉN TÁRSADALOMBAN

A nyugati társadalmak népességszáma igencsak megnövekedett<sup>ii</sup>, ami az ötvenes évekbeli „kváziszociológiai” elméletek tükrében nem is lett volna akkora probléma a társadalompolitikai szervezés számára. Ezek az elméletek olyan tömegtársadalmak létrejöttét vetették fel, amelyeknek a legtöbb tagja egyazon kultúrán osztozik, kevés mozgástérrel rendelkezve az attól való eltéréshez. A nyugati társadalmak ehelyett – továbbra is nagy kiterjedés mellett – rendkívüli mértékű differenciáció mentek keresztül a csoportok közös érdekeinek és értékrendszereinek tekintetében. E folyamat mellékterméke megszámlálhatatlan mennyiségű kulturális variáció, melyek végterméknek azért nem tekinthetők, mert egy látszólag további differenciációra képtelen csoportból is válhat ki egy még specifikusabb jegyekkel rendelkező, kisebb létszámú csoport.

Az általános közjó fogalma felett eljárt az idő. Nincs két olyan csoport, amelyik a szociálpolitikai döntést igénylő kérdésekben maradéktalanul egyetértene. A legtöbb társadalmi folyamat a játékelmélet képviselői által leírt nulla összegű játszmákra hasonlít<sup>7</sup>. A nulla összegű játszmák nyeresége véges mértékű, így egy játékos nyeresége szükségszerűen a többi játékos veszteségét jelenti. Egy magas fokon diverzifikálódott társadalom csoportkülönbségei hamar csoportellentétékké válhatnak egy olyan állandó összegű játszmában, mint a (társadalom) politikai érdekérvényesítés. Elmondhatjuk tehát, hogy a különböző társadalmi csoportok által képviselt értékek és érdekek nehezen egyeztethetők össze, főleg egy minden sajátos érdeket felülíró, általános közjót képviselő társadalmi elmélet vagy etika hiányában. Ehhez hasonló „totális elmélet” hiányában a szakemberek nem tudják előállítani a jólét aggregált mércéjét az objektivitás és a pártatlanság követelményeinek megszegése nélkül. A társadalompolitikai szervezés szükségképpen politikai állásfoglalással is jár. Számos érdek játszik közre, amikor a receptköteles gyógyszerek abúzusáról van szó. A vonatkozó érdekek összeférhetetlenségére akkor derül fény, amikor adott csoport tevékenységét befolyásolva próbálnak meg változást előidézni. Törvénybe foglalva, hogy a gyógyszergyártóknak bizonyos hatóanyagok csoportját olyan készítmények formájában kell forgalmazniuk, amelyek nem teszik lehetővé a rendellenes használatot, a gyártók a szabadpiaci versenyre hivatkozva tiltakozhatnak a döntés tényleges végrehajtása ellen. Az orvosok visszautasíthatják, hogy a visszaélések felismerésére irányuló oktatást kötelezővé tegyék számukra, hiszen egyébként is leterheltek, és az orvosi gyakorlatban eszközölni kívánt változtatások fenyegetik szakmai autonómiájuk. A kórházak sürgethetik a döntéshozás felgyorsítását tekintettel arra, hogy a nem orvosi célra felhasznált készítményeket túladatazó betegek ellátása az intézmények infrastrukturális forrásainak nagy részét emészti fel,<sup>6</sup> mely sürgetett eljárás szintén vitás állapotot idézhet elő, hiszen nem minden csoport érdekei kerülnek mérlegelésre. Az érdekérvényesítés így kétségkívül fontos katalizátora a döntéshozási folyamatnak.

<sup>ii</sup>Erről adott számot a tanulmány 1973-ban. A 2016-os ENSZ Demográfiai évkönyv tanúsága szerint a nyugati társadalmak növekedése napjainkig töretlen. <https://unstats.un.org/unsd/demographic-social/products/dyb/documents/dyb2016/table01.pdf>

## TANÁCSOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

E társadalompolitikai szervezési problémák „ördögi” természete nem a velük kapcsolatos értékítélet megfogalmazásából ered, hanem abból a tényből, hogy a természettudományos problémákkal ellentétben nem írhatók körül pontosan, rosszul meghatározottak, és – a legfontosabb – nem lehet valódi megoldást találni rájuk, kizárólag határozni lehet az ellenük bevethető taktikákról, politikai mérlegelést követően<sup>iii</sup>. Ha megszületik a cselekvési terv, nem mondható el róla biztosan, hogy a kontextuális ismeretek széles körének figyelembevételével jött létre, így a hiányos megértés súlyosbítja a szociálpolitikai döntéshozás következményeit, amelyek annak működési elvei miatt álltak elő. A különböző beavatkozások ugyanis olyan hatásokat fejtenek ki, amelyeket adott törvények vagy rendelkezések visszavonásával nem lehet semlegesíteni.

Teljes mértékben a szakemberen múlik, hogy a problémát milyen szintről közelíti meg. A tünetek alacsony szintjéről felfelé haladva a probléma általánosságának egyre magasabb fokával találkozunk, és a megértésük is egyre nehezebbé válik. A tüneti kezelés azonban nem helytálló megoldás, a szakember a probléma minél általánosabb körének megoldására kell hogy törekedjen. Ismerjük fel, hogy amikor tüneti kezelésre készülünk, ördögi problémával van dolgunk! Javasolt megoldásai nem értékelhetők a „helyes-helytelen”, az „igaz-hamis” kritériumai alapján, inkább olyan ismérvekkel jellemezhetők, mint a „jobb”, a „rosszabb”, a „kielégítő”, vagy az „elég jó”. Ne feledjük, hogy a társadalompolitikai vitának nem csak pártatlan megfigyelői vagyunk, és időről időre tegyük fel a rendszer működésével és működtetésének céljával kapcsolatos kérdéseket!

## HIVATKOZÁSOK

<sup>1</sup> American Assembly. Goals for Americans Comprising the Report of the President's Commission on National Goals and Chapters Submitted for Consideration of the Commission. New York: Columbia University Press, 1960. <https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=mdp.49015000077488;view=1up;seq=1> Elérve: 2018. 09. 14.

<sup>2</sup> Rang HP, Dale MM, Ritter JM, Flower RJ. What is Pharmacology. In: Rang & Dale's pharmacology (6th ed.). Edinburgh: Churchill Livingstone, 2011. p. 1.

<sup>3</sup> Conrad P, Schneider JW. Opiate Addiction The Fall And Rise Of Medical Involvement. In: Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness. Expanded edition. Philadelphia: Temple University Press, 1992. p. 110-144.

<sup>4</sup> Lessenger JE, Feinberg SD. Abuse of Prescription and Over-the-Counter Medications. Clinical Review, 2008 Vol. 21 No. 1. doi: 10.3122/jabfm.2008.01.070071

<sup>5</sup> Manchikanti L. National Drug Control Policy and Prescription Drug Abuse: Facts and Fallacies. Pain Physician, 2007;10:399-424. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17525776> Elérve: 2018. 09. 14.

<sup>6</sup> Hernandez SH, Nelson LS. Prescription Drug Abuse: Insight Into the Epidemic. Clinical Pharmacology & Therapeutics, 2010;88(3):307-317. doi: 10.1038/clpt.2010.154.

<sup>7</sup> Elster J. Racionális döntések. In: Felkai G, Némedi D, Somlai P (szerk.). Szociológiai irányzatok a XX. században. Budapest: Új Mandátum Kiadó, 2000. p. 215-231.

<sup>iii</sup> A szerző a 'solution' és a 'resolution' szavakat használja. Ebben a kontextusban a megoldás (solution) olyan eljárást jelent, ami nem igényel további beavatkozást, a problémát vélhetően elhárító módszerről pedig határozni (resolution) tudnak, ami viszont nem garantálja annak végleges megszűnését.

## Ismertetés: Az egészségműveltség iskolákban történő fejlesztésének etikai alapjai: érvek („miért”), irányok („mit”) és hangszínek („hogyan”)

Ethical underpinnings for the development of health literacy in schools: ethical premises ('why'), orientations ('what') and tone ('how')

Ismerteti: Szabó Tímea Pálma ✉

*Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Orvosi Népegészségügyi Intézet*

Szerzők: Leena Paakari, Shanti George

Megjelenés: BMC Public Health. 2018;18:326. doi: 10.1186/s12889-018-5224-0

Beküldve: 2018. 07. 31.

doi: 10.24365/ef.v59i4.342

**Kulcsszavak:** egészségműveltség; etika; oktatás

**Keywords:** health literacy, ethics, education

### BEVEZETÉS

Az elmúlt évek kutatásai során egyre nagyobb figyelmet kapott az egészségműveltség témája, azonban az ezzel kapcsolatos erkölcsi megfontolásokra nem került megfelelő hangsúly. A gyermekek egészségi állapota és egészségműveltsége kiemelt fontosságú a népesség jólétének, egészségének javítása szempontjából, az iskolák pedig fontos színterei a különböző egészséggel kapcsolatos kompetenciák fejlesztésének. Az oktatás alapvetően egy morálisan terhelt hivatás, az egészséggel kapcsolatos ismeretek tanítása pedig külön erkölcsi kérdéseket vet fel. A megfelelő szintű egészségműveltség elérése egyéni és társadalmi szinten is jelentős előnyökkel bír: többek között jobb egészségi állapottal, valamint alacsonyabb egészségügyi költségekkel függ össze; nem csoda, hogy számos országban kifejezett népegészségügyi célként tűzték ki az egészségműveltség társadalmi szintű fejlesztését. Az elmúlt másfél évtized során jelentős erőfeszítéseket fordítottak az egészségműveltség felmérésére is, hogy a politikai vezetés képet kaphasson annak aktuális szintjéről a különböző populációkban.

### MIÉRT FONTOS A TANULÓK EGÉSZSÉG-MŰVELT-SÉGÉNEK FEJLESZTÉSE?

A magasabb szintű egészségműveltség nagyobb mértékű függetlenséget tesz lehetővé, autonómiát és szabadságot biztosít. Ez alapján az egészségműveltségre, mint alapvető jogra tekinthetünk: mindenkinek joga van tudni, hogyan fejlesztheti a saját és mások egészségét, hogyan előzheti meg a betegségeket, vagy mit tehet gyógyulása érdekében; az egészséggel kapcsolatos ismeretek oktatásának elmulasztása ezáltal erkölcsi szempontból problémás.

A jó egészségi állapotról alkotott elképzeléseket általában tekintélyelvű, tényszerű bizonyosságokat tartalmazó irányelvekbe fordítják, melyek az előnyösnek, vagyis követendőnek tartott és a hátrányos, ezáltal szankcionálandó magatartásformákról határozott állásponttal rendelkeznek. Ezen gondolat mentén felvetődik a kérdés, hogy pontosan mit is tekintünk egészségnek vagy egészségességnak, és ki állapítja meg, hogy milyen viselkedésformák a preferálandók, továbbá személyes felelőssége-e az egyéneknek egészséges életmódot folytatni? Az oktatás általánosságban

javítja az egészségi állapotot és a jólétet, az egészségműveltséggel kapcsolt készségek iskolákban történő fejlesztése pedig csökkentheti a különböző társadalmi-gazdasági háttérrel bíró gyermekek közötti egyenlőtlenségeket.

Az oktatási kimenetek tekintetében a gazdagabb és szegényebb rétegek között nagy, és egyre növekvő különbségek vannak. Napjainkban közelítőleg 1,7 millió gyermek számára nem biztosított a közoktatás, holott az írástudás alapvető emberi jog. Emellett az iskolák különböző felszereltsége, illetve a gyerekekre fordított erőforrásbeli különbségek miatt az iskolákban a tanulók információhoz való hozzáférése rendkívül egyenlőtlen, melyet a technológiai fejlődés tovább fokoz. Ezért is rendkívül fontos, hogy mi kerül be az általános tantervbe, hiszen ha csupán egyes országokban vagy térségekben oktatnak egészségismereteket, az tovább növelheti a különbségeket. Az egyenlő esélyek kialakítása érdekében ezáltal az általános oktatás egészségismeretekkel történő kiegészítése mellett a veszélyeztetett, alacsonyabb társadalmi-gazdasági státuszúak körében végzett célzott intervenció lenne célravezető. Ezzel párhuzamosan a különböző marginalizált csoportok integrációja is segítené a hiátus további csökkentését.

### MIT SZÜKSÉGES HANGSÚLYOZNI AZ EGÉSZSÉGműVELTSÉG TANTERVÉBEN?

A szerzők érvelése szerint a konkrét, memorizálható adatok átadása helyett az egészségműveltség fejlesztésében a kritikus gondolkodásra nevelés volna a célszerű. Morális tekintetben az iskolák és tanárok feladata az egészséggel kapcsolatos döntéshozatal támogató, arra képessé tevő oktatás megszilárdítása. Napjaink problémáját nem az információhiány vagy az információszerzési képesség elégtelensége okozza, hanem az adatok sokaságának nem megfelelő használata, illetve azok minőségének, hitelességének hibás megítélése. Az egészségügyben jellemző, sokszor kiszámíthatatlan kihívásokban történő helytálláshoz komplex készségek szükségesek, azt pedig az adott helyzet kontextuális tényezői határozzák meg, hogy aktuálisan melyek ezek. Vitatható, hogy felállítható-e egy standard lista, mely az összes potenciálisan

szükséges készséget tartalmazza, hiszen az a valóságtól túlságosan elrugaszkodott, teoretikus volna. Ehelyett a szerzők univerzális kulcskompetenciákat azonosítanak, melyek iskolai környezetben történő fejlesztése elengedhetetlen: ezek a kritikai gondolkodás, az öntudatosság és az állampolgári kompetenciák. Ezek összességében az autonóm tanulást, valamint az egyéni hatóképesség, a vizsgálódó szemlélet és a felelős állampolgári beállítódás kialakulását segítik. A kritikai gondolkodás a tudást folyamatos újraértékelésnek veti alá, szkeptikus attitűdöt képvisel, valamint elismeri az emberi ügyek komplexitását. Az öntudatosság reflexív és reflektív készségeket takar – saját preferenciák, értékek, saját identitás, autonómia kialakítása, illetve az egyén világban betöltött pozíciójának a felismerése. Az állampolgári kompetenciák pedig az ember saját útjának megtalálását, a társadalom hasznos tagjává válást, illetve az erkölcsileg felelősségteljes módon történő cselekvést foglalja magában.

### HOGYAN KÖZELÍTSÜK MEG AZ EGÉSZSÉGműVELTSÉG TÉMÁJÁT AZ ISKOLÁKBAN?

A társadalmi igazságosság eszméje előbbre való a pusztán költséghaszon-megfontolásoknál az egészségműveltség oktatásának szempontjából. Az erkölcsi orientációjú oktatás nyitott, érdeklődő közösségekben zajlik, ahol mindenki a csoport egyenlő tagjaként van jelen. Az információ szabadsága, ezáltal a gondolkodás szabadsága jellemzi az ideális közeget, mely egyben bátorítja a különböző világnézetek kialakítását, támogatja a személyiség és az autonómia kifejtését. A szerzők a „fegyelmezett szabadság” értékét hangsúlyozzák a határok nélküli szabadság vagy a merev keretek felett. A tanárok feladata a tudás komplexitására és a tények megkérdőjelezhetőségére tanítani a diákokat, mely tekintetben a kritikai gondolkodásra nevelés és az egyéni reflexió elengedhetetlen fontosságú. A cél egy elfogadó, nyitott közeg kialakítása, melyben a diákok sokszínűsége, egymástól különböző háttere és tapasztalatai egymást gazdagító értékként vannak jelen; ők egymásra nem csupán osztálytársakként, hanem a társadalom egyenrangú tagjaként tekintenek.

## TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Az egészségmegőrzéshez- és fejlesztéshez szükséges kompetenciák kialakítása rendkívüli fontosságú, azonban ennek etikai háttere mindeztidáig nem kapott kellő figyelmet, noha az erkölcsi megfontolások központi szerepet érdemelnek a társadalmi igazságosság érdekében. Az egészségismeretek közoktatásba történő bevétele, illetve a kapcsolt kompetenciák kialakítása nagyban segíthetnek a társadalom egészségműveltségének fejlesztésében, mely ezáltal számos egyéni és populációs szintű haszonnal kecsegtet.



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

A mindfulness-based intervention to increase resilience to stress in university students (the Mindful Student Study): a pragmatic randomised controlled trial

Ismerteti: Fúzi Márta ✉  
*Debreceni Egyetem, Népegészségügyi Kar, Megelőző Orvostani Intézet,  
Egészségfejlesztési Tanszék*

Szerzők: Galante J, Dufour G, Vainre M, Wagner AP, Stochl J, Benton A, Lathia N, Howarth E, Jones PB.  
Megjelenés: Lancet Public Health. 2018 Feb;3(2):e72-e81. doi: 10.1016/S2468-2667(17)30231-1.

Beküldve: 2018. 05. 09.  
doi: 10.24365/ef.v59i4.304

**Kulcsszavak:** mentális egészség, tudatos jelenlét, intervenció, iskolai egészségfejlesztés

**Keywords:** mental health, mindfulness, intervention, school health promotion

A Cambridge-i Egyetemen a 2015-2016-os tanévben készült pragmatikus vizsgálat során az egyetemi hallgatók stressztűrő képességének fokozását tűzték ki célul. A felsőoktatásban tanuló hallgatók létszáma az Egyesült Királyságban folyamatosan növekszik, emellett ezt meghaladó módon, 2010 és 2015 között 50%-kal nőtt a mentális egészséggel összefüggő egyetemi szolgáltatások hallgatói igénybevétele.

A pragmatikus, randomizált, kontrollált, intervenció vizsgálat során egy nyolchetes, a tudatos jelenlét (mindfulness) módszerét alkalmazó kurzus (MSS, Mindful Student Study) hatékonyságát hasonlították össze a mentális egészséget támogató rutin módszerek igénybevitelével.

A vizsgálat során randomizációval 616 hallgatót osztottak szét: egyik részük (n=307) a kontrollcsoportba került, ők hagyományos mentális egészségtámogatásban részesültek; a másik részük az

intervenció csoportot képezte (n=309), ezek a hallgatók a hagyományos mentális egészségtámogatás mellett részt vettek az MSS-kurzuson is.

Az MSS-kurzus csoportos készségfejlesztő foglalkozások formájában zajlott, nyolc héten át, heti egy alkalommal. Célja az általános jóllétérzés és a mentális ellenálló képesség fokozása volt, a csoportlétszám nem haladta meg a 30 főt. A 75-90 perces foglalkozásokon a csoporttagok a rugalmasság, önfelfedezés, önellfogadás és az önmegvalósítás gyakorlása mellett a meditáció képességének elsajátításával kaptak olyan eszközöket, amiket a tanulás, a döntéshozatal vagy a személyes kapcsolatok terén is tudtak hasznosítani. Az alkalmakon meditációs gyakorlatok, kérdések és reflexiók megbeszélése és interaktív gyakorlatok szerepeltek. A csoportfoglalkozásokon kívül otthoni gyakorlásra kérték a hallgatókat (pl. tudatos séta vagy tudatos étkezés).

Az elsődleges kimeneti változó az önértékelt pszichés distressz volt, amelyet a CORE-OM (Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure) skála használatával mértek. A CORE-OM 34 kérdésből áll, és négy dimenzió mentén méri az aktuális pszichés distressz mértékét: szubjektív jóllét; problémák vagy tünetek; funkcionalitás az életben és rizikótényezők jelenléte. Az Egyesült Királyságban gyakran használják hallgatók felméréséhez is, a magasabb pont magasabb stressz-szintet jelent. A vizsgálat kezdetén felvett alaphelyzeti értékeket a vizsgaidőszakban mért értékekhez hasonlították, mivel ez a periódus általánosan a leginkább stresszel terhelt a hallgatók életében.

Emellett másodlagos eredményindikátorokat is alkalmaztak: például felmérték az adakozókészséget, vagy két héten keresztül naponta értékelték a hallgatók megküzdési stratégiáit (problémafókuszú vagy érzelmi alapú) a tanulmányaikkal kapcsolatban.

Az MSS-intervenció átlagosan -0,25 CORE-OM-ponttal, statisztikailag szignifikánsan (95% MT: -0,34 – -0,16;  $p < 0,0001$ ) csökkentette a vizsgaidőszakban tapasztalt distresszérzést a zavaró tényezőkre (intervenció előtti pontszám, kor, nem, intervenció

és a vizsgaidőszak között eltelt idő) történő korrekció után, a kontrollcsoporthoz viszonyítva. A beavatkozás hatáserősségét mérsékeltek véleményezték ( $\beta = -0,44$ , 95% MT: -0,6 – -0,29,  $p < 0,0001$ ). Az eredmények gyakorlati hasznát úgy mérték, hogy a vizsgaidőszakban mért CORE-OM-pontokat a kóros mértékű distressz klinikai referenciaértékéhez viszonyították. Az MSS-intervencióban részesült diákok körében egyharmaddal kisebb valószínűséggel tapasztaltak kóros mértékű distresszt (relatív kockázat: 0,65, 95% MT: 0,53–0,8;  $p < 0,0001$ ). A minimálisan szükséges betegszám (number need to treat) 6 (95% MT: 4–10) volt, azaz átlagosan hat résztvevő közül egynél sikerült megelőzni a klinikai szintű distressz kialakulását.

Az adakozókészség (esélyhányados: 1,80, 95% MT 1,22–2,66;  $p = 0,003$ ) az intervenció csoportban nagyobb volt, azonban a napi megküzdési stratégiákban nem tapasztaltak különbséget.

A randomizált, kontrollált vizsgálat eredménye alapján a tudatos jelenlét alapú intervenciót a hallgatók által elfogadható, kivitelezhető és hatékony intervenciónak véleményezték, ami a mentális egészséget a népegészségügyi szempontból kiemelt oktatási környezetben képes javítani.

## TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A cikkben ismertetett tudatos jelenlét alapú csoportfoglalkozás jól beilleszthető az oktatási rendszerbe. A mentális egészséggel összefüggő szolgáltatásokkal szembeni negatív attitűd nem érvényesült ennek alkalmazása során, ezáltal olyan eszközt biztosíthat a fiatalok számára, amelynek használatával a stresszel szembeni ellenálló képességük fokozódik, így a mentális egészséget már fiatal korban képes pozitív irányba befolyásolni, és megelőzni mentális betegségek kialakulását.

## Ismertetés: Személyre szabott prevenció

### Personalised prevention

Ismerteti: Rákossy Zsuzsa ✉

*Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Orvosi Népegészségtani Intézet*

Szerző: Ron Zimmern

Megjelenés: Personalised Prevention. In: Annual Report of the Chief Medical Officer 2016, Generation Genome London, Department of Health (2017) [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/631043/CMO\\_annual\\_report\\_generation\\_genome.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/631043/CMO_annual_report_generation_genome.pdf)

Beküldve: 2018. 08. 01.

doi: 10.24365/ef.v59i4.343

**Kulcsszavak:** személyre szabott prevenció; genomika; biomarkerek; kockázatbecslés

**Keywords:** personalised prevention; genomics; biomarkers; risk assessment

Az elmúlt évtizedekben lezajlott, nagy felbontású genomikai, proteomikai, metabolomikai kutatások eredményei lehetőséget adtak számos komplex, heterogén viselkedésű betegség (pl. daganatos, szív- és érrendszeri, anyagcsere-betegségek stb.) kialakulásának és progressziójának háttérében húzódó biológiai folyamatok feltérképezéséhez és megértéséhez. A testünkben zajló molekuláris folyamatok, valamint a genetikai-epigenetikai háttér és a környezet kölcsönhatásának átfogó orvosi biológiai kutatásai paradigmaváltást eredményeztek nemcsak a gyógyításban, hanem a megelőzésben is. A Humán Genom, Epigenom, Mikrobiom Projektek eredményeinek transzlációja az orvostudomány különböző területeire alapot nyújt az egyes betegségekre való hajlam meghatározásához, markerként funkcionálnak a betegségek diagnózisához. A betegségek molekuláris eltéréseken alapuló osztályozása segíti a hatékony és specifikus kezelés kiválasztását, ezáltal növelve az alkalmazott terápia hatékonyságát.

A személyre szabott prevenció a betegségek megelőzésére irányul az egyén szintjén. A genomika kontextusában ez azt jelenti, hogy genetikai információkat használnak a különböző betegségek kialakulása szempontjából magas kockázatú egyének azonosítására, lehetővé téve a célzott,

egyenre szabott megelőző intézkedések, stratégiák kidolgozását. A prevenció területén a genomikai információk eredményes használata egyelőre a ritka betegségek esetében bizonyult hatékonynak, ahol általában egy genetikai lókuszt érintő, magas penetranciájú alteráció áll a betegség kialakulásának háttérében. A komplex betegségek esetében a genomikai információk prevenciók használhatóságáról még nincs meggyőző bizonyíték, mivel ezek a betegségek több lókuszt érintő genetikai és epigenetikai eltérések, továbbá környezeti és életmódbéli tényezők eredőjeként alakulnak ki. Ebből kifolyólag a megfelelő szenzitivitású, specifitású, prediktív genomi, környezeti és további biológiai markerek kombinációjára lenne szükségünk a betegség kialakulása kockázatának becslésére.

Ugyanakkor a biomarkerek nemcsak az egyén szintjén alkalmazhatók kockázatbecslésre, hanem lehetővé teszik új prognosztikai alcsoportok felállítását, továbbá fontos szerepet játszanak a terápia megválasztásában is. Az extrém magas kockázatú személyeknek jellemzően egy gént érintő eltérésük van, ez az emlődaganatok esetében a BRCA1 vagy BRCA2, a vastagbél-daganatoknál az FPC vagy HNPCC gének alterációit jelentik. A biomarkerek további klinikai alkalmazására jó példa az

epidermalis növekedési faktor (EGFR) gén mutációjának, illetve expressziójának vizsgálata, amely nemcsak a terápia megválasztásában játszik szerepet, hanem prognosztikai jelentőségű is. Tüdődaganatok onkológiai kezelésében az anti-EGFR-terápia látványos eredményeket hozott, de ahhoz, hogy ki lehessen választani azokat a betegeket, akiknél ez a kezelés hatásos, a patológiai minták célzott molekuláris vizsgálata (EGFR-immunhisztokémia, EGFR-mutáció) szükséges, így elkülönítve az EGFR-pozitív alcsoportba tartozó eseteket, amelyek gerfitinib- vagy erlotinibkezelésre reagálnak. A kandidáns molekuláris alterációk detektálása mellett egyre nagyobb szerepet kap az alacsony penetranciájú genetikai, epigenetikai, génexpressziós, metabolomikai és mikrobiom-variációk

együttes vizsgálata a betegség kockázatának kitett személyek azonosításában, illetve a már meglévő betegségek klinikai csoportosításában. A nagy felbontású vizsgálatok adatait a betegségek klinikopatológiai paramétereivel összehasonlítva lehetőség nyílik olyan molekuláris klaszterek azonosítására, amelyek eltérései szoros korrelációt mutatnak a betegség progressziójával. A nagy felbontású microarray génexpressziós adatok validált klinikai alkalmazására jó példa az Oncotype Dx (<https://www.breastcancercare.org.uk/oncotype-dx>) nevű, 21 gént vizsgáló teszt, amely személyre szabott prediktív és prognosztikus eredménnyel segíti a korai emlőrákos betegekkel kapcsolatos terápiás döntést.

### TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A személyre szabott prevenció a népegészségügyi beavatkozásokat precízebbé és hatékonyabbá teszi. A célzott, illetve nagy felbontású technikákat alkalmazó kutatásoknak köszönhetően már számos olyan molekuláris alterációt azonosítottak, amely betegség kialakulására hajlamosít. A molekuláris eltéréseken és variációkon, valamint környezeti markereken nyugvó egyéni kockázatbecslés, majd azt követően a megfelelő primer prevenció lépések révén lehetővé válik a betegség kialakulásának megelőzése. Ezenkívül a molekuláris klasszifikáció alapot nyújt a már kialakult betegségek eredményesebb kezelésére. Remélhetőleg a környezeti és/vagy biológiai markerek használatán alapuló, személyre szabott prevenció a jövőben hozzájárul a ritka betegségek, a daganatos betegségek és további komplex betegségek megelőzéséhez.

# Egy trauma-tudatos gyermekvédelmi rendszer kialakítása – útmutató ismertetés

## Developing a trauma-informed child welfare system - description

Ismerteti: Oláh Barnabás ✉  
*Debreceni Egyetem, Népegészségügyi Kar, Magatartástudományi Intézet*

Szerző: U.S. Department of Health and Human Services, Children's Bureau  
Megjelenés: Child Welfare Information Gateway. 2015. [https://www.childwelfare.gov/pubpdfs/trauma\\_informed.pdf](https://www.childwelfare.gov/pubpdfs/trauma_informed.pdf) (Elérve: 2018. 05 25.)

Beküldve: 2018. 06. 11.  
doi: 10.24365/ef.v59i4.314

**Kulcsszavak:** trauma, gyermekkori bántalmazás, elhanyagolás, gyermekvédelem, trauma-tudatos

**Keywords:** trauma, child abuse, neglect, child welfare system, trauma-informed

### BEVEZETÉS

A gyermekkori bántalmazás és elhanyagolás nagymértékben traumatizáló lehet és súlyosan károsíthatja mind a testi, mind a pszichés egészséget. A traumatizáció rendkívül gyakori jelenség a gyermekvédelemben élő gyermekek körében. A nevelőszülői gondozásba kerülő gyermekek, az áthelyezést megelőzően általában többszörösen élnek át gondozójuk által elkövetett traumatikus eseményeket.<sup>1</sup> Ebben az esetben ún. „hozott” traumáról beszélhetünk. Az áthelyezéssel járó szeparáció és veszteségélmény már maga a rendszer működése által „szerzett” trauma, ami akár tovább súlyosbíthatja a korábbi traumatikus események következményeit.<sup>2</sup> Stein és munkatársai kutatásában a nevelőszülőknél élő gyermekek között 10-ből 9 volt már kitéve a gyermekkori családon belüli bántalmazás valamely típusának.<sup>3</sup> Hazánkban a gyermekvédelemben élő gyermekek száma kb. 23.000 fő, a nevelésbe vétel oka pedig 76%-ban elhanyagolás vagy egyéb bántalmazás.<sup>4,5</sup>

Ennélfogva alapvető fontosságú a traumára való fokozott odafigyelés a gyermekvédelmi rendszerben. E mellett különböző módszerek segítségével, rendszerszintű változtatásokra van szükség a hozott és a rendszer működése által szerzett traumák egészségre kifejtett súlyos következményeinek megelőzésére, mérséklésére és feldolgozására.

Ez a rövid iránymutatás sorra veszi azon fontosabb módosításokat, amelyek révén a gyermekvédelmi rendszer tudatosabb és válaszkészebb tud lenni a trauma tekintetében. A traumának és hatásainak rövid ismertetése után a közlemény leírást ad arról, hogy melyek azok az elsődleges területek a rendszeren belül, ahol leginkább intézkedésekre van szükség. Ezen területek a következők: munkaerő-fejlesztés, felismerés és értékelés, adatrendszerek, bizonyítékokon alapuló kezelések és finanszírozás. Jelen ismertetés az egészségfejlesztéshez közvetlenebbül kapcsolódó területeket részletezi. Ezek a munkaerő-fejlesztés, a trauma felismerése, értékelése és kezelése.

## TRAUMA ÉS KÖVETKEZMÉNYEI

„Azok az események, eseménysorozatok vagy körülmények összessége, amelyeket az egyén fizikailag vagy emocionálisan károsnak vagy életveszélyesnek él meg személyes traumához vezethetnek, amennyiben annak tartós ártalmas hatása van az egyén funkcionálására és mentális, fizikai, szociális, emocionális vagy spirituális jóllétére nézve”.<sup>6</sup> Az egyszeri traumatikus eseményt követő traumát (pl. autóbaleset) akut traumának nevezzük. A többféle traumatikus eseményből eredő traumát komplex traumának tekintjük. A gyermekkorban átélt bántalmazás általában többféle, ismétlődő, krónikusan fennálló, interperszonális természetű és *pervazív*, azaz a személyiségfejlődés összes aspektusára kihat.<sup>7</sup> A közlemény az alábbi példákat sorolja fel, mint a traumatizáció által leginkább károsuló funkciók: érzelmi válaszok, gondolkodás, tanulás, koncentrációs képesség, impulzuskontroll, énkép, kötődés és szociális kapcsolatok. Problémák széles köre köthető a gyermekkori bántalmazás és elhanyagolás hosszú távú következményei közé. Ilyenek például a függőségek, depresszió, szorongás, kockázatvállaló magatartás, amelyek további megbetegedések kialakulási esélyét növelik, mint például elhízás, diabétesz, szívbetegségek, daganatos megbetegedés, továbbá a várható élettartam is csökkenhet.<sup>8</sup> Nem minden gyermek esetében vezet a trauma súlyos következményekhez, hatása ugyanis függ a traumatikus esemény átélésekor betöltött életév-től, a trauma gyakoriságától és észlelt súlyosságától, a gyermek belső érzékenységétől. Közrejátszanak még olyan protektív tényezők is, mint például a pozitív szociális kapcsolatok megléte, a fizikai egészségi állapot és a hatékony megküzdési stratégiák.

### A TRAUMA-TUDATOSSÁG GYAKORLATI MEGVALÓSÍTÁSA A GYERMEKVÉDELMI RENDSZERBEN

A trauma-tudatos gyermekvédelmi rendszer kialakítására való törekvések az utóbbi évtizedben indultak el Amerika egyes államaiban, a *National Child Traumatic Stress Network* (Gyermekkori Traumatikus Stressz Nemzeti Hálózata) kezdemé-

nyezésére. A trauma-tudatos gyermek- és családsegítő rendszer kiemelt figyelmet fordít a traumatikus stressz hatásainak felismerésére és kezelésére mindazok körében, akik a rendszerrel kapcsolatban állnak. A rendszeren belüli programok és ügynökségek a szervezeti kultúrájukba, az eljárásmodjukba és a gyakorlatukba egyaránt beépítik a traumára való fokozott odafigyelést, a traumával kapcsolatos tudást és készségeket.

A trauma-tudatos rendszertől várt eredmények a következők: kevesebb gyermek szorul rá krízisintervencióra, a pszichotrópikus gyógyszerek csökkent használata, kevesebb áthelyezés történik, csökken a nevelőszülői gondozásban eltöltött idő, javul a funkcionalitás és fokozódik a jóllét.

A rendszer átszervezésének és működtetésének alapjait, az iránymutatásokat a Gyermekjóléti Trauma Tréning Eszköztár foglalja magába.<sup>9</sup>

A folytatásban a kiadvány rövid leírást ad a trauma-tudatos rendszer kialakításának módjáról és kulcsterületeiről.

#### 1. A munkaerő fejlesztése

A legfontosabb lépés a traumáról való gondolkodás megváltoztatása a rendszer összes érintettje körében. Paradigmaváltás az alábbi szinteken:

- „Trauma-lencse”: a foglalkoztatottnak, a gondozóknak és családoknak egy „traumalencsén” keresztül kell szemlélni a történeket. Át kell értékelnit a gyermekek viselkedését és nem úgy kell rájuk tekinteni, mint „rossz gyermekekre”, hanem tudatában kell lenniük annak, hogy a rossz magatartás egy lehetséges, de *reverzibilis* (visszafordítható) következménye a traumának. Nem azt kell kérdezni a gyermektől, hogy „Mi baj van veled?”, hanem azt, hogy „Mi történt veled?”.
- Új cél a gondozásban: eddig a gyermek fizikai biztonságának megteremtésre volt a fő cél, ezt ki kell terjeszteni a trauma gyógyítására, a szociális és emocionális jóllét biztosítására.
- Fókusz a korai intervencióban: minél előbb azonosítani és kezelni kell a traumatizáltságot, megelőzve vagy mérsékelve ezáltal a súlyos hosszú távú következményeket.
- Odafigyelés az intergenerációs traumára: figyelembe kell venni, hogy nemcsak a

gyermek, hanem a családtagjaik is lehetnek traumatizáltak, ami eredményezheti a helytelen bánásmódot.

- A másodlagos traumatizáció figyelembe vétele és kezelése: az egyes tragikus élettörténetek komoly traumatikus stresszt válthatnak ki a nevelőszülőkből, a gondozókból és szakemberekből egyaránt.

## 2. Tréningek szervezése és a pszichoedukáció fontossága:

- A nevelő és örökbefogadó szülők számára követelmény pszichoedukáción való részvétel, amely az alábbi témákat érinti: trauma alapismeretek, trauma hatásai a gyermekekre, traumát kiváltó tényezők, traumához kapcsolódó viselkedés felismerése és hatékony kezelése.
- A szakemberek és a foglalkoztatottak számára szakmai tréningek szervezése történik. A tréningek legfontosabb témái: trauma alapismeretek, trauma felismerése, gyermekek fizikai és pszichológiai szükségletei, *reziliencia* (rugalmas ellenálló képesség) erősítésének módjai, mikor, hogyan és hova lehet továbbjutni a gyermeket bizonyítékokon alapuló terápiára, traumatizált szülőkkel való együttműködés. Tréning után további segítség biztosítása, pl. szupervízió.

A trauma korai felismerése és folyamatos szűrése alapvető fontosságú a trauma-tudatos gyermekvédelmi rendszerben. Bekerüléskor, periodikusan ismételve és bizonyos stresszes események után (pl. áthelyezés) egyaránt fel kell mérni a traumatizációt.

- Célok: a traumával kapcsolatos szükségletek felismerése, fejlődés vagy visszaesés monitorozása, tünetek azonosítása, a súlyosan traumatizált egyének szűrése, további terápia szükségességének megállapítása. Mentális egészség és funkcionalitás értékelése, mérése különböző módszerekkel - akár diagnosztikus interjú segítségével.

Az értékelő eljárások a terápia tervezésének alapjai lehetnek. A terápia hatékonyságának ellenőrzésére utánkövetés alkalmazandó.

- A vizsgálati eszközök kiválasztásánál a következő szempontokat kell figyelembe venni: rövideg, idősebb és fiatalabb gyermekekre differenciált eljárások, *internalizáló* (a belső érzelmi életben megnyilvánuló) és *externalizáló* (a külső viselkedésben megnyilvánuló) tünetek együttes feltárása, költséghatékonyság, könnyű adminisztrálhatóság, megfelelő pszichometriai jellemzők: érvényesség, megbízhatóság, *szenzitivitás* (traumatizáltak esetében pozitív teszteredmény), *specifitás* (nem traumatizáltak esetében negatív teszteredmény).

## 3. Bizonyítékokon alapuló eljárások a trauma kezelésére

Az alábbi pszichoterápiás eljárások traumával szembeni hatékonysága mellett erős empirikus bizonyítékok szolgálnak, így megfelelő módszerek lehetnek a gyermekvédelemben a súlyosan traumatizált gyermekek gyógyítására:

- Traumafókuszú kognitív viselkedésterápia (TF-CBT): Központjában a negatív emocionális és viselkedéses reakciók csökkentése áll, azáltal, hogy a terápiában sor kerül a traumához kapcsolódó téves hiedelmek és *attribúciók* (oktulatájak) azonosítására és korrigálására.
- Szülő-gyermek interakciós terápia (PCIT): Családközpontú terápiás eljárás, bántalmazott és veszélyeztetett helyzetben lévő 2-8 éves gyermekek és gondozók számára. A terápiában a terapeuta coachingolja (fejleszt) a szülőt, miközben interakciót létesít a gyermekkel.
- Szemmozgásokkal történő *deszenzitizálás* és újrafeldolgozás (EMDR): A traumatikus emlékhez kötődő emocionális *distressz* (negatív érzelmi feszültség) csökkentését célzó integrált módszer.

<sup>1</sup> Egy adott pszichés problémával és annak kezelésével kapcsolatos fevilágosítás és oktatás.

## TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Hazánkban a gyermekvédelmi rendszerben dolgozók többnyire csak keveset tudnak a trauma súlyos viselkedéses és mentális következményeiről, kezeléséről. A rendszer összes foglalkoztatottjának tisztában kell lennie azzal, hogy a legtöbb gyermeknél magával a kiemeléssel a probléma nem oldódik meg, nem elég pusztán a fizikai biztonság megteremtésére törekedni, ugyanis a kezelés nélkül hagyott traumatizációnak súlyos életre szóló következményei vannak. A gyermekvédelemben széleskörű együttműködésre és koordinált, rendszer-szintű változásokra van szükség a trauma hatékony kezelésére, következményei megelőzésére és a testi-lelki egészség fejlesztésére, fenntartására. Mindehhez jó szakmai útmutatásokat nyújtanak a kiadványban ismertetett módszerek, eszközök és eljárások.

## HIVATKOZÁSOK

- <sup>1</sup> Oswald SH, Fegert JM, Goldbeck I. Posttraumatic stress symptoms in foster children following maltreatment and neglect. *Verhaltenstherapie*. 2010;20(1): 37–44.
- <sup>2</sup> Greeson J, Briggs EC, Kisiel CL, et al. Complex Trauma and Mental Health in Children and Adolescents Placed in Foster Care: Findings from the National Child Traumatic Stress Network. *Child Welfare*. 2011;90(6): 91-108.
- <sup>3</sup> Stein B, Zima B, Elliott M, et al. Violence exposure among school-age children in foster care: Relationship to distress symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40(5): 588–594.
- <sup>4</sup> KSH (Központi Statisztikai Hivatal). A gyermekvédelmi szakellátásban részesülő fiatalok (1990-2016). 2016. [http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_fsg001.html](http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_fsg001.html) (Elérve: 2018. 05. 25.)
- <sup>5</sup> KSH (Központi Statisztikai Hivatal). Állami gondoskodástól a mai gyermekvédelemig. 2012. <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/allamigondoskodas.pdf> (Elérve: 2018. 05. 25.)
- <sup>6</sup> Substance Abuse and Mental Health Services Administration. SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach. 2014. <https://store.samhsa.gov/shin/content/SMA14-4884/SMA14-4884.pdf> (Elérve: 2018. 05. 25.)
- <sup>7</sup> National Child Traumatic Stress Network. Complex trauma: Facts for caregivers. 2014. [https://www.nctsn.org/sites/default/files/resources//complex\\_trauma\\_caregivers.pdf](https://www.nctsn.org/sites/default/files/resources//complex_trauma_caregivers.pdf) (Elérve: 2018. 05. 25.)
- <sup>8</sup> Council on Children and Families. Adverse childhood experiences among New York's adults. 2010. [http://ccf.ny.gov/files/4713/8262/2276/ACE\\_BriefTwo.pdf](http://ccf.ny.gov/files/4713/8262/2276/ACE_BriefTwo.pdf) (Elérve: 2018. 05. 25.)
- <sup>9</sup> Child Welfare Collaborative Group, National Child Traumatic Stress Network, California Social Work Education Center. Child welfare trauma training toolkit: Participant manual (1st ed.). National Center for Child Traumatic Stress, Los Angeles, CA, & Durham, NC. 2013.



## Horváth-Tarján Anna doktori fokozatot szerzett az intravénás szerhasználók kockázati tényezőinek vizsgálata témában

Anna Horváth-Tarján received PhD for her research on risk factors of people who inject drugs

Szerző: Vitrai József ✉  
*Emberi Erőforrások Minisztériuma*

Beküldve: 2018. 09. 07.  
doi: 10.24365/ef.v59i4.356

**Kulcsszavak:** kábítószer-fogyasztó; intravénás használó

**Keywords:** drug user; injection

A Semmelweis Egyetem Patológiai Tudományok Doktori Iskolája Egészségtudományi Programjának 2018. szeptember 6-i nyilvános vitáján a doktorandusz „A hazai intravénás szerhasználók HIV/HCV fertőzéssel összefüggő kockázati tényezői 2008-2015 között” című dolgozatát és a kérdésekre adott válaszát 100%-osra értékelte a bíráló bizottság.

A Nemzeti Drog Fókuszpont munkatársa a kutatási eredményeinek elemzése során (lásd melléklet) népegészségügyi szempontból igen fontos következtetésekre jutott:

„2015-re a hazai intravénás szerhasználói populáció szerhasználati struktúráját tekintve teljesen átalakult. A korábban klasszikusan injektált heroin, illetve amfetamin helyett a populáció túlnyomó többsége (80%) elsődlegesen új pszichoaktív szereket használ intravénásan. A 25 év alatti, fiatal intravénás szerhasználók körében a legelterjedtebb az új pszichoaktív szerek injektálása (88%).

A hazai intravénás szerhasználói populáció, kiemeltképp az ÚPSZ injektálók csoportja, nagyon magas kockázatnak van kitéve a HIV és a HCV akvirálása és továbbadása szempontjából, köszönhetően a gyakran előforduló intravénás szerhasználattal, illetve szexuális élettel összefüggő kockázati magatartásoknak egy olyan magas-kockázatú környezetben, ahol évek óta tartóan alacsony

volt, majd 2015-ben drasztikusan lecsökkent a tűcsere-szolgáltatás hozzáférhetősége, illetve magas a börtönviseltség és a hajléktalanság prevalenciája. A magas és dinamikusan növekvő HCV prevalencia arra enged következtetni, hogy a hazai intravénás szerhasználói populációban az eddigi 0-0,3% között mozgó HIV prevalencia kibillenése már nem zárható ki.

Ha nem történik szignifikáns fejlesztés a bizonyítékokon alapuló prevenciók beavatkozásai, elsősorban a tűcsere programok hozzáférhetősége, és a HCV kezelés elérhetősége tekintetében, figyelmet szentelve az új és fiatal injektálóknak, illetve bevonva a börtönbeli színteret (az ott megvalósítható beavatkozások esetében), akkor a HCV terjedése valószínűsíthetően tovább fog folytatódni ebben a populációban. Ez egyben nagy jövőbeli betegségterhet jelent az intravénás szerhasználói közösségben, később egészségügyi ráfordításigényt okoz, továbbá magában hordozza a transzmisszió kockázatát más rizikócsoportokra és az általános népességre nézve is (például a zoonozomiális fertőzés révén).”

A teljes dolgozat és az angol nyelvű téziszűzet a következő címen érhető el:

<https://doktori.hu/index.php?menuid=193&lang=HU&vid=19045>

## Ismét elérhető a halandósági adatbázis

### Mortality database accessible again

Ismét elérhető a korábban az OEFI, majd a NEFI által működtetett, a népegészségügyi szakemberek munkáját támogató halandósági adatbázis 2005-2016 évekre feltöltve – egyelőre táblázatos formában.

Az Eurostat módszertana szerint 26 halálokra illetve megelőzhető és elkerülhető halálózásra számított mutatók, a tényleges és várható halálózási esetszámok ötéves életkori csoportonként, a standardizált halálózás (SHA) és a standardizált halálózási hányados (SHH) 0-64 illetve 0-X éves

korcsoportokra területi (országos, régiós, megyei és járási) és nemi bontásban szerepelnek az adatbázisban. Az adatbázis hamarosan kiegészül 2017-es adatokkal is. A minden érdeklődő számára elérhető táblázatok és a módszertani ismertető a következő címről tölthetők le:

<http://fajlmegosztas.nefi.hu/index.php/s/bu48O2ANEDsuqX3>

Esetleg felmerülő kérdéseikkel illetve kéréseikkel Nagy Dávidnét keressék a következő e-mailcímen: [davidne.nagy@emmi.gov.hu](mailto:davidne.nagy@emmi.gov.hu)!

## Tematikus cikkválogatás az egészséges táplálkozás területéről

Az alábbi válogatás az Egészségfejlesztés folyóirat 2016-2018 lapszámaiból az egészséges táplálkozás, elhízás területén hasznosítható közlemények linkjeit tartalmazza.

[Árkülönbségek modellezése az egészséges és átlagos étrend között: új-zélandi esettanulmány](#)

[Modelling the cost differential between healthy and current diets: the New Zealand case study]

Mózes Noémi

[Élelmiszerkörnyezet Szakpolitikai Index \(ESZI INDEX\) – Jelentés, Anglia](#)

[Report - Food Environment Policy Index (Food Epi) for England]

Kaposvári Csilla

[Kapcsolat a szénhidrát-, és a zsírbevitel valamint a szív- és érrendszeri betegségek és mortalitásuk között, öt kontinens 18 országában \(PURE\): prospektív kohorszvizsgálat – a szerzők észrevételekre adott válaszai](#)

[Placing Students at the Center: The Whole School, Whole Community, Whole Child Model]

Erdei Gergő

[Képzeld el!](#)

[Imagine!]

[Kapcsolat a szénhidrát-, és a zsírbevitel valamint a szív- és érrendszeri betegségek és mortalitásuk között, öt kontinens 18 országában \(PURE\): prospektív kohorszvizsgálat ismertetése - cikkismertetés](#)

[Associations of fats and carbohydrate intake with cardiovascular disease and mortality in 18 countries from five continents (PURE): a prospective cohort study - paper review]

Erdei Gergő

[SZEMLE: A zöldség-, gyümölcs- és hüvelyesek fogyasztása és a kardiovaszkuláris betegségek és halandóság 18 országban \(PURE\): prospektív kohorsz vizsgálat](#)

[Fruit, vegetable, and legume intake, and cardiovascular disease and deaths in 18 countries (PURE): a prospective cohort study]

Bakacs Márta

[SZEMLE: Mennyire hatékonyak a családalapú és az intézményi táplálkozási beavatkozások a gyermekek étrendjének és egészségének javításában? - Szisztematikus áttekintés](#)

[How effective are family-based and institutional nutrition interventions in improving children's diet and health? - A systematic review]

Nagy Barbara

[SZEMLE: Hatékony viselkedésmódosító technikák a testmozgás és az egészséges táplálkozás elősegítésére túlsúlyos és elhízott felnőtteknél; szakirodalmi áttekintés és meta-regressziós elemzések](#)

[Effective behaviour change techniques for physical activity and healthy eat-ing in overweight and obese adults; systematic review and meta-regression analyses]

Nagy Barbara

[Hogyan befolyásolja a kultúra az egészséget? II. rész: Táplálkozás, kultúra és egészség](#)

[How does culture affect health and well-being? Part II: Nutrition, culture and health]

Nagy Barbara

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

[OKOSTÁNYÉR® (smart plate)– new dietary guideline for the Hungarian adult population]

Szűcs Zsuzsanna

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

[Dietary Guidelines for Americans 2015-2020 – short summary]

Fekete Krisztina, Henter Izabella

### [Egészpályás letámadás a kövérség ellen - Komplex beavatkozásokkal az elhízás visszaszorítására](#)

[Fullback tactics against obesity. Complex interventions to control obesity]

Vitrai József, Bakacs Márta

### [Hozzászólás az 'Egészpályás letámadás a kövérség ellen – Komplex beavatkozásokkal az elhízás visszaszorítására' közleményhez](#)

[Comment on 'Fullback tactics against obesity. Complex interventions to control obesity']

Kovács Anna Viktória

### [SZEMLE: Az ülő életmód és az elhízás fiatalok körében: áttekintő tanulmány a kapcsolódó felmérésekről és oksági elemzésekről](#)

[Sedentary behaviour and adiposity in youth: a systematic review of reviews and analysis of causality]

Varga Anita

### [SZEMLE: Hatékony viselkedésmódosító technikák a testmozgás és az egészséges táplálkozás elősegítésére túlsúlyos és elhízott felnőtteknél; szakirodalmi áttekintés és meta-regressziós elemzések](#)

[Effective behaviour change techniques for physical activity and healthy eat-ing in overweight and obese adults; systematic review and meta-regression analyses]

Nagy Barbara

### [SZEMLE: Iskolaközösségi gyermek-egészségfejlesztési és elhízás-prevenációs beavatkozás egy klaszter randomizált vizsgálata: a fun 'n healthy in Moreland! projekt eredményei](#)

[Cluster randomised trial of a school-community child health promotion and obesity prevention intervention: findings from the evaluation of fun 'n healthy in Moreland!]

Maczali Katalin

### [SZEMLE: 'Szakpolitika, rendszer, környezet' megközelítés az elhízás megelőzésében: elméleti keretek helyi és állami beavatkozásokhoz](#)

[Policy, Systems, and Environmental Approaches for Obesity Prevention: A Framework to Inform Local and State Action] Vitrai József

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

[WHO Report of the Commission on Ending Childhood Obesity, 2016]

Henter Izabella

### [A környezeti tényezők hatása a testmozgási és étkezési szokásokra - a közösségi szintű fellépések lehetőségei](#)

[Contextual influences on physical activity and eating habits - options for action on the community level]

Veress Réka

### [Az étkezési magatartás összefüggése az ételválasztási motivációkkal és pszichológiai jellemzőkkel középiskolások körében](#)

[The correlation of eating behavior with food preference motivation and personality related factors among adolescents]

Szabó Katalin, Pikó Bettina

## Tematikus cikkválogatás az iskolai egészségfejlesztés területéről

Az alábbi válogatás az Egészségfejlesztés folyóirat 2016-2018 lapszámaiból az iskolai egészségfejlesztés területén hasznosítható közlemények linkjeit tartalmazza.

[A testnevelés helyzete, céljai a köznevelésben és a felsőoktatásban](#)

[The state and aims of physical education in public and higher education]

Dr. Lőkös Dániel

[Ismertetés: Az alvás és az aktív kültéri játékkal töltött idő közti kétirányú összefüggés vizsgálata 10-13 évesek körében](#)

[Bi-directional association between sleep and outdoor active play among 10-13 year olds]

Máté Zsuzsanna

[Ismertetés: A diákok középpontba helyezése: Teljes iskola, teljes közösség, teljes gyermek modell](#)

[Placing Students at the Center: The Whole School, Whole Community, Whole Child Model]

Járomi Éva

[Kortárs egészségfejlesztési programok gyermekek és fiatalok körében a hazai és a nemzetközi szakirodalom tükrében – Szisztematikus áttekintés](#)

[Health promotion among children and adolescents by peer education in the Hungarian and international literature – Systematic review]

Lukács-Jakab Ágnes, Mészárosné Dr. habil. Darvai Sarolta, Soós Dr. habil. Kiss Zsuzsanna, Dr. Fűzi Rita, Bi-hariné dr. Kerek Ilona, Dr. Gradwohl Edina, Dr. Kolosai Nedda, Prof. Dr. Falus András, Dr. Feith Judit Helga

[Hogyan kellene az egészségkultúrát megváltoztatni? - cikkismertetés](#)

[How should we change the culture of health? -paper review]

Vitrai József

[Bemutakozik az EDUVITAL: egy hazai ifjúsági egészségtudatossági és -nevelési program](#)

[On the EDUVITAL: A Hungarian youth health awareness and education program]

Falus András

[Depresszió és az erőszak a serdülőkorúak és a fiatal felnőttek körében: három longitudinális kohorsz vizsgálat eredményeinek ismertetése](#)

[Depression and Violence in Adolescence and Young Adults: Findings From Three Longitudinal Cohorts]

Járomi Éva

[Komplex egészségfejlesztési beavatkozások lehetséges prevenció megközelítései](#)

[Possible prevention approaches for complex health promotion interventions]

Járomi Éva, Kimmel Zsófia

[Az iskolai egészségfejlesztés hazai és nemzetközi szemléletének bemutatása](#)

[Introduction of the national and international school health promotion approaches]

Járomi Éva, Vitrai József

### [Egészségstílusokhoz illesztett, viselkedésváltozást célzó beavatkozások tervezése](#)

[Planning behavior change interventions tailored to healthstyles]

Járomi Éva, Szűcs Erzsébet, Vitrai József

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

[Health behavior studies in Hungarian schools]

Járomi Éva, Szilágyi Kristóf, Vitrai József

### [Egészségkommunikációs Felmérés Eredményei II. – Iskolai felmérés](#)

[Results of the School Health Communication Survey I. – Student Survey]

Zsiros Emese, Balku Eszter, Vitrai József

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

[Is the positive health impact of school gardens evidence-based? Possible answers deriving from the review method]

Kovács Piroska, Solymosy József Bonifác

### [A teljes körű iskolai egészségfejlesztés koncepciója](#)

[Whole school health promotion concept]

Solymosy József Bonifác

### [SZEMLE: Egy kontrollált Egészségfejlesztő Iskola vizsgálat Hollandiában: hatások a beavatkozás után 1 és 2 évvel](#)

[A Controlled Health Promoting School Study in the Netherlands: Effects After 1 and 2 Years of Intervention]

Maczali Katalin

## Tematikus cikkválogatás a társadalomtudomány területéről

Az alábbi válogatás az Egészségfejlesztés folyóirat 2016-2017-2018 lapszámaiból a társadalomtudomány területén hasznosítható közlemények linkjeit tartalmazza.

[Ismertetés: Az egészség kulturális kontextusban: a narratív kutatás egészségügyi szektorbeli alkalmazása](#)

[Cultural contexts of health: the use of narrative research in the health sector]

Csáki Máté

[„Shape Up Somerville”: Egy egészséges közösség építése és fenntartása – cikkismertetés](#)

[Shape Up Somerville: Building and Sustaining a Healthy Community – paper review]

Kasza Katalin

[A Szociális Jogok Európai Pilléréről](#)

[On European Pillar of Social Rights]

Andor Csaba

[Kábítószer-probléma Magyarországon az elmúlt 10 évben](#)

[Drug problems in Hungary in the last 10 years]

Nyírády Adrienn

[Kísérlet az egészség fogalmának újradefiniálására. A Meikirch modell](#)

[A new approach to define health. The Meikirch model]

Csizmadia Péter

[Hogyan kellene az egészségkultúrát megváltoztatni? - cikkismertetés](#)

[How should we change the culture of health? -paper review]

Vitrai József

[A nem fertőző betegségek: definíció újratöltve](#)

[Non-communicable diseases: definition reloaded]

[Nem fertőző betegségek versus társadalmi hatásokhoz kapcsolódó betegségek elnevezés](#)

[Non-communicable diseases versus socially transmitted conditions term]

Vokó Zoltán

[Kábítószer-probléma Magyarországon az elmúlt 10 évben](#)

[Drug problems in Hungary in the last 10 years]

Nyírády Adrienn

[Egészségkommunikációs Felmérés Eredményei I.–Felnőtt felmérés](#)

[Results of the Health Communication Survey I. – Adult Survey]

Balku Eszter, Vitrai József

[Testi és társadalmi nem, szexuális orientáció](#)

[Body and gender identity, sexual orientation]

Vitrai Sára

[Egészségkommunikációs Felmérés Eredményei II. – Iskolai felmérés](#)

[Results of the School Health Communication Survey I. – Student Survey]

Zsiros Emese, Balku Eszter, Vitrai József

[Hálózat kutatás a népegészségügy területén - áttekintő közlemény](#)

[Network analysis in the field of public health - review]

Varsányi Péter, Vokó Zoltán

[Az egészség egyenlőtlenségek csökkentésének nehézségei](#)

[Problems in reducing health inequalities]

Csizmadia Péter

[Hogyan befolyásolja a kultúra az egészséget és a jóllétet? I. rész: Az egészség kulturális beágyazottsága](#)

[How does culture affect health and well-being? Part I: Cultural Contexts of Health and Well-being]

Vitrai József

[Miért van szükségünk közösség alapú egészségfejlesztésre?](#)

[Why do we need community-based health promotion?]

Benyó Béla

[Everett Rogers innovációs elmélete és annak felhasználási lehetőségei az egészségfejlesztésben](#)

[The Diffusion of Innovations theory and its relevance to health promotion]

Csizmadia Péter

[Hazai egészség-pillanatkép, 2017](#)

[Hungarian health at a glance, 2017]

Vitrai József, Bakacs Márta, Varsányi Péter

[Hogyan fejlesszük egy ország egészségkultúráját? A RAND Corporation jelentésének ismertetése](#)

[Building a National Culture of Health. Review of the RAND Corporation report]

Kaposvári Csilla, Vitrai József



## Tematikus cikkválogatás a viselkedés, az egészségmagatartás és a mentális egészség területéről

Az alábbi válogatás az Egészségfejlesztés folyóirat 2016-2018 lapszámaiból a viselkedés, az egészségmagatartás és a mentális egészség területén hasznosítható közlemények linkjeit tartalmazza.

[SZERKESZTŐSÉGI KÖZLÉS: Képzeld el! Akció az irodában](#)

[Imagine! Part 2 - Action in the office]

[A testnevelés helyzete, céljai a köznevelésben és a felsőoktatásban](#)

[The state and aims of physical education in public and higher education]

Lőkös Dániel

[SZEMLE: Az alkoholfogyasztás kockázati határértékének meghatározása 83 prospektív vizsgálaton keresztül](#)

[Risk thresholds for alcohol consumption combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies]

Bérczi Bálint

[SZEMLE: Ismertetés: Az alvás és az aktív kültéri játékkal töltött idő közti kétirányú összefüggés vizsgálata 10-13 évesek körében](#)

[Bi-directional association between sleep and outdoor active play among 10-13 year olds]

Máté Zsuzsanna

[SZEMLE: Ismertetés: A diákok középpontba helyezése: Teljes iskola, teljes közösség, teljes gyermek modell](#)

[Placing Students at the Center: The Whole School, Whole Community, Whole Child Model]

Járomi Éva

[SZEMLE: „Shape Up Somerville”: Egy egészséges közösség építése és fenntartása – cikkismertetés](#)

[Shape Up Somerville: Building and Sustaining a Healthy Community – paper review]

Kasza Katalin

[SZEMLE: Újszerű megközelítés: pontozáson alapuló, testmozgást ösztönző módszer – cikkismertetés](#)

[Points-based physical activity: a novel approach to facilitate changes in body composition in inactive women with overweight and obesity – paper review]

Hanzel Adrienn

[A Magyar Gyermekorvosok Társasága körlevele a korai gyermekkor fontosságáról](#)

[SZERKESZTŐSÉGI KÖZLÉS: Képzeld el!](#)

[Imagine!]

[Tartui felhívás az egészséges életmódot – Ismertető](#)

[Tartu call for a healthy lifestyle]

Veress Réka

[SZEMLE: A mentális egészség újradefiniálásának irányába – cikkismertetés](#)

[Toward a new definition of mental health - paper review]

Maczali Katalin

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

[Screening for risky behaviour and mental health in young people: the YouthCHAT programme]

Maczali Katalin

### [Hatékony viselkedésmódosító technikák a testmozgás és az egészséges táplálkozás elősegítésére túlsúlyos és elhízott felnőtteknél; szakirodalmi áttekintés és meta-regressziós elemzések](#)

[Effective behaviour change techniques for physical activity and healthy eat-ing in overweight and obese adults; systematic review and meta-regression analyses]

Nagy Barbara

### [Egészségstílusokhoz illesztett, viselkedésváltozást célzó beavatkozások tervezése](#)

[Planning behavior change interventions tailored to healthstyles]

Járomi Éva, Szűcs Erzsébet, Vitrai József

### [Viselkedésértés - A magatartástudomány eredményeinek hasznosítása a szakpolitika alkotásban](#)

[Behaviour insights - Applying the results of behaviour sciences to policy making]

Taller Ágnes, Csizmadia Péter

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

[Addressing the burden of mental, neurological and substance use disorders: key messages from Disease Control Priorities, 3rd edition – summary]

Kis Nóra

### [Az étkezési magatartás összefüggése az ételválasztási motivációkkal és pszichológiai jellemzőkkel középiskolások körében](#)

[The correlation of eating behavior with food preference motivation and personality related factors among adolescents]

Szabó Katalin, Pikó Bettina

### [Az épített környezet hatása az egészségmagatartásra workshop](#)

[Workshop on the effects of built environment on health behaviour]

Csizmadia Péter

### [A kortársbántalmazás \(bullying\) mint népegészségügyi probléma](#)

[Bullying as a public health issue]

Várnai Dóra, Zsíros Emese, Németh Ágnes

### [Új, gyermekbántalmazás elleni irányelv egészségügyi szakemberek számára – összefoglalás](#)

[New Guideline against Child abuse for Health Professionals - Summary]

Scheiber Dóra, Katonáné Pehr Erika, Bíróné Asbóth Katalin, Tománé Mészáros Andrea, Várnai Dóra, Kovács Zsuzsanna, Mészner Zsófia

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

[The latest report about the international study Health Behaviour in School-aged Children]

Németh Ágnes

### [SZEMLE: Iskola-alapú tanterv a depresszió-műveltség fejlesztésére amerikai középiskolás diákok számára: egy randomizált hatásosság-vizsgálat](#)

[School-Based Curriculum to Improve Depression Literacy Among US Secondary School Students: A Randomized Effectiveness Trial]

Maczali Katalin

### [SZEMLE: Depresszió és az erőszak a serdülőkorúak és a fiatal felnőttek körében: három longitudinális kohorsz vizsgálat eredményeinek ismertetése](#)

[Depression and Violence in Adolescence and Young Adults: Findings From Three Longitudinal Cohorts]

Járomi Éva

### [SZEMLE: Az újonnan kialakított ellenállóképesség-fokozó program hatása a szülők és tanárok által észlelt ellenállás-támogató környezetre a hongkongi Egészségfejlesztő Iskolákban](#)

[The impact of a newly designed resilience-enhancing programme on parent- and teacher-perceived resilience environment among Health Promoting Schools in Hong Kong]

Maczali Katalin

### [SZEMLE](#)

- Bizonyíték a mentális egészséggel kapcsolatos stigma és diszkrimináció elleni hatékony beavatkozásokra
- Egészség és boldogság
- Az inaktivitás és fizikai aktivitás objektív mérése és a vélt egészségi állapot összefüggései a 7-14 éves finn gyerekek körében
- Fit for School: 10 héten keresztül zajló, általános iskolai tanulók egészséges testsúlyának elérését célzó iskolai pilot beavatkozás eredményei
- Élelmiszer, egészség és komplexitás: úton az együttműködésen alapuló népegészségügyi intézkedések fogalmi keretének megértése felé
- A kerékpározási jártasság tréning hatása, a kerékpározáshoz köthető viselkedésre és balesetekre a serdülők körében: megállapítások Alspac-ból, Egyesült Királyság, longitudinális kohorsz

### [SZEMLE](#)

- Ott vagyunk már? – Integrált Népegészségügyi Szakpolitikák koncepciójának operacionalizálása
- Szerhasználat egy hátrányos helyzetű járás szegregátumaiban
- A koherenciaérzés és az azt meghatározó tényezők vizsgálata kínai egyetemisták körében: keresztmetszeti kutatás
- Evidenciák irodalmi áttekintése - Egyenrangúbb társadalmak teremtése. Mi működik?

### [SZEMLE](#)

- Mi tarthatja távol a fiatalokat az alkoholtól és a cigarettától? Megállapítások az Egyesült Királyság Háztartási követéses vizsgálatából
- A szülők viselkedése meghatározza-e, hogy a gyermek eleget alszik, vagy sem? Keresztmetszeti vizsgálat eredményei.
- A kockázati tényezők hozzájárulása a többlet halálozáshoz az izolált és magányos egyének esetében: az adatok elemzése az Egyesült Királyság Biobank kohorsz vizsgálatából